

ARCO
EDITORES

SALUD PÚBLICA Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN AMÉRICA LATINA

UNA MIRADA INTEGRAL



**JULISSA MARLY CIRIACO ARROYO
MARIA ELIZABETH TORREALVA CABRERA
IVÁN ULISES QUIROZ MENDOZA
CÉSAR GERARDO LEÓN VELARDE**

ARCO
EDITORES ● ● ●

SALUD PÚBLICA Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN AMÉRICA LATINA

UNA MIRADA INTEGRAL



JULISSA MARLY CIRIACO ARROYO
MARIA ELIZABETH TORREALVA CABRERA
IVÁN ULISES QUIROZ MENDOZA
CÉSAR GERARDO LEÓN VELARDE

Conselho Editorial

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva - UNIDAVI
Prof. Dr. Astor João Schönell Júnior - IFFAR
Prof. Dr. Alan Ricardo Costa - UFRR
Prof. Dr. Allan Diêgo Rodrigues Figueiredo - UESPI
Profa. Dra. Andréia Bulaty - UNESPAR
Profa. Dra. Carla da Conceição de Lima - UFVJM
Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza - UNISC
Profa. Dra. Clarice Caldeira Leite - UFRGS
Profa. Dra. Cecilia Decarli - UFRGS
Prof. Dr. Carlos Adriano Martins - UNICID
Prof. Dr. Christian Dennys Monteiro de Oliveira - UFCE
Profa. Dra. Dayse Marinho Martins - UFMA
Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos - UEL
Prof. Dr. Dioni Paulo Pastorio - UFRGS
Prof. Dr. Douglas Manoel Antonio de Abreu Pestana dos Santos - FASESP
Profa. Dra. Elane da Silva Barbosa - UERN
Profa. Dra. Elen Gomes Pereira - IFBA
Profa. Dra. Francielle Benini Agne Tybusch - UFN
Prof. Dr. Francisco Odécio Sales - IFCE
Prof. Dr. Francisco Ricardo Miranda Pinto - UFCAT
Prof. Dr. Gilvan Charles Cerqueira de Araújo - UCB
Prof. Dr. Ismar Inácio dos Santos Filho - UFAL
Prof. Dr. Leonardo Bigolin Jantsch - UFSM
Profa. Dra. Liziany Müller Medeiros - UFSM
Profa. Dra. Marcela Mary José da Silva - UFRB
Prof. Dr. Mateus Henrique Köhler - UFSM
Prof. Dr. Michel Canuto de Sena - UFMS
Profa. Dra. Mônica Aparecida Bortolotti - UNICENTRO
Prof. Nilton David Vilchez Galarza - UPLA
Prof. Dr. Olavo Barreto de Souza - UEPB
Prof. Dr. Rafael Nogueira Furtado - UFABC
Prof. Dr. Roberto Araújo da Silva Vasques Rabelo - UNISANTOS
Prof. Dr. Rodrigo Toledo - USCS
Prof. Dr. Rodolfo Rodrigues de Souza - UERJ
Prof. Dr. Sidnei Renato Silveira - UFSM
Prof. Dr. Thiago Ribeiro Rafagnin - UFOB
Prof. Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández - UCLV

Editor Chefe: Ivanio Folmer

Projeto gráfico e Diagramação: Gabriel Eldereti Machado

Imagem capa: www.canva.com

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Salud pública y planificación estratégica en
América Latina [livro eletrônico] : una mirada
integral / Julissa Marly Ciriaco
Arroyo... [et al.]. -- Santa Maria, RS :
Arco Editores, 2026.
PDF

Outros autores: Maria Elizabeth Torrealva
Cabrera, Iván Ulises Quiroz Mendoza, César Gerardo
León Velarde.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5417-633-0

1. América Latina - Condições sociais
2. Educação - Pesquisa - Aspectos sociais
3. Saúde pública I. Ciriaco Arroyo, Julissa Marly.
II. Torrealva Cabrera, Maria Elizabeth.
III. Quiroz Mendoza, Iván Ulises. IV. León Velarde,
César Gerardo.

26-328900.0

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

 **doi** 10.48209/978-65-5417-633-0

*Este livro é o resultado de uma pesquisa científica em atividades de ciência e tecnologia.
O trabalho foi revisado por pares acadêmicos externo antes de ser publicado.*



CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I.....	13
FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DE LA SALUD PÚBLICA.....	13
1.1. Definiciones de la salud desde una perspectiva integral.....	14
1.2. La salud como derecho humano fundamental.....	17
1.3. La salud individual y la salud colectiva: diferencias y enfoques.....	19
1.4. La salud pública: características y funciones esenciales.....	22
1.5. Promoción, prevención y protección de la salud pública.....	26
1.6. Principios de equidad, desigualdades sociales y acceso a los servicios sanitarios.....	28
CAPÍTULO II.....	30
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD PÚBLICA.....	30
2.1. Sostenibilidad y desafíos contemporáneos en el sector salud.....	31
2.2. La planificación estratégica aplicada a la salud pública: definición e importancia.....	33
2.3. Etapas de la planificación en salud pública.....	35
2.3.1. Diagnóstico o análisis.....	36
2.3.2. Formulación del plan.....	38
2.3.3. Implementación o ejecución.....	40
2.3.4. Evaluación.....	42
2.4. Indicadores, priorización de problemas sanitarios y toma de decisiones basada en evidencia.....	43
2.5. Participación intersectorial y comunitaria como parte de la planificación estratégica.....	44
CAPÍTULO III.....	46
POLÍTICAS, LINEAMIENTOS, ESTRATEGIAS Y GOBERNANZA EN SALUD DE AMÉRICA LATINA.....	46

3.1. Gestión de recursos humanos: formación, distribución y retención del personal de salud.....	47
3.2. Políticas públicas de organismos internacionales de la salud que impactaron en América Latina.....	50
3.2.1. El rol de la PAHO en la planificación sanitaria.....	52
3.3. Gestión de recursos humanos: formación, distribución y retención del personal de salud.....	54
3.4. Gestión de recursos financieros: financiamiento y eficiencia en el gasto	58
3.5. Acciones ante crisis sanitarias y formas de resiliencia en el sistema de salud.....	61
CAPÍTULO IV.....	63
UNA REVISIÓN DE LOS RETOS Y OPORTUNIDADES DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA.....	63
4.1. Metodología.....	65
4.2. Resultados.....	68
4.3. Discusión.....	75
4.4. Conclusiones.....	77
CAPÍTULO V.....	79
RESULTADOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SANITARIA EN AMÉRICA LATINA.....	79
5.1. Logros alcanzados en la salud pública en América Latina.....	80
5.2. Innovación y transformaciones digitales en la gestión sanitaria.....	83
5.3. Cultura organizacional y liderazgo transformacional orientada a resultados.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
SOBRE LOS AUTORES.....	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Críticas en la definición de salud de la OMS</i>	14
Tabla 2 <i>Desafíos contemporáneos en el sector salud</i>	32
Tabla 3 <i>Dimensiones e importancia de la planificación estratégica en salud</i>	34
Tabla 4 <i>Fases de la etapa de diagnóstico</i>	37
Tabla 5 Estrategias y marcos relacionados con la planificación sanitaria de la OPS.....	52
Tabla 6 <i>Ejes estratégicos para mejorar el financiamiento</i>	60
Tabla 7 <i>Criterios de selección de documentos</i>	65
Tabla 8 <i>Búsqueda de información a través de bases de datos</i>	66
Tabla 9 <i>Aportes de los artículos seleccionados</i>	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	<i>Funciones de la salud pública.....</i>	25
Figura 2	<i>Recomendaciones para las políticas de salud.....</i>	50
Figura 3	<i>Desafíos del personal de salud.....</i>	56
Figura 4	<i>Desafíos para la distribución del personal.....</i>	57
Figura 5	<i>Desafíos para la retención del personal.....</i>	58
Figura 6	<i>Diagrama de flujo PRISMA.....</i>	67
Figura 7	<i>Países referenciados en los artículos seleccionados.....</i>	72

RESUMEN

La planificación estratégica en salud pública se ha convertido en un pilar fundamental para orientar las políticas sanitarias y fortalecer la gestión institucional en América Latina. El presente libro de investigación desarrolla una revisión sistemática con el objetivo de identificar los principales retos y oportunidades de la planificación estratégica en los sistemas públicos de salud de América Latina. A partir del método PRISMA, se identificaron y seleccionaron 15 artículos científicos —procedentes de bases de datos reconocidas como Scopus y SciELO—, los cuales abordan diversos enfoques de gestión en el ámbito sanitario regional. Los resultados evidencian que la fragmentación institucional, la centralización administrativa, la desigualdad territorial y la insuficiencia presupuestaria constituyen los principales obstáculos para la implementación efectiva de estrategias sostenibles. No obstante, emergen oportunidades relevantes vinculadas con la modernización de la gestión pública, la digitalización de procesos, la innovación tecnológica y el fortalecimiento de la gobernanza participativa e intersectorial. Los hallazgos sugieren que el avance de la planificación estratégica en la región dependerá de la capacidad institucional de los Estados para consolidar procesos de evaluación continua, descentralizar la gestión y sustentar las políticas en evidencia científica.

Palabras clave: planificación estratégica, salud pública, gestión pública, América Latina

ABSTRACT

Strategic planning in public health has become a fundamental pillar for guiding health policies and strengthening institutional management in Latin America. This research book develops a systematic review with the aim of identifying the main challenges and opportunities for strategic planning in public health systems in Latin America. Using the PRISMA method, 15 scientific articles were identified and selected from recognized databases such as Scopus and SciELO, which address various management approaches in the regional health sector. The results show that institutional fragmentation, administrative centralization, territorial inequality, and budgetary insufficiency are the main obstacles to the effective implementation of sustainable strategies. However, significant opportunities are emerging in relation to the modernization of public management, the digitization of processes, technological innovation, and the strengthening of participatory and intersectoral governance. The findings suggest that progress in strategic planning in the region will depend on the institutional capacity of states to consolidate continuous evaluation processes, decentralize management, and base policies on scientific evidence.

Keywords: strategic planning, public health, public management, Latin America

INTRODUCCIÓN

América Latina y el Caribe se presentan como una región de profundos contrastes en el ámbito sanitario. Por un lado, la mayoría de sus naciones han consagrado la salud como un derecho humano fundamental y han alcanzado logros históricos notables, como el control de enfermedades transmisibles y el aumento general de la esperanza de vida; por otro lado, esta realidad convive con la persistencia de desigualdades sociales y territoriales que son de las más marcadas a nivel global. El acceso efectivo a la atención, la calidad de los servicios de salud y los resultados dependen enormemente del código postal, el nivel socioeconómico y la pertenencia étnica.

La disciplina de la salud pública tiene el mandato de abordar estas inequidades actuando sobre los determinantes sociales —la pobreza, la educación, el empleo y el medio ambiente—, que son las verdaderas raíces de la enfermedad. Sin embargo, la gestión de la salud en la región se encuentra constantemente bajo la presión de sistemas fragmentados, crónicamente subfinanciados y a menudo dominados por un enfoque curativo y hospitalocéntrico, relegando a un segundo plano la crucial labor de promoción y prevención.

Por ejemplo, el quiebre general que supuso la pandemia de COVID-19 expuso estas vulnerabilidades estructurales con una intensidad sin precedentes: la crisis no solo puso en evidencia las limitaciones en la gobernanza, la escasez de recursos humanos distribuidos equitativamente y la falta de resiliencia ante *shocks* sistémicos, sino que también aceleró la necesidad de un cambio de paradigma. Por tales razones, hoy más que nunca es imperativo que los tomadores de decisiones dejen de lado la improvisación y la reactividad para adoptar un enfoque estructurado y proactivo.

Teniendo en cuenta lo anterior, este libro se sitúa en la intersección de la salud pública y la planificación estratégica. Su objetivo es abordar la planificación no como un mero ejercicio administrativo, sino como un imperativo técnico y ético para transformar la realidad sanitaria de América Latina. Así, se entenderá que la planificación estratégica es aquella que proporciona el mar-

co lógico necesario para cerrar la brecha entre la aspiración legal de la salud universal y su compleja aplicación práctica. Esta planificación permite a los sistemas lo siguiente:

- Diagnosticar con rigor las disparidades.
- Formular políticas basadas en la evidencia y alineadas con los recursos disponibles.
- Gestionar de manera eficiente el personal y el financiamiento.
- Evaluar el impacto para asegurar que cada acción se traduzca en una mejora medible en la vida de las personas.

Por último, hay que entender que la clave del futuro de la salud pública latinoamericana reside en la capacidad de sus líderes para institucionalizar una cultura de planificación, evaluación y aprendizaje continuo. Solo a través de este proceso sistemático y enfocado en la equidad es posible construir sistemas de salud más robustos, resilientes y capaces de garantizar el bienestar para todos los ciudadanos de la región.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DE LA SALUD PÚBLICA

Desde la clásica pero revolucionaria definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 —que concibió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones—, el entendimiento sobre lo que significa estar sano ha experimentado una profunda metamorfosis. Esta visión fundacional, aunque idealista y utópica en su aspiración a un “completo bienestar”, sentó las bases para el tránsito de un enfoque meramente biomédico (centrado en la patología individual) a una perspectiva integral y poblacional.

La comprensión contemporánea de la salud nos obliga a trascender el cuerpo individual y el consultorio. En la actualidad se reconoce que la salud es un resultado dinámico, un producto complejo de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. En este contexto, la salud pública emerge como una disciplina vital cuyo objetivo no es curar enfermedades en un individuo, sino garantizar el bienestar de la sociedad mediante acciones colectivas y organizadas. Se trata de una ciencia y un arte que articula saberes de múltiples campos —desde la epidemiología y la sociología hasta la economía y el derecho— para crear comunidades más saludables.

Uno de los pilares de este cambio de paradigma es el reconocimiento ineludible de la salud como un derecho humano fundamental, el cual no se limita al acceso a un hospital, sino que abarca el disfrute del nivel más alto posible de bienestar físico y mental. Para ello, se exige a los Estados garantizar condiciones subyacentes como agua potable, vivienda digna y un ambiente sano. En este punto, la salud pública se convierte en un imperativo ético y legal.

El núcleo de la salud pública moderna radica en el abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS). Factores como el nivel educativo, los ingresos, la ocupación o el territorio ejercen una influencia tan determinante en los resultados de salud que la provisión de servicios médicos *per se* resulta

insuficiente. La evidencia reciente subraya que la persistencia de las brechas en salud, especialmente en América Latina, no es accidental, sino reflejo de una “matriz de desigualdad social” profundamente arraigada.

Como lo señala el reciente *Informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en la salud* (Organización Mundial de la Salud, 2025), las inequidades sociales pueden acortar la esperanza de vida hasta en 33 años entre los grupos más y menos favorecidos de una misma región. Esta situación evidencia que el problema es sistémico, por lo que incentivar la salud pública implica, fundamentalmente, una elección política que compromete a los Gobiernos a modificar las estructuras sociales que producen desigualdad sanitaria.

1.1. Definiciones de la salud desde una perspectiva integral

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su definición constitucional de 1948, planteó que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. Esta definición, sin embargo, presenta una serie de problemas conceptuales que abordan Valenzuela (2017) y Schramme (2023).

Tabla 1. *Críticas en la definición de salud de la OMS*

Definición	Crítica
Problema 1	La salud es un estado de “completo bienestar físico, mental y social”, lo cual la hace inalcanzable o utópica en la práctica. Esta definición es vista como demasiado idealista y subjetiva, ya que pone énfasis en una condición perfecta que difícilmente puede lograrse en la realidad cotidiana, además de que implica una visión estática e inmutable de la salud.
Problema 2	Esta definición equipara el bienestar con la salud, lo cual puede generar expectativas irreales y no contempla los estados intermedios de salud o enfermedad.
Problema 3	La definición puede ser excluyente, ya que solo reconoce a las personas en estados de salud plena o enfermedad absoluta, dejando de lado aquellos estados intermedios o matizados. Además, puede considerarse demasiado centrada en la ausencia de enfermedad más que en la capacidad funcional o de bienestar real de las personas.

Problema 4	La definición implica una confusión entre salud y felicidad o bienestar completo. Se argumenta que la definición puede llevar a la confusión entre salud y una vida de felicidad plena, lo que podría resultar en un enfoque excesivamente médico y de medicalización de la vida humana, donde se buscaría maximizar el bienestar en un sentido muy absoluto.
Problema 5	Existen problemas de medición y operatividad, por lo que se discute que el término “completo” puede ser problemático desde el punto de vista científico porque no es fácilmente medible ni puede establecer umbrales claros, dificultando la evaluación del estado de salud en poblaciones.

Nota. Adaptado de Valenzuela (2017) y Schramme (2023)

La definición de la OMS, aun cuando data de décadas atrás, sigue siendo fundacional para la comprensión integral de la salud en la actualidad. No obstante, la literatura científica reciente enfatiza que esta concepción debe ampliarse para incluir la dimensión social, reconociendo que el bienestar integral abarca aspectos de trascendencia, propósito y significado de vida que son fundamentales para la salud holística de las personas (Carrillo-Zambrano et al., 2024).

La comprensión contemporánea de la salud ha experimentado una transformación significativa, evolucionando desde el paradigma biomédico tradicional —que la concebía exclusivamente como la ausencia de enfermedad— hacia una perspectiva integral que reconoce la multidimensionalidad de la existencia humana. Esta evolución se ha visto acompañada por el reconocimiento de la salud como un producto de la interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que operan de manera sinérgica en la salud de individuos y poblaciones.

Bajo un punto de vista integral, para Valenzuela (2017) la salud se entiende como un estado de bienestar que va mucho más allá de la simple ausencia de enfermedad o afecciones: es un concepto dinámico y relativo que está en constante cambio y que se ve influenciado por diversos factores sociales, biológicos, ecológicos y personales. Esta visión reconoce que la salud no puede reducirse a una dimensión física, sino que abarca aspectos cognitivos, emocionales, sociales y espirituales, todos interrelacionados y fundamentales para el equilibrio de la persona.

De igual forma, desde una perspectiva biopsicosocial contemporánea, la salud se entiende como un estado dinámico que resulta del equilibrio armónico entre las diferentes dimensiones que integran al organismo humano: lo físico, psicológico, social y espiritual. Este equilibrio energético es multidimensional e implica que una persona puede tener diversos tipos de bienestar que, si bien están interrelacionados, funcionan de manera independiente. Por ejemplo, es posible experimentar bienestar emocional (presencia de afectos positivos y emociones placenteras) y simultáneamente presentar malestar en la dimensión social, o tener bienestar laboral y a la vez déficit en salud física.

Hay que tener en cuenta que existen determinantes sociales de la salud —las circunstancias en las que nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen las personas— que moldean los resultados de salud en poblaciones. Estos factores incluyen condiciones ambientales, biológicas, conductuales, sociales, económicas, laborales, culturales, además de la disponibilidad de servicios sanitarios como respuesta organizada de la sociedad (Gómez-Tabares & Zapata Rueda, 2024).

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, la salud pública difiere de la visión tradicional o clínica de la salud, ya que esta última a menudo se define simplemente como la ausencia de enfermedad en un individuo, mientras que “salud pública” debe ser entendida bajo un contexto poblacional considerando las condiciones que hacen que las comunidades sean más o menos saludables. Desde esa visión, la salud no solo se mide por la presencia o ausencia de enfermedad, sino también por factores sociales, medioambientales y económicos que afectan la capacidad de las personas y comunidades para mantener un buen estado de bienestar, conforme postula Schramme (2023).

Tal como se abordará más adelante, la salud pública —como disciplina científica interdisciplinaria— tiene por objeto garantizar el bienestar biológico, físico y mental de todos los miembros de la sociedad mediante acciones colectivas y organizadas. Más que un conjunto de intervenciones meramente técnicas, la salud pública es un arte, ciencia y práctica que articula su quehacer con disciplinas como la medicina, psicología, sociología, antropología, economía y epidemiología, integrando perspectivas ético-científicas y político-sociales.

1.2. La salud como derecho humano fundamental

El derecho a la salud constituye un derecho humano fundamental reconocido universalmente, cuya esencia radica en el reconocimiento de la dignidad intrínseca de toda persona y su necesidad de alcanzar el más alto nivel posible de bienestar físico y mental. Este derecho no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que abarca un concepto integral que incluye el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, la protección contra riesgos financieros en salud, así como el reconocimiento de los determinantes sociales que condicionan el estado de salud de las poblaciones (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s. f.-b)

La base normativa del derecho a la salud se encuentra establecida en múltiples instrumentos internacionales de derechos humanos. La Constitución de la OMS, adoptada en 1946, proclamó que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Posteriormente, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 consagró en su artículo 25 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que incluya salud y bienestar, junto con asistencia médica. Sin embargo, fue el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, específicamente en su artículo 12, donde se codificó formalmente el derecho al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, estableciendo con precisión jurídica este derecho fundamental. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales elaboró la Observación General N.º 14 en el 2000, mediante la cual proporcionó una interpretación autorizada sobre el contenido y alcance de este derecho, enfatizando que comprende no solo servicios de salud, sino también los determinantes subyacentes de la salud (OMS, 2023).

La conceptualización contemporánea del derecho a la salud se articula alrededor de cuatro elementos esenciales e interrelacionados conocidos como marco AAAQ (Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad). Estos elementos, entre los cuales se encuentran los bienes, los servicios e instituciones de salud, deben funcionar de manera óptima en beneficio de la ciu-

dadanía. Para ello, se exige que el acceso a los servicios se pueda desarrollar sin ninguna tara o limitación alguna, sobre todo para el sector más vulnerable. En ese sentido, es imprescindible la aplicación estricta de la ética médica en la prestación de servicios a la población, considerando la sensibilidad cultural y, sobre todo, garantizando la dignidad de las personas, para lo cual se tiene que respetar la autonomía individual y procurar el consentimiento informado. Por último, se debe primar los intereses de las personas que acuden a los centros de salud, así como asegurar que se cumplan con los estándares de calidad (OMS, 2023).

Todos los ciudadanos tenemos derecho a la salud, y esta es indivisible e interdependiente de otros derechos humanos fundamentales, como el derecho a la vida, a la integridad personal, a la libertad y seguridad personales, al acceso a la educación, a la participación en decisiones que afecten la salud y a la información. El derecho a la salud también depende del cumplimiento de derechos relacionados, como el acceso a agua potable y saneamiento, a vivienda digna, a empleo adecuado, a alimentación nutritiva y a un ambiente sano. Esta perspectiva integral reconoce que la salud no es responsabilidad exclusiva del sector sanitario, sino que requiere de acciones coordinadas entre los múltiples sectores de la política pública.

Desde la perspectiva de las obligaciones estatales, el cumplimiento del derecho a la salud impone a los Estados responsabilidades claramente definidas, como la obligación legal de formular, adoptar e implementar leyes, políticas y programas que garanticen el acceso universal a servicios de salud de calidad, abordando simultáneamente las causas profundas de las disparidades en materia de salud. Las obligaciones de los Estados se estructuran en tres dimensiones complementarias: respetar (abstenerse de interferir en el ejercicio del derecho), proteger (prevenir que terceros interfieran) y cumplir (adoptar medidas positivas para garantizar la realización del derecho) (OPS, s. f.-b). Adicionalmente, si bien la realización plena del derecho se lleva a cabo mediante lo que se denomina “realización progresiva”, existe un conjunto de obligaciones inmediatas que incluyen la garantía de no discriminación y trato igualitario, así como la preservación de un nivel mínimo esencial de servicios de salud.

