

Financiamiento de la Salud Pública en América Latina: Estudios sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú

Adriana Schor
Daniela Carla Decaro Schettini
Flavia Mori Sarti
Maria Antonieta Del Tedesco Lins
Marislei Nishijima
Natalia Dus Poiatti

Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari
Guillermo Aponte Reyes Ortiz
(coordinación)

Instituto de Relações Internacionais
Universidade de São Paulo



APOYO

FIFARMA



**FINANCIAMIENTO DE
LA SALUD PÚBLICA EN
AMÉRICA LATINA**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP)

Reitor: Carlos Gilberto Carlotti Junior

Vice-reitora: Maria Arminda do Nascimento Arruda

INSTITUTO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CORPO EDITORIAL IRI-USP:

DIREÇÃO:

Presidente da Comissão de Biblioteca: Profa. Natalia Dus Poiatti

Presidente da Comissão de Pesquisa e Inovação: Prof. Alexandre Moreli

CONSELHO EDITORIAL ACADÊMICO:

Presidente da Comissão de Pós-Graduação: Profa. Maria Antonieta Del Tedesco Lins

Presidente da Comissão de Graduação: Prof. Guilherme Assis de Almeida

Presidente da Comissão de Cultura e Extensão: Profa. Danielle Hanna Rached

Presidente da Comissão de Cooperação Nacional e Internacional: Prof. Arthur Roberto Capella Giannattasio

CONSELHO TÉCNICO:

Prof. Felipe Loureiro

Chefe de edição: Giseli Adornato de Aguiar

Revisão de texto: Maria Marta Garcia

Revisão da normalização bibliográfica: Flávia Mastrogirolamo e Rayssa Gatto

Arte e diagramação: Com-Arte Jr.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA

ESTUDIOS SOBRE ARGENTINA, BRASIL,
CHILE, COLOMBIA, MÉXICO Y PERÚ

Acuerdo de Investigación entre el Instituto de Relaciones Internacionales de
la Universidad de São Paulo (IRI-USP) y la Federación Latinoamericana de la
Industria Farmacéutica (FIFARMA)
2023-2024

doi 10.11606/9788569229063

Adriana Schor
Daniela Carla Decaro Schettini
Flavia Mori Sarti
Maria Antonieta Del Tedesco Lins
Marislei Nishijima
Natalia Dus Poiatti

COORDINACIÓN

Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari
Guillermo Aponte Reyes Ortiz

APOYO

FIFARMA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

USP

Universidade de São Paulo

iri

Instituto de Relações Internacionais
Universidade de São Paulo

2024



Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Financiamiento de la salud pública en América Latina: estudios sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú / coordinación Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari, Guillermo Aponte Reyes Ortiz. -- São Paulo: IRI-USP, 2024.
303 p.

Varios autores.
ISBN 978-85-69229-06-3
DOI 10.11606/9788569229063

1. Financiamiento de la salud pública – América Latina 2. Derecho de la salud – América Latina 3. Argentina 4. Brasil 5. Chile 6. Colombia 6. México 7. Perú I. Dallari, Pedro Bohomoletz de Abreu II. Aponte Reyes Ortiz, Guillermo.

CDD – 338.433621

Elaborado por Giseli Adornato de Aguiar CRB-8/6813

ÍNDICE

Información sobre los autores	7
Presentación	11
ENTORNO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO DE LA SALUD EN LATINOAMERICA	13
<i>Guillermo Aponte Reyes Ortiz</i>	
MARCO CONSTITUCIONAL PARA LA GARANTÍA E IMPLEMENTACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA: LOS CASOS DE ARGENTINA, BRASIL, CHILE, COLOMBIA, MÉXICO Y PERÚ	71
<i>Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari</i>	
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN ARGENTINA	93
<i>Daniela Carla Decaro Schettini</i>	
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN BRASIL	135
<i>Marislei Nishijima</i>	
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN CHILE	164
<i>Natália Dus Poiatti</i>	
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA	196
<i>Adriana Schor</i>	
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO	228
<i>Maria Antonieta Del Tedesco Lins</i>	
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN PERÚ	252
<i>Flávia Mori Sarti</i>	
CONSIDERACIONES GENERALES Y FINALES	296
<i>Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari</i> <i>Guillermo Aponte Reyes Ortiz</i>	

Información sobre los autores

Extraída de los respectivos *Currículos Lattes*

ADRIANA SCHOR

Possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade de São Paulo (1991), mestrado em Economia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1997), doutorado em Teoria Econômica pela Universidade de São Paulo (2003) e livre-docência na área de Economia Internacional pela mesma Universidade (2016). Atualmente é professora associada do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI-USP). Tem experiência nas áreas de Economia, com ênfase em Economia Internacional e Desenvolvimento Econômico, e Economia Política Internacional, com ênfase na Economia Política do Comércio Internacional. Desenvolve projetos de pesquisa sobre Cooperação Sul-Sul.

<http://lattes.cnpq.br/3246990092934882>

DANIELA CARLA DECARO SCHETTINI

Possui graduação em Economia pela Universidade de São Paulo (2003) e doutorado em Economia pela Universidade de São Paulo em 2010, com complemento na Universidade de Cambridge (UK). É professora doutora do Instituto de Relações Internacionais IRI-USP (2011). Tem experiência na área de Economia, com ênfase em Economia Regional, Economia Espacial, Comércio Regional. Recentemente, pesquisa também na área de Economia Feminista.

<http://lattes.cnpq.br/6476728059998185>

FLAVIA MORI SARTI

Possui bacharelado em Economia pela Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP), bacharelado em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e doutorado direto com foco em Economia da Saúde, Alimentação e Nutrição pela Universidade de São Paulo (PRONUT-FCF/FEA/FSP-USP). É professora associada (nível 3) da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), área de concentração de Economia e Políticas Públicas. É também pesquisadora do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Modelagem de Sistemas Complexos (GRIFE) desde 2006; orientadora de pós-graduação nos programas de Modelagem de Sistemas Complexos (EACH-USP) e Nutrição em Saúde Pública (FSP-USP); e membro do Instituto Nacional de Ciência e

Tecnologia de Combate à Fome (Processo CNPq 406774/2022-6). Tem experiência na coordenação de projetos de pesquisa na área de Economia Aplicada, especialmente em Economia da Saúde, Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Temáticas de interesse: avaliação de tecnologias em saúde; avaliação econômica de programas em saúde; políticas públicas de saúde, alimentação e nutrição; marketing nutricional; cadeias de produção e padrões de consumo de alimentos.

<http://lattes.cnpq.br/4889413058276292>

GUILLERMO APONTE REYES ORTIZ

Es economista de la Universidad Católica Boliviana con especialidad en seguros en el Centro Suizo de Formación Aseguradora (Zurich) y en la Escuela de Organización Industrial (Madrid). Académico de número en la Academia de Ciencias Económicas de Bolivia. Miembro de la Academia de Seguros y Previdencia de Brasil. Investigador del Centro Iberoamericano del Instituto de Relaciones Internacionales de la Universidad de São Paulo. Investigador de la Fundación Milenio. Catedrático de Seguros y Pensiones en la Universidad Católica Boliviana. Catedrático de posgrado en la Dirección de Investigación de la Universidad Privada de Santa Cruz. Fue presidente del Banco Central de Bolivia, Superintendente de Pensiones, Valores y Seguros. Presidente de la Asociación de Supervisores de Seguros de América Latina (ASSAL) Viceministro de Pensiones y Seguros. Subsecretario de Seguros Médicos del Ministerio de Desarrollo Humano. Gerente general de la Caja Nacional de Salud. Postulado al Premio Natalie Massé de la Universidad de Paris por la creación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, que permitió reducir la mortalidad infantil en Bolivia en más del setenta por ciento. Gerente general de la empresa La Boliviana Ciacruz Seguros y Reaseguros S.A. Asesor del Colegio Médico de Bolivia. Consultor de la Universidad de Harvard, de la Comunidad Europea, del Banco Mundial, de la CAF, del BID FOMIN y de la Organización Internacional del Trabajo en el programa de microseguros para América Latina.

<http://lattes.cnpq.br/0203043217598811>

MARIA ANTONIETA DEL TEDESCO LINS

É professora associada do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo e presidente da Comissão de Pós-Graduação. Foi coordenadora do Bacharelado em Relações Internacionais desse Instituto (2013-2018) e presidente da Comissão de Cooperação Nacional e Internacional (2019-2022). Obteve o título de livre-docência em 2015 pelo IRI-USP. É doutora em Economia de Empresas pela Fundação Getulio Vargas – SP; master em *Gestion et Administration Publiques* pela

Universiteit Antwerpen, Bélgica; mestre em Administração Pública e Governo (área de Economia e Finanças Públicas) pela Fundação Getúlio Vargas – SP; e graduada em Ciências Econômicas pela Universidade de São Paulo. Fez pós-doutorado na American University, Washington, D.C. (2012). Foi consultora na FGV Projetos. Tem experiência na área de Economia, com ênfase em Economia Política Internacional, particularmente em temas relacionados com finanças internacionais, governança financeira internacional, integração financeira, sistemas financeiros de países emergentes em perspectiva comparada, coordenação macroeconômica.

<http://lattes.cnpq.br/1763477013878220>

MARISLEI NISHIJIMA

Possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade de São Paulo (1993), mestrado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas (1998), doutorado em Teoria Econômica pela Universidade de São Paulo (2003) e livre-docência pela Universidade de São Paulo (2010). É professora titular do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo, atuando em pesquisas de teoria econômica aplicada (microeconometria) em economia da saúde, crime e bens de informação. É também orientadora credenciada do Programa de Pós-Graduação em Sistemas de Informação e de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/5620359266790501>

NATALIA DUS POIATTI

É professora doutora no Instituto de Relações Internacionais da USP desde 2014. Tem sólida experiência em ensino e pesquisa, tendo atuado como *Research Scholar* na Yale University e assistente de ensino e pesquisa na London Business School entre 2009 e 2012. Possui graduação em Economia pela Universidade de São Paulo (2005) e doutorado pela London Business School (2013). Tem expertise na área de Economia, com ênfase em Finanças.