Los determinantes sociales de la salud constituyen un aspecto fundamental en el análisis contemporáneo del derecho a la salud. Estos factores —que abarcan el contexto económico y político, el nivel educativo, la ocupación, la clase social, el género, la etnia, las condiciones de vivienda y empleo— ejercen una influencia determinante en los resultados de salud de las poblaciones, frecuentemente más significativa que la provisión de servicios médicos *per se*. Reconocer la salud como derecho humano fundamental implica necesariamente el compromiso de los Estados de abordar estas causas subyacentes mediante políticas públicas inclusivas que trasciendan el ámbito sectorial de salud. Este enfoque basado en derechos humanos orienta las acciones hacia la equidad y prioriza las necesidades de aquellas poblaciones que enfrentan mayores obstáculos para acceder a la salud por encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Por lo tanto, la salud como derecho humano fundamental es mucho más que un principio declarativo: constituye una obligación jurídicamente vinculante que impone a los Estados la responsabilidad de garantizar el acceso equitativo, no discriminatorio y de calidad a servicios de salud para toda su población. Este derecho se sustenta en el reconocimiento de la dignidad intrínseca de cada persona y en la interdependencia que existe entre la salud y el ejercicio pleno de otros derechos humanos. Su materialización requiere de un enfoque integral que considere los determinantes sociales, políticos, económicos y ambientales de la salud, así como del compromiso coordinado de múltiples actores, instituciones y sectores dentro de cada sociedad. Este es un tema de suma importancia y se encuentra dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que considera significativo garantizar el derecho a la salud para todos, sin diferencias, lo cual se rige como un imperativo ético y legal fundamental para construir sociedades más justas, equitativas y sostenibles.

1.3. La salud individual y la salud colectiva: diferencias y enfoques

El estudio abordará la salud individual y la salud colectiva como entes complementarios, pero cada una con sus particularidades como la intervención y la política sanitaria actual. Por un lado, la salud individual consiste en el bie-

nestar físico, mental o social de una persona, mientras que la salud colectiva se centra en construir condiciones y estrategias que influyen en la salud de grupos humanos, comunidades o poblaciones.

El referente central de la salud individual radica en atender al individuo y a su entorno inmediato, tomando como prioridad el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de enfermedades en sujetos únicos. Esta visión es característica del modelo biomédico tradicional, ya que aborda los diversos estilos de vida y los factores genéticos, conductuales y ambientales que afectan a cada ser. Se debe abarcar de manera personal para la atención médica, el seguimiento clínico y la respuesta a necesidades específicas que la persona pueda requerir, pero su eficacia depende del contexto social y económico en el que vive.

Por otro lado, la salud colectiva considera que las condiciones económicas, políticas, sociales, ambientales y culturales son determinantes para la salud y la enfermedad, por tanto, no serían solo fenómenos biológicos individuales. Este enfoque promueve acciones sobre los determinantes sociales de la salud (condiciones de vida, trabajo, ambiente, organización social) y la participación de actores comunitarios e instituciones y políticas públicas. Por consiguiente, la salud colectiva se traduce en intervenciones como campañas de vacunación, programas de educación en salud, saneamiento ambiental y políticas intersectoriales, con énfasis en la equidad, el abordaje multisectorial y la participación activa de la comunidad (Cotonieto-Martínez & Rodríguez-Terán, 2021).

A nivel de diferencias metodológicas, la salud individual privilegia tradicionalmente los ensayos clínicos aleatorizados como el estándar de oro para producir evidencia, pero esta aproximación incurre frecuentemente en la “falacia psicológica” —la inferencia de patrones poblacionales basándose exclusivamente en datos individuales—, error conceptual grave cuando se analiza desde paradigmas multinivel. En contraste, la salud colectiva reconoce explícitamente que la investigación cuantitativa exclusiva es insuficiente para comprender la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención. Por ello, integra métodos cualitativos y mixtos que proporcionan evidencia complementaria y acceso a factores sociales, políticos y ambientales que escapan al análisis estadístico convencional (Cotonieto-Martínez & Rodríguez-Terán, 2021).

También se perciben diferencias a nivel de generación de evidencia. La salud poblacional se propone explícitamente como disciplina generadora de evidencia científica, mientras que la salud colectiva ha mostrado una orientación más discursiva, fundamentada en la determinación social de la salud y en elementos del materialismo histórico marxista. Esta diferencia refleja posicionamientos epistemológicos distintos: la salud poblacional valida científicamente sus hallazgos; la salud colectiva enfatiza el análisis crítico de estructuras sociales que generan enfermedad.

Otra diferencia a nivel de determinantes es que la salud individual enfatiza factores de riesgo individuales (fumar, sedentarismo, dieta, factores genéticos), en tanto que la salud colectiva desplaza el énfasis hacia determinantes sociales y ambientales —nivel socioeconómico, educación, empleo, vivienda, saneamiento, contaminación, políticas públicas, por ejemplo— que frecuentemente son más decisivos que los factores individuales para explicar patrones poblacionales. Una diferencia ética sustancial es que mientras la salud individual tiende a “culpabilizar” al individuo por su salud (modelo de responsabilidad personal), la salud colectiva analiza cómo condiciones estructurales constriñen o posibilitan opciones de vida saludables (Valencia, 2011).

También se puede percibir una diferencia a nivel de objetivos. La salud individual tiene el objetivo de la curación o control de enfermedad en el paciente y mejora de la calidad de vida personal; en cambio, la salud colectiva se encarga de la transformación de condiciones sociales, económicas y ambientales que producen enfermedad, con el objetivo de alcanzar equidad en salud y garantizar el derecho a esta (Casallas, 2017).

A nivel de diferencias en instrumentos, la salud individual cuenta con medios como la consulta médica, diagnóstico clínico, prescripción de fármacos, procedimientos quirúrgicos y rehabilitación personalizada. La salud colectiva, por su lado, implementa campañas de vacunación masiva, saneamiento ambiental, educación comunitaria, regulación ambiental, programas nutricionales, redes de apoyo y participación en políticas sanitarias, por ejemplo; además, requiere coordinación multisectorial (Casallas, 2017).

Con relación a las diferencias en la participación, en la salud individual el paciente tiene un rol subordinado, ya que el profesional es el experto que decide, configurándose así una relación asimétrica. En la salud colectiva, la participación comunitaria es central: la comunidad participa en la identificación de problemas, priorización de necesidades, diseño de soluciones, implementación y evaluación. En ese sentido, la comunidad posee conocimientos legítimos, no solo los saberes profesionales (Cotonieto-Martínez & Rodríguez-Terán, 2021).

Por **último**, en lo que respecta a las diferencias conceptuales y filosóficas, la salud individual es concebida como la ausencia de enfermedad, basada en una causalidad individual lineal y multifactorial (causa → enfermedad) que centra su atención en la responsabilidad personal mediante los estilos de vida. Por otro lado, la salud colectiva se entiende como un derecho fundamental y un proceso dinámico resultado de las condiciones sociales. Tiene un enfoque más holístico e interconectado, y busca la justicia social basándose en la causalidad colectiva de carácter estructural y complejo (sistemas socioeconómicos → determinantes → procesos de salud-enfermedad).

1.4. La salud pública: características y funciones esenciales

Una primera característica central de la salud pública contemporánea es, precisamente, su enfoque en los determinantes sociales de la salud y en la equidad. Los trabajos de López (2024), por ejemplo, sintetizan de qué manera variables como el nivel educativo, el ingreso, el tipo de empleo, el género o el territorio se asocian de forma sistemática con la frecuencia y gravedad de múltiples problemas de salud, configurando un “gradiente social” de morbilidad y mortalidad. De forma similar, estudios en América Latina y el Caribe han mostrado que fenómenos como el exceso de peso infantil, la desnutrición o la vulnerabilidad frente a epidemias se distribuyen siguiendo patrones sociales y territoriales más que al azar (Acosta et al., 2018). Desde esta perspectiva, la salud pública no se limita a “prevenir enfermedades”, sino que busca modificar las estructuras sociales que producen desigualdad sanitaria.

Ligado a lo anterior, la salud pública se caracteriza por un enfoque integral y multidisciplinario: es un campo donde convergen la epidemiología, la

sociología, la economía, la antropología, la estadística, el derecho y la ciencia política, entre otras disciplinas. Autores como Sánchez et al. (2018) han subrayado la diferencia entre hablar de “determinación social de la salud” (que pone el acento en las estructuras económicas y políticas que organizan la vida social) y hablar solo de “determinantes sociales” más centrados en listas de factores. Esta discusión muestra que la salud pública actual asume que los problemas de salud no se explican únicamente por estilos de vida individuales, sino por contextos laborales, modelos de desarrollo, políticas urbanas, sistemas educativos y relaciones de poder que condicionan las posibilidades reales de vivir de forma saludable.

Otra característica clave es su orientación preventiva y promotora a lo largo del curso de vida. La evidencia acumulada en la región de las Américas respalda el uso del enfoque de curso de vida, que entiende la salud como el resultado acumulativo de exposiciones y oportunidades desde la gestación hasta la vejez, lo que implica que la salud pública no se restringe a campañas puntuales, sino que diseña intervenciones que protegen la salud materno-infantil, favorecen entornos escolares seguros, apoyan condiciones laborales dignas y promueven un envejecimiento saludable. El objetivo es, además de evitar enfermedades, crear trayectorias vitales más saludables y resilientes, especialmente en los grupos históricamente excluidos.

En el plano operativo, la salud pública se organiza hoy en torno a las funciones esenciales de salud pública. La renovación del marco para las Américas, impulsada por la OPS (s. f.-d), define un conjunto de capacidades que los Estados deben desarrollar, como el monitoreo del estado de salud y de las inequidades; la vigilancia y gestión de riesgos y emergencias; la promoción de la salud; la participación social; la rectoría y regulación; el financiamiento adecuado; la investigación y generación de conocimiento, entre otras. Ahora bien, estudios recientes destacan que estas funciones no son solo un listado técnico, constituyen un marco político-institucional para orientar la acción pública y fortalecer la capacidad rectora de los ministerios de salud (Moya-Medina et al., 2024).

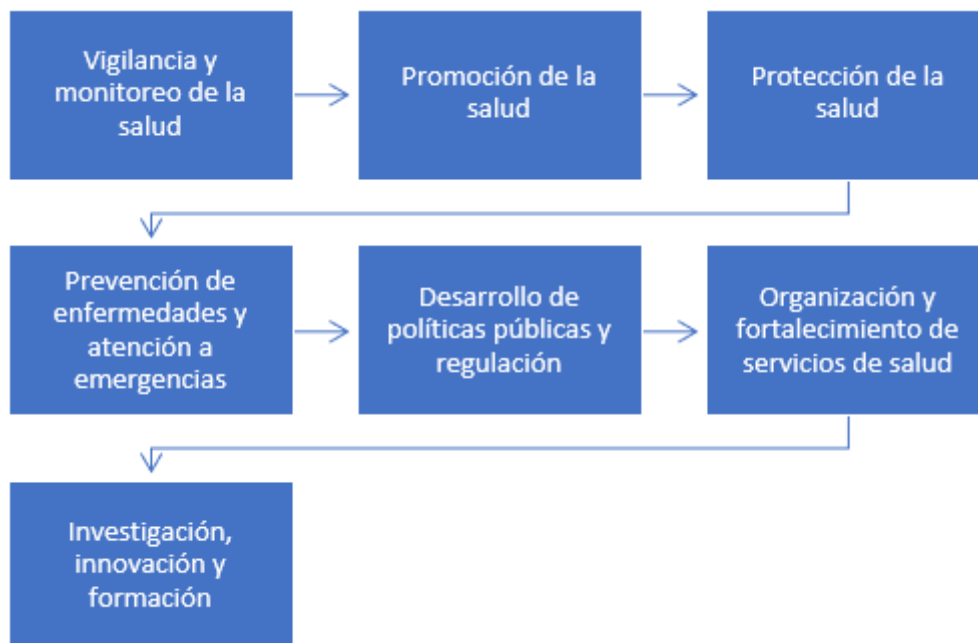
La experiencia de la pandemia por COVID-19 evidenció otra característica central: la importancia de la vigilancia epidemiológica, el uso de evidencia científica y la coordinación intersectorial. Para citar un ejemplo, en Cuba, Gispert y Castell-Florit (2024) mostraron cómo la respuesta desde la salud pública combinó vigilancia intensiva, comunicación de riesgos, participación comunitaria y articulación con otros sectores del Estado. A su vez, Casanova Moreno y colaboradores (2020) argumentaron que las FESP (funciones esenciales de salud pública) fueron una herramienta útil para organizar la respuesta frente al COVID-19, evidenciando que sistemas de salud con débil capacidad en salud pública tienen más dificultades para anticipar, contener y mitigar emergencias sanitarias.

La salud pública también se caracteriza por su vocación de intersectorialidad y participación social. Los problemas de salud asociados a pobreza, inseguridad alimentaria, urbanización precaria o violencia de género no pueden resolverse desde el sector salud en solitario. Por ejemplo, estudios sobre los determinantes socioculturales de la salud en Venezuela subrayan que los retos actuales exigen políticas articuladas entre salud, educación, vivienda, trabajo, ambiente y protección social, así como el involucramiento de comunidades, organizaciones sociales y Gobiernos locales (Orfila & Méndez-Pérez, 2022). Esta dimensión participativa no es solo instrumental (para mejorar la aceptación de programas), sino que forma parte del principio de justicia social que inspira la salud pública.

Finalmente, una característica que la literatura reciente destaca con fuerza es que la salud pública es una elección política. Trabajos sobre determinantes sociales y políticas públicas señalan que las desigualdades en esperanza de vida entre países ricos y pobres, o entre barrios de una misma ciudad, reflejan decisiones concretas sobre la distribución de recursos, la regulación de mercados, la protección social y la prioridad que se otorga a la salud en las agendas de gobierno. Desde esta perspectiva, la salud pública es tanto un campo técnico como un espacio de disputa ética y política sobre qué vidas se consideran valiosas y qué riesgos se toleran, por lo que fortalecer la salud pública implica comprometerse con políticas que coloquen la equidad y los derechos humanos en el centro.

A continuación, López (2024) expone un cuadro elaborado con las funciones esenciales de la salud pública.

Figura 1. *Funciones de la salud pública*



Nota. Adaptado de López (2024)

Cada función se sintetiza como sigue:

- La función de vigilancia y monitoreo de la salud guarda relación con la recolección continua de datos de salud para identificar problemas emergentes, evaluar riesgos de contagio y determinar la escala de las enfermedades presentes en un sector, todo lo cual resulta vital para una toma de decisiones informada y oportuna.
- Promover la salud implica informar y favorecer el bienestar de la población mediante el fomento de estilos de vida saludable, una adecuada educación sanitaria y condiciones sociales favorables.
- Proteger la salud conlleva asegurar entornos saludables a los individuos a partir de campañas para controlar y minimizar riesgos, tales como la inseguridad alimentaria, la vigilancia ambiental y el control de agentes infecciosos.
- La función de prevención de enfermedades y atención a emergencias incluye desarrollar programas para prevenir enfermedades (como cam-

pañías de vacunación), así como mejorar la capacidad de respuesta rápida y eficiente frente a emergencias sanitarias como la pandemia de COVID-19.

- El desarrollo de políticas públicas y regulación consiste en diseñar e implementar políticas, leyes y normas que permitan regular los factores que afectan la salud y garantizar el acceso equitativo a servicios sanitarios.
- Con la organización y fortalecimiento de servicios de salud, se busca mejorar la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud para que atiendan eficazmente las necesidades básicas y emergentes de la población.
- La investigación, innovación y formación se refiere a generar y aplicar conocimiento científico para guiar intervenciones efectivas, innovar en prácticas de salud pública y capacitar a los profesionales para fortalecer continuamente el sistema de salud.

Estas funciones son vitales para lograr un sistema de salud resiliente y efectivo, capaz de hacer frente a crisis como la de COVID-19 y avanzar hacia la cobertura universal y la salud para todos.

1.5. Promoción, prevención y protección de la salud pública

La promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarlos. Según la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones (como se citó en De La Guardia & Ruvalcaba, 2020). La promoción de la salud trasciende así la prevención de enfermedades, enfocándose en el bienestar integral mediante acciones anticipatorias que modifican los determinantes positivos de la salud.

Por otra parte, la Carta de Ottawa (1986) expone cinco funciones de la promoción de la salud: i) desarrollar aptitudes personales para la salud, ii) desarrollar entornos favorables, iii) reforzar la acción comunitaria, iv) reorientar los servicios de salud, y v) impulsar políticas públicas saludables. La promoci-

ón de la salud requiere el compromiso de los Gobiernos para cautelar las condiciones de vida y laborales de la población, a fin de que gocen de mejor salud y puedan ejercer mayor control sobre esta (como se citó en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2019).

Niveles de prevención de la salud

La prevención de la salud abarca actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables, a la vez que faculta a las comunidades para elaborar y afianzar entornos en los que se promueva la sanidad y se disminuyan los riesgos de padecer alguna enfermedad. Siguiendo a De Santos (2019), la prevención opera en tres fases complementarias: primaria, secundaria y terciaria:

- La prevención primaria se orienta a evitar la aparición de una enfermedad mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes, a fin de disminuir la incidencia de la enfermedad antes de que esta se presente. Aquí se considera el uso de protectores personales, mejores condiciones en estilos de vida, educación sanitaria y vacunaciones con el objetivo de prevenir enfermedades.
- La prevención secundaria se enfoca en la detección precoz de enfermedades existentes para reducir la gravedad y las complicaciones que estas puedan tener. Comprende acciones de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno que permitan la captación de casos antes de que se desarrollen síntomas severos.
- La prevención terciaria se centra en minimizar el impacto de las enfermedades crónicas ya establecidas, evitando que progresen y se presenten complicaciones. Aquí se incluye el tratamiento y la rehabilitación física y psicológica, así como la integración social de personas con enfermedades crónicas.

En suma, es necesario tomar acciones que protejan la salud mediante políticas y normativas preventivas para el bienestar de la población. Dentro de las medidas de prevención, se considera a las campañas de vacunación, charlas informativas de enfermedades transmisibles, educación sanitaria, además de la regulación de los alimentos, medicamentos y dispositivos médicos con el fin de reducir los factores peligrosos. Estas acciones deben considerar la normativi-

dad jurídica que proteja el derecho a la salud de forma equitativa y sin discriminación, aparte de velar por la protección frente a riesgos ambientales o sociales que puedan afectar la salud de las personas, garantizando así condiciones que posibiliten mantener y mejorar el estado de bienestar físico, mental y social de la comunidad (Moya-Medina *et al.*, 2024).

1.6. Principios de equidad, desigualdades sociales y acceso a los servicios sanitarios

La equidad sanitaria es más que la mera distribución de recursos médicos, representa un imperativo de justicia social que busca eliminar las disparidades evitables en salud. Según el informe conjunto de la Cepal y la OPS de 2024, la persistencia de estas brechas en América Latina, lejos de ser accidental, es producto de una “matriz de desigualdad social” profundamente arraigada, donde factores estructurales como el nivel de ingresos, la etnicidad y el territorio determinan injustamente la esperanza y calidad de vida de las poblaciones. Este enfoque actual subraya que la salud no puede entenderse aisladamente, sino como un resultado directo de las condiciones socioeconómicas en las que las personas nacen, crecen y envejecen.

En el análisis de los determinantes sociales, la evidencia científica de 2024 y 2025 confirma que estos factores “extrasanitarios” (como la vivienda, la educación y el trabajo digno) tienen un impacto biológico y social superior incluso a la genética o al acceso clínico tradicional. El *Informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en la salud* (OMS, 2025) revela datos alarmantes: las inequidades sociales pueden reducir la esperanza de vida hasta en 33 años entre los grupos más y menos favorecidos dentro de una misma región. Investigaciones recientes evidencian cómo la pobreza actúa como una barrera triple (económica, geográfica y cultural), impidiendo que las intervenciones de salud pública lleguen efectivamente a quienes más las necesitan y perpetuando un ciclo de enfermedad y empobrecimiento.

Para abordar el acceso a los servicios sanitarios desde una perspectiva de equidad, la estrategia central propuesta para el periodo 2024-2030 es el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS) como mecanismo redistri-

butivo. En tal sentido, no se trata únicamente de aumentar la cobertura, sino de garantizar un financiamiento solidario que proteja a los hogares de gastos de bolsillo que empobrecen, los cuales siguen siendo una de las principales causas de desigualdad en el acceso (Urbanos-Garrido, 2016). En ese contexto, la transformación digital del sector sanitario ha emergido como un nuevo determinante crítico. Si bien la telemedicina ofrece oportunidades, existe el riesgo de una “paradoja de exclusión” donde las poblaciones sin conectividad quedan rezagadas de los nuevos ecosistemas de atención.

Finalmente, es imperativo adoptar un enfoque interseccional que visibilice cómo se superponen múltiples capas de vulnerabilidad. La literatura científica demuestra que los promedios nacionales suelen ocultar realidades dispares; por ejemplo, las poblaciones indígenas y afrodescendientes en zonas periurbanas enfrentan barreras exponencialmente mayores debido a la discriminación simultánea por condición étnica y socioeconómica. La equidad real exige, por tanto, una adaptación cultural de los servicios sanitarios, reconociendo que dismantelar la desigualdad requiere intervenciones específicas que vayan más allá de la simple cobertura médica universal.

CAPÍTULO II

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD PÚBLICA

Una vez sentadas las bases conceptuales de la salud pública —comprendida ya como un complejo producto del bienestar social y la equidad—, el desafío inherente a la disciplina se traslada del plano del diagnóstico al de la ejecución. Hay que tener en cuenta que el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud como las causas de la inequidad obliga a los sistemas sanitarios a trascender la gestión reactiva y a adoptar un enfoque deliberado y prospectivo: la planificación estratégica.

En el siglo XXI, la planificación en salud ha dejado de ser un mero ejercicio burocrático de asignación de recursos para convertirse en la herramienta central destinada a gestionar la incertidumbre y la complejidad. Los sistemas de salud se enfrentan simultáneamente a amenazas persistentes (enfermedades no transmisibles, rezagos materno-infantiles) y a nuevos choques sistémicos, como las pandemias y la crisis climática, que demandan una capacidad de respuesta y una resiliencia sin precedentes. Esta realidad exige una planificación que vaya más allá del ciclo presupuestario corto y se alinee con horizontes de largo plazo, como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En este marco, la planificación estratégica se convierte en un proceso inherentemente sociopolítico. Como señala Riggiozzi (como se citó en Quispe & Avega, 2024), la implementación de planes estratégicos de salud está intrínsecamente ligada a la gobernabilidad. Un plan eficaz debe forjar consensos entre sectores y niveles de gobierno, transformar las interacciones entre el Estado y la sociedad civil e identificar mecanismos de gobernanza que optimicen los recursos escasos para garantizar el bienestar de la población. No basta con diseñar el *qué hacer*, sino que ahora lo esencial es planificar el *cómo lograrlo* a través de la acción intersectorial y el liderazgo compartido.