<http://lattes.cnpq.br/3949172716095135>

PEDRO BOHOMOLETZ DE ABREU DALLARI

É diretor, com mandato de 2022 a 2025, e professor titular de Direito Internacional do Instituto de Relações Internacionais (IRI) da Universidade de São Paulo (USP), do qual já foi vice-diretor (2011-2013) e diretor (2014-2017). Graduou-se em Direito (1981) pela Faculdade de Direito (FD) da USP e em Administração de Empresas (1984) pela Escola de Administração

de Empresas de São Paulo (EAESP), da Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP). Obteve os títulos de mestre (1992), doutor (1999) e livre-docente (2009) em Direito Internacional na FD-USP. É docente no ensino superior desde 1985; tornou-se professor da USP, em 2002, por meio de concurso público do Departamento de Direito Internacional e Comparado da FD. Em 2013, transferiu-se para o IRI, em decorrência de aprovação em concurso para professor titular de Direito Internacional. Exerce na USP, entre outras atribuições, as funções de coordenador do Centro Ibero-americano (CIBA-USP) e da Cátedra José Bonifácio e de membro da Comissão de Direitos Humanos (CDH-USP). Com intensa atividade pública no Brasil e no exterior, exerceu mandatos parlamentares entre 1989 e 1999. De 2004 a 2008, foi juiz e presidente do Tribunal Administrativo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e, de 2011 a 2017, membro do Conselho Diretor do Centro de Estudos de Justiça das Américas (CEJA), órgão da Organização dos Estados Americanos (OEA). De 2013 a 2014, foi membro e coordenador da Comissão Nacional da Verdade (CNV). Autor de livros e artigos nas áreas de Direito Internacional e Relações Internacionais, desenvolve atividades de pesquisa relacionadas ao âmbito político latino-americano e à evolução do Direito Internacional no contexto do processo de globalização e na perspectiva da configuração de mecanismos de governança internacional.

<http://lattes.cnpq.br/9747411262863642>

Presentación

El conjunto de artículos que componen esta publicación es resultado de la ejecución de un proyecto realizado en el Instituto de Relaciones Internacionales de la Universidad de São Paulo en 2023 y 2024, con el objetivo de investigar los aspectos económicos de la prestación de servicios de salud en los países de América Latina, concretamente con un análisis cuantitativo y cualitativo sobre la inversión en salud en seis países de la región: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú.

El proyecto surgió de un convenio de investigación firmado en febrero de 2023 entre la Universidad de São Paulo (USP), representada por el Instituto de Relaciones Internacionales (IRI), y la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), con la intervención de la Fundación de Apoyo a la Universidad de São Paulo (FUSP). FIFARMA, bajo el liderazgo de su directora ejecutiva Yaneth Giha, fue responsable del apoyo financiero al trabajo realizado por ocho investigadores de la USP, mientras que la FUSP se encargó de la gestión del convenio.

Bajo la coordinación del profesor Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari, director del IRI, y del investigador Guillermo Aponte Reyes Ortiz, vinculado al IRI y al Centro Iberoamericano (CIBA), seis profesoras del área de economía desarrollaron actividades de investigación y produjeron cuidadosos análisis sobre el financiamiento de los servicios de salud en los países estudiados: las profesoras del IRI Daniela Carla Decaro Schettini (Argentina), Marislei Nishijima (Brasil), Natalia Dus Poiatti (Chile), Adriana Schor (Colombia) y Maria Antonieta Del Tedesco Lins (México), y la profesora Flavia Mori Sarti (Perú), de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades (EACH).

Así, cada uno de estos seis análisis específicos condujo a la elaboración de un artículo. En esta publicación, los seis artículos centrados en los diferentes países están precedidos por dos artículos introductorios de temática más amplia: un estudio sobre el entorno demográfico y económico de la salud en Latinoamérica, elaborado por el investigador Guillermo Aponte, y un estudio sobre los marcos constitucionales para la garantía e implementación del derecho a la salud en América Latina, escrito por el profesor Pedro Dallari. Un breve artículo de los coordinadores con consideraciones generales y finales cierra la publicación.

La elaboración de los dos artículos introductorios y los seis artículos específicos siguió una metodología definida conjuntamente por la USP y FIFARMA. Con base en los lineamientos formales y sustantivos establecidos en un término de referencia para la investigación, los investigadores de la USP produjeron una primera versión de cada artículo y la presentaron a los expertos de FIFARMA. Luego de un profundo análisis realizado por estos expertos, sus observaciones fueron transmitidas por FIFARMA a los investigadores, quienes revisaron los

respectivos textos y generaron la versión final de cada uno de ellos, publicada aquí. Si bien forman parte de un conjunto estructurado, estos ocho artículos constituyen textos autónomos, con el enfoque propio de cada autor.

Producto de una primera colaboración entre la USP y FIFARMA, esta publicación representa un aporte significativo al conocimiento de la situación del financiamiento de los servicios de salud en América Latina. Es fruto de una relación virtuosa, que asocia la investigación científica, preservando su independencia, con los objetivos de adquisición de conocimiento por parte de un importante sector de la economía de la región. Y esto, en beneficio de la sociedad latinoamericana.

São Paulo, junio de 2024.

**Instituto de Relaciones Internacionales
de la Universidad de São Paulo**

ENTORNO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO DE LA SALUD EN LATINOAMERICA

Guillermo Aponte Reyes Ortiz

Resumen

Este documento presenta las principales características del Entorno Demográfico y Económico que son determinantes del acceso universal de la población a los sistemas de salud en América Latina, particularmente en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Perú. Es un marco general para entender: la salud como inversión con alta rentabilidad social y no como un simple gasto en salud, la definición, las brechas de acceso al sistema y las fuentes de financiamiento para evitar la exclusión e inequidad. En primer lugar, se presentan las premisas y los fundamentos que sustentan la investigación, luego se enfatizan algunos determinantes¹ y factores de riesgo², así como las variables que inciden sobre la salud en materia de demografía³ y economía⁴ durante la pandemia de COVID-19, que ha costado la vida de millones de personas, especialmente en la región que, con solo 8,4% de la población mundial, registró el 27,8% de muertes por el virus de tal enfermedad⁵. Por último, antes de las consideraciones finales, se muestra información de la región sobre los recursos financieros destinados a la salud⁶ como entorno general para el análisis de los países citados.

¹ Pobreza, distribución del ingreso, prevalencia de inseguridad alimenticia, desnutrición, acceso a servicios básicos, electricidad, materiales y tecnología para cocinar, servicios de agua potable gestionados en forma segura y acceso a la educación.

² Hábito de fumar, consumo de alcohol per cápita y obesidad.

³ Población, densidad, crecimiento de población, género, composición por edad, ámbito urbano, esperanza de vida, natalidad, edad, longevidad, mortalidad neonatal, infantil, de la niñez, materna y causas de mortalidad general.

⁴ Producto Interno Bruto (PIB), tasa de crecimiento del PIB, PIB per cápita, inflación, perspectivas para el futuro, composición del mercado laboral, desempleo, gasto fiscal, subvenciones, servicio de la deuda, ahorro e inversión nacional y extranjera, reservas internacionales y balanza comercial.

⁵ Según información oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).

⁶ Gasto en salud como % del PIB, recursos públicos como % del PIB, % del gasto total en salud, gasto per cápita en salud, gasto público per cápita.

1. Fundamentos de la investigación

Este texto se fundamenta en las definiciones y principios reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948, online)⁷ y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019, p.1)⁸:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Invertir en la salud es un compromiso de toda la sociedad y un requisito para el desarrollo sostenible. Los vínculos entre la salud, el desarrollo y el crecimiento económico están bien establecidos, con abundante evidencia que demuestra los beneficios que entraña una mayor inversión en la salud en el desarrollo humano sostenible, el crecimiento económico y el bienestar de la población. La evidencia también muestra que lograr mejores resultados de salud y poblaciones más sanas contribuye a una mayor productividad y, por consiguiente, a mejores resultados [sociales y] económicos.

Este documento describe en forma general una visión integral de la región, considerando la importancia de investigar la salud como inversión en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en seis países donde habita el 75% de la población de Latinoamérica.

El 25 de septiembre de 2015, 193 países de Naciones Unidas se comprometieron a cumplir con 17 ODS para el año 2030. Los objetivos pretenden contribuir a la igualdad entre las personas, proteger el planeta y asegurar la prosperidad como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible.

La salud está presente en la Agenda 2030 de una manera transversal y más concretamente en el **ODS 3: Salud y Bienestar**, que establece textualmente: “**Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades**” (Naciones Unidas, 2015, online)⁹. Las metas del ODS 3 son:

1. [...], reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
2. [...], poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución. **La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución**, 1948. Online. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. Acceso en: 30 ago. 2024.

⁸ ETTIENE, C. F. Invertir en la salud universal en la Región de las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**. [S. l.], v. 43, e.90, p. 1-3, 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51661/v43e3222019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 15 ago. 2024.

⁹ NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo sostenible. **Objetivo 3**: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Río de Janeiro, 2015. Online. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>. Acceso en: 20 ago. 2024.

por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3. [...], poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

4. [...], reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

6. [...], reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

7. [...], garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales, de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

9. [...], reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

b. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y **facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales** asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, **proporcionar acceso a los medicamentos para todos.**

c. **Aumentar sustancialmente la financiación de la salud** y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial (La negrita es del autor.)¹⁰.

¹⁰ *Ibid.*

El cumplimiento de metas y el acceso universal a los servicios de salud con sistemas de financiamiento sostenibles son relevantes y prioritarios, implican invertir en muchos ámbitos y de manera significativa en el sistema de salud, que es un derecho humano fundamental y un indicador clave del desarrollo sostenible.

La inversión para lograr el acceso universal y equitativo a servicios oportunos de salud con calidad no es un costo, es más bien una inversión indispensable para cumplir las metas del ODS 3 de la ONU y también contribuir al desarrollo sostenible en condiciones de igualdad entre las personas sin distinción de género (ODS 5), para combatir la pobreza (ODS 1), respetar los derechos de los niños a la educación (ODS 4), garantizar un trabajo decente (ODS 8) en ciudades y comunidades sostenibles (ODS 11) con acceso a servicios de agua y saneamiento básico (ODS 6).

El ODS 3 de Salud y Bienestar es transversal a los ODS, como se sintetiza en el siguiente gráfico.

Gráfico 1 – Los ODS y la salud



Fuente: World Business Council for Sustainable Development (WBCSD) y CSR Europe (2022).

Invertir en salud no solo se circunscribe a los costos fijos y variables de la atención sanitaria (medicamentos, insumos, sueldos y otros gastos recurrentes) en los diversos niveles de complejidad, sino también al financiamiento de infraestructura, equipamiento, tecnología y organización de los sistemas, así como en la promoción y la prevención del estado de salud y la asignación de recursos financieros destinados a mantener a la población en el mejor estado de salud, considerando las barreras de acceso a los servicios y los determinantes sociales, económicos y culturales de la salud.

El cumplimiento de los ODS debe considerar que la salud es una inversión que trasciende a la atención sanitaria, alcanza a los ámbitos demográfico, económico y epidemiológico, determinantes sociales de la salud y factores de riesgo.

2. Determinantes de salud y factores de riesgo

Los determinantes sociales de la salud consideran el contexto socioeconómico y político, la gobernanza, la política macroeconómica, las normas y los valores culturales que inciden en las circunstancias que debe enfrentar el sistema de atención, la distribución de la salud y el bienestar¹¹.

El acceso universal a servicios de salud con equidad, oportunidad y calidad depende de las condiciones de vulnerabilidad de la población, del acceso a la educación, de la disponibilidad de servicios básicos, de los factores de riesgo, de las variables demográficas y de las condiciones económicas, así como de los recursos financieros destinados a tal efecto, como se muestra en el siguiente gráfico y que será objeto de análisis en este documento.

Gráfico 2 – Determinantes de la salud



Fuente: Elaboración propia.