Este capítulo aborda la planificación estratégica como el puente indispensable que conecta el mandato ético de la equidad con los resultados

sanitarios tangibles. Al respecto, la clave radica en entender que solo a través de un diseño estratégico robusto —que integre la sostenibilidad ambiental, la participación comunitaria y la flexibilidad operativa— se podrá avanzar hacia la construcción de sistemas de salud verdaderamente universales, integrales y resilientes frente a los desafíos contemporáneos.

2.1. Sostenibilidad y desafíos contemporáneos en el sector salud

La sostenibilidad en salud pública no debe reducirse solo a la continuidad de programas, sino a comprender un modelo que abarque la sostenibilidad ambiental, financiera, institucional y social del sistema de salud, que se articule bajo los compromisos globales del desarrollo sostenible y aspire a contar con sistemas de salud resilientes, equitativos y de largo plazo (L. López & Garay, 2024). Para poner un ejemplo, el modelo Innovate Model —propuesto en el 2025—ofrece un marco sistemático para mejorar la sostenibilidad de intervenciones de salud pública durante todo su ciclo (diseño, implementación, evaluación y aprendizaje) bajo cinco actividades transversales (uso de evidencia de calidad, liderazgo local, participación de partes interesadas, adaptación al contexto, uso de conocimiento local), que deben integrarse desde el inicio del programa (Haregu et al., 2025).

Como se expuso en el párrafo anterior, la sostenibilidad no es una “etapa final opcional”, sino un objetivo estratégico que debe planificarse desde la concepción de políticas e intervenciones. A continuación, se presenta una serie de desafíos que se estima son pertinentes sobre esta materia:

Tabla 2. *Desafíos contemporáneos en el sector salud*

Sostenibilidad ambiental y cambio climático	El sector salud, y en particular las instituciones hospitalarias, tiene una huella ambiental considerable: consumo de energía, generación de residuos peligrosos, uso intensivo de insumos, emisiones de gases, entre otros. Una investigación llevada a cabo por Olawade et al. (2025) señala la urgencia de integrar sostenibilidad ambiental en la provisión de servicios sanitarios mediante estrategias como el uso de energía renovable, diseño ecoeficiente de infraestructura hospitalaria, gestión sostenible de residuos y prácticas de transporte y alimentación sostenibles. Hay que tener en cuenta que estos esfuerzos, más que atender a la responsabilidad ambiental, son coherentes con los determinantes sociales y ambientales de la salud, como la degradación ambiental, el cambio climático, la contaminación y la pérdida de biodiversidad, que constituyen amenazas crecientes para la salud poblacional.
Sostenibilidad financiera y equidad de cobertura	Esto es particularmente relevante en regiones como América Latina y el Caribe. Basta con mencionar el informe reciente de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2025), en donde se sostiene que para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal (CSU) se necesita un aumento sostenido y eficiente del financiamiento público. Para ello, se sugiere invertir al menos 6.7 % del PBI en salud, una cifra superior a la recomendación mínima habitual (Marinho et al., 2025). Sin ese respaldo financiero sólido, los sistemas de salud corren el riesgo de ser fragmentados, dependientes de financiamiento precario, con servicios inequitativos y una elevada dependencia del gasto de bolsillo, lo que pone en entredicho su sostenibilidad social y equidad.
Sostenibilidad institucional y organizacional: planeamiento, gobernanza y capacidad adaptativa	A nivel organizacional, los sistemas de salud enfrentan retos como la fragmentación institucional, la debilidad en la planificación estratégica, la resistencia al cambio, la carencia de liderazgo, la rotación de personal y limitaciones en la adopción de tecnologías de información, tal como sostienen Andrade et al. (2025). La sostenibilidad exige estructuras que promuevan gobernanza sólida, coordinación interinstitucional, participación comunitaria, así como mecanismos de rendición de cuentas y evaluación continua. En ese sentido, la planificación estratégica en salud pública debe contemplar, desde su diseño institucional, un enfoque de largo plazo, no solo la intervención puntual. La capacidad de adaptación y resiliencia ante cambios demográficos, epidemiológicos, ambientales y tecnológicos también es un elemento crítico, ya que los sistemas deben ser flexibles para responder a nuevas amenazas, innovar, aprender y evolucionar.

Sostenibilidad de intervenciones y programas: continuidad y escalabilidad	Desde la perspectiva de las intervenciones específicas de salud pública (por ejemplo, programas de prevención, vacunación, promoción de salud, vigilancia, entre otros), la sostenibilidad implica que estas continúen, se adapten, mantengan sus beneficios y evolucionen tras el periodo inicial de financiamiento (Fitzgerald, 2023). El reto contemporáneo está en que muchos marcos teóricos y prácticos se han centrado en describir dimensiones de sostenibilidad, pero pocos ofrecen guías claras sobre cómo asegurarla de forma activa. En otras palabras, cómo diseñar desde el inicio estrategias que promuevan la sostenibilidad, movilicen recursos, garanticen la continuidad institucional y comunitaria, así como adaptar intervenciones al contexto, especialmente en entornos dinámicos o vulnerables. Este vacío exige más investigación, participación de actores locales, evaluación continua e integración de conocimiento formal y local (contextual), a fin de que las intervenciones de salud pública no sean efímeras, sino parte de un sistema más amplio y persistente.
---	--

Nota. Elaboración propia

Ante los desafíos expuestos en la tabla, la sostenibilidad en el sector de la salud pública (ambiental, financiera, institucional y operacional) es tanto un reto como una oportunidad. En un contexto global marcado por el cambio climático, la desigualdad, la presión demográfica, la fragilidad fiscal y la necesidad de cubrir a poblaciones vulnerables, a la vez que planificar estratégicamente desde una óptica sostenible, es indispensable para garantizar el derecho a la salud, la equidad, la eficiencia y la resiliencia del sistema.

2.2. La planificación estratégica aplicada a la salud pública: definición e importancia

La planificación estratégica en salud pública es un proceso sistemático y participativo mediante el cual las organizaciones del sector salud toman decisiones clave para definir su misión, metas y prioridades, y orientar los recursos disponibles hacia la mejora sostenida del estado de salud de la población a mediano y largo plazo. Supone analizar el contexto epidemiológico, social, económico y político, identificar brechas y necesidades sanitarias, aparte de diseñar estrategias e intervenciones alineadas con políticas nacionales y con la evidencia científica.

En la literatura reciente, la planificación estratégica en el sector salud se entiende como una herramienta de gestión que “produce decisiones y acciones fundamentales que guían lo que es el sector de salud pública, lo que hace y por qué lo hace”, buscando mejorar resultados organizacionales y de salud de la población mediante la definición de objetivos, estrategias y criterios de desempeño claramente formulados (Wongsin et al., 2025). Esta concepción la vincula directamente con la mejora del desempeño institucional y la gestión por resultados en servicios de salud.

En términos operativos, la planificación estratégica en salud pública integra varios componentes: análisis de situación de salud (incluyendo carga de enfermedad, determinantes sociales y capacidad instalada), formulación de misión, visión y objetivos estratégicos, definición de estrategias y planes de acción, así como la construcción de indicadores y metas que permitan el seguimiento y evaluación del desempeño (Robles et al., 2017). Con ello se diferencia de una planificación meramente operativa, centrada en actividades de corto plazo, al poner énfasis en la orientación estratégica, la sostenibilidad y la articulación con políticas sectoriales.

Ahora bien, la importancia de la planificación estratégica en salud pública se expresa en al menos cinco dimensiones interrelacionadas.

Tabla 3. *Dimensiones e importancia de la planificación estratégica en salud*

Mejora del desempeño organizacional y de los servicios de salud
La planificación estratégica se asocia de manera positiva y moderada con el desempeño organizacional en el sector salud al clarificar objetivos, orientar la toma de decisiones y fortalecer la capacidad de medir y gestionar resultados. La definición de metas y estrategias ayuda a la mejora de la calidad de los servicios, la oportunidad de la atención y la continuidad del cuidado, aspectos esenciales en sistemas de salud centrados en la población.
Asignación eficiente y transparente de recursos
Una planificación estratégica bien diseñada orienta la asignación de recursos humanos, financieros y tecnológicos hacia prioridades o necesidades de salud claramente definidas, evitando con ello la dispersión y el uso ineficiente de presupuestos. En el ámbito público, se concibe como un instrumento útil para la gestión por resultados, vinculado a la formulación de indicadores de desempeño y a la rendición de cuentas sobre los logros obtenidos. Vale acotar que, tal como sostienen Wongsin et al. (2025), un correcto diseño contribuye a la sostenibilidad de los sistemas de salud y a la legitimidad de las instituciones frente a la ciudadanía.

Respuesta efectiva frente a desafíos complejos y emergencias sanitarias

La experiencia reciente con la pandemia de COVID-19 puso en evidencia que aquellos sistemas de salud con planes estratégicos robustos, marcos claros de preparación y capacidad de adaptación tuvieron mejor desempeño en términos de respuesta, coordinación intersectorial y continuidad de servicios esenciales. La planificación estratégica, de acuerdo con Wongsin *et al.* (2025), hace posible anticipar escenarios, gestionar la incertidumbre y articular políticas e intervenciones en contextos cambiantes.

Mejora de la calidad, satisfacción de los usuarios y sostenibilidad organizacional

Revisiones sistemáticas en el ámbito de la gestión en salud, como las de Gathmyr *et al.* (2024), muestran que la planificación estratégica tiene buenos resultados cuando involucra a profesionales, directivos, pacientes y otros actores. Esto se traduce en la mejora de la calidad percibida, la satisfacción de usuarios y trabajadores, así como en una mayor eficiencia operativa y sostenibilidad económica de las organizaciones sanitarias. La integración de tecnologías digitales, la gestión del conocimiento y el aprendizaje organizacional refuerzan estos efectos dentro del proceso de planificación, pues impulsan transformaciones hacia modelos de atención más seguros, centrados en la persona y enfoques costo-efectivos.

Soporte a la toma de decisiones y gobernanza en salud pública

En instituciones de salud, la planificación estratégica se reconoce como una actividad clave para proyectar la acción más allá del corto plazo, ordenar la toma de decisiones y representar adecuadamente las necesidades y objetivos de los distintos grupos de interés. Al articular visión, objetivos, estrategias e indicadores, se convierte en una herramienta central de gobernanza que vincula políticas nacionales, planes institucionales y planes operativos, facilitando la coherencia entre el nivel político y el nivel técnicooperativo (Robles *et al.*, 2017).

Nota. Elaboración propia

2.3. Etapas de la planificación en salud pública

La planificación en salud pública es una etapa esencial en la organización y gestión de intervenciones destinadas a mejorar la salud de las poblaciones, pues además de ayudar a identificar las necesidades y prioridades en salud, asegura que las acciones sean eficientes y adecuadas al contexto social, económico y cultural de cada comunidad. La planificación en salud se organiza en etapas que se interrelacionan y retroalimentan para garantizar una intervención efectiva y sostenible.

En ese sentido, las etapas de la planificación en salud pública incluyen el diagnóstico o análisis de la situación de salud; la formulación del plan, donde se definen los objetivos y estrategias; la implementación o ejecución,

que lleva a cabo las acciones planificadas, y, finalmente, la evaluación, que permite medir los resultados obtenidos y ajustar las intervenciones según sea necesario (Camacho & Montenegro, 2023).

En la etapa de diagnóstico, se realiza un análisis exhaustivo de la situación de salud de la población mediante la identificación de los principales problemas de salud, sus determinantes y los recursos disponibles para su abordaje. A partir de esta información, en la fase de formulación del plan, se establecen las prioridades, se definen los objetivos específicos y se diseñan las estrategias y actividades que guiarán la intervención. Una vez formulado el plan, en la fase de implementación se llevan a cabo las acciones previstas para movilizar los recursos y coordinar los esfuerzos de los diferentes actores involucrados. La etapa de la evaluación sirve para medir el impacto de las intervenciones, determinar si los objetivos se han alcanzado y ofrecer información valiosa para la toma de decisiones en futuros procesos de planificación (Benet, 2013).

A continuación, se exponen las características, objetivos, metodologías e importancia de estas etapas dentro del ciclo de planificación en salud pública.

2.3.1. Diagnóstico o análisis

En la etapa de análisis o diagnóstico, se identifican las condiciones actuales de salud de una población, así como los factores que la determinan. Tal como se afirma en un documento oficial de la Universidad Abierta y a Distancia de México (2024), en esta etapa se recopila, estudia y analiza información relevante sobre la salud de la comunidad, incluyendo indicadores de salud, determinantes sociales, culturales, económicos y de acceso a servicios de salud, con el objetivo principal de entender las causas y relaciones que influyen en la situación sanitaria para poder definir prioridades y diseñar intervenciones efectivas.

En opinión de Cotonieto-Martínez (2020), este análisis o diagnóstico posee una estructura interna compuesta por distintas fases:

Tabla 4. Fases de la etapa de diagnóstico

Delimitación del problema y delimitación poblacional/geográfica

Este primer paso consiste en definir cuál es el problema de salud que se va a analizar. Para ello, es necesario que se describa en qué consiste el diagnóstico, quiénes participarán en su realización (por ejemplo, profesionales, comunidad, instituciones) y cuál es la importancia y justificación de llevarlo a cabo en esa población específica.

También implica realizar una revisión de la historia social y cultural de la comunidad, determinar su ubicación geográfica y efectuar un análisis demográfico (empleando una pirámide poblacional, por ejemplo) para entender cómo está estructurada la población (edad, sexo, distribución) y precisar así cuáles son los principales desafíos que enfrentan en materia de salud.

Recolección de información

Una vez delimitado el problema, se recopilan datos precisos y relevantes que permitan entender la situación. En este caso, podría servir incluir indicadores epidemiológicos, así como datos sobre recursos disponibles, acceso a servicios de salud, condiciones sociales, económicas y culturales que influyen en la salud de la comunidad.

Hay que tener en cuenta que esta recolección se realiza usando diversas técnicas y herramientas, combinando enfoques cualitativos (entrevistas, grupos focales) y cuantitativos (encuestas, estadísticas).

Análisis e interpretación

Luego de obtener la información, se lleva a cabo un análisis de esta para comprender mejor la situación. De esa forma, se identifican las principales necesidades y problemas, las capacidades y recursos existentes, las vulnerabilidades y los factores que inciden en los problemas de salud. A partir de ahí, se realiza un análisis desde un enfoque ecológico, que considera los aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales, al mismo tiempo que se examinan teorías, estudios previos y políticas similares para entender las causas de los problemas e identificar relaciones causales potenciales.

Propuesta de inversión

En esta última fase, con toda la información interpretada, se diseñan acciones o programas dirigidos a solucionar las problemáticas identificadas, lo que implica definir actividades específicas, establecer técnicas para su implementación, elaborar manuales y reglas de operación, y seleccionar indicadores que permitan monitorear el avance y evaluar el impacto de las intervenciones.

La finalidad de esta fase es que todas las acciones sean viables, congruentes con la realidad y, además, que puedan mejorar las condiciones de salud de la población.

Nota. Adaptado de Cotonieto-Martínez (2020)

En este punto, se debe mencionar que el diagnóstico en salud pública debe guiarse por principios que aseguren que el proceso sea integral, objetivo y participativo. En primer lugar, la objetividad y sistematicidad hacen que la información recopilada sea precisa y confiable mediante datos cuantitativos y cualitativos validados. En segundo lugar, la utilización de metodologías claras y rigurosas permite que los resultados sean comparables, consistentes y útiles para la toma de decisiones. En tercer lugar, el diagnóstico debe ser integral e interdisciplinario, considerando siempre las diversas dimensiones de la salud (biológicas, sociales, económicas y ambientales) y abordando los problemas desde un punto de vista global que involucre a diferentes sectores. Por último, y lo más importante, es que la participación social y comunitaria ayude a identificar sus necesidades reales, fortalezas y vulnerabilidades, contribuyendo con ello a la legitimidad y pertinencia del diagnóstico.

El diagnóstico en salud hace posible priorizar las intervenciones y dirigir los recursos limitados hacia las áreas de mayor necesidad. Por esa razón, si no se tiene un diagnóstico adecuado, las acciones de salud pública pueden ser ineficaces o irrelevantes, ya que no estarían basadas en una comprensión real de los problemas. Al identificar las desigualdades en el acceso a servicios y los determinantes sociales de la salud, el diagnóstico puede contribuir a la creación de políticas más equitativas y, de esa manera, garantizar que las intervenciones lleguen a quienes más lo necesitan (OPS, 2020a). Por consiguiente, el diagnóstico o análisis proporciona una línea de base con la cual se puede evaluar la efectividad de las políticas implementadas.

2.3.2. Formulación del plan

La formulación del plan es la etapa en la que el diagnóstico de la situación de salud se convierte en un conjunto coherente de decisiones estratégicas y operativas. A partir de la información epidemiológica, social y de servicios obtenida en el análisis previo, se comienzan seleccionar los problemas prioritarios y se definen las respuestas organizadas que el sistema de salud va a desplegar en un periodo determinado. En la literatura sobre planificación estratégica en instituciones de salud, se destaca que esta fase posibilita

alinear misión, visión, recursos y acciones concretas para mejorar la calidad y eficacia de los servicios, evitando con ello intervenciones fragmentadas o reactivas (Miranda et al., 2021).

Un primer componente de la formulación es la priorización de problemas que suele hacerse aplicando criterios explícitos como magnitud, gravedad, vulnerabilidad, impacto en la equidad y factibilidad de intervención. Sobre esta base, se formulan los objetivos generales y específicos del plan, los cuales deben responder a los problemas priorizados y ser medibles, alcanzables, pertinentes y delimitados en el tiempo. Benet (2013) subraya que la claridad y precisión de los objetivos es clave para que el plan sea operativo y evaluable, ya que de ellos se derivan las metas, los indicadores y las responsabilidades institucionales.

A continuación, se diseñan las estrategias y líneas de acción que permitirán alcanzar dichos objetivos. Esto implica decidir qué combinaciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación se emplearán, qué poblaciones o territorios serán priorizados y qué intervenciones específicas se implementarán (por ejemplo, programas de vacunación, tamizaje, acciones de salud comunitaria, reorganización de servicios). Estudios como el de Pari y Díaz (2025) sobre planificación estratégica y modernización del sistema de salud señalan que, para ser efectivos, estos planes deben integrar de manera explícita la gestión de recursos humanos, la infraestructura, la tecnología y la organización del trabajo, de modo que no se limiten a enunciar actividades, sino que articulen cambios estructurales y de procesos.

La formulación del plan también comprende la elaboración de un plan operativo donde se detallan actividades, responsables, cronograma, recursos financieros y materiales, así como los mecanismos de coordinación interinstitucional. Experiencias como la de Ayala (2023), al elaborar planes de salud en comunidades peruanas, muestran que esta fase se fortalece al combinar los criterios técnicos de los equipos de salud con el conocimiento territorial de agentes comunitarios y organizaciones sociales. Esto facilita que las actividades propuestas respondan a los problemas que percibe la población.

Un rasgo particular que destacan varios estudios es el carácter “participativo” de la formulación. Investigaciones cualitativas sobre planes locales de salud ponen en evidencia que la participación de la comunidad puede ser solo formal, o “pseudoparticipativa”, si se limita a informar a la población sin incorporar realmente sus opiniones en la definición de objetivos y acciones; en cambio, cuando la participación es auténtica, se potencian la apropiación social del plan, la corresponsabilidad y la sostenibilidad de las intervenciones (Ayala, 2023). De forma complementaria, diferentes análisis sobre la sensibilidad de género en la formulación de planes de salud han mostrado que esta etapa condiciona qué problemas se visibilizan y cómo se abordan, por lo que es clave integrar enfoques de género, derechos y equidad desde el momento en que se redactan los objetivos, metas e indicadores.

Hay que tener en cuenta, además, que una buena formulación debe prever desde el inicio los mecanismos de seguimiento y evaluación, definiendo indicadores de proceso, resultado e impacto, así como líneas de base y metas claras. Con ello, la implementación posterior podrá ser monitoreada y reajustada en función de evidencias, cerrando el ciclo de planificación.

2.3.3. Implementación o ejecución

La implementación o ejecución es la fase en la que el plan de salud pública se convierte en acciones concretas dirigidas a la población, lo que supone poner en práctica estrategias, actividades y proyectos definidos en la formulación del plan, movilizando recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos para alcanzar los objetivos establecidos. Camacho y Montenegro (2023) mencionan que esta etapa es un proceso complejo de gestión, coordinación y adaptación continua al contexto real donde se desarrolla la intervención.

En términos operativos, la implementación implica traducir el plan en programas, proyectos y actividades específicas, con cronogramas, responsables, metas parciales y mecanismos de supervisión. Esto incluye organizar los equipos de trabajo, distribuir funciones, asegurar la disponibilidad de insumos, adecuar la infraestructura y establecer protocolos de actuación en los distintos niveles de atención. Documentos técnicos de planificación en salud señalan que

el plan se “prolonga” operativamente a través de programas y planes de trabajo concretos, que ordenan las tareas en un plazo definido y con recursos determinados, de forma que la acción sea coherente con los objetivos estratégicos previamente acordados.

La literatura reciente sobre implementación de políticas y planes de salud muestra que esta fase es un proceso dinámico y situado, donde intervienen múltiples actores (gestores, equipos de salud, Gobiernos locales, organizaciones comunitarias) y niveles de decisión. Más que aplicar linealmente lo que “dice el plan”, se trata de negociar, interpretar y adaptar las intervenciones a las condiciones institucionales, culturales y políticas concretas de cada territorio (Camacho & Montenegro, 2023). Estudios sobre implementación de políticas públicas en salud en el contexto nacional, como el trabajo de Cosavalente-Vidarte et al. (2019), describen este proceso como un entramado de relaciones de poder, capacidades organizacionales y márgenes de discrecionalidad de los equipos de ejecución, lo que explica por qué planes similares pueden tener resultados muy diferentes según el contexto.

Un componente que destaca en esta fase es la gestión y coordinación intersectorial. Muchas intervenciones en salud pública (por ejemplo, las relacionadas con determinantes sociales, salud ambiental o enfermedades crónicas) requieren trabajar con educación, vivienda, Gobiernos locales, organizaciones sociales y otros sectores. Las guías de implementación de la OPS subrayan que, para que las funciones esenciales de salud pública se traduzcan en resultados, es necesario fortalecer la gobernanza, la articulación entre instituciones y la capacidad de los equipos para gestionar alianzas más allá del sector salud.

La participación comunitaria es otro eje clave de la ejecución. Ayala (2023) sostiene que la comunidad reconoce beneficios concretos del plan cuando participa en actividades, campañas y acciones colectivas, pero también evidencian limitaciones como la “pseudoparticipación” (participación meramente formal), la incompatibilidad de horarios entre personal de salud y agentes comunitarios, y la influencia político-partidaria en las decisiones. Entonces, se infiere que tales hallazgos refuerzan la idea de que la implementación no puede limitarse a ejecutar actividades desde el establecimiento de salud, sino que

debe construir corresponsabilidad con los actores sociales y promover espacios reales de diálogo y concertación.

Por último, la etapa de implementación incorpora de manera explícita el seguimiento o monitoreo en tiempo real del plan, pues a medida que se ejecutan las acciones se recopila información sobre el cumplimiento de actividades, uso de recursos, cobertura alcanzada y problemas operativos (por ejemplo, falta de insumos, sobrecarga de personal, baja participación de la población). Los lineamientos de gestión de la salud pública y de planes de intervenciones colectivas en la región insisten en que la ejecución debe ir acompañada de indicadores de proceso y mecanismos de supervisión que permitan introducir ajustes oportunos, evitando que el plan se convierta en un documento rígido y descontextualizado.

2.3.4. Evaluación

La evaluación es la etapa del proceso de planificación en salud pública que posibilita juzgar en qué medida el plan y sus intervenciones lograron los objetivos propuestos, con qué eficiencia se utilizaron los recursos y qué impacto tuvieron sobre la salud de la población. Tal como postulan Papanicolas et al. (2023), no solo permite medir resultados: es un proceso sistemático de recolección, análisis e interpretación de información para apoyar la toma de decisiones y procurar la mejora continua de programas y políticas de salud.

En términos operativos, la evaluación compara lo planificado con lo efectivamente ejecutado, analizando tanto los procesos (implementación de las actividades, cobertura, calidad, participación) como los resultados (cambios en indicadores de salud, acceso, equidad, satisfacción usuaria). La literatura sobre evaluación de programas de salud hace posible determinar si un programa consiguió o no alcanzar los objetivos utilizando métodos científicos y criterios explícitos de efectividad, eficiencia, calidad y equidad.

La evaluación puede ser *ex ante*, de proceso y *ex post*. La evaluación *ex ante* analiza la pertinencia y coherencia del plan antes de su ejecución; la de proceso revisa su desarrollo mientras se implementa, permitiendo hacer ajustes oportunos; mientras que la *ex post* valora los resultados e impactos una vez

concluido un periodo de ejecución. En enfoques más recientes, como la de Falcón et al. (2022), se insiste también en la necesidad de incorporar dimensiones como la calidad de la atención y la equidad en salud para que, además de medir promedios, se pueda saber quiénes se benefician y quiénes quedan rezagados.

Hay que tener en cuenta, asimismo, que la evaluación cierra y, al mismo tiempo, reinicia el ciclo de planificación. Gracias a sus hallazgos se pueden identificar logros, limitaciones y, a partir de las lecciones aprendidas, establecer nuevos diagnósticos y reformular planes más pertinentes y efectivos. Desde esta perspectiva, la evaluación, más que ser el final del plan, es un componente permanente de la gestión en salud pública orientado a mejorar la toma de decisiones y a fortalecer la rendición de cuentas frente a la población y las autoridades sanitarias.

2.4. Indicadores, priorización de problemas sanitarios y toma de decisiones basada en evidencia

En la planificación estratégica en salud pública, los indicadores constituyen el lenguaje común para describir la situación sanitaria, monitorear el desempeño de los servicios y evaluar el impacto de las intervenciones. Los indicadores de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo, cobertura de servicios, calidad de la atención y eficiencia económica sintetizan información compleja y facilitan la comparación entre territorios y periodos de tiempo (Huerta et al., 2019). Al alinearse con marcos internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible y con los planes nacionales de salud, estos indicadores guían la definición de metas estratégicas específicas, medibles y alcanzables.

La priorización de problemas sanitarios es un paso crítico, porque los recursos son limitados y no es posible intervenir simultáneamente en todos los daños. En la región se emplean metodologías estructuradas como el análisis de situación de salud (ASIS) y herramientas multicriterio, como el método de Hanlon y su adaptación por la OPS, que consideran la magnitud, gravedad, tendencia, desigualdad y factibilidad de intervención de cada problema, generando un *ranking* de prioridades para la acción (Choi et al., 2019). Informes recientes de políticas nacionales multisectoriales en salud, como la elaborada

por el Ministerio de Salud del Perú ([Minsa], 2024), muestran que la selección de prioridades combina indicadores epidemiológicos (por ejemplo, mortalidad materna, desnutrición y enfermedades crónicas) con criterios de equidad y articulación intersectorial, lo que permite concentrar esfuerzos en problemas de alto impacto poblacional.

La toma de decisiones basada en evidencia supone integrar de forma sistemática la mejor información disponible en cada fase del ciclo de planificación, desde la formulación del diagnóstico hasta la elección de intervenciones costo-efectivas y el rediseño de programas. Para ello, también son necesarios los sistemas de información en salud, cuya calidad de datos —oportunidad, precisión, completitud— condiciona la validez de los análisis y la pertinencia de las decisiones. Estudios recientes en servicios de primer nivel han mostrado que los registros incompletos o duplicados limitan el uso de la información para la gestión y la vigilancia (Yagual-Reyes & Llivisaca-Villazhañay, 2025). En paralelo, el uso de ciencia de datos y analítica avanzada en las instituciones públicas permite explorar grandes volúmenes de datos, identificar patrones, segmentar poblaciones de riesgo y evaluar escenarios de intervención, fortaleciendo así la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios ante situaciones complejas como la pandemia de COVID-19.

En conjunto, indicadores robustos, métodos transparentes de priorización y una cultura institucional de toma de decisiones basada en evidencia conforman el núcleo de una sólida planificación estratégica en salud pública contemporánea. Cuando estos elementos se articulan adecuadamente, los planes dejan de ser documentos formales para convertirse en herramientas dinámicas de gestión que orientan la asignación eficiente de recursos, la coordinación intersectorial y la rendición de cuentas frente a la población, contribuyendo al logro progresivo del derecho a la salud.

2.5. Participación intersectorial y comunitaria como parte de la planificación estratégica

En la planificación estratégica en salud pública, la participación intersectorial y comunitaria deja de ser un complemento y se convierte en un eje estructural de la gobernanza sanitaria. La intersectorialidad se entiende como

la intervención coordinada de instituciones de más de un sector social (salud, educación, vivienda, trabajo, ambiente, etc.) para abordar conjuntamente problemas que comparten determinantes sociales y que no pueden resolverse desde el sector salud de forma aislada.

A su vez, la participación comunitaria supone involucrar activamente a personas, organizaciones de base y movimientos sociales en el diagnóstico, la definición de prioridades, el diseño, la ejecución y la evaluación de políticas y programas de salud, tal como sostiene la OPS (2017).

Ahora bien, los niveles de relación en la intersectorialidad, según la OPS, comienzan con el nivel de información, que implica compartir conocimientos y lograr un entendimiento común entre sectores. Luego está la cooperación, que busca una relación más activa y estratégica basada en problemas y prioridades compartidas, donde las acciones pueden ser incidentales o planificadas. Finalmente, el nivel de coordinación implica una verdadera integración en la que los esfuerzos, políticas y programas de los sectores se ajustan y trabajan de manera conjunta para alcanzar objetivos sociales comunes, con una planificación y financiamiento compartido.

La evidencia latinoamericana muestra que los procesos de participación comunitaria vinculados a la atención primaria de salud (APS) hace posible que las comunidades mejoren la adecuación cultural de los servicios, contribuyendo con ello a resultados sanitarios más equitativos, siempre que la participación sea sostenida y no meramente simbólica. Una revisión sistemática reciente, elaborada por Bernal-Ordoñez et al. (2024) sobre participación y empoderamiento comunitario en APS en América Latina, destaca que las experiencias más exitosas combinan organización comunitaria, apoyo técnico de los equipos de salud y marcos normativos que reconocen el derecho a participar en las decisiones sanitarias.

CAPÍTULO III

POLÍTICAS, LINEAMIENTOS, ESTRATEGIAS Y GOBERNANZA EN SALUD DE AMÉRICA LATINA

Los dos capítulos anteriores han permitido comprender de manera integral que la salud es un derecho humano esencial, que los determinantes sociales tienen un gran impacto en la generación de inequidad, y que la planificación estratégica es una necesidad ineludible para abordar estos desafíos. Sin embargo, la salud universal y la equidad dejan de ser aspiraciones teóricas para convertirse en mandatos operativos solo cuando se traducen en políticas públicas, lineamientos estratégicos y mecanismos de gobernanza concretos en el ámbito regional y nacional. Es en ese contexto, en la compleja realidad de América Latina, donde estos cimientos conceptuales deben enfrentarse a las limitaciones estructurales.

La región se caracteriza por sistemas de salud históricamente fragmentados, con una marcada desigualdad en el acceso y un déficit crónico de inversión pública. La gestión de los sistemas sanitarios no puede separarse de la realidad socioeconómica, donde la informalidad laboral, la volatilidad fiscal y la heterogeneidad geográfica imponen barreras significativas, por lo que este capítulo se enfocará en los pilares fundamentales que sostienen (o debilitan) la arquitectura de la salud pública en la región: la gestión de los recursos humanos, el financiamiento y la capacidad de respuesta ante crisis.

La eficacia de cualquier plan estratégico depende directamente de su implementación. En tal sentido, la gestión de recursos humanos se erige como la base social y técnica del sistema. La coexistencia de déficit de personal, la mala distribución territorial (con concentración en capitales y escasez en zonas rurales) y la alta rotación del talento, agravada por la precariedad laboral, constituyen una amenaza constante a la calidad y la continuidad de la atención.

En paralelo, la gestión financiera define la sostenibilidad. Pese a las recomendaciones de organismos internacionales de invertir al menos

un 6 % del PBI en salud pública para avanzar hacia la cobertura universal, muchos países de la región mantienen un gasto público insuficiente y una alta dependencia del gasto de bolsillo, lo que perpetúa la inequidad. La clave, por lo tanto, es garantizar la eficiencia en el gasto mediante la compra estratégica y la priorización de intervenciones de alto impacto.

Este capítulo explora cómo los organismos internacionales, principalmente la OPS, han guiado estos lineamientos a través de marcos como las funciones esenciales de salud pública (FESP) y la política de salud universal. Con ello buscan dotar a los Estados de las herramientas de gobernanza necesarias para alinear la formación del personal, el flujo de recursos y la respuesta ante emergencias, garantizando que la equidad no sea solo una meta, sino el resultado de políticas intencionales.

3.1. Gestión de recursos humanos: formación, distribución y retención del personal de salud

La región latinoamericana enfrenta, de manera simultánea, déficit cuantitativo de personal, desequilibrios en la distribución territorial y por niveles de atención, así como altos índices de rotación y desgaste profesional. Estos problemas debilitan la capacidad de los sistemas de salud para avanzar hacia la cobertura y el acceso universales, especialmente en contextos de alta inequidad social. Artaza et al. (2020) argumentan que sin una estrategia integral de gestión del talento humano, que articule formación, planificación de la dotación, condiciones laborales y mecanismos de retención, resulta muy difícil sostener redes de servicios oportunas y de calidad, particularmente en la atención primaria y en zonas rurales o periféricas.

A. Nivel 1. Formación

En el plano de la formación, Artaza et al. (2020) enfatiza que las políticas educativas en salud deben alinearse explícitamente con el objetivo de salud universal, subrayando que las instituciones académicas de la región de las Américas siguen formando, en gran medida, perfiles orientados al hospital y la especialidad, mientras que la mayor carga de enfermedad y las brechas de

acceso se concentran en contextos de pobreza, ruralidad y diversidad cultural. Por otro lado, los autores también proponen reorientar la formación hacia la atención primaria, el trabajo interprofesional, el enfoque comunitario y el compromiso social de las universidades con los sistemas de salud nacionales.

La formación continua aparece también como una dimensión estratégica de la gestión de recursos humanos. Oyola y Román (2025) sostienen que los programas de capacitación y actualización no solo se basan en mejorar conocimientos y habilidades técnicas, sino que se asocian con mayor satisfacción laboral, mejor clima organizacional y menor intención de abandono. En América Latina, por ejemplo, donde los cambios epidemiológicos y tecnológicos son rápidos (envejecimiento poblacional, incremento de enfermedades crónicas, digitalización de procesos clínicos y administrativos), la educación permanente se convierte en una herramienta clave para sostener la calidad asistencial y la seguridad del paciente (Cañarte et al., 2025). Sin embargo, la evidencia muestra que persisten brechas importantes: capacitaciones puntuales, poco articuladas con planes institucionales y con escaso seguimiento de su impacto sobre el desempeño y la calidad de los servicios.

B. Nivel 2. Distribución

Otro desafío estructural es la distribución del personal. La producción de profesionales de salud en la región se ha incrementado en los últimos años, pero la asignación territorial y por niveles de complejidad continúa siendo desigual. En varios países, los estudios documentan la coexistencia de concentración de médicos y enfermeras en sus capitales y en hospitales de alta complejidad, con un déficit crónico de personal en redes rurales, amazónicas y en barrios urbanos periféricos.

Las investigaciones sobre gestión del talento humano en instituciones de salud de Ecuador, Perú y Colombia, como la de Cañarte (2025), señalan que estas brechas de distribución se relacionan con tres factores: i) ausencia de planificación estratégica de la dotación, basada en necesidades reales de salud y proyecciones demográficas, ii) fragmentación institucional, con múltiples subsistemas (público, seguridad social, privado) que compiten por el mismo personal, y iii) sistemas de información incompletos sobre la fuerza laboral, que dificultan tomar decisiones de políticas basadas en evidencia.

Ante tal situación, diversos países han impulsado estrategias de gobernanza para ordenar la distribución, como la creación de observatorios de recursos humanos, desarrollo de marcos normativos para la planificación de la oferta, establecimiento de plazas priorizadas en regiones con desabastecimiento crónico y acuerdos entre ministerios de salud y de educación para armonizar la formación con la demanda futura de profesionales. Lamentablemente, estos esfuerzos todavía son incipientes y, en la práctica, prevalecen criterios administrativos o políticos por encima de las necesidades de salud de la población (Artaza et al., 2020).

C. Nivel 3. Retención

La retención del personal de salud es el eje fundamental para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios latinoamericanos. No obstante, esto se dificulta por la combinación de condiciones laborales precarias (contratos temporales, sobrecarga asistencial, escasez de insumos), salarios poco competitivos y escasas oportunidades de desarrollo profesional, a lo que se asocian altos niveles de rotación, *burnout* y migración interna o externa del personal (Oyola & Román, 2025).

En instituciones públicas de salud, Cañarte et al. (2025) identifican un “cuadro inquietante” marcado por insatisfacción laboral, deficiencias en la formación en servicio, altos índices de rotación y limitada captación de personal calificado. A la vez, destacan que la ausencia de políticas coherentes de atracción y retención compromete no solo el bienestar del personal, sino también la calidad y la continuidad de la atención que se otorga a la población. Así, la retención deja de ser un problema individual para convertirse en un asunto de gobernanza sanitaria.

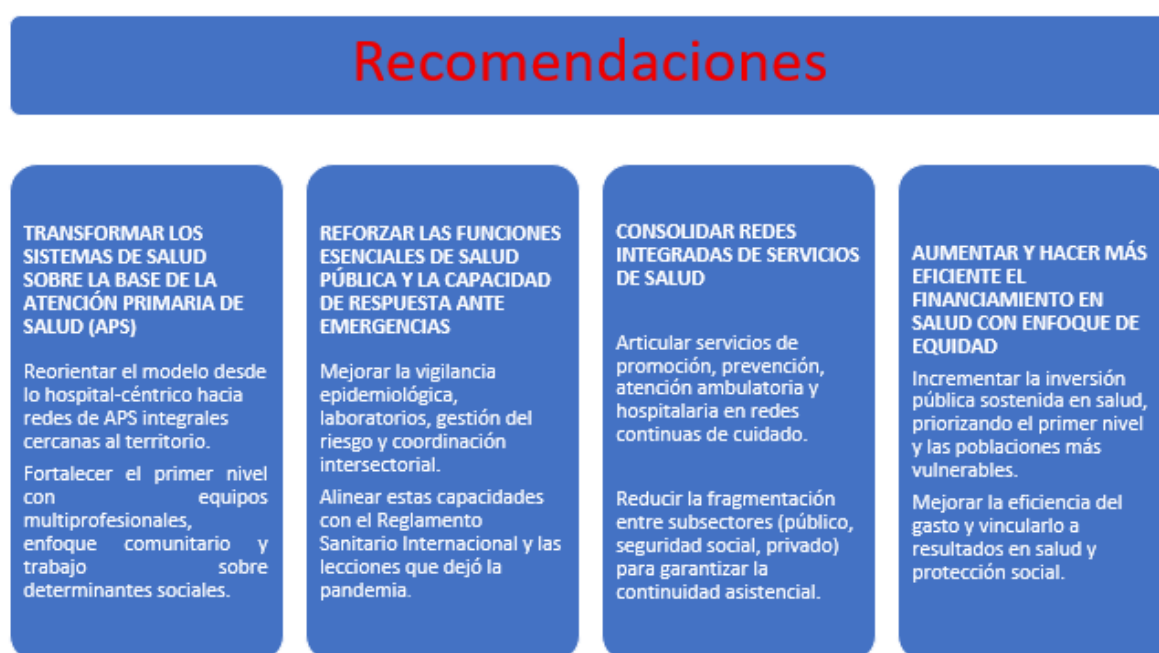
Desde la perspectiva de la calidad asistencial, la evidencia específica sobre enfermería en hospitales públicos muestra que una dotación adecuada, combinada con cargas de trabajo razonables y liderazgo de apoyo, se vincula a menores eventos adversos y mejores resultados percibidos por los pacientes (Gonzales et al., 2025). Ello refuerza la idea de que las políticas de retención, lejos de reducirse a incentivos económicos aislados, deben incluir mejoras en la organización del trabajo, participación del personal en la toma de decisiones, reconocimiento profesional y programas institucionales de bienestar y salud mental.

3.2. Políticas públicas de organismos internacionales de la salud que impactaron en América Latina

En América Latina, la planificación estratégica en salud pública ha estado fuertemente guiada por las agendas de la OMS y, sobre todo, de la OPS, que actúa como oficina regional. Un eje central ha sido la política de salud universal, entendida como el acceso equitativo a servicios integrales de calidad, sin barreras financieras en el punto de atención (OPS, 2025b). La OPS ha impulsado desde 2014 el acuerdo regional “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, que orienta a los países para que reorganicen sus sistemas en torno a la atención primaria, fortalezcan la gobernanza y aumenten el financiamiento público con enfoque de equidad.

Cabe resaltar que tras la pandemia de COVID-19, los organismos internacionales reforzaron la idea de crear sistemas de salud resilientes como prioridad estratégica. La OPS aprobó en 2021 una estrategia regional que define cuatro líneas de acción: transformar los sistemas con base en la atención primaria, fortalecer las funciones esenciales de salud pública, consolidar redes integradas de servicios y aumentar el financiamiento del primer nivel. Fitzgerald (2023) lo sintetiza en las recomendaciones que se exponen a continuación.

Figura 2. Recomendaciones para las políticas de salud



Nota. Adaptado de Fitzgerald (2023)

La implementación de estas líneas de acción será fundamental para que América Latina pueda responder mejor a futuras crisis sanitarias, reducir vulnerabilidades estructurales y vincular la planificación sanitaria con la agenda de desarrollo sostenible.

Otra política de alto impacto ha sido la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (modificada en 2014, 2022 y 2024), instrumento jurídico vinculante y acuerdo legal vinculante adoptado por la OMS y obligatorio para 196 países. Esta normativa establece las capacidades esenciales para detectar, notificar y responder a emergencias de salud pública que puedan representar un riesgo internacional. Su objetivo es prevenir y controlar la propagación de enfermedades más allá de las fronteras, garantizando al mismo tiempo el respeto de derechos como la confidencialidad de datos, el consentimiento informado y la no discriminación. Además, armoniza procedimientos entre países, exige la designación de puntos de enlace para la comunicación con la OMS y busca proteger la salud global sin generar interferencias innecesarias en el comercio y el tránsito internacional. De ese modo, se convierte en una política necesaria para mejorar los sistemas sanitarios, especialmente en regiones como América Latina (OMS, 2025b).

De manera complementaria, la OPS (2024) ha actualizado el marco de las funciones esenciales de salud pública (FESP), las que sirven como referencia para evaluar y planificar capacidades críticas como vigilancia, regulación sanitaria, promoción de la salud, participación social y gestión de la información. Es preciso acotar que ello obliga a los países a formular planes estratégicos que no solo contemplen la provisión de servicios clínicos, sino también la acción colectiva sobre determinantes sociales y ambientales de la salud.

Otra de las políticas a rescatar es “Salud en todas las políticas” (Health in All Policies), promovida por la OMS y la OPS (OPS, s. f.-a), la cual ha introducido una lógica intersectorial en la planificación estratégica, ya que invita a sectores como educación, transporte, vivienda o ambiente a incorporar explícitamente objetivos sanitarios en sus políticas, buscando sinergias y evitando impactos negativos en la salud.

3.2.1. *El rol de la PAHO en la planificación sanitaria*

La Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por sus siglas en inglés) tiene la tarea de la planificación sanitaria en las Américas, para lo cual fija marcos normativos, produce evidencia, apoya técnicamente a los países y coordina la cooperación internacional para fortalecer los sistemas de salud (OPS, s. f.-d). Este rol se expresa tanto en el diseño de políticas nacionales como en la organización de servicios, vigilancia y evaluación de los planes de salud.

Tal planificación viene determinada en el marco de las FESP, que organiza el ciclo de políticas en cuatro momentos: evaluación de la situación de salud, desarrollo de políticas, asignación de recursos y garantía del acceso a intervenciones y servicios. Es preciso anotar que este enfoque se ha actualizado en la Estrategia de las FESP 20242034, que vincula la planificación con el fortalecimiento de los sistemas basados en atención primaria y la preparación ante emergencias sanitarias (Di Fabio & Delgado, 2024).

La siguiente tabla presenta mayores detalles sobre la planificación sanitaria de la OPS.

Tabla 5. *Estrategias y marcos relacionados con la planificación sanitaria de la OPS*

Estrategia para fortalecer las funciones esenciales de salud pública (FESP) a fin de acelerar la transformación de los sistemas de salud 2024-2034	Su propósito es ofrecer un marco de acción para que los Estados miembros de la OPS puedan fortalecer las capacidades institucionales de sus autoridades sanitarias. Tiene como objetivo acelerar la transformación de los sistemas de salud a través de la aplicación de las FESP en todos los niveles (local, subnacional y nacional). Se extenderá por un periodo de 10 años, con informes de progreso previstos para 2029 y un informe final en 2035. La estrategia se organiza en tres líneas de acción estratégicas principales para guiar a los Estados miembros.
---	---

Marco de las FESP	Basado en el documento “Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI” (2020), este marco describe las 11 FESP y un ciclo de políticas en cuatro etapas: • Evaluación. Implica comprender las necesidades de salud de la comunidad, así como el seguimiento y evaluación de la salud, el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño de los sistemas de salud. • Formulación de políticas. Consiste en elaborar políticas sociales y de salud con la participación de las partes interesadas, y promover legislación que proteja la salud de la población. • Asignación de recursos. Es la promulgación de leyes para priorizar los recursos del sistema de salud y el desarrollo de recursos humanos para la salud. • Acceso. Se enfoca en garantizar el acceso universal y equitativo a las intervenciones de salud.
Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025	Este es un documento guía para toda la labor de la OPS en el periodo 2020-2025. Es un compromiso de los Estados miembros para fortalecer el liderazgo, la rectoría y la gobernanza a través de la aplicación de las FESP para lograr la salud universal. Por lo tanto, la estrategia actual de las FESP se alinea directamente con los objetivos y la dirección establecidos en este plan estratégico, asegurando que las acciones para fortalecer estas funciones contribuyan a la meta general de equidad en salud.
Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030	Esta agenda representa un marco regional más amplio que establece las prioridades de salud para las Américas, por lo que la estrategia de las FESP se vincula directamente con varios de sus objetivos, mostrando cómo el fortalecimiento de estas funciones es crucial para alcanzar metas de salud más amplias.
Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud	Esta se sustenta en el compromiso de los Estados miembros de la OPS de fortalecer el liderazgo, la rectoría y la gobernanza mediante la aplicación de las FESP para lograr la salud universal, tal como se establece en la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Resolución CD53.R14). Lograr el acceso y la cobertura universal de salud depende de estas capacidades y de la reorientación de los sistemas de salud hacia un enfoque integral basado en la APS, para lo cual las FESP proporcionan una estructura básica.