¹¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Determinantes sociales de la salud. **Pan American Health Organization**, 2009. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>. Acceso en: 17 ago. 2024.

La estrategia de la OPS para el acceso universal a la salud señala que las mejoras logradas en este ámbito en la región se debieron en parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de su población.

La cobertura universal de salud se alcanza cuando todas las personas tienen acceso a los servicios sanitarios que necesitan, que estos servicios tienen un grado efectivo de calidad y que los usuarios no son vulnerables a las dificultades financieras debido al uso de dichos servicios. La cobertura con equidad incluye tres dimensiones relacionadas entre sí:

- 1. Acceso a servicios de salud: todas las personas que necesitan servicios de salud deben poder recibir atención independientemente de las características socioeconómicas, la ubicación, la riqueza o cualquier otra vulnerabilidad.*
- 2. Protección financiera: todas las personas deben estar a salvo del riesgo financiero al incurrir en gastos de atención médica, por lo tanto, se debe priorizar la asequibilidad del servicio y los mecanismos que facilitan el acceso a la atención.*
- 3. La calidad de los servicios de salud: debe estar en un nivel en el que sea eficaz para proporcionar atención y también sea costo-efectiva y sostenible¹².*

La cobertura universal de salud está contenida en la constitución de la OMS (1948)¹³, que declara que la salud es un derecho humano fundamental y figura en la agenda de Salud para Todos establecida por la Declaración de Alma-Ata (1978)¹⁴. Trasciende todos los ODS (2015)¹⁵ y establece el camino hacia una mejor salud en el mundo. Los estados miembros de la ONU han acordado alcanzar la cobertura universal de salud para 2030, como parte de los ODS¹⁶.

¹² OECD; THE WORLD BANK. **Panorama de la Salud Latinoamérica y el Caribe**. OECD Publishing: Paris, 2020. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/383471608633276440/pdf/Health-at-a-Glance-Latin-America-and-the-Caribbean-2020.pdf>. Acceso en: 17 ago. 2024.

¹³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución. **La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución**, 1948. Online. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. Acceso en: 30 ago. 2024.

¹⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Declaración de Alma-Ata**, 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>. Acceso en: 30 ago. 2024.

¹⁵ NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo sostenible. **17 Objetivos para las personas y para el planeta**. Río de Janeiro, 2015. Online. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>. Acceso en: 30 ago. 2024.

¹⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Expertos de la OPS, la OCDE y el Banco Mundial discuten acciones para construir sistemas de salud más resilientes para mejorar la preparación y respuesta contra futuras pandemias**, 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/18-6-2021-expertos-ops-ocde-banco-mundial-discuten-acciones-para-construir-sistemas-salud>. Acceso en: 30 ago. 2024.

Los países pueden tomar medidas para avanzar más rápidamente hacia ella o para mantener los logros que ya se han alcanzado. En aquellos donde los servicios de salud no han sido tradicionalmente accesibles y asequibles, a los gobiernos les resulta cada vez más difícil responder a las mayores necesidades de salud de la población y al aumento de los costos de los servicios sanitarios.

Aún antes de la pandemia de COVID-19, al menos la mitad de la población mundial todavía no tenía cobertura total de servicios de salud esenciales. La falta de protección financiera obligó a más de 100 millones de personas a vivir en condiciones de pobreza en todo el mundo como resultado de los pagos directos relacionados con la atención médica, y casi mil millones gastan más del 10% de los presupuestos del hogar en gastos relacionados con la salud.

a. Pobreza

La pobreza es posiblemente el determinante individual más importante de la salud, porque repercute directamente sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación y otros factores vitales para la salud y el bienestar generales.

La salud como inversión es un concepto que permite entender la verdadera dimensión y el efecto multiplicador en la economía. Hay una clara necesidad de seguir realizando esfuerzos de política pública para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales, tal como lo establece la estrategia universal de salud de la OPS (2009, online):

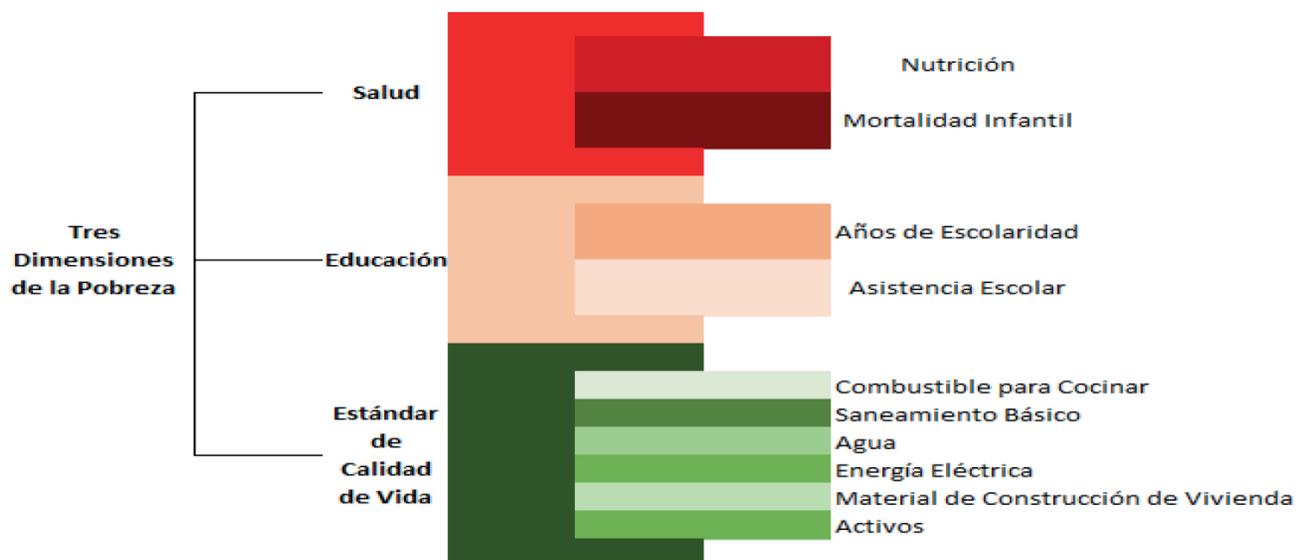
Es necesario adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan los determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud¹⁷.

La estrategia de la OPS reconoce que las políticas e intervenciones en las que se abordan los determinantes sociales de la salud y se fomenta el compromiso de la sociedad en su totalidad de promover la salud y el bienestar, haciendo hincapié en grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, son requisitos esenciales para avanzar hacia el acceso universal y la cobertura universal de salud.

La Universidad de Oxford aplica un índice multidimensional que sintetiza con precisión las dimensiones de la pobreza, donde la salud es un componente muy importante.

¹⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Determinantes sociales de la salud. **Pan American Health Organization**, 2009. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>. Acceso en: 17 ago. 2024.

Gráfico 3 – Índice Multidimensional de Pobreza (OPHI¹⁸ Oxford)



Fuente: Oxford Poverty & Human Development Initiative.

b. Distribución del ingreso

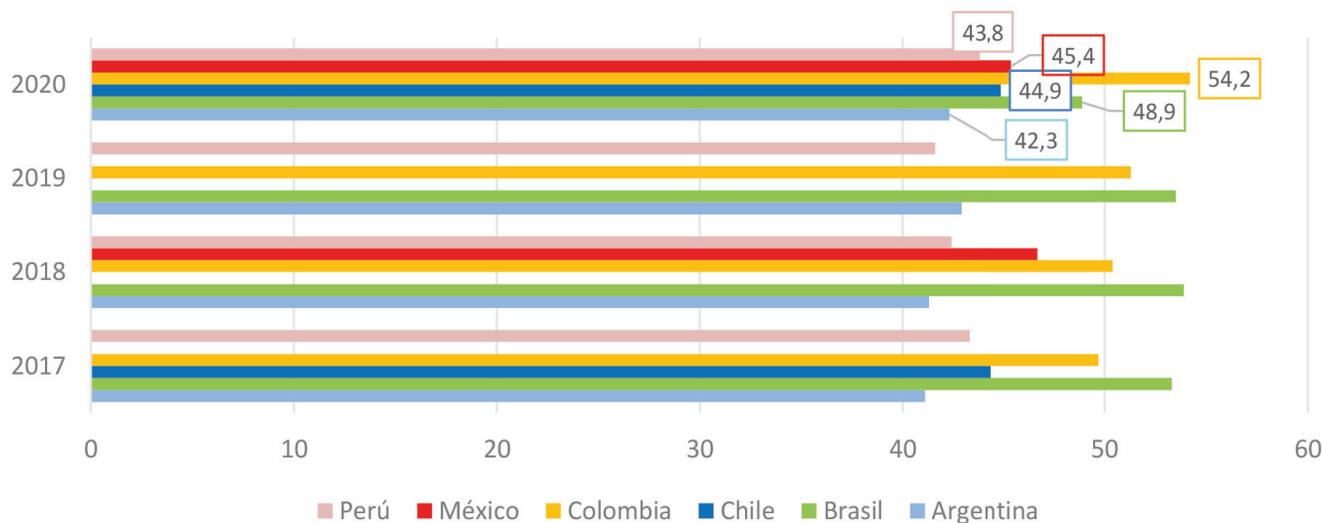
La riqueza en la región está distribuida de manera inequitativa y es determinante en el acceso a los servicios de salud. Casi la mitad del gasto en salud corresponde al gasto de bolsillo; los sectores de población más desprotegidos son precisamente aquellos para los que los gastos de salud pueden ser muy significativos y, para ellos, es más difícil conseguir atención oportuna, porque la falta de ingresos les impide financiarlos.

El índice de Gini¹⁹ es una métrica que sirve para calcular la desigualdad de ingresos que existe entre los ciudadanos de un país. Cuanto mayor es el índice, mayor es la desigualdad de los ingresos en la población. Al contrario, cuanto más cercano a cero, menor es la desigualdad de los ingresos y, por tanto, menor es la desigualdad económica. Según datos del Banco Mundial en el año 2020: Colombia registra un índice de Gini de 0,542 en escala de cero a uno, seguido de Brasil (0,489), México (0,454), Chile (0,449), Perú (0,438) y Argentina (0,423).

¹⁸ OXFORD POVERTY & HUMAN DEVELOPMENT INITIATIVE. **What is the global MPI?** 2018. Disponible en: <https://ophi.org.uk/what-global-mpi>. Acceso en: 30 ago. 2024.

¹⁹ Puede ser medido en escala de 0 a 1 o bien de 0% a 100%.

Gráfico 4 – Índice de Gini

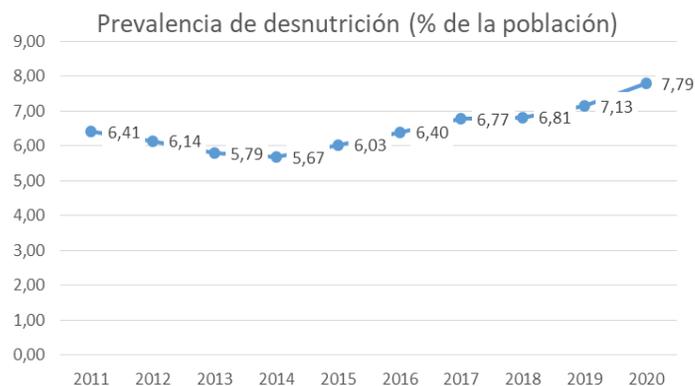


Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

La población que carece de recursos económicos es la que por necesidad destina un mayor porcentaje de sus ingresos a la alimentación, pues no tiene suficientes recursos para satisfacer otras necesidades que son también apremiantes. La falta de ingresos se traduce en una reducción de la cantidad y la calidad de los alimentos provocando desnutrición con el consiguiente costo que se infringe a su salud.

c. Alimentación

Gráfico 5 – Prevalencia de inseguridad alimentaria y desnutrición en América Latina



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Como se observa en el Gráfico 5, en 2019, tres de cada diez personas en Latinoamérica presentaron prevalencia de inseguridad alimentaria, lo que provocó, consecuentemente, una alta tasa de desnutrición. La prevalencia de inseguridad alimentaria ha ido aumentando en la región incluso antes de la pandemia.

Según datos del Banco Mundial, en 2020, el 7,79% de la población de la región presentó prevalencia de desnutrición. La tendencia creciente de la desnutrición observada en el último quinquenio, de 5,67% a 7,79%, en Latinoamérica, debe ser motivo de preocupación de las autoridades encargadas de diseñar y aplicar política pública en esta materia, así como en la concientización sobre factores de riesgo y comportamientos saludables.

d. Factores de riesgo y hábitos de consumo

Respecto a comportamientos poco saludables, el Cuadro 1²⁰ muestra, para cada país analizado, algunos factores de riesgo que afectan a la salud. En la región, el 35% de la población adulta no realiza suficiente actividad física; el consumo diario de frutas y verduras está por debajo de los 400 gramos recomendados por persona/día y el consumo de azúcar es mucho más alto que los 50 gramos por persona/día, que se supera simplemente al considerar la ingesta de bebidas azucaradas²¹.

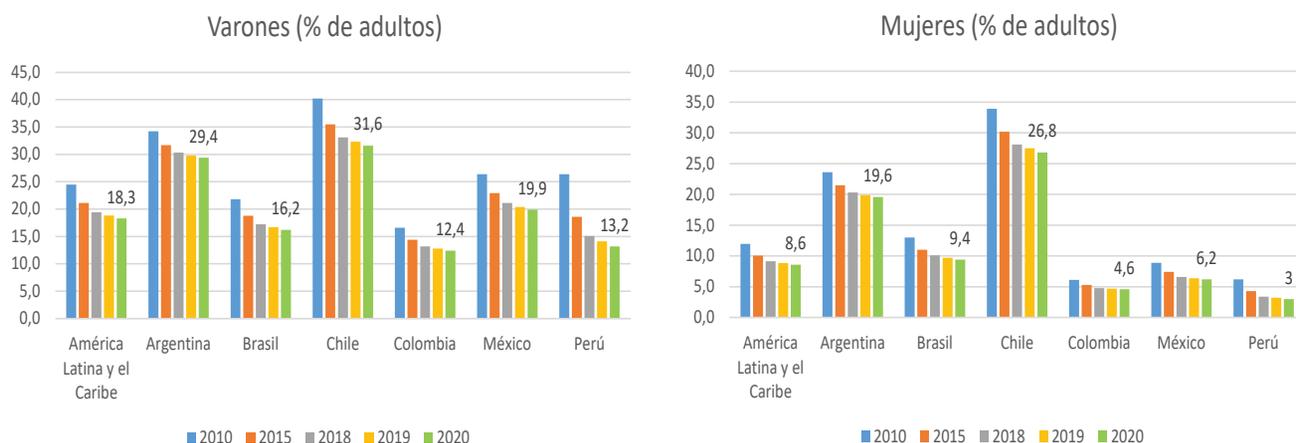
Asimismo, el sobrepeso es uno de los factores de riesgo más relevantes para la salud en América Latina; está presente en el 8% de los niños menores de cinco años, el 28% de los adolescentes, el 53% de los hombres adultos y el 61% de las mujeres adultas.

Como se aprecia en los Gráficos 6 y 7, uno de cada cinco hombres y una de cada diez mujeres de 15 años o más fuman diariamente; la prevalencia del consumo de tabaco en hombres (18%) es mayor que en mujeres (9%), mostrando una tendencia decreciente en todos los países analizados a través del tiempo, mientras que el consumo de alcohol prácticamente se mantiene constante.

²⁰ Los cuadros se encuentran en el Anexo Estadístico de este documento.

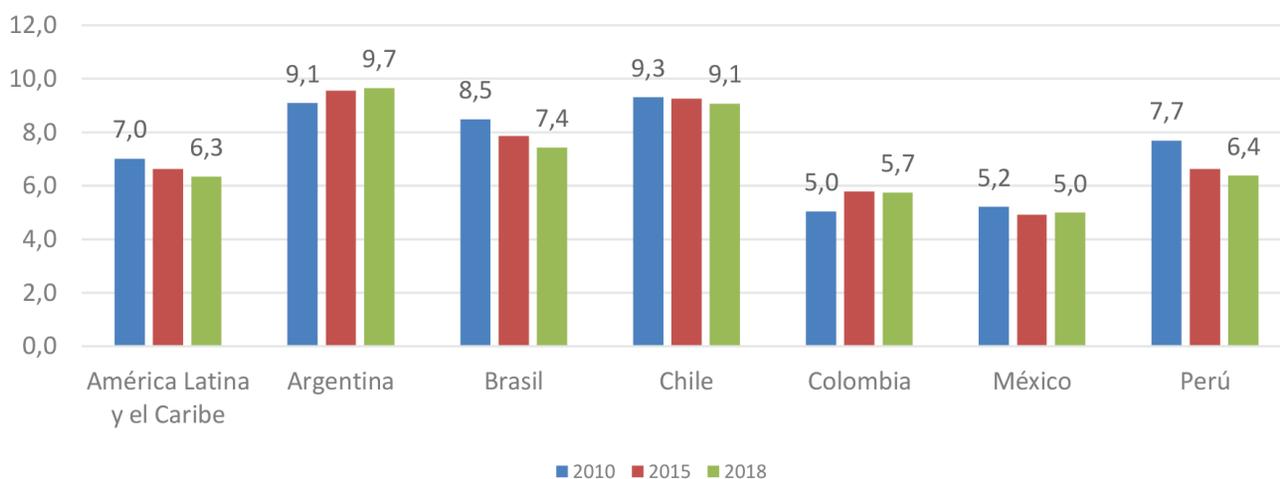
²¹ OECD; THE WORLD BANK. **Panorama de la Salud Latinoamérica y el Caribe**. OECD Publishing: Paris, 2020. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/383471608633276440/pdf/Health-at-a-Glance-Latin-America-and-the-Caribbean-2020.pdf>. Acceso en: 17 ago. 2024.

Gráfico 6 – Prevalencia de hábito de fumar según género



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Gráfico 7 – Consumo de alcohol en mayores de 15 años (Litros)

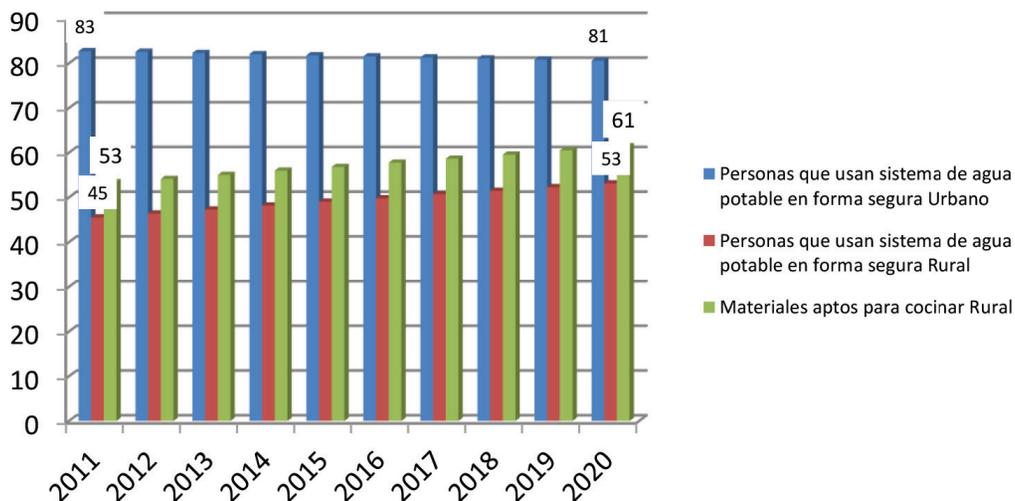


Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

e. Sistemas de agua potable y tecnología para cocinar

El acceso al agua potable, así como el uso de materiales aptos para cocinar inciden en las condiciones de salud de la población. El 80% de la población urbana que habita en la región cuenta con agua potable, mientras que más del 40% de las personas que viven en el área rural no tienen acceso a un sistema de agua potable, y la mitad no usa materiales aptos para cocinar.

Gráfico 8 – Acceso a servicios básicos



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

El Cuadro 2 muestra el porcentaje de población de cada país que cuenta con saneamiento básico; se destaca el caso de Chile, donde la totalidad de la población tiene acceso; todos los países excepto Perú están por encima de la media aritmética de la región que alcanza al 86%.

f. Acceso a la educación

Por su importancia, el tema de la educación debería merecer un estudio específico. A continuación, y solamente a manera de ejemplo, se cita alguna información relevante: con datos de 71 países en un período de 25 años, se aprecia que la reducción de la desigualdad, el crecimiento y el acceso a la salud vienen dados por la mayor educación; el estudio vincula la productividad a las inversiones en capital humano destinadas a la educación primaria y la atención básica a la salud²².

La situación socioeconómica de una persona, su clase social medida a través del ingreso, la educación, la profesión o alguna combinación de las anteriores crea mayores diferencias en el estado de salud entre las personas que cualquier otro factor de riesgo²³.

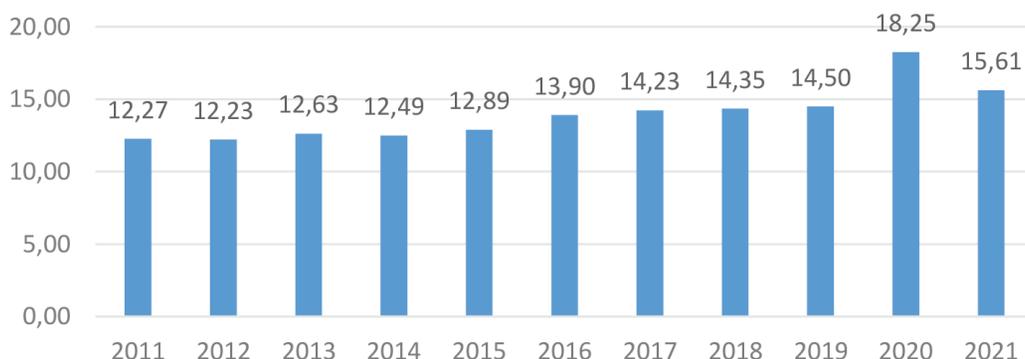
A pesar de que los países analizados destinaron en 2021 el 14,63% del Presupuesto Público al sector de la educación, es aún relevante el porcentaje de niños y adolescentes que no asisten a la escuela en cada país, como se muestra en el Cuadro 3. En efecto según información

²² CASANOVAS, G. L.; RUBIO, V. O. **Economía y Salud – Fundamentos y Políticas**. Madrid: Ediciones Encuentro, 1998.