Nota. Adaptado de OPS (Di Fabio & Delgado, 2024)

La OPS también impulsa el enfoque de “Salud en todas las políticas”, que integra la planificación sanitaria con la acción intersectorial sobre determinantes sociales (educación, trabajo, ambiente, vivienda) y con la promoción de la salud (OPS, s. f.-a). Siendo así, la planificación deja de ser exclusivamente sanitaria y pasa a articularse con agendas de desarrollo sostenible, equidad y derechos humanos en los ámbitos nacional y local.

Otro de sus roles es la producción y difusión de evidencia científica y experiencias de países, como, por ejemplo, a través de la *Revista Panamericana de Salud Pública*, donde la planificación sanitaria es una de las líneas temáticas históricas. Esta revista y sus precursores en 1920 surgieron con el objetivo de servir de vehículo para el intercambio regular de información científica y la cooperación sanitaria entre los países de la región de las Américas. Su misión es difundir información científica relevante sobre salud pública, especialmente en áreas que apoyan la mejora de los sistemas de salud nacionales y locales y la salud de la población (Di Fabio & Delgado, 2024).

Es conveniente mencionar que esta última función favorece el aprendizaje regional, la identificación de buenas prácticas y la actualización de los instrumentos de planificación basándose en nuevas evidencias y desafíos, como la transición demográfica, la carga de enfermedades crónicas y las emergencias como la de COVID19.

3.3. Gestión de recursos humanos: formación, distribución y retención del personal de salud

Los recursos humanos para la salud son la base social y técnica de los sistemas sanitarios. Su disponibilidad, competencia y desempeño son los factores críticos para asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad (Política Andina de Recursos Humanos en Salud 2024-2030, 2024). En América Latina, la gestión demanda políticas sólidas y una gobernanza articulada para superar las brechas históricas y adaptarse a las nuevas demandas epidemiológicas, como las evidenciadas por la pandemia de COVID-19 (OPS, 2022).

A. Gobernanza y rectoría

La gobernanza de los recursos humanos en salud (RHUS) se posiciona como el componente estratégico crucial para una gestión efectiva, la cual implica la capacidad de los Estados para establecer políticas públicas claras, lograr el alineamiento de objetivos y la articulación entre múltiples actores relevantes, como ministerios de salud, instituciones formadoras (universidades), organismos internacionales y el sector privado (OPS, 2023).

Uno de los principales retos en la región latinoamericana es la fragmentación de la rectoría y la debilidad técnica de la función de gestión de los recursos humanos dentro de los sistemas de salud, lo que genera una crisis de gobernabilidad en este campo. Para poner un ejemplo, la pandemia agudizó la necesidad de fortalecer esta rectoría demostrando que una respuesta ágil y coordinada depende de la capacidad de los Gobiernos para alinear objetivos de política y consensuar estrategias entre todos los actores.

B. Formación del personal de salud

La formación de los RHUS es la primera línea de acción política y el punto de partida para configurar la fuerza laboral del futuro. Hay que tener en claro que, históricamente, en la región andina —y en gran parte de América Latina— la formación ha privilegiado el paradigma biomédico y las especialidades médico-quirúrgicas, desatendiendo las necesidades de salud de la población y los perfiles orientados a la atención primaria en salud, la salud familiar, comunitaria e intercultural (Bustos et al., 2015).

En la Figura 3, se incluyen los desafíos en este campo.

Figura 3. *Desafíos del personal de salud*



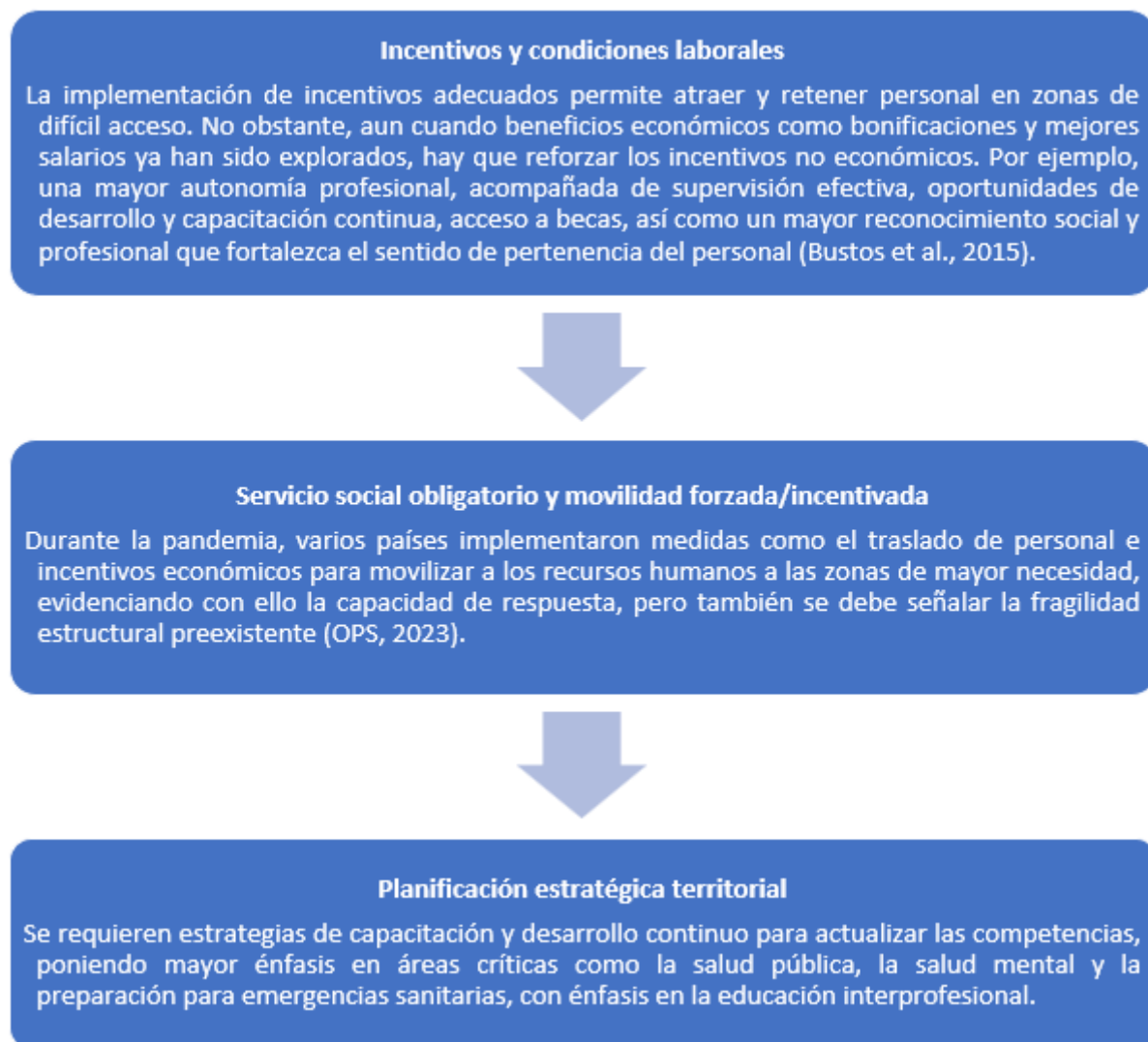
Nota. Elaboración propia

C. Distribución del personal

La disponibilidad y distribución de los RHUS representan una de las principales inequidades de los sistemas de salud latinoamericanos. Esto sucede porque gran parte de los países no alcanzan la meta de 44.5 trabajadores de salud por 10 000 habitantes (Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, 2024), ya que el personal se concentra en las grandes ciudades y en los niveles de atención de mayor complejidad, dejando a las áreas rurales, periurbanas y remotas con una cobertura insuficiente (Guerrero et al., 2025).

Las políticas y estrategias para abordar esta brecha incluyen los siguientes desafíos:

Figura 4. *Desafíos para la distribución del personal*



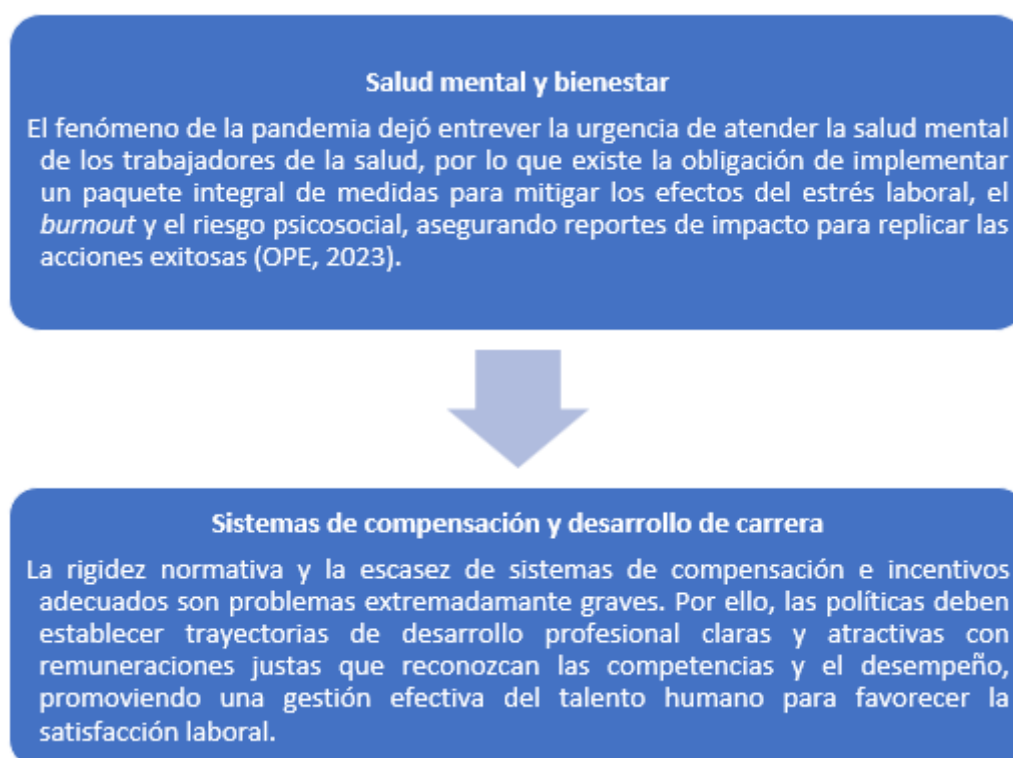
Nota. Elaboración propia

D. Retención del personal

La retención del personal es el corolario de una gestión efectiva, la cual se ve directamente afectada por las condiciones de empleo y la calidad del ambiente de trabajo. En ese contexto, la Agenda de Trabajo Decente, promovida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es un marco esencial e importante. Pese a ello, en América Latina, la persistencia de la informalidad laboral, la falta de protección social, los bajos salarios y las precarias condiciones de trabajo (incluidos los trastornos del sueño, falta de descanso y riesgos laborales) son factores que impulsan la rotación y, en muchos casos, la migración de profesionales fuera del país (Brito, 2017).

Algunos desafíos para tratar de solventar esta brecha son los siguientes:

Figura 5. *Desafíos para la retención del personal*



Nota. Elaboración propia

En conclusión, la gestión integral de los recursos humanos en Latinoamérica demanda la pronta transformación de las políticas sanitarias de cada país. Para ello, el fortalecimiento de la gobernanza es la base para alinear la formación en salud con las necesidades en este ámbito (enfoque en APS y salud familiar), implementar estrategias de distribución efectivas (incentivos para zonas remotas) y garantizar la retención del personal a través del trabajo decente, la protección social y el fomento del bienestar. Teniendo en cuenta lo anterior, un compromiso político y multisectorial sostenido permitirá que la región pueda contar con una fuerza laboral competente, equitativamente distribuida y comprometida con el ideal de la salud universal.

3.4. Gestión de recursos financieros: financiamiento y eficiencia en el gasto

La gestión de los recursos financieros es una de las aristas que asegura la sostenibilidad, la cobertura universal y la equidad en los sistemas de salud de América Latina. Este proceso comprende dos dimensiones centrales: el

financiamiento (movilización, acumulación y asignación de recursos) y la eficiencia en el gasto (asegurar que los recursos disponibles generen el máximo impacto en salud) (OPS, s. f.-c).

En cuanto al financiamiento, la región ha atravesado históricamente modelos diversos, como sistemas basados en impuestos generales (tipo Beveridge), seguros sociales obligatorios (tipo Bismarck) y modelos mixtos que combinan diversas fuentes (impuestos, contribuciones sociales, gasto privado). Cada tipo tiene ventajas y desafíos: los impuestos generales favorecen la equidad y acceso universal, pero dependen de la capacidad fiscal del Estado; los seguros sociales pueden ofrecer eficiencia y calidad, pero excluir a trabajadores informales; mientras que los modelos mixtos intentan balancear cobertura y recursos, aunque tienden a la fragmentación si no se gestionan adecuadamente (Riofrio & Chiliquinga-Villacis, 2025).

Ahora bien, análisis actuales subrayan que para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal en la región hace falta un financiamiento público sostenido y creciente. Por ejemplo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) recomienda que los países inviertan al menos un 6 % del producto bruto interno en salud pública, aunque estima que un 6.7 % sería más adecuado dadas las carencias estructurales de muchos sistemas latinoamericanos (Marinho et al., 2025). Por ello, el financiamiento público debe priorizar el primer nivel de atención, fortalecer redes integradas de servicios y reducir —o eliminar— el pago directo al momento de la prestación, ya que esto constituye una barrera financiera para la población vulnerable.

Para que un mayor financiamiento tenga resultados concretos, se requieren tres ejes estratégicos.

Tabla 6. Ejes estratégicos para mejorar el financiamiento

Reformas en la recaudación y la protección financiera
Promover esquemas tributarios y de financiamiento que sean progresivos y reduzcan la dependencia de pagos directos (out-of-pocket), que persisten como barrera de acceso en varios países de la región. Al mismo tiempo, se deben desarrollar mecanismos de compensación intergubernamental y fondos de riesgo compartido para corregir desigualdades subnacionales en capacidad de gasto (Rao et al., 2022).
Gasto público más estratégico: compra inteligente y priorización
Adoptar la compra estratégica de servicios —incluyendo compras agregadas, compras públicas basadas en resultados y envíos por paquetes de servicios centrados en APS— permite aumentar el valor por peso gastado. La evidencia sugiere que reasignar recursos hacia intervenciones de alto impacto (prevención, crónicos manejados en APS, salud materno-infantil) puede elevar los indicadores de cobertura y salud sin incrementar necesariamente el gasto total en la misma proporción. Instrumentos como contratos basados en resultados, compra por desempeño y formularios de priorización explícita ayudan a recortar desperdicios y reorientar el financiamiento (Hanson et al., 2022).
Mejora de la eficiencia técnica y administrativa
Diversos estudios evidencian que en los sistemas de salud de países de ingreso medio y bajo existe un amplio margen de mejora en términos de eficiencia, asociado a pérdidas derivadas de una asignación ineficiente de recursos, procesos de compra fragmentados, duplicación de servicios y deficiencias en la gestión de los recursos humanos y farmacéuticos. Las acciones más efectivas incluyen centralizar y profesionalizar la contratación y las compras, estandarizar protocolos clínicos para reducir variaciones innecesarias, invertir en sistemas de información financiera y clínica (que permitan monitoreo en tiempo real) y eliminar prácticas ineficientes como los pagos informales. Estas medidas reducen costos unitarios y mejoran la calidad simultáneamente (Mbau et al., 2023).

Nota. Elaboración propia

Por otro lado, la eficiencia en el gasto asegura que los recursos rindan al máximo. Por esa razón, no basta con asignar más presupuesto, sino que debe utilizarse de forma inteligente mediante una organización de servicios que alinee incentivos con resultados sanitarios, compras de insumos, medicamentos y tecnologías con economías de escala, procesos transparentes de adquisición y mecanismos de financiamiento prepagado y solidario que distribuyan la carga equitativamente (OPS, s. f.-c). Una mejor gestión del gasto público en salud está asociada a mejoras reales en los indicadores de salud de

la población; por ejemplo, un aumento del gasto público en salud reduce la mortalidad infantil y mejora la esperanza de vida, tal como afirma Ayala-Beas et al. (Ayala-Beas & Rodriguez, 2023).

En este punto, se debe mencionar que existen desafíos que limitan la eficacia del financiamiento y de la gestión del gasto en América Latina. Entre ellos, se encuentran la fragmentación institucional (múltiples subsistemas de salud con diferentes reglas), la dependencia de ingresos fiscales volátiles, la insuficiente inversión per cápita, el elevado gasto de bolsillo de las familias, la desigualdad en el acceso y las deficiencias en la transparencia y rendición de cuentas, además de la heterogeneidad regional, que dificulta la estandarización de políticas eficaces (Riofrio & Chiliquinga-Villacis, 2025).

3.5. Acciones ante crisis sanitarias y formas de resiliencia en el sistema de salud

Las crisis sanitarias, como pandemias, desastres naturales o emergencias sociales, han puesto en evidencia las debilidades históricas de los sistemas de salud de América Latina y la necesidad de desarrollar políticas que fortalezcan su resiliencia estructural. Según la OMS, la resiliencia implica la capacidad de anticiparse a los choques, absorber sus efectos, adaptarse durante la emergencia y transformarse posteriormente para corregir las vulnerabilidades detectadas. Esta visión coincide con lo planteado por Kruk et al. (2015), quienes sostienen que los sistemas resilientes responden eficazmente a las crisis y emergen reforzados de ellas.

Para combatir la crisis es importante también la APS. En tal sentido, la OPS (2022) ha señalado que países con redes de APS fuertes lograron sostener mejor los servicios esenciales durante la pandemia de COVID-19, garantizando la vacunación, el control de enfermedades crónicas y la detección temprana de brotes. Esta evidencia coincide con el estudio publicado por Haldane et al. (2021), donde destacan el papel de la APS como primera línea de respuesta ante emergencias sanitarias.

No hay que dejar de lado al personal sanitario, el cual también contribuye en la resiliencia. Según el Banco Mundial (2022), durante la pandemia

la falta de recursos humanos suficientes, la ausencia de equipos de protección personal y el agotamiento emocional afectaron seriamente la capacidad de respuesta de los países latinoamericanos. Por ello, la capacitación continua, la protección adecuada y los programas de apoyo psicosocial se han convertido en prioridades para garantizar un funcionamiento estable del sistema en situaciones de gran estrés.

Otro de los factores determinantes que también requiere transformaciones profundas son las cadenas de suministro. Autores como Haldane et al. (2021) advierten que la escasez de medicamentos, oxígeno y equipamiento médico aceleró el colapso de servicios en varios países de la región. En este sentido, mantener reservas estratégicas, diversificar proveedores y desarrollar mecanismos regionales de cooperación son acciones necesarias para garantizar la disponibilidad y distribución equitativa de insumos.

El financiamiento es otro aspecto vital. De acuerdo con la OMS (2021a), los sistemas resilientes deben contar con fondos de contingencia, procedimientos flexibles de adquisición y garantías de protección del presupuesto en salud pública durante y después de cualquier emergencia, lo que evita que los servicios esenciales se vean interrumpidos y asegura una respuesta rápida y efectiva.

Por último, la gobernanza y la comunicación constituyen resultados fundamentales de una coordinación intersectorial eficaz, un liderazgo claro y una comunicación pública transparente, como sostienen Haldane et al. (2021). Estos elementos se traducen en consecuencias clave, tales como el fortalecimiento de la legitimidad institucional y la reducción de la desinformación. Asimismo, la expansión de herramientas digitales —como la telemedicina y el monitoreo remoto— ha hecho posible sostener la continuidad de la atención en contextos de restricción de la movilidad, consolidándose como un componente estratégico de la resiliencia de los sistemas de salud contemporáneos.

CAPÍTULO IV

UNA REVISIÓN DE LOS RETOS Y OPORTUNIDADES DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

La planificación estratégica es un concepto que define la ruta de prioridades, necesidades y objetivos clave de un entorno cambiante; es un proceso que requiere de la formulación de metas y estrategias para alcanzar objetivos a largo plazo (Muñiz-Jaime et al., 2022; Boderó et al., 2022). El alcance que posee se centra en otorgar al cuerpo administrativo un amplio espectro de herramientas procedimentales para afrontar desafíos a futuro con el personal efectivo que tenga la capacidad de responder a los objetivos por alcanzar (Bantilan et al., 2023).

En este sentido, la Administración pública requiere de un desarrollo constante orientado en la planificación estratégica, que permita estructurar balances en el presupuesto estatal y distribuirlo en las diferentes entidades del Gobierno. En diversos países de América Latina, el sector salud presenta problemas estructurales en el área administrativa que perjudican el funcionamiento de las instituciones (Valencia, 2022; Wongsin et al., 2025).

En este contexto continental, los sistemas públicos de salud han mostrado debilidades relacionadas con la falta de continuidad en los planes de gobierno, la escasez de recursos, la fragmentación institucional y la limitada evaluación de resultados (De Sousa & Mendes, 2024; Rodríguez et al., 2025). No obstante, también existen oportunidades de mejora vinculadas con la modernización de la gestión, la digitalización de procesos y el fortalecimiento del liderazgo estratégico (Morón et al., 2025).

Las deficiencias en la planificación estratégica se observan en la dificultad de cumplir objetivos principales, el poco control de las actividades y el cambio de enfoque en la adaptación de cambios (Meuleman, 2021). Es

menester que las funciones de cada área en la administración de salud pública faciliten el bienestar de las comunidades a las que sirven, lo cual implica disponer de elementos que procuren un servicio de óptima categoría con recursos y personal capacitado (Cho et al., 2023).

En este punto, resulta fundamental analizar cómo los procesos de planificación estratégica inciden en la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud en América Latina (Criado et al., 2021; Palacios et al., 2021). La revisión de experiencias regionales favorece la identificación de patrones comunes, vacíos en la gestión y oportunidades para fortalecer la toma de decisiones en los distintos niveles administrativos. Asimismo, es esencial comprender los factores que limitan o potencian la planificación estratégica para orientar políticas públicas más integradas, eficientes y centradas en las necesidades sociales (Donato et al., 2021).

A nivel académico, este estudio cobra relevancia debido a la limitada existencia de literatura que aborde de manera comparada los retos y oportunidades de la planificación estratégica en el sector salud latinoamericano (Carmacho-Rodríguez et al., 2022; Sili, 2022). A nivel práctico, la identificación de dichas oportunidades puede servir como referente para los Gobiernos y gestores públicos interesados en optimizar sus procesos institucionales, fomentar la transparencia y promover una asignación de recursos más equitativa (Husaini et al., 2023; Chávez-Rivas y Heredia-Llatas, 2024).

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo identificar los principales retos y oportunidades de la planificación estratégica en los sistemas públicos de salud de América Latina, con el fin de reconocer los factores que influyen en su efectividad, las buenas prácticas documentadas y los aspectos que requieren fortalecimiento para mejorar la gestión sanitaria en la región. De esta forma, se pretende ofrecer una visión integral que permita comprender las dinámicas institucionales que condicionan la toma de decisiones y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante los desafíos sociales y económicos.

4.1. Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura mediante el método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2020). Con ese propósito, se propusieron preguntas de investigación pertinentes para identificar lo siguiente: ¿Cuáles son los principales retos y oportunidades que enfrenta la planificación estratégica en los sistemas públicos de salud de América Latina? ¿Cuáles son los factores internos y externos que limitan la implementación efectiva de la planificación estratégica en el sector público de salud? ¿Qué vacíos o desafíos persisten en la literatura sobre planificación estratégica aplicada a la salud pública en América Latina? En la Tabla 7, se aprecian los diferentes criterios utilizados para la inclusión o descarte de publicaciones.

Tabla 7. *Criterios de selección de documentos*

Criterio	Inclusión	Exclusión
Año de publicación	Publicaciones comprendidas entre 2015 y 2025	Estudios anteriores a 2015 o documentos sin disponibilidad completa.
Idioma	Estudios redactados en español, inglés o portugués, por ser los idiomas predominantes en la producción científica regional.	Documentos redactados en otros idiomas.
Tipo de documento	Artículos científicos, tesis, informes institucionales y documentos técnicos publicados en revistas o bases de datos académicas reconocidas (Scopus, SciELO, Redalyc, PubMed, etc.). Estudios empíricos, teóricos o de revisión que aborden la planificación estratégica en el ámbito de la salud pública.	Ensayos de opinión, boletines, resúmenes de congresos o publicaciones sin revisión por pares.
Temática	Investigaciones que analicen la planificación estratégica, la gestión administrativa o la gestión del cambio en los sistemas públicos de salud. Estudios que exploren retos, oportunidades, factores de éxito o limitaciones en la implementación de planes estratégicos de salud.	Documentos que no presenten una temática relacionada con el sector salud, y que no se enfoquen en el contexto de América Latina.

Contexto geográfico	Trabajos centrados en países de América Latina o que incluyan comparaciones regionales relevantes.	Investigaciones desarrolladas en regiones fuera de América Latina, salvo que ofrezcan un marco comparativo directo con esta región.
Acceso y calidad	Documentos de acceso completo que presenten información metodológica clara y resultados verificables.	Trabajos que no presenten criterios metodológicos claros, sin especificar diseño, fuentes o resultados relevantes para la planificación estratégica.

Nota. Elaboración propia

En la selección de las bases de datos, se establecieron patrones de filtrado para limitar la obtención de documentos relevantes para el estudio. En tal sentido, las fórmulas empleadas para realizar las búsquedas se estructuraron por medio de operadores booleanos (AND, OR, NOT). Estos criterios se utilizaron en las bases de datos Scopus y SciELO, y se optó por las siguientes palabras clave: *planificación estratégica, políticas públicas, servicio hospitalario, sector salud y gestión*. En la Tabla 8, se presentan las búsquedas que se efectuaron en Scopus y SciELO:

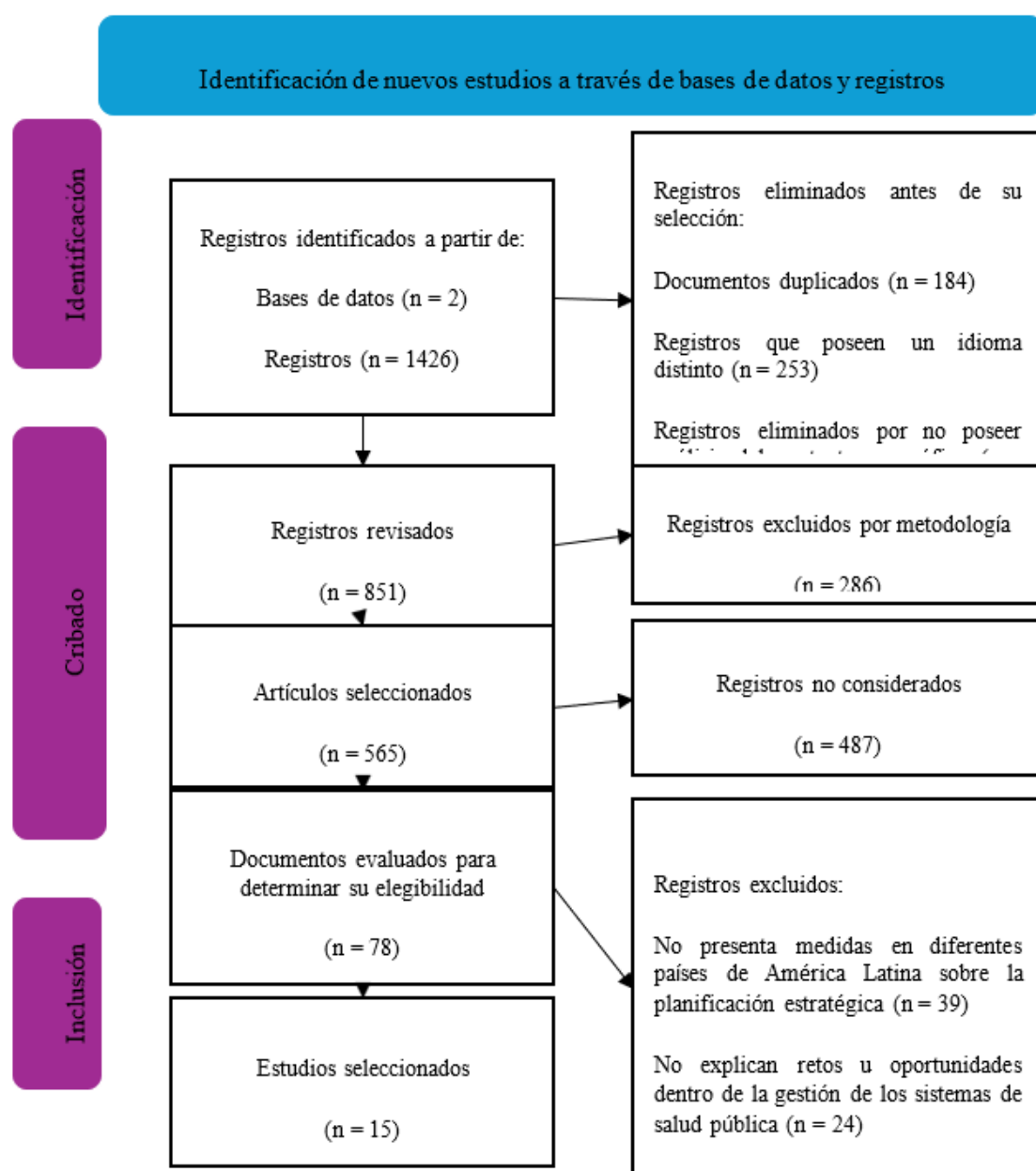
Tabla 8. *Búsqueda de información a través de bases de datos*

Bases de datos	Palabras clave	Cantidad de resultados
Scopus	strategic planning AND health AND state	809
	strategic management AND public health AND state	404
SciELO	planning AND public health AND state	193
	planning AND public health AND America	20
Total		1426

Nota. Elaboración propia

En la Figura 6, el diagrama de flujo PRISMA detalla las diferentes etapas del proceso de selección de los estudios incluidos en esta revisión. Este esquema resume las fases de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión, mostrando el número de registros encontrados en las bases de datos, los documentos eliminados por duplicidad, los descartados tras la lectura de los títulos y resúmenes, así como los artículos finalmente seleccionados para el análisis completo. La aplicación del método PRISMA permitió garantizar la rigurosidad metodológica y la trazabilidad de la información revisada, fortaleciendo la validez de los resultados obtenidos.

Figura 6. *Diagrama de flujo PRISMA*



Nota. Elaboración propia

4.2. Resultados

La siguiente tabla presenta una síntesis de los principales estudios incluidos en la revisión sistemática, en los cuales se analizan diversas experiencias de planificación estratégica en los sistemas públicos de salud de América Latina. En ella se detallan los autores, títulos, revistas países o regiones abordadas, así como los hallazgos más relevantes de cada estudio. Esto hace posible identificar patrones comunes y particularidades propias de cada contexto nacional, proporcionando una visión comparativa de los avances, limitaciones y enfoques predominantes en la gestión sanitaria de América Latina.

Tabla 9. *Aportes de los artículos seleccionados*

N.º	Autores	Título	Revista	País(es)/ región	Hallazgos
1	Alarcón et al. (2023)	Implementación de servicios de salud mental en Colombia: una revisión sistemática	PLOS Global Public Health	Colombia	El estudio evidenció que, pese a los marcos normativos existentes en Colombia, la fragmentación institucional y el estigma social limitan la implementación efectiva de servicios de salud mental integrales y comunitarios.
2	Azeredo-da-Silva et al. (2024)	Accesibilidad a la atención sanitaria y movilidad en el cáncer de mama: una perspectiva latinoamericana	BMC Health Services Research	Brasil	Se identificó que la desigual distribución territorial de centros especializados en Brasil constituye un obstáculo crítico para el acceso equitativo al tratamiento del cáncer de mama, especialmente en regiones rurales.
3	Bazurto-Zambrano (2016)	A closer look at strategic planning and healthcare organisations	Revista Científica Dominio de las Ciencias	Ecuador	La investigación destacó que la falta de continuidad institucional y de cultura estratégica en el personal médico son factores que debilitan la planificación y gestión en el sistema público de salud ecuatoriano.

4	Cerda et al. (2022)	Comparación de los sistemas sanitarios de Chile y Brasil: fortalezas, ineficiencias y gastos	Cost Effectiveness and Resource Allocation	Chile y Brasil	El estudio comparativo entre Chile y Brasil mostró que la insuficiencia presupuestaria y la segmentación entre los sectores público y privado generan desigualdades estructurales en la cobertura y eficiencia de los sistemas de salud.
5	Houghton et al. (2025)	Funciones esenciales de salud pública para la resiliencia de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe: una evaluación regional	Health Policy	América Latina	Los autores determinaron que la falta de integración entre las funciones esenciales de salud pública y la atención primaria obstaculiza la capacidad de respuesta y sostenibilidad de los sistemas sanitarios latinoamericanos.
6	Pettan-Brewer et al. (2021)	Del enfoque al concepto: Una sola salud en América Latina: experiencias y perspectivas en Brasil, Chile y Colombia	Frontiers in Public Health	Brasil, Chile y Colombia	El trabajo reveló que la adopción del enfoque One Health en países como Brasil, Chile y Colombia ha enfrentado limitaciones institucionales y de coordinación, pero ofrece un potencial significativo para fortalecer la gobernanza sanitaria intersectorial.
7	Samame-Aguirre (2025)	Desafíos estructurales en la eficacia de las políticas de promoción de la salud: una revisión de literatura	Revista Espacios	Perú	El estudio sobre el sistema de salud peruano expuso que la fragmentación institucional, la alta rotación política y la limitada inversión tecnológica impiden consolidar una planificación estratégica sostenible y basada en evidencias.

8	Nogueira-Rodrigues et al. (2022)	Vacunación contra el VPH en América Latina: estado de la cobertura, desafíos de implementación y estrategias para superarlos	Frontiers in Oncology	México, Cuba, Nicaragua y Venezuela	Se observó que la baja cobertura de vacunación contra el VPH en América Latina se debe a la desinformación, los costos operativos y la falta de programas sostenibles, lo que demanda una planificación más accesible y coordinada.
9	Arrighi et al. (2020)	Evaluación del nivel de alfabetización sanitaria en América Latina	Global Health Promotion	México, Colombia, Perú, Paraguay, Chile y Brasil	El análisis regional mostró que las desigualdades socioeconómicas y culturales restringen el acceso a la información y servicios de salud, mientras que las estrategias de alfabetización y comunicación comunitaria fortalecen la planificación sanitaria inclusiva.
10	Arab et al. (2021)	ENGL: Desafíos y oportunidades para abordar el problema de salud pública en América Latina	Annals of Hepatology	América Latina	Los autores identificaron una escasa conciencia institucional y social sobre la enfermedad del hígado graso no alcohólico en América Latina, evidenciando la necesidad de políticas públicas integradas y multidisciplinarias.
11	Barragán-Ochoa et al. (2022)	Territorios y la COVID-19 en Ecuador: regiones funcionales como respuesta a la crisis sanitaria	Investigaciones Geográficas	Ecuador	El estudio sobre Ecuador concluyó que la centralización del sistema sanitario y la falta de coordinación territorial limitaron la respuesta ante emergencias, resaltando la importancia del ordenamiento territorial como herramienta de planificación estratégica.

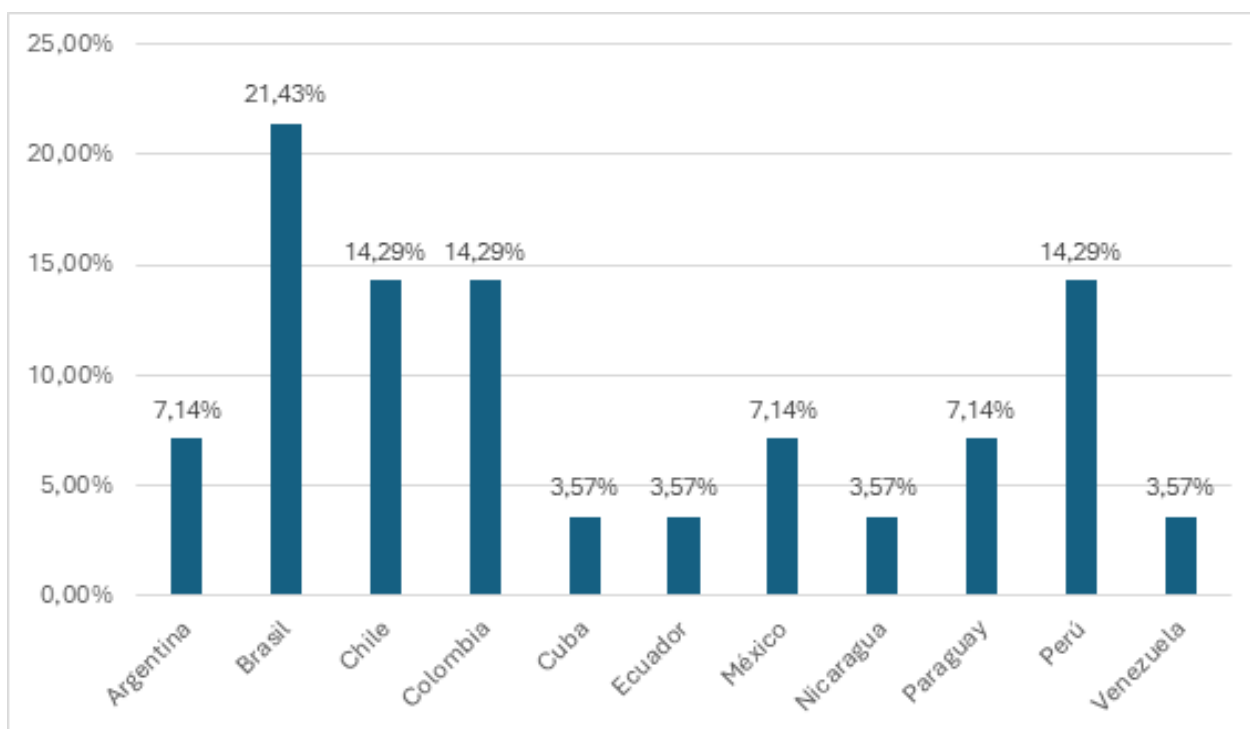
12	Castro-Arroyave y Duque-Paz (2020)	Investigación documental sobre innovación social en salud en América Latina	Infectious Diseases of Poverty	América Latina	Las desigualdades estructurales, la baja inversión pública y la escasa articulación intersectorial dificultan la planificación sanitaria, aunque la innovación social y la participación comunitaria ofrecen alternativas de mejora.
13	Martinez-Valle (2021)	Cuestiones de salud pública: ¿por qué América Latina tiene dificultades para hacer frente a la pandemia?	Journal of Public Health Policy	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú	La pandemia de COVID-19 expuso las debilidades estructurales y la baja inversión en salud pública en la región, resaltando la importancia de la planificación anticipada y la coordinación intersectorial.
14	Longworth et al. (2024)	Llevar a cabo la cocreación para la salud pública en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática y perspectivas de informantes clave sobre las barreras y los facilitadores de la implementación	Globalization and Health	Brasil, Paraguay, Argentina y Perú	La participación de líderes comunitarios y la adaptación cultural de los programas de salud son factores clave para la sostenibilidad y efectividad de las intervenciones.
15	Ruano et al. (2021)	Comprender las desigualdades en salud y los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: una serie temática	International Journal for Equity in Health	América Latina y el Caribe	La fragmentación de los sistemas sanitarios y la exclusión de grupos vulnerables en la planificación perpetúan inequidades y reducen la efectividad de las políticas públicas.

Nota. Elaboración propia

Al analizar los 15 artículos seleccionados en la revisión, se presenta una distribución diversa según la procedencia geográfica de las investigaciones. Cada país aporta perspectivas propias sobre la planificación estratégica en salud pública, lo que refleja diferencias en las estructuras institucionales, las prioridades sanitarias y el nivel de desarrollo de los sistemas de gestión. En la Figura 7, se muestra esta distribución, evidenciándose que Brasil concentra la mayor proporción de estudios (21.43 %), seguido por Chile, Colombia y Perú, con 14.29 % cada uno.

En una menor proporción, se ubican Argentina, México y Paraguay, con 7.14 %: Luego se presentan Cuba, Ecuador, Nicaragua y Venezuela con solo 3.57 % cada uno. Esta distribución sugiere que los países con sistemas sanitarios más consolidados han desarrollado una mayor cantidad de estudios sobre planificación estratégica, mientras que aquellos con estructuras más frágiles o centralizadas muestran una menor producción científica.

Figura 7. Países referenciados en los artículos seleccionados



Nota. Elaboración propia

Después de analizar los hallazgos de cada artículo, es preciso describir los principales temas recurrentes de una forma integral. En general, los

aportes de cada artículo resultan fundamentales y genera puntos de reflexión alrededor de las prácticas tanto positivas como perjudiciales en el sistema de salud pública. En el análisis de los 15 estudios seleccionados, se identificaron variables comunes y diferencias contextuales en torno a los retos y oportunidades que enfrenta la planificación estratégica en los sistemas públicos de salud de América Latina. Estos resultados revelan que la región comparte problemas estructurales persistentes junto con oportunidades emergentes. Los hallazgos se agrupan en los siguientes ejes principales:

A. Debilidades estructurales y de gobernanza

Los estudios coinciden en que la fragmentación y centralización excesiva de los sistemas sanitarios representan uno de los mayores obstáculos para una planificación estratégica coherente y sostenible (Ruano et al., 2021; Samame-Aguirre, 2025; Alarcón et al., 2023). Esta situación ocurre por la falta de coordinación entre distintos niveles de gobierno y sectores, así como por la discontinuidad de las políticas públicas debido a los frecuentes cambios de administración (Bazurto -Zambrano, 2016; Samame-Aguirre, 2025). En países como Perú, Colombia y Ecuador, las decisiones estratégicas suelen estar sujetas a la rotación política y a la escasa estabilidad institucional, lo que dificulta la consolidación de planes a largo plazo.

Asimismo, la desigualdad territorial y la centralización de recursos se presentan como limitantes recurrentes. En Ecuador, Chile y Brasil, la concentración de servicios y financiamiento en las grandes urbes ha dejado a las regiones rurales con un acceso limitado a infraestructura y atención sanitaria (Barrán-Ochoa et al., 2022; Cerda et al., 2022; Azeredo-da-Silva et al., 2024). Esta inequidad estructural afecta la capacidad de los sistemas para responder a emergencias o implementar políticas preventivas.

Varios estudios resaltan la necesidad de avanzar hacia modelos de gobernanza descentralizados y participativos que fortalezcan la articulación entre los sectores de salud, educación, ambiente y desarrollo social (Pettan-Brewer et al., 2021; Houghton et al., 2025). En ese contexto, el enfoque One Health y las redes interinstitucionales regionales emergen como ejemplos exitosos de cooperación multinivel e integración de actores públicos, privados y comunitarios.

B. Limitaciones operativas y de recursos

En el plano operativo, la insuficiente inversión pública y la baja eficiencia administrativa constituyen obstáculos estructurales para la implementación efectiva de estrategias de planificación (Castro-Arroyave & Duque-Paz, 2020; Martinez-Valle, 2021). Esto se debe a que, en promedio, los países latinoamericanos destinan entre el 3 % y el 4 % del PBI a salud, cifra insuficiente para sostener la cobertura y calidad requeridas. Esta situación se manifiesta en una infraestructura deficiente, escasez de personal calificado, sobrecarga laboral y una brecha tecnológica que limita la gestión basada en datos (Alarcón et al., 2023; Samame-Aguirre, 2025).

En Brasil, la distribución desigual de centros especializados en el territorio obliga a miles de pacientes a desplazarse grandes distancias para recibir atención (Azeredo-da-Silva et al., 2024), mientras que en Colombia y Perú la falta de continuidad presupuestaria impide mantener programas de largo plazo. Estas limitaciones, sumadas a la falta de indicadores y mecanismos de evaluación, transforman la planificación en un proceso más reactivo que prospectivo (Samame-Aguirre, 2025).

La literatura resalta que invertir en recursos humanos, equipamiento tecnológico e infraestructura sanitaria puede generar impactos significativos. El fortalecimiento de la atención primaria, la capacitación continua del personal y el uso de telemedicina y unidades móviles se presentan como estrategias para ampliar la cobertura y mejorar la equidad territorial (Houghton et al., 2025; Azeredo-da-Silva et al., 2024). Del mismo modo, la creación de sistemas de información integrados y plataformas de vigilancia sanitaria permitirían fortalecer el monitoreo y la evaluación de políticas, propiciando con ello decisiones basadas en evidencia (Samame-Aguirre, 2025).

C. Innovación, participación y fortalecimiento institucional

Otro hallazgo relevante es el creciente reconocimiento de la innovación tecnológica y social como motor para la transformación del sistema sanitario. Diversos estudios destacan el potencial de la digitalización, la inteligencia artificial y el *big data* para mejorar la gestión de información y la respuesta ante emergencias sanitarias (Samame-Aguirre, 2025; Arrighi et al., 2020). Es-

tas herramientas, sin embargo, deben desarrollarse dentro de marcos éticos que aseguren transparencia, protección de datos y equidad digital.