²³ *Ibid.*

del Banco Mundial, durante la pandemia, el 18% de los jóvenes en la región no tenían empleo, educación ni capacitación.

Gráfico 9 – Proporción de jóvenes sin educación, empleo ni capacitación



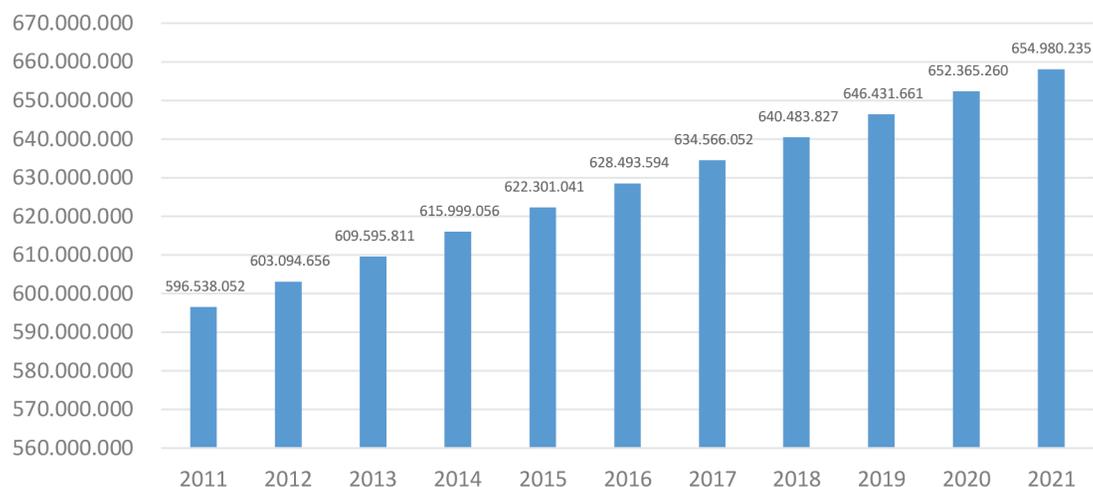
Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

3. Demografía

a. Población

En el año 2021 la población total en el mundo alcanzó a 7.888 millones de personas, y el 8.34% habitaba en la región latinoamericana.

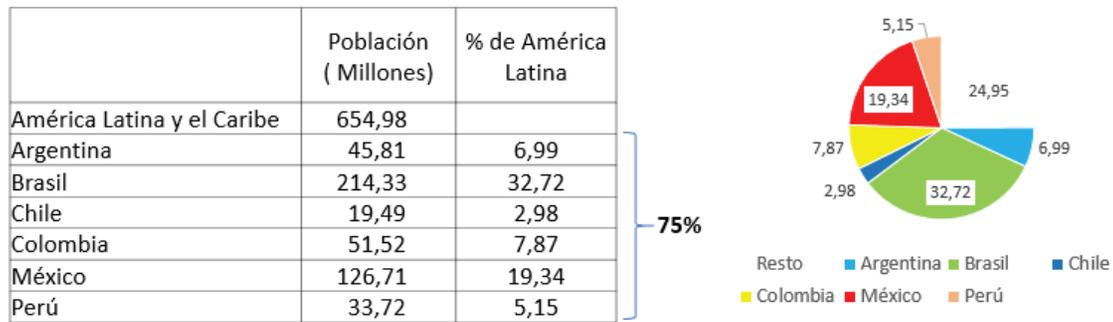
Gráfico 10 – Población en América Latina



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Los países objeto de análisis en este documento representan las tres cuartas partes del total de población de Latinoamérica en 2021.

Gráfico 11 – Población en países seleccionados



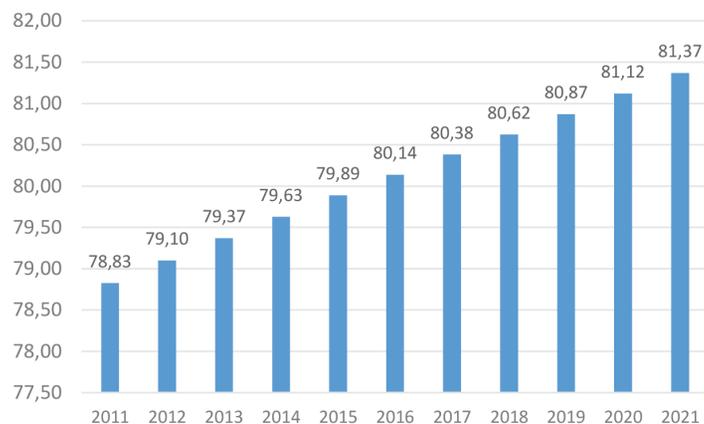
Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

En el Cuadro 4, se presentan datos demográficos de cada país relativos a densidad de habitantes por km, concentración urbana, tasa de crecimiento, así como esperanza de vida al nacer, tasa de fertilidad y el índice de masculinidad.

La localización de los servicios de salud debe considerar la densidad de la población, así como la concentración en las grandes urbes. México y Colombia son los países más densamente poblados, incluso por encima de la densidad promedio de América Latina.

Ocho de cada diez habitantes de la región viven en zonas urbanas con la consiguiente presión de demanda a los centros de salud, que necesitan crecer al menos a la misma tasa de urbanización para atender a los usuarios que así lo requieren.

Gráfico 12 – Población urbana en América Latina (% del total)



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Argentina es el país que presenta la mayor concentración de población urbana (92%)²⁴ y es superior al promedio de América Latina (81%). Las urbes densamente pobladas constituyen un desafío de política pública para invertir en centros de salud que brinden atención sanitaria oportuna y de

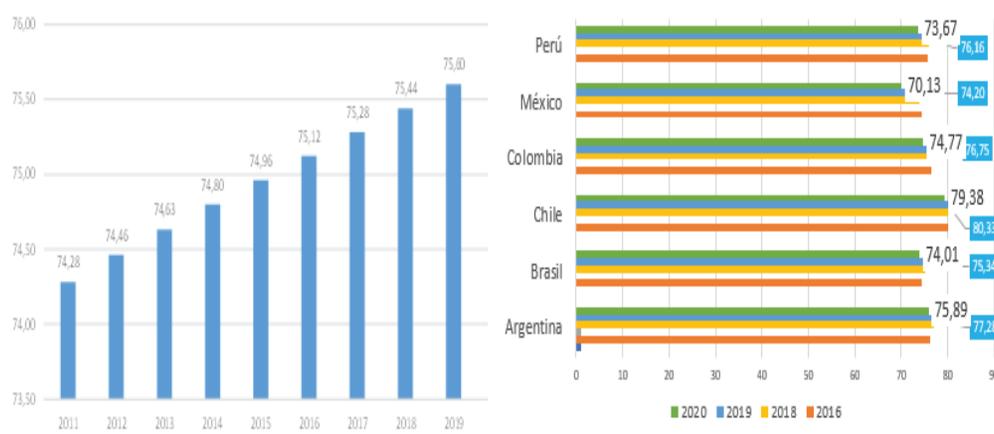
²⁴ Base de Datos del Banco Mundial de 2022.

calidad principalmente orientada a los cordones marginales, que reciben el flujo migratorio procedente del área rural en condiciones de alta vulnerabilidad.

A pesar de tener la tasa de crecimiento de población urbana más alta entre los países analizados, casi el doble que la tasa de América Latina, Perú²⁵ enfrenta el desafío de fortalecer las unidades móviles de salud y el sistema de oferta de servicios de primer nivel de complejidad con presencia fuera de las grandes ciudades, debido a que el 27,5% del total de su población habita en el área rural.

La Esperanza de Vida al nacer es un parámetro para medir la situación de salud de la población y a menudo se emplea para determinar el desarrollo del sector salud en un país. Cuantifica, en promedio, cuánto se espera que un recién nacido puede vivir si se mantienen las tasas actuales de mortalidad. No cabe duda de que el aumento de la Esperanza de Vida significa un mayor número de años de vida en promedio, pero no solo se debe analizar la cantidad de años, sino también las condiciones de calidad de vida, por lo que sería conveniente considerar, por ejemplo, la Esperanza de Vida Saludable, que, según el Instituto Nacional de Estadística ([20--], online)²⁶ “se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad)”.

Gráfico 13 – Esperanza de vida al nacer en América Latina y países



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Hasta el año 2019, la esperanza de vida al nacer aumentó en la región de Latinoamérica, impulsada por la constante reducción de la mortalidad en todas las edades, y en particular de la mortalidad en menores de cinco años. No obstante, el impacto de la pandemia ha reducido en dos años la esperanza de vida en los países analizados.

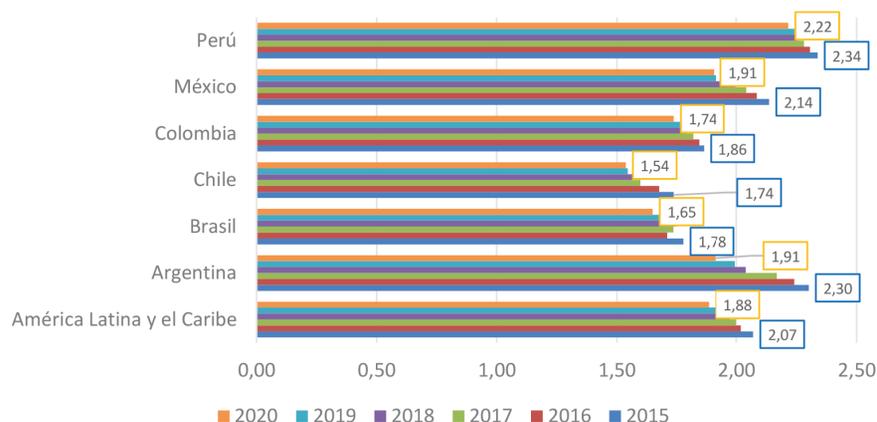
²⁵ *Ibid.*

²⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Esperanza de vida en buena salud**, [20--]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484675&p=1254735110672&pagina=ProductosYServicios%2FPYSLayot¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084#:~:text=La%20esperanza%20de%20vida%20en,limitaciones%20funcionales%20o%20de%20discapacidad. Acceso en: 30 ago. 2024.

El informe anual de 2021 de la OMS señala que, con acciones concretas individuales y de los gobiernos, la vida saludable podría extenderse entre cinco y diez años para lo cual es necesario invertir en salud²⁷.