La participación social y comunitaria aparece también como un componente fundamental. En países como México, Paraguay y Perú, las estrategias que integran educación sanitaria, alfabetización en salud y comunicación intercultural han demostrado fortalecer la legitimidad y sostenibilidad de las políticas públicas (Arrighi et al., 2020; Longworth et al., 2024). Así, la planificación que incorpora a comunidades indígenas, rurales y grupos vulnerables logra una mayor pertinencia sociocultural y un mejor aprovechamiento de los recursos locales (Ruano et al., 2021).

Se identifican experiencias exitosas de innovación social y cocreación de políticas entre Gobiernos, academia y sociedad civil (Castro-Arroyave & Duque-Paz, 2020; Pettan-Brewer et al., 2021). Estas prácticas promueven la sostenibilidad institucional, el aprendizaje organizacional y la resiliencia frente a futuras crisis sanitarias. De igual modo, la cooperación internacional y la creación de redes regionales de salud —como las promovidas por la OPS y la OMS— fortalecen la planificación estratégica mediante el intercambio de conocimientos y la estandarización de prácticas.

4.3. Discusión

La presente revisión evidencia que la planificación estratégica en los sistemas públicos de salud en América Latina enfrenta desafíos estructurales y de gobernanza profundamente arraigados. La fragmentación institucional es un rasgo transversal identificado en muchos contextos analizados (Ruano et al., 2021; Samame-Aguirre, 2025; Barrán-Ochoa et al., 2022). Este deterioro se traduce en una débil articulación entre sectores y actores del Gobierno, lo que limita la eficacia de las políticas y la continuidad de los planes desarrollados. La falta de coordinación intersectorial impide que la planificación responda de forma integral a los determinantes sociales de la salud, generando desigualdades entre regiones urbanas y rurales, así como entre grupos socioeconómicos, étnicos y de género (Arrighi et al., 2020; Ruano et al., 2021).

De la misma manera, un reto recurrente es la insuficiencia de recursos financieros y humanos, acompañada de una distribución irregular del presupuesto y de los servicios (Cerdeira et al., 2022; Alarcón et al., 2023). Países como Brasil, Ecuador y Perú muestran que la planificación frecuentemente se encuentra restringida por la dependencia de fondos centralizados, la concentración de infraestructura en grandes ciudades y la escasez de profesionales capacitados en zonas rurales o periféricas. Igualmente, la rotación de autoridades y los cambios de gobierno interrumpen los procesos de planificación, lo cual genera discontinuidades administrativas que obstaculizan la consolidación de políticas sostenibles (Bazurto-Zambrano, 2016; Samame-Aguirre, 2025).

Los estudios coinciden en que los marcos institucionales de planificación suelen enfocarse más en lo normativo que en lo práctico. Es decir, existen leyes y estrategias formalmente establecidas (como la Ley 100 de 1993 en Colombia o los modelos de atención integral en Ecuador), pero su implementación se ve limitada por la escasez de cultura organizacional estratégica, de indicadores de seguimiento y de mecanismos de evaluación permanentes (Bazurto-Zambrano, 2016; Barrán-Ochoa et al., 2022). A nivel profesional, la carencia de formación en pensamiento estratégico entre el personal sanitario, así como la sobrecarga laboral, reducen la capacidad de gestión y el compromiso con los objetivos institucionales.

La desigualdad estructural y las crisis sociales y sanitarias (como la pandemia de COVID-19) han revelado las debilidades sistémicas de la región. La baja inversión pública en salud, la preeminencia del gasto privado y la alta dependencia de las condiciones macroeconómicas afectan la sostenibilidad de los planes estratégicos (Martínez-Valle, 2021; Castro-Arroyave y Duque-Paz, 2020). Además, fenómenos sociales contemporáneos, como la migración y el envejecimiento poblacional, demandan una planificación flexible y multinivel, capaz de anticipar riesgos y adaptar las políticas a las realidades locales (Ruano et al., 2021; Houghton et al., 2025).

No obstante, también se identifican importantes oportunidades para fortalecer la planificación estratégica en salud pública. Una de las más destacadas es la incorporación de enfoques participativos y comunitarios que integren a

las poblaciones en el diseño, ejecución y evaluación de políticas (Alarcón et al., 2023; Longworth et al., 2024). Las experiencias de Brasil y Chile demuestran que estos modelos optimizan la apertura, accesibilidad y sostenibilidad de los servicios. Así también, la innovación tecnológica (telemedicina, sistemas interoperables de información sanitaria y uso de inteligencia artificial para vigilancia epidemiológica) se presenta como una oportunidad clave para reducir brechas territoriales y mejorar la toma de decisiones a nivel estructural (Sama-me-Aguirre, 2025; Azeredo-da-Silva et al., 2024).

El fortalecimiento institucional y la capacitación del capital humano aparecen como condiciones necesarias para el éxito de cualquier estrategia. La creación de redes interdisciplinarias y enfoques integradores, como el modelo One Health (Pettan-Brewer et al., 2021), muestran el potencial de la cooperación regional para enfrentar desafíos recurrentes, especialmente en temas zoonóticos, ambientales y de salud preventiva. La articulación entre sectores (salud, educación, ambiente y justicia) se perfila, a su vez, como una vía para alcanzar la equidad y sostenibilidad de las políticas (Houghton et al., 2025).

Finalmente, la presente revisión sugiere que los sistemas públicos de salud en América Latina se encuentran en un punto de inflexión, donde los desafíos históricos de fragmentación, inequidad y debilidad institucional coexisten en un escenario de oportunidades impulsado por la innovación tecnológica, la cooperación regional y la participación social. El tránsito hacia una planificación estratégica efectiva dependerá de la capacidad de los Gobiernos para institucionalizar procesos de evaluación continua, descentralizar la gestión, fortalecer la gobernanza participativa y asegurar financiamiento sostenido. Solo así será posible avanzar hacia sistemas de salud pública más resilientes, equitativos y adaptados a las necesidades dinámicas de la población latinoamericana.

4.4. Conclusiones

El análisis realizado permite comprender que la planificación estratégica en los sistemas públicos de salud de América Latina se encuentra en un proceso de maduración, en el cual confluyen tanto limitaciones sociales, políticas y económicas como oportunidades de transformación. Los hallazgos de la revisión

muestran que, aunque los países de la región han avanzado en la formulación de marcos normativos y políticas de salud, persisten brechas estructurales vinculadas a la fragmentación institucional, la desigualdad territorial y la falta de continuidad administrativa. Estas condiciones debilitan la capacidad de los sistemas para anticipar escenarios y ejecutar estrategias sostenibles, especialmente en contextos de inestabilidad política y limitación de recursos.

Pese a ello, el escenario no es totalmente restrictivo, pues la incorporación progresiva de enfoques participativos, la digitalización de procesos y la articulación intersectorial evidencian un cambio de paradigma en la gestión pública sanitaria. La planificación estratégica comienza así a orientarse hacia modelos más adaptativos, donde la innovación tecnológica, la cooperación regional y la participación social adquieren una posición protagónica en la búsqueda de eficiencia y equidad.

Asimismo, se observa un creciente interés en fortalecer las capacidades institucionales mediante la formación continua del personal, la integración de sistemas de información y el uso de evidencia en la toma de decisiones. Estas iniciativas representan un avance hacia una cultura organizacional más reflexiva y sostenible, en la que la planificación estratégica se convierte en un instrumento de cambio real. A largo plazo, la planificación estratégica en la salud pública latinoamericana dependerá de la capacidad de los Estados para consolidar procesos inclusivos, flexibles y sostenidos en el tiempo.

CAPÍTULO V

RESULTADOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SANITARIA EN AMÉRICA LATINA

Los capítulos precedentes han delineado la arquitectura ideal de la salud pública, desde sus fundamentos conceptuales de equidad y adopción de una planificación estratégica hasta la articulación de políticas, gobernanza y gestión de recursos, incluyendo un capítulo de revisión científica. Sin embargo, el valor real de cualquier esfuerzo estratégico reside en su capacidad demostrada para generar un impacto tangible en la vida y el bienestar de la población. Es en este punto (la traducción de los planes en resultados sanitarios concretos) donde la disciplina estratégica se somete a su prueba más rigurosa.

En un contexto de alta demanda social y recursos limitados, como el de América Latina, la pregunta fundamental que debe responder la gestión pública es “¿Funcionó?”. La respuesta exige abandonar la retórica y abrazar la evaluación rigurosa y la rendición de cuentas. Si el objetivo de la salud pública es reducir las inequidades, la medición debe ir más allá de los indicadores de producción (número de consultas o vacunas) para centrarse en los indicadores de impacto (cambios en la mortalidad, morbilidad, esperanza de vida y, crucialmente, la reducción de las brechas entre grupos sociales).

El proceso de planificación estratégica no es lineal, sino un ciclo continuo de aprendizaje. La etapa de monitoreo y evaluación (M&E) es el motor de este ciclo. Es el mecanismo que permite a los responsables de la toma de decisiones saber si se cumplieron las metas y, más importante aún, por qué ciertas intervenciones fueron exitosas y otras no. El monitoreo proporciona información en tiempo real para hacer ajustes operativos, en tanto que la evaluación (de procesos, resultados e impacto) genera el conocimiento estratégico necesario para reformular las políticas a largo plazo.

El enfoque moderno de la planificación —tal como el ciclo estratégico por resultados adoptado en la región— resalta que se debe integrar la evaluaci-

ón desde el diseño del plan, estableciendo para ello una línea de base, indicadores específicos y objetivos cuantitativos. Esta metodología no solo mejora la asignación presupuestaria al vincular los recursos con los resultados esperados, sino que también facilita la transparencia y la rendición de cuentas.

En un ecosistema democrático, la rendición de cuentas transforma la información técnica en legitimidad política. Al publicar el desempeño del sistema y explicar las razones detrás de los resultados (buenos o malos), los Gobiernos se responsabilizan por sus actos, lo cual fortalece la confianza ciudadana, un activo intangible pero esencial, especialmente en el contexto de la resiliencia pospandemia.

Este capítulo final se concentra en el impacto medible de la planificación estratégica sanitaria en América Latina. Para ello, se analizan los logros recientes, los persistentes desafíos de la gestión. Además, se aborda de qué manera la dupla liderazgo transformacional y cultura organizacional de aprendizaje se configura como el factor decisivo para institucionalizar la evaluación y asegurar que cada esfuerzo de planificación se traduzca, efectivamente, en un paso hacia la equidad y el bienestar para todos.

5.1. Logros alcanzados en la salud pública en América Latina

En el último quinquenio, los sistemas de salud de América Latina han atravesado una transformación acelerada. Si bien la pandemia de COVID-19 expuso fracturas estructurales históricas (fragmentación de servicios y subinversión), también actuó como un detonante sin precedentes para la innovación, por lo que hay que destacar que la región ha logrado recuperar terreno perdido al establecer nuevos hitos en gobernanza sanitaria, salud digital y políticas regulatorias contra enfermedades crónicas.

Uno de los logros más notables ha sido el cambio de paradigma desde un enfoque hospitalocéntrico hacia uno comunitario y preventivo.

A. El éxito del modelo comunitario en salud mental

Históricamente, la salud mental fue el “pariente pobre” de los sistemas sanitarios latinoamericanos. No obstante, el Perú se ha constituido en un caso

de éxito regional al lograr consolidar una reforma psiquiátrica que sustituye el encierro en manicomios por una red de centros de salud mental comunitaria. La OPS (citado por Asprilla, 2025) destaca:

- **Datos de impacto:** Para 2024, el Perú reportó más de 2 millones de atenciones en salud mental, un incremento de casi el 200 % respecto a una década atrás.
- **Infraestructura:** La expansión a 293 centros comunitarios y hogares protegidos ha permitido que el 70 % de las atenciones se resuelvan en el primer nivel de atención, descongestionando los hospitales y humanizando el trato al paciente. Este modelo está siendo replicado y estudiado como estándar para otros países de la región.

B. Fortalecimiento de la APS

Estudios publicados en 2025 sobre la transformación sanitaria en la región concluyen que los sistemas más resilientes son aquellos que han integrado marcos normativos adaptativos (como los de Costa Rica y Uruguay). Al respecto, la tendencia actual es la implementación de modelos de gestión híbridos que combinan financiación pública sostenida con una gobernanza participativa, ya que permite una respuesta más ágil ante crisis epidemiológicas (Fernández, 2025).

C. La revolución de la salud digital y la telemedicina

América Latina se ha posicionado como un epicentro de innovación en la adopción de tecnologías sanitarias, un mercado que se proyecta alcanzará un valor de más de 11 000 millones de dólares para el 2028. La telemedicina ha dejado de ser una alternativa de emergencia para convertirse en una política de Estado estructural, tal como se exponen en los siguientes datos de *Perspectiva* (s. f.):

- **Chile y la inteligencia artificial.** Se ha destacado la implementación de chatbots basados en IA para el triaje de pacientes, optimizando los tiempos de espera y derivando casos de manera eficiente antes de la llegada al centro asistencial.

- **Brasil y la cirugía robótica.** El país lidera la adopción de cirugías asistidas por robots e IA en el sistema público, democratizando el acceso a procedimientos de alta complejidad y mínima invasión.
- **Guatemala y la telemedicina rural.** En un contexto de difícil geografía, el modelo TulaSalud ha sido documentado en artículos del 2025 como un ejemplo paradigmático de cómo la tecnología móvil puede reducir la mortalidad materno-infantil en poblaciones indígenas, superando barreras de idioma y distancia.
- **Interoperabilidad.** Países como Argentina y Perú han avanzado significativamente en la creación de plataformas nacionales de historia clínica electrónica e interoperabilidad, permitiendo que los pacientes accedan a sus resultados y citas desde cualquier punto del país, un paso clave hacia la cobertura universal digital.

D. Políticas regulatorias contra enfermedades no transmisibles (ENT)

América Latina se ha convertido en líder mundial en la implementación de políticas fiscales y regulatorias para combatir la obesidad, la diabetes y la hipertensión. La región ha sido pionera en el etiquetado frontal de advertencia nutricional (EFAN) y control de tabaco:

- **Evidencia de impacto.** Investigaciones recientes (2023-2024) demuestran que el sistema de sellos octogonales (implementado en Chile, México, Perú, Uruguay y recientemente Argentina y Colombia) es superior al sistema de “semáforo” utilizado en otras partes del mundo (Kroker-Lobos *et al.*, 2023).

— En Chile, pionero global, se ha documentado una reducción significativa en la compra de bebidas azucaradas y cereales industriales.

— En Perú y México, los estudios muestran una reformulación masiva por parte de la industria alimentaria para evitar los sellos, reduciendo así la cantidad de sodio y azúcar en la oferta disponible en supermercados.

- **Control del tabaco.** El informe de la OPS sobre ENT (con proyección al 2025) señala que la región muestra progresos robustos en el control del tabaco, aunque advierte que aún existen rezagos en la regulación del consumo de alcohol y el fomento de la actividad física.

E. Inmunización y control de enfermedades infecciosas

A pesar de los retrocesos temporales durante la pandemia, la región mantiene logros históricos envidiables en comparación con otros continentes en desarrollo.

- **Liderazgo en vacunación.** Según los *rankings* de programas de inmunización de 2024, Chile y Panamá lideran la región con los esquemas más completos y altas tasas de cobertura en los primeros años de vida. La introducción de nuevas vacunas (como VPH y hepatitis A) ha reducido drásticamente la prevalencia de estas enfermedades (Rombini et al., 2024).
- **Reducción de mortalidad infantil.** Se mantiene la tendencia a la baja en la mortalidad infantil (que disminuyó un 67 % entre 1990 y 2015), gracias a la mejora en las condiciones de saneamiento y en nutrición, aunque persisten desafíos en la mortalidad neonatal que requieren atención focalizada (OPS, s. f.-d).

No obstante, persisten desafíos estructurales. El informe *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, de la OCDE, así como documentos recientes de la OPS, advierten sobre la necesidad de aumentar el financiamiento público (que en muchos países sigue por debajo del 6 % del PBI recomendado) y mejorar la protección financiera para evitar que las familias caigan en la pobreza por gastos de salud (OPS, 2020).

5.2. Innovación y transformaciones digitales en la gestión sanitaria

Desde 2017, la literatura científica y los informes técnicos con referato coinciden en que la innovación y la transformación digital son ejes estructurales de la planificación sanitaria en América Latina. La Hoja de ruta para la transformación digital del sector salud en las Américas institucionalizó este

giro estratégico —con énfasis en gobernanza, interoperabilidad, arquitectura de información, derechos y equidad— y su informe de progreso de 2024 documenta avances heterogéneos pero sostenidos en la región (OPS, 2021).

Un primer bloque de resultados refiere a la consolidación de marcos de gobernanza y herramientas para la transformación digital. La caja de herramientas propuesta por la OPS (2023) orienta la alineación entre planes nacionales y capacidades institucionales (financiamiento, estándares, seguridad de la información) para traducir estrategias en implementación operativa. Otras herramientas la constituyen el compendio *Digital transformation of the health sector in the Americas*, que sintetiza lecciones sobre cómo anclar la transformación a metas de acceso, calidad y eficiencia. Se entiende, entonces, que la planificación digital es más que una adición tecnológica: es un rediseño organizacional y de procesos, con indicadores y evaluación continua (OPS, 2025).

En sistemas de información y registros clínicos electrónicos (HCE/EHR), la evidencia regional muestra beneficios consistentes cuando las inversiones se acompañan de interoperabilidad y gestión del cambio. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2020) documenta que los EHR bien implementados mejoran la disponibilidad oportuna de información, reducen eventos adversos y apoyan la toma de decisiones clínicas y de gestión. Estas conclusiones se articulan con la política de interoperabilidad de la OPS (2023), que propone líneas de acción e indicadores para medir avances. En síntesis, la planificación estratégica que prioriza interoperabilidad y gobernanza de datos se asocia con continuidad asistencial, reducción de duplicidades diagnósticas y mejor monitoreo poblacional.

La telemedicina y la telesalud pasaron de soluciones contingentes a componentes regulares de redes integradas de servicios. Revisiones y análisis bibliométricos recientes muestran un crecimiento acelerado de la producción científica y de los despliegues en la región, con Brasil, México, Colombia, Perú y Chile como polos de innovación (Saigí-Rubió, 2023; EAI, 2023). Más importante aún, estudios empíricos reportan impactos operativos y clínicos. Por ejemplo, un programa hospitalario universitario en Colombia analizó 62 258 teleconsultas, estimando ahorros de 4.5 millones de km de desplazamiento

y 132 886 horas, con mejoras en oportunidad y continuidad del cuidado (Prada et al., 2024). Estas ganancias, sin embargo, dependen de integración con la referencia/contrarreferencia, capacitación y sistemas de evaluación.

El modelo de atención virtual en América Latina enfrenta barreras que deben ser anticipadas en la planificación, como brechas de conectividad, alfabetización digital, regulación heterogénea, financiamiento y resistencia al cambio. Una revisión de 2024 para la región identifica estas barreras y recomienda mejorar los estándares, financiamiento y capacitación como condiciones para la sostenibilidad pospandemia (De La Torre et al., 2024), a la vez que la OPS documenta que los países con hojas de ruta explícitas y marcos regulatorios claros progresan más rápido en escalamiento y calidad de la teleasistencia, tal como se estudió anteriormente.

La analítica de datos y la inteligencia artificial avanzan como palancas para vigilancia epidemiológica, estratificación de riesgo y gestión operativa, pero exigen políticas robustas de gobernanza de datos, ética y evaluación. La OMS (2021b) recomienda capacidades institucionales para desarrollar, adquirir y auditar algoritmos, así como contar con infraestructura y talento especializado. Esto se debe a que, en la práctica, los casos latinoamericanos muestran potencial en apoyo a la decisión clínica, detección temprana y predicción de demanda, aunque con la advertencia de evitar sesgos e “islas” de datos que limiten la equidad y la transparencia.

En términos de resultados de gestión, la literatura reciente converge en lo siguiente: i) mejoras de eficiencia por reducción de tiempos administrativos y de traslado, mayor productividad del equipo de salud y optimización de camas/agenda, ii) mayor acceso en territorios con dispersión geográfica y escasez de especialistas gracias a teleconsultas y telediagnóstico, iii) fortalecimiento de la vigilancia y del monitoreo de desempeño mediante tableros interoperables e integración de fuentes, y iv) mayor satisfacción del usuario y continuidad del cuidado, con evidencia de reducción de esperas en varios contextos. Otros resultados también indican la asociación de telemedicina con accesibilidad, continuidad y satisfacción, a la par que señalan desafíos de privacidad, seguridad y calidad (Blanca *et al.*, 2025; Del Carpio-Delgado *et al.*, 2023)

5.3. Cultura organizacional y liderazgo transformacional orientada a resultados

La planificación estratégica sanitaria en América Latina enfrenta desafíos estructurales derivados de la fragmentación de los sistemas, la desigual distribución de recursos y la persistente brecha entre formulación de políticas y ejecución operativa. En este contexto, la cultura organizacional y el liderazgo transformacional emergen como variables críticas para obtener resultados tangibles y sostenibles. La literatura reciente subraya que los avances en capacidad técnica o inversión financiera no se traducen automáticamente en mejoras del desempeño sanitario si no están acompañados de una cultura organizacional cohesionada y de estilos de liderazgo que movilicen al personal hacia metas compartidas (Mannion & Davies, 2018)

En muchos países latinoamericanos, las organizaciones sanitarias se caracterizan por culturas jerárquicas con baja tolerancia al riesgo, escasa retroalimentación y limitada orientación al desempeño. Estas estructuras tradicionales dificultan la implementación de estrategias orientadas a resultados, especialmente cuando implican innovación, trabajo en red o transformación digital. Al respecto, Schein y Schein (2016) señalan que las culturas adaptativas, colaborativas y centradas en el aprendizaje permiten acelerar la ejecución estratégica, mejorar la calidad de los servicios y fortalecer la *accountability* interna y externa. Esto obedece a que tales culturas facilitan que los equipos adopten nuevas formas de trabajo, integren herramientas de gestión basadas en datos y asuman corresponsabilidad por los indicadores sanitarios priorizados en la planificación estratégica.

Dentro de este marco cultural, el liderazgo transformacional ocupa un rol determinante, dado que los líderes transformacionales inspiran una visión compartida, motivan el compromiso y promueven el empoderamiento del personal, elementos indispensables para traducir los planes estratégicos en resultados concretos. Estudios actuales en organizaciones de salud latinoamericanas evidencian que este tipo de liderazgo mejora la cohesión de los equipos, incrementa la motivación intrínseca y potencia la capacidad de innovación operati-

va. Estos factores, a su vez, se correlacionan con una mayor eficiencia, mejores indicadores de calidad y avance en metas sanitarias priorizadas, como reducción de tiempos de espera, fortalecimiento de la atención primaria y progreso en cobertura efectiva (González *et al.*, 2023).

Asimismo, el liderazgo transformacional orientado a resultados contribuye a superar una de las limitaciones históricas de la gestión sanitaria en la región: la falta de alineamiento entre niveles decisionales. Al promover una comunicación transparente, expectativas claras y mecanismos de seguimiento basados en evidencia, los líderes logran articular las prioridades estratégicas del nivel central con las capacidades y realidades de los equipos operativos. Este alineamiento reduce la brecha entre plan y ejecución, facilita la reasignación ágil de recursos y mejora la coherencia institucional.