En el último quinquenio, la tasa de natalidad ha registrado una tendencia decreciente en la región; el número de nacimientos por mujer se ha reducido por debajo de 2 excepto en la República del Perú.

Gráfico 14 – Tasa de fertilidad según países (nacimientos por mujer)



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Con el transcurso del tiempo, el número de hijos por mujer sigue mostrando una tendencia descendente. La población de mujeres es ligeramente mayor que la de varones y muestra un comportamiento creciente a través de los años. Las mujeres tienen mayores tasas de supervivencia hasta los 65 años, independientemente de la situación económica del país.

Las políticas sociales deben reconocer la función de género como un fuerte determinante estructural de la salud. Las mujeres tienen costos de salud más altos que los hombres debido a mayor utilización de los servicios de atención de salud. Al mismo tiempo, corren un mayor riesgo que los hombres de ser desempleadas o estar contratadas en trabajos con salarios menores que no ofrecen prestaciones de atención de salud.

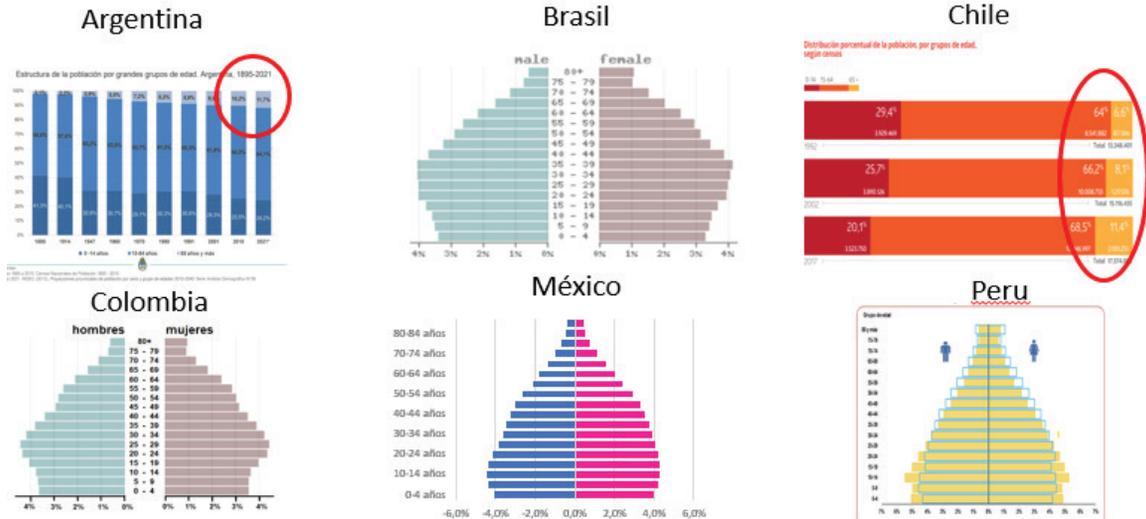
b. Edad

América Latina es un continente de población joven; una de cada cuatro personas en la región es menor de 15 años, aunque en Chile, Brasil y Colombia es una de cada cinco.

²⁷ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Informes Anuales – Annual Reports**, 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56366>. Acceso en: 30 ago. 2024.

La Población en Edad de Trabajar definida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como aquella que se encuentra entre 15 y 64 años es algo menos del 70%, y casi el 10% del total pertenece a la población adulta mayor, como se aprecia en las siguientes pirámides de población.

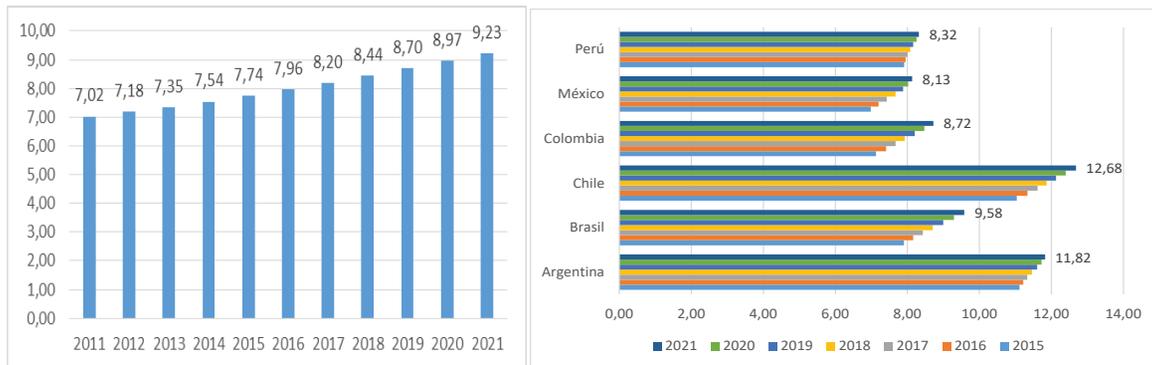
Gráfico 15 – Pirámide poblacional



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

La longevidad no es un problema que atañe exclusivamente a los países desarrollados, la población de 65 años y más en la región, durante la última década, ha crecido en dos puntos porcentuales comparada con la población total. Este comportamiento es común en todos los países.

Gráfico 16 – Población de 65 años y más en Latinoamérica (% del total)



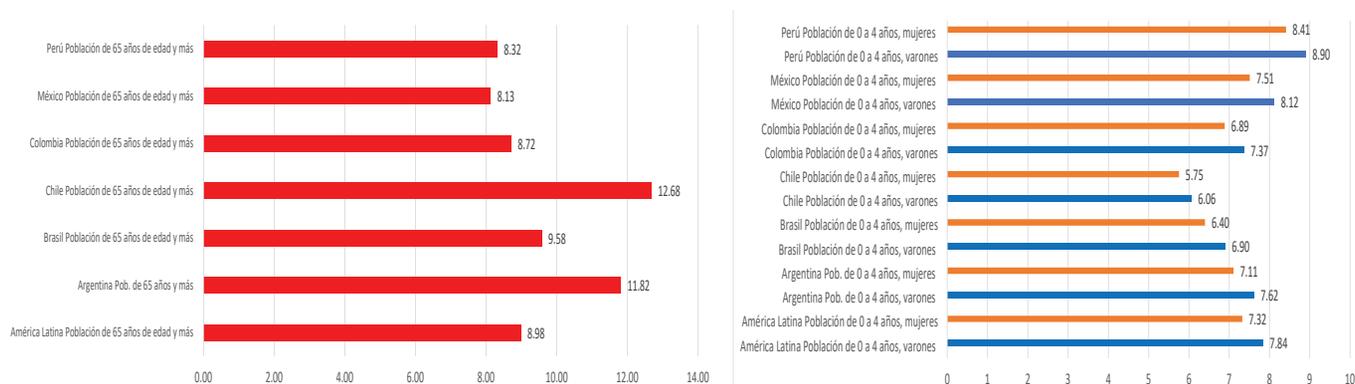
Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Los incrementos de la longevidad pueden atribuirse a diversos factores, entre ellos, el aumento de los estándares de vida, una mejor nutrición y la optimización de la infraestructura de agua potable y saneamiento; la mejora de los estilos de vida, el aumento de la educación y el mayor acceso a servicios de salud de calidad también desempeñan un papel importante.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento resulta en un mayor riesgo de enfermedad, y los sistemas de salud deben estar preparados para brindar adecuada atención a la población a medida que transcurre la edad.

Mientras la población adulta mayor crece en el transcurso del tiempo, la población menor a cinco años está disminuyendo en la región hasta llegar a ser menor que el número de adultos mayores en todos los países excepto el Perú.

Gráfico 17 – Población mayor a 65 y menor a 5 años en 2021 (% del total)



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial

Los costos de la atención médica a las personas de 65 años y más es mayor que para otros grupos etarios y se incrementa ostensiblemente para aquellos mayores de 85 años. Los sistemas de salud deben tomar en cuenta esta característica demográfica para afrontar el reto de la atención oportuna a la creciente longevidad de la región sin descuidar la prevención, particularmente, en la infancia.

c. Mortalidad

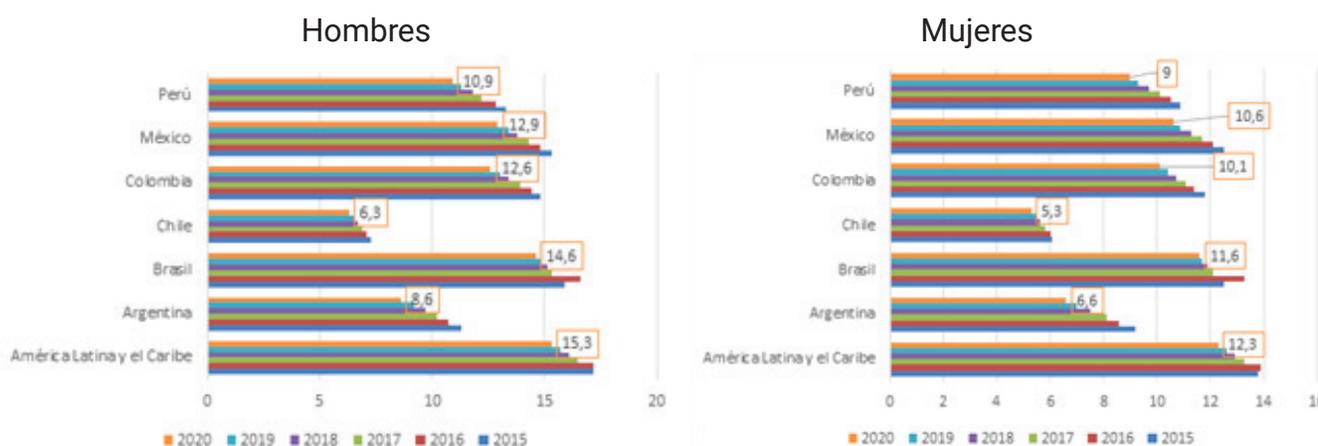
La mortalidad infantil refleja el efecto de las condiciones económicas, sociales y ambientales en la salud de las madres y los bebés, así como la efectividad de los sistemas de salud.

Factores como el nivel educacional de la madre, la calidad de la atención prenatal y del parto, el nacimiento prematuro, el peso al nacer, la atención inmediata al recién nacido y la alimentación del infante son determinantes fundamentales de la mortalidad infantil. La diarrea, la neumonía, las infecciones y la desnutrición siguen figurando entre las principales causas de muerte tanto de madres como de bebés.

En la región, alrededor de un tercio de las muertes en el primer año de vida ocurren en el período neonatal, es decir, en las primeras cuatro semanas de vida²⁸. En el año 2020 murieron en Latinoamérica diez niños en su primer mes de vida por cada mil nacidos vivos. La mortalidad más alta se registró en Brasil (8,7 por mil) y la más baja en Chile (4,4 por mil) (Cuadro 9).

La mortalidad infantil en la región es el doble que la registrada en los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)²⁹. En América Latina mueren 15 niños y 12 niñas antes de cumplir su primer año de vida.

Gráfico 18 – Tasa de mortalidad infantil



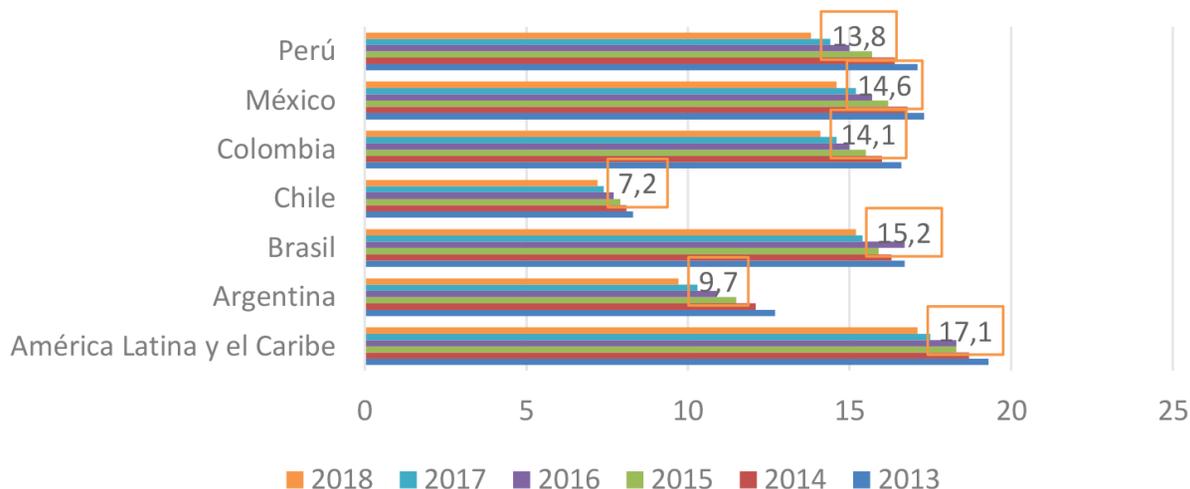
Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Hasta el año 2030, el ODS 3 tiene la meta de reducir la mortalidad de la niñez (menores de cinco años) al menos hasta 25 por cada mil niños nacidos vivos. Todos los países analizados han cumplido con esta meta: Chile registra la más baja tasa de mortalidad de la niñez (13 pm), siendo Brasil el país que presenta la mayor tasa (15,2pm), pero está por debajo de la media aritmética de la región, donde 17,1 niños mueren antes de cumplir los cinco años por cada mil niños nacidos vivos.

²⁸ OECD; THE WORLD BANK. **Panorama de la Salud Latinoamérica y el Caribe**. OECD Publishing: Paris, 2020. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/383471608633276440/pdf/Health-at-a-Glance-Latin-America-and-the-Caribbean-2020.pdf>. Acceso en: 17 ago. 2024.

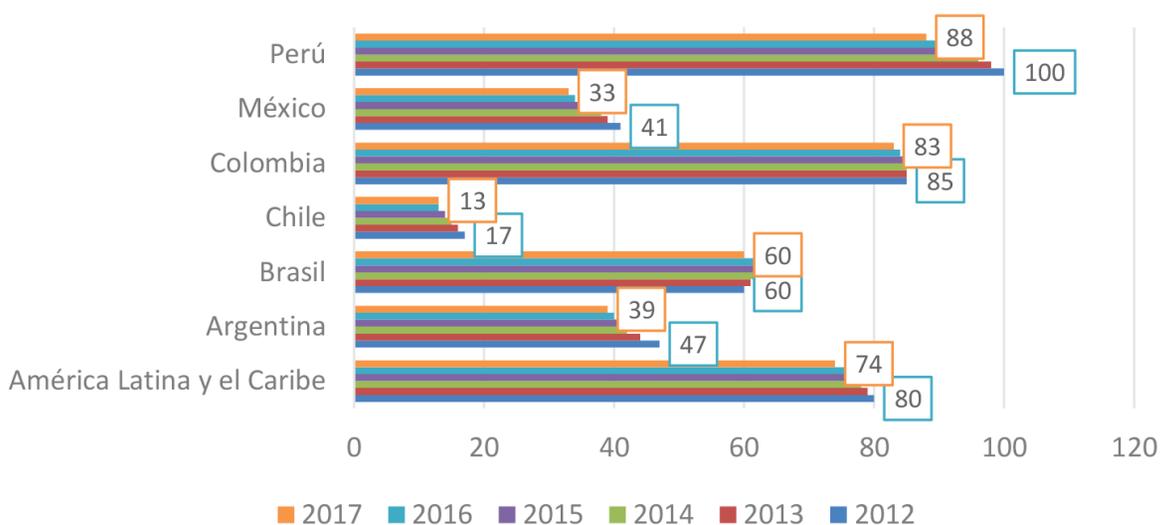
²⁹ *Ibid.*

Gráfico 19 – Tasa de mortalidad de la niñez (por mil nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Gráfico 20 – Tasa de mortalidad materna según países (por 100.000 nacidos vivos)

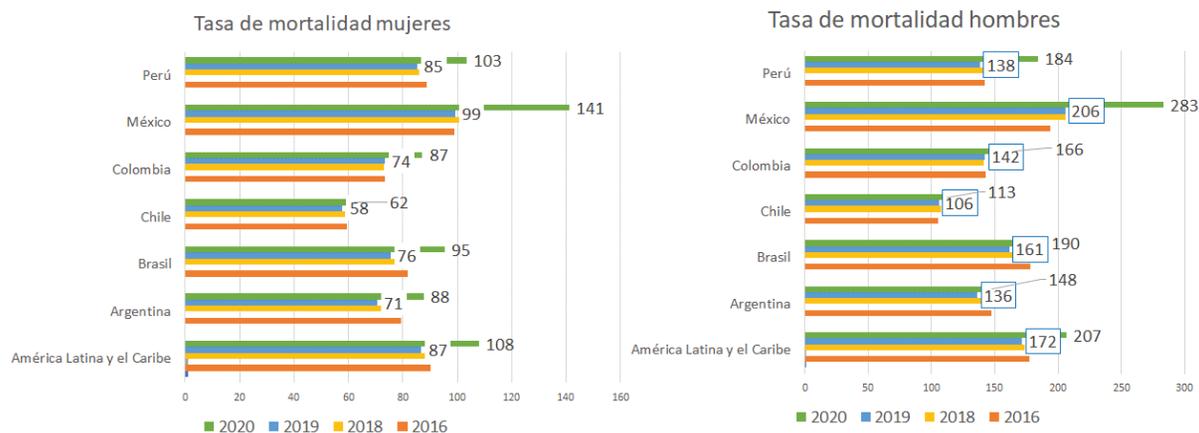


Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

El ODS 3 tiene por meta reducir hasta el 2030 la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. En el año 2017, Chile, Argentina, México y Brasil ya habían cumplido la meta. La República del Perú ha registrado un descenso muy significativo en la tasa de mortalidad materna, de 12 puntos porcentuales en el último quinquenio; sin embargo, al año indicado se encontraba marginalmente por encima de la tasa de mortalidad materna de la región.

La pandemia de COVID-19 ha influido en la mortalidad general de 2020 respecto al año previo; subió en 35 puntos por mil en el caso de varones y 21 por mil en el caso de mujeres, situación que se observa en todos los países analizados, aunque en diferente proporción.

Gráfico 21 – Tasa de mortalidad según países (por mil)

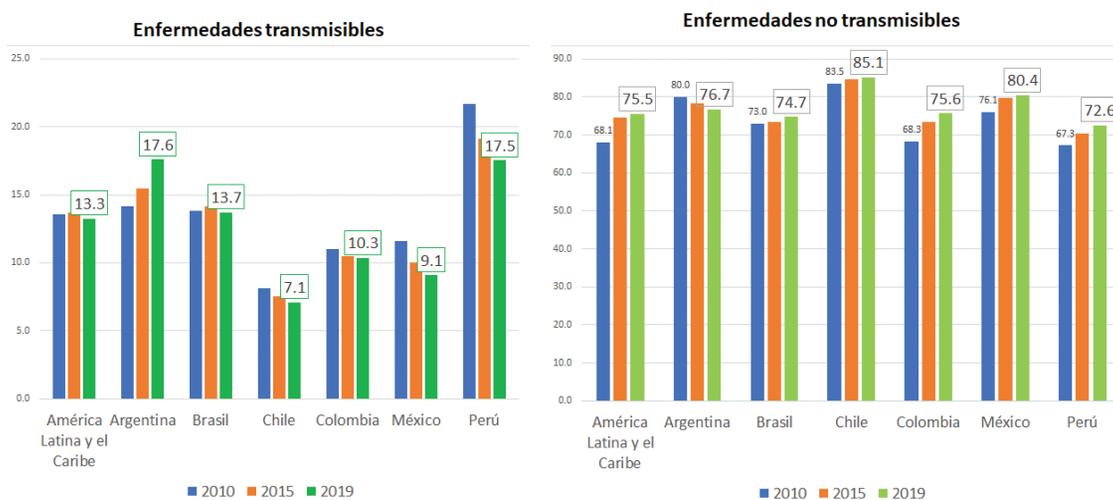


Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

d. Causas de morbimortalidad

América Latina está enfrentando una transición epidemiológica, aunque la persistencia de enfermedades transmisibles, condiciones maternas, prenatales y en materia de nutrición continúan siendo un desafío para los sistemas de salud, más aún para la Argentina, que presenta una tendencia creciente. Estas enfermedades son responsables de más del 13% de las muertes en la región. Sus causas son prevenibles; no se debe descuidar la inversión en salud para garantizar un riguroso esquema de vacunación, evitar el contagio y garantizar un número necesario y suficiente de consultas médicas ambulatorias e incentivar los hábitos de consumo para una mejor nutrición.

Gráfico 22 – Causas de morbimortalidad (% del total)



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Además de los efectos de la pandemia, cada dos segundos, alguien de entre 30 y 70 años muere prematuramente a causa de los efectos de la pobreza y también incluyendo enfermedades no transmisibles: enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica, diabetes o cáncer.

Las enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer y otras) fueron responsables de más del 75% de las muertes en la región. La creciente expansión de estas enfermedades tiene repercusiones negativas en la productividad y el crecimiento económico, que obligan a los gobiernos de América Latina a priorizar las políticas públicas en salud, asignando recursos suficientes en los Presupuestos Generales de los Estados. Un diez por ciento de las muertes es causado por lesiones. Su tendencia es decreciente, resalta el caso colombiano, donde bajó de 20% a 14%, seguramente gracias al resultado del proceso de paz (Cuadro 7). Seis de cada 100.000 personas en la región mueren a causa de suicidio con una varianza significativa desde 2.8 en Perú hasta 9 en Chile (Cuadro 8).

La inversión pública en salud tiene estrecha relación con la situación económica de los países, por ello es relevante examinar la dinámica de crecimiento del PIB, los indicadores per cápita, el desempleo abierto, la informalidad, la inflación, el déficit fiscal, la balanza comercial, el servicio de la deuda externa, las reservas internacionales, el ahorro nacional y otras variables macroeconómicas que determinan la capacidad del Estado para enfrentar la responsabilidad de financiar un sistema de salud sostenible e inclusivo.