La interacción entre cultura organizacional y liderazgo no es unidireccional, ya que mientras los líderes transformacionales pueden modelar y fortalecer culturas orientadas al desempeño, una cultura institucional rígida o adversa al cambio puede limitar su capacidad de influencia. Por ello, los procesos de planificación estratégica contemporáneos en América Latina incorporan cada vez más diagnósticos culturales, programas de desarrollo de liderazgo y estrategias de gestión del cambio como componentes estructurales del ciclo de planificación. Estos elementos permiten preparar a las organizaciones para enfrentar complejidades como la transición epidemiológica, la digitalización del sistema, las demandas ciudadanas por mayor transparencia y la necesidad de garantizar sostenibilidad financiera.

Para culminar, hay que recalcar que la evidencia reciente converge en que la planificación estratégica sanitaria produce resultados significativos cuando se sustenta en culturas organizacionales orientadas al aprendizaje, la colaboración y la responsabilidad por el desempeño. Igualmente, cuando es liderada por actores con competencias transformacionales capaces de movilizar capacidades colectivas. Por lo tanto, propiciar la dupla *cultura y liderazgo* en el contexto latinoamericano es un imperativo para cerrar brechas históricas, mejorar la gobernanza sectorial y avanzar hacia sistemas sanitarios más equitativos, eficientes y resilientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M., Cabrera, N., & Berbesi, D. (2018). Determinantes sociales de la salud asociados con el exceso de peso en la población infantil. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 110-122. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n1/110-122/es>
- Alarcón, G., Burgess, R., Dedios, M., Peters, L., & San Juan, N. (2023). Mental health services implementation in Colombia—A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 3(12), 1-30. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001565>
- Andrade, Lady, & Álvarez, O. (2025). Gestión administrativa: desafíos en la salud pública. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(3), 2748-2757. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.17900
- Arab, J., Díaz, L., Dirchwolf, M., Mark, H., Lazarus, J., Vaughan, E., Méndez-Sánchez, N., Oliveira, C., Gadano, A., & Arrese, M. (2021). NAFLD: Challenges and opportunities to address the public health problem in Latin America. *Annals of Hepatology*, 24, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.aohep.2021.100359>
- Arrighi, E., Ruiz de Castilla, E., Peres, F., Mejía, R., Sørensen, K., Lopez, C., Myers, L., Quijada, J., Vichnin, M., & Pleasant, A. (2021). Scoping health literacy in Latin America. *Global Health Promotion*, 29(2), 78-87. <https://doi.org/10.1177/17579759211016802>
- Artaza, O., Santacruz, J., Girard, J., Alvarez, D., Barría, S., Tetelboin, C., Tomasina, F., & Medina, A. (2020). Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1-5. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.83>
- Asprilla, T. (2025). *OPS premia al Minsa por liderazgo en salud mental y expansión del modelo comunitario en Perú*. Consultor Salud. <https://consultorsalud.com/ops-premia-minsa-por-liderazgo-en-salud-mental/>
- Ayala, R. (2023). La elaboración del plan local de salud en una comunidad del Callao: percepciones de agentes comunitarios. *Revista Cuidado y Salud Pública*, 3(1), 41-49. <https://doi.org/10.53684/csp.v3i1.61>
- Ayala-Beas, S., & Rodriguez, Y. (2023). Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, 1-10. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.136>

Azeredo-da-Silva, A., Zanotto, B., Martins, F., Navarro, N., Alencar, R., & Medeiros, C. (2024). Health care accessibility and mobility in breast cancer: a Latin American perspective. *BMC Health Services Research*, 24(764), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11222-6>

Banco Mundial. (2022). *Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099955001202313910/pdf/P1782990b8379d06d095330b1a51ea0836f.pdf>

Bantilan, J. C., Deguito, P. O., Otero, A. S., Regidor, A. R., & Junsay, M. D. (2023). Strategic planning in education: A systematic review. *Asian Journal of Education and Social Studies*, 45(1), 40-54. <https://doi.org/10.9734/ajess/2023/v45i1976>

Barragán-Ochoa, F., Salazar, E., Benavidez-Silva, C., Bastidas, G., Jaramillo, S., Ordóñez, J., & García, C. (2022). Territorios y la COVID-19 en Ecuador: regiones funcionales como respuesta a la crisis sanitaria. *Investigaciones Geográficas*, 108, 1-16. <https://doi.org/10.14350/rig.60522>

Basurto-Zambrano, X. (2016). Un acercamiento de la planificación estratégica y las organizaciones sanitarias. *Dominio de las Ciencias*, 2(3), 3-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761614>

Benet, J. (2013). *Planes directores*. Universidad Oberta de Catalunya. <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/e651eccb-fc2d-4c3a-915f-b7d-08481c8af/content>

Bernal-Ordoñez, L., Niño-Gutiérrez, E., Lilian, M., Treviño, F., Rodríguez, A., & Jiménez, D. (2024). Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, 1-8. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2024.135>

Blanca, I., Gonzales, P., Augusto, V., & Soto, G. (2025). Impact of Telemedicine on Patient Satisfaction in the Health Sector: A Literature Review Article. *Architectural Image Studies*, 6(3), 1426-1432. <https://journals.ap2.pt/index.php/ais/article/download/466/308/808>

Bodero, E., De Giusti, M. R., & Morales, C. (2022). Preservación digital a largo plazo: estándares, auditoría, madurez y planificación estratégica. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 45(2), 1-14. <https://doi.org/10.17533/udea.rib.v45n2e344178>

- Brito, P. (2017). Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/21613/n/gestion-de-r-rhh-y-reforma.pdf>
- Bustos, V., Villarroel, G., Ariza, F., Guillou, M., Palacios, I., Cortez, L., Cañizares, R., Núñez, M., & Huamán, L. (2015). Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural de los países andinos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(1), 49-55. <https://doi.org/10.15381/anales.v76i1.10971>
- Camacho, L., & Montenegro, G. (2023). La implementación de las políticas públicas en salud: revisión narrativa de modelos para su análisis. *Salud Uninorte*, 39(3), 1153-1175. <https://doi.org/10.14482/sun.39.03.258.963>
- Camacho-Rodríguez, D. E., Carrasquilla-Baza, D. A., Dominguez-Cancino, K. A., & Palmieri, P. A. (2022). Patient safety culture in Latin American hospitals: a systematic review with meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Cañarte, J., Franco, T., Delgado, M., & Astudillo, M. (2025). Gestión del talento humano en instituciones de salud: clave para la calidad y la continuidad del servicio. *Polo del Conocimiento*, 10(8), 2456-2474. <https://doi.org/10.23857/pc.v10i8.10332>
- Carrillo-Zambrano, G., Haro-Alvarado, J., Piguave-Figueroa, T., & Macías-Intriago, M. (2024). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la calidad de vida en Ecuador. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*, 8(16), 155-165. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4213>
- Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/rev-salud/a.6123>
- Castro-Arroyave, D., & Duque-Paz, L. (2020). Documentary research on social innovation in health in Latin America. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(41), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00659-6>
- Cerda, A., García, L., Rivera-Arroyo, J., Riquelme, A., Teixeira, J., & Jakovljevic, M. (2022). Comparison of the healthcare system of Chile and Brazil: strengths, inefficiencies, and expenditures. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 20(71), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12962-022-00405-9>

- Chávez-Rivas, P. I., & Heredia-Llatas, F. D. (2024). Modernización de la Gestión Pública en los diferentes niveles de gobierno, una revisión literaria. *Revista Nacional de Administración*, 15(1), 71-85. <https://dx.doi.org/10.22458/rna.v14i2.3978>
- Cho, W., Choi, S., & Choi, H. (2023). Human resources analytics for public personnel management: Concepts, cases, and caveats. *Administrative Sciences*, 13(2), 41. <https://dx.doi.org/10.3390/admsci13020041>
- Choi, B., Maza, R., & Mujica, O. (2019). The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.61>
- Cosavalente-Vidarte, O., Zevallos, L., Fasanando, J., & Cuba-Fuentes, S. (2019). Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 319-325. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4623>
- Cotonieto-Martínez, E. (2020). Componentes y actividades del diagnóstico de salud poblacional. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 9(17), 66-68. <https://doi.org/10.29057/icsa.v9i17.6069>
- Cotonieto-Martínez, E., & Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative & No Positive Results*, 6(2), 393-410. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3816>
- Criado, J. I., Dias, T. F., Sano, H., Rojas-Martín, F., Silvan, A., & Filho, A. I. (2021). Public innovation and living labs in action: A comparative analysis in post-new public management contexts. *International Journal of Public Administration*, 44(6), 451-464. <https://doi.org/10.1080/01900692.2020.1729181>
- De La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative & Positive Result*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- De La Torre, A., Diaz, P., & Perdomo, R. (2024). Analysis of the virtual healthcare model in Latin America: a systematic review of current challenges and barriers. *mHealth*, 10(1). <https://doi.org/10.21037/mhealth-23-47>
- De Santos, X. (2019). Niveles de prevención de salud. *Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala*, 2(3), 2-5. <https://saludpublica1.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/05/17-niveles-de-prevencic3b3n-2019.pdf>

De Sousa, T., & Mendes, A. (2024). Expressions of inequalities in access to health services in Latin America: a scoping review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29, e04932024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38958333/>

Del Carpio-Delgado, F., Romero-Carazas, R., Pino-Espinoza, G., Villa-Ricapa, L., Núñez-Palacios, E., Aguilar-Cuevas, M. M., & Espiritu-Martinez, A. P. (2023). Telemedicine in Latin America: a bibliometric analysis. *EAI Endorsed Transactions on Pervasive Health and Technology*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.4108/eetpht.9.4273>

Di Fabio, J., & Delgado, B. (2024). Cien años de la Revista Panamericana de Salud Pública: visualización de sus contenidos. *Revista Panamericana Salud Pública*, 47, 1-12. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.20>

Donato, L., De Paula, L., Mavrot, C., & Rollemberg, M. (2021). Health systems reforms in Latin America: neoliberal influences and challenges to the Sustainable Development Goals. *Ciencia & Saude Coletiva*, 26(10), 4383-4396. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11192021>.

Falcón, I., Martínez, A., & Macías, M. (2022). Fundamentos teórico-metodológicos sobre evaluación de programas de salud. *Humanidades Médicas*, 22(2), 233-256. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v22n2/1727-8120-hmc-22-02-233.pdf>

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://www.revistaespacios.com/a25v46n05/a25v46n05p09.pdf>

Fitzgerald, J. (2023). Recomendaciones para el desarrollo de sistemas de salud resilientes en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.101>

Gathmyr, D., Purwana, D., Wahono, P., & Hamidah, S. (2024). The Role of Strategic Planning In Improving Service Quality and Profitability of the Healthcare Industry: A Systematic Review. *Journal of Economics, Finance And Management Studies*, 7(6), 3394-3400. <https://doi.org/10.47191/jefms/v7-i6-34>

Gispert, E., & Castell-Florit, P. (2024). Respuestas desde la salud pública a la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(1), 1-15. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2020/csp201j.pdf>

Gómez-Tabares, A., & Zapata Rueda, C. (2024). Retos y alcances de la salud pública para la comprensión de problemáticas psicosociales contemporáneas. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 6(2), 262-281. <https://doi.org/10.46634/riics.278>

Gonzales, C., Palacio, M., Sáenz, S., & Díaz, N. (2025). Recursos humanos en enfermería y calidad de atención en hospitales públicos: una revisión sistemática. *Revista InveCom*, 6(3), 1-10. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17809029>

González, A., Oblitas, S., Mosqueira, R., & Heredia, F. (2023). Liderazgo transformacional en gestión hospitalaria. Una revisión bibliográfica. *Acta Médica del Centro*, 17(4), 819-834. <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/download/1860/1701>

Guerrero, J., Vélez, C., Cerezo, M., Cifuentes, O., Padilla, M., Vargas, J., Arbeláez, M., & Robles, W. (2025). Desafíos en recursos humanos para implementar las funciones esenciales en salud pública en Colombia, 2023. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 49, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2025.74>

Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S., Jung, A., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G., Panjabi, R., Nordström, A., & Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27, 964-980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>

Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., ... Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *The Lancet. Global health*, 10(5), e715-e772. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)

Haregu, T., Kwasnicka, D., Shrestha, A., Lynch, C., Absetz, P., Miranda, J. J., Thankappan, K. R., & Oldenburg, B. (2025). Improving the Sustainability of Public Health Interventions: The INNOVATE Model. *Global Implementation Research and Applications*, 5(2), 182-195. <https://doi.org/10.1007/s43477-025-00149-7>

Houghton, N., Báscolo, E., Jarboe, R., & Fitzgerald, J. (2025). Essential public health functions for primary health care resilience in Latin America and the Caribbean: a regional assessment. *Health Policy*, 50, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101237>

Huerta, P., Leyton, C., & Paúl, I. (2019). Análisis de los indicadores sanitarios chilenos. *Horizonte Sanitario*, 18(2), 149-158. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n2.2751>

Husaini, D., Manzur, K., & Medrano, J. (2023). Indoor and outdoor air pollutants as emerging public health threat in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Arab Gulf Journal of Scientific Research*, 42(1), 134-145. <https://doi.org/10.1108/agjsr-08-2022-0140>

Kroker-Lobos, M., Ramírez-Zea, M., De-León, J., Alfaro, C., Amador, N., Blanco-Metzler, A., Francois, F., Gamboa-Gamboa, T., Hernández-Santana, A., Jensen, M., López-Donado, L., Pasquier, L., Paulino, A., Pérez, D., Ríos-Castillo, I., & Siu-Bermúdez, C. (2023). Etiquetado frontal de advertencia nutricional de alimentos y bebidas pre-ensados. Postura intersectorial de expertos en Centro América y República Dominicana. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 73(3), 233-250. <https://doi.org/10.37527/2023.73.3.007>

Kruk, M., Myers, M., Varpilah, S., & Dahn, B. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385, 1910-1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)

Longworth, G., Erikowa-Orighoye, O., Anieto, E., Agnello, D., Zapata-Restrepo, J., Masquillier, C., & Giné-Garriga, M. (2024). Conducting co-creation for public health in low and middle-income countries: a systematic review and key informant perspectives on implementation barriers and facilitators. *Globalization and Health*, 20(9), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12992-024-01014-2>

López, L., & Garay, J. (2024). Salud internacional funciones esenciales de la salud pública, un tema emergente en la pandemia de la COVID-19. *Horizonte Médico*, 24(4), 1-10. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v24n4/1727-558X-hm-24-04-e2386.pdf>

López, M. (2024). Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades. Una panorámica introductoria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(145), 47-69. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352024000100003>

Mannion, R., & Davies, H. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*, 363, 1-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>

Marinho, M., Sugg, D., & Farías, C. (2025). *La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/bd01e5a4-4b08-466e-a68e-37c0ff1f74d9/content>

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

Mbau, R., Musiega, A., Nyawira, L., Tsofa, B., Mulwa, A., Molyneux, S., Maina, I., Jemutai, J., Normand, C., Hanson, K., & Barasa, E. (2023). Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), 205-224. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00785-2>

Meuleman, L. (2021). Public administration and governance for the SDGs: Navigating between change and stability. *Sustainability*, 13(11), 5914. <https://doi.org/10.3390/su13115914>

Ministerio de Salud del Perú. (2024). *Informe de Evaluación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú País Saludable”*. [https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/09GestionIns/indicadores/2024/Informe de evaluacion de PNMS 2023.pdf](https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/09GestionIns/indicadores/2024/Informe_de_evaluacion_de_PNMS_2023.pdf)

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2019). *Educación y comunicación para la promoción de la salud*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/12/manual_de_educación_y_comunicación_para_promoción_de_la_salud0254090001575057231.pdf

Miranda, C., Corratgé, H., & Soler, A. (2021). La planificación estratégica en las instituciones de salud. *Información para directivos de la Salud*, 17, 1-14. <http://scielo.sld.cu/pdf/inf/n34/1996-3521-inf-34-e990.pdf>

Morón, A. S. C., Querevalú, P. J. V., Córdova, O. J., Aira, R. C. C., & Hinostroza, R. J. R. (2025). Herramientas para la modernización de la gestión pública: una revisión sistemática. *Revista InveCom*, 6(2), 1-11. <https://doi.org/10.5281/zenodo.16740829>

Moya-Medina, J., Finkelman, J., & Molina-Leza, J. (2024). El papel de las funciones esenciales de salud pública en los sistemas de salud. *Salud Pública Mex*, 66(5), 637-643. <https://doi.org/10.21149/15640>

Muñiz-Jaime, L, Yáñez, R., & Alvarado-Guaranda, J. (2022). La planificación estratégica y su aporte al desarrollo empresarial de las Mipymes en Manabí. *Dominio de las Ciencias*, 8(1), 372-383. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383413>

- Nogueira-Rodrigues, A., Gonçalves, M., Macedo, A., Coutinho, L., Vieira, C., De Sousa-Lima, R., Pinto, D., Machado, K., & Gadelha, A. (2022). HPV vaccination in Latin America: Coverage status, implementation challenges and strategies to overcome it. *Frontiers in Oncology*, 12, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.984449>
- Olawade, D., Popoola, T., Egbon, E., & David-Olawade, A. (2025). Sustainable healthcare practices: Pathways to a carbon-neutral future for the medical industry. *Sustainable Futures*, 9, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.sftr.2025.100783>
- Orfila, J., & Méndez-Pérez, B. (2022). Salud y sus determinantes socioculturales en la Venezuela actual. Retos y desafíos en salud pública. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 34(2), 84-92. <https://doi.org/10.54624/2021.34.2.003>
- Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue. (2024). *Política Andina de Recursos Humanos en Salud 2024-2030*. [https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/POLITICA ANDINA RECursos HUMA-NOS EN SALUD ORASCONHU 2024.pdf](https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/POLITICA_ANDINA_RECursos_HUMANOS_EN_SALUD_ORASCONHU_2024.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/581661bd-f9c9-4ee1-967d-002e3b934275/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). Global strategy on digital health 2020-2025. En *Who*. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs-4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Derechos humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2025a). *Informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en salud*. <https://doi.org/10.2471/b09387>
- Organización Mundial de la Salud. (2025b). *International health regulations (2005): As amended in 2014 and 2022*. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Documento conceptual: intersectorialidad*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas*. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/ac38bed3-aa28-4ab5-ac4b-4be27e884e76/content>

Organización Panamericana de la Salud. (2020b). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. En *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Hoja de ruta para la transformación digital del sector de la salud en la región de las Américas. *73.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. <https://www.paho.org/es/documentos/cd596-hoja-ruta-para-transformacion-digital-sector-salud-region-americas>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública*. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/67d38caa-63e0-438b-8e56-b189dbccc2fb/content>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Diálogo de política sobre recursos humanos en salud en América del Sur*. <https://www.paho.org/es/dialogo-politica-recursos-humanos-salud-america-sur>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Transformación digital del sector salud. Caja de herramientas*. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-11/dt-toolkit-rev-10-dic-20230.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Implementación de las funciones esenciales de salud pública en las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/61724/9789275328996_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2025a). *Digital transformation of the health sector in the Americas: Ensuring public health reaches everyone, everywhere*. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/85e80fbb-5ce3-45d6-82f0-df5e9ad133ee/content>

Organización Panamericana de la Salud. (2025b). *Salud universal*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.-a). *Acción intersectorial. Salud en todas las políticas*. <https://www.paho.org/es/temas/accion-intersectorial-salud-todas-politicas>

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.-b). *Derechos humanos y salud*. <https://www.paho.org/es/temas/derechos-humanos-salud>

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.-c). *Financiamiento de los sistemas de salud*. <https://www.paho.org/es/temas/financiamiento-sistemas-salud>

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.-d). *Funciones esenciales de salud pública*. <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.-e). *Salud del niño*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-nino>

Oyola, J., & Román, L. (2025). Impacto de la gestión del talento humano en la calidad de atención en instituciones de salud: una revisión sistemática de la literatura (2020-2025). *Arandu UTIC*, 12(2), 2408-2424. <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1073>

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P., & Moher, D. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 10. <http://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Palacios, C., Magnus, M., Arrieta, A., Gallardo, H., Tapia, R., & Espinal, C. (2021). Obesity in Latin America, a scoping review of public health prevention strategies and an overview of their impact on obesity prevention. *Public Health Nutrition*, 24(15), 5142-5155. <https://doi.org/10.1017/S1368980021001403>

Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A., & Figueras, J. (2023). Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. En *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas*. Organización Panamericana de Salud. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/206aaf1f-e844-4278-b3ac-eaa79f750d6d/content>

Pari, E., & Díaz, R. (2025). Planificación estratégica y modernización del estado en personal de hospitales: una revisión sistemática. *Revista Aula Virtual*, 6(13), 1708-1730. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17250306>

Perspectiva. (s. f.). *Telemedicina y salud digital Un motor de transformación en el sector sanitario latinoamericano*. <https://perspectiva.practia.global/telemedicina-y-salud-digital-motor-de-transformacion-en-latam/>

Pettan-Brewer, C., Martins, A., Barros, D., Drulla, A., Soeiro, D., Figueroa, D., Cediel, N., Kahn, L., Brandespim, D., Carrascal, J., Bianco, A., Magosso, A., Galhardo, J., Arreguy, L., Turra, C., Vicente, C., & Welker, 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, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.687110>

Quispe, J., & Avega, K. (2024). Impacto del Plan Estratégico de Salud en la Gobernabilidad de los países de America Latina. *Trascender*, 2(1), 1-24. <https://doi.org/10.51343/revtrascender.v2i1.1246>

Rao, K., Vecino, A., Robertson, T., Lopez, A., & Noonan, C. (2022). *Future Health Spending in Latin America and the Caribbean: Health Expenditure Projections & Scenario Analysis*. <https://publications.iadb.org/en/future-health-spending-latin-america-and-caribbean-health-expenditure-projections-scenario-analysis>

Riofrio, G., & Chiliquinga-Villacis, S. (2025). Modelos de financiamiento de la salud pública en américa latina y su sostenibilidad. *Polo del Conocimiento*, 10(5), 1955-1968. <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>

Robles, R., Serrano, H., Gaibor, F., Armijo, G., & Fernández, A. (2017). Retos de la planificacion estrategica en instituciones de salud. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(3), 1-6. https://www.researchgate.net/publication/323176051_Retos_de_la_planificacion_estrategica_en_instituciones_de_salud/link/5a845ec70f7e9b2c3f4ff9ad/download?_

SOBRE LOS AUTORES

Julissa Marly Ciriaco Arroyo

Universidad Nacional de Barranca

<https://orcid.org/0000-0001-5061-4228>

Maria Elizabeth Torrealva Cabrera

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

<https://orcid.org/0009-0003-0350-110X>

Iván Ulises Quiroz Mendoza

Universidad Nacional de Cajamarca

<https://orcid.org/0000-0002-2950-2886>

César Gerardo León Velarde

Universidad Nacional Federico Villarreal

<https://orcid.org/0000-0002-8273-1995>

SALUD PÚBLICA Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN AMÉRICA LATINA

UNA MIRADA INTEGRAL