4. Economía

a. Crecimiento del PIB

El crecimiento del PIB y el incremento del gasto en salud presentan una relación positiva. La disminución o aumento de uno de ellos sigue al otro. Cuando la inversión en salud supera el crecimiento económico, se produce un efecto multiplicador en la actividad productiva, que influye a su vez en mejores condiciones de vida para bienestar de la sociedad.

A raíz de la crisis sanitaria, América Latina experimentó en 2020 la mayor contracción económica de los últimos cien años y tuvo el peor desempeño de todas las regiones en desarrollo. En el mercado de trabajo se presentaron hitos históricos, como el descenso de la ocupación y de la participación laboral, el aumento del desempleo, así como aumentos de la pobreza y la desigualdad.

Entre 2019 y 2020 en la región, la pobreza habría sumado 22 millones de personas. La pérdida de ingresos por trabajo a causa del desempleo se ha traducido en incrementos de las tasas de pobreza y también en la magnitud de la desigualdad en la distribución de ingresos.

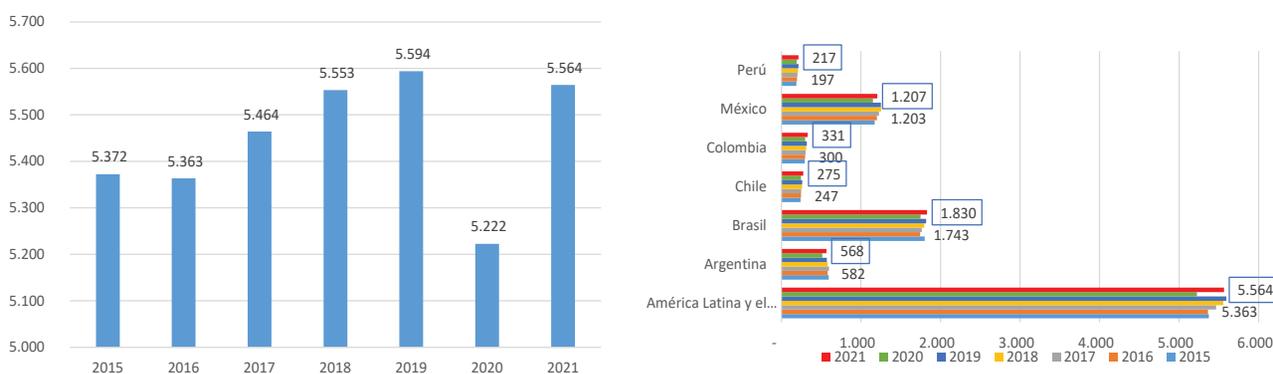
La situación de las personas en condiciones de vulnerabilidad, como trabajadores informales, mujeres y jóvenes, indígenas, afrodescendientes, migrantes y personas con discapacidad, ha empeorado. Además, el efecto en la educación genera el riesgo de perder una generación en términos formativos.

La crisis también provocó el cierre de una gran cantidad de pequeñas y medianas empresas (pymes), así como la destrucción de capital humano y de empleo. Esto agudiza la heterogeneidad productiva de la región, a lo que se suman los bajos niveles de inversión³⁰.

La situación económica descrita ha afectado el estado de salud de la población en la región.

El PIB de América Latina en 2021 (USD 5.564 billones) no ha llegado al nivel que se registró antes de la pandemia (USD 5.594 billones), la reactivación económica y el efecto rebote ha sido insuficiente para recuperar la pérdida ocasionada en 2020. Esta situación se presenta en todos los países examinados, pero en diferentes magnitudes.

Gráfico 23 – PIB de América Latina a precios constantes de 2010
(Miles de millones de USD)



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Estas economías en conjunto representan el 80% del PIB de la región.

Gráfico 24 – Participación porcentual del PIB de cada país respecto a Latinoamérica

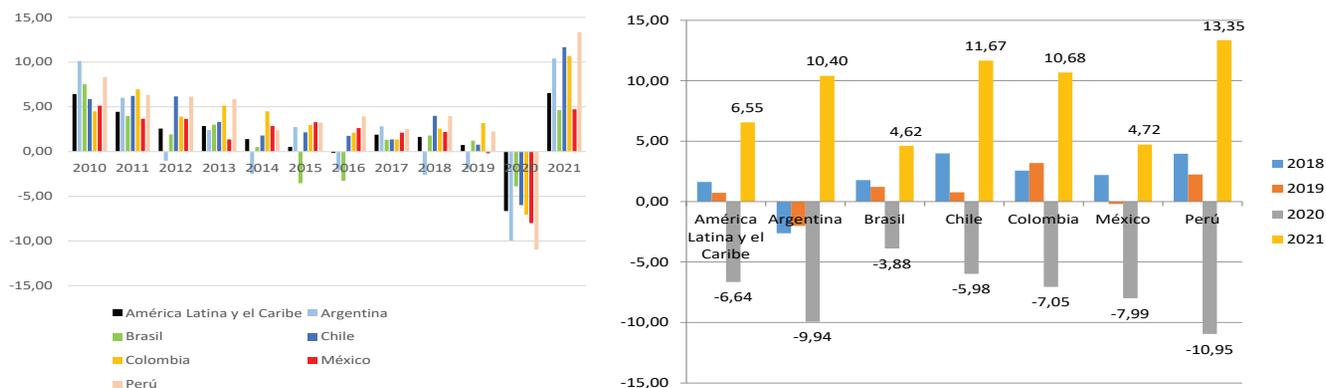


Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

³⁰ OECD; THE WORLD BANK. **Panorama de la Salud Latinoamérica y el Caribe**. OECD Publishing: Paris, 2020. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/383471608633276440/pdf/Health-at-a-Glance-Latin-America-and-the-Caribbean-2020.pdf>. Acceso en: 17 ago. 2024.

América Latina ya presentaba un descenso del PIB durante la última década y en 2020, a raíz de la crisis sanitaria, experimentó una mayor contracción.

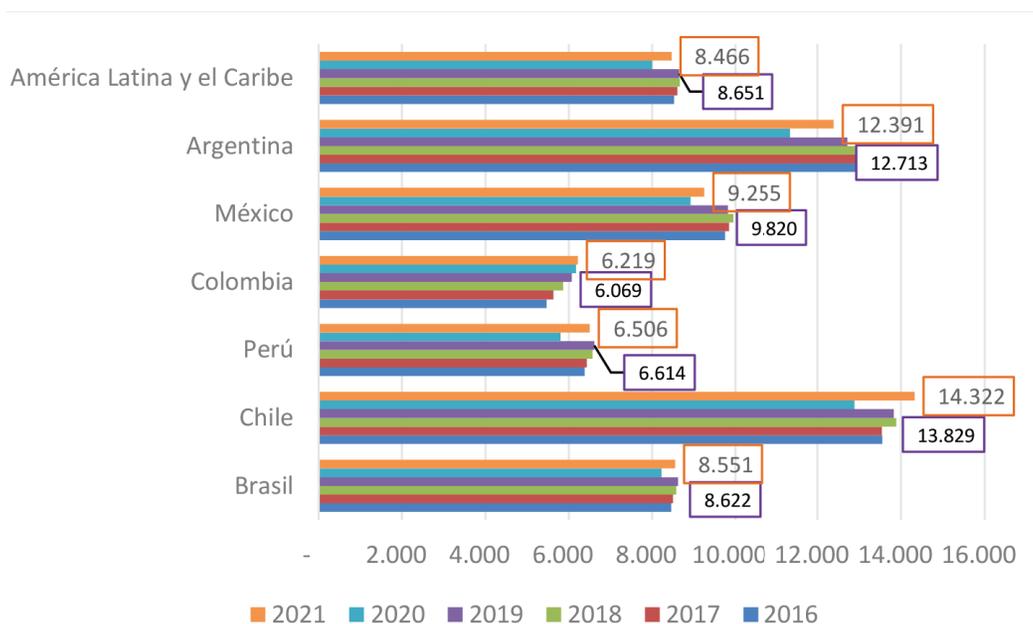
Gráfico 25 – Crecimiento del PIB de América Latina por años



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

El PIB per cápita en la región alcanzó a USD 8.466 al año en 2021, fue inferior al indicador registrado en 2019, de USD 8.651. Este fenómeno se presentó en todos los países excepto Colombia y Chile, como se observa en el Gráfico 26.

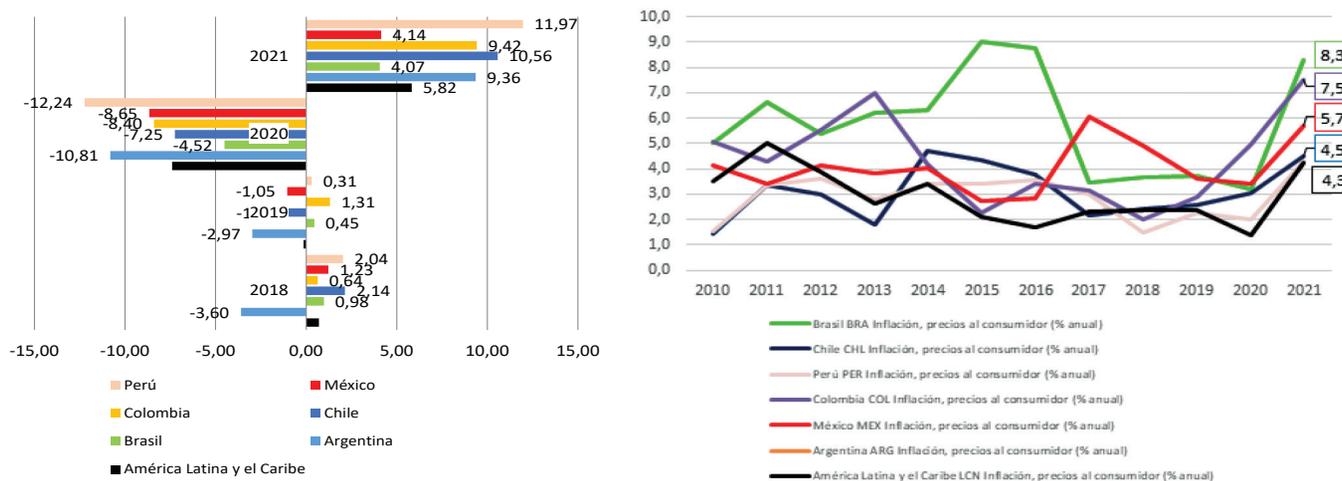
Gráfico 26 – PIB per cápita (USD)



Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

El PIB per cápita ha crecido en 2021 respecto a 2020, pero una parte se debe al aumento de precios, por lo que, descontando el efecto de la inflación, se observa el siguiente crecimiento neto³¹: Perú 7,47%; México (1,56%); Colombia 1,92%; Brasil (4,23%); Chile 6,06%; y América Latina 1,52%.

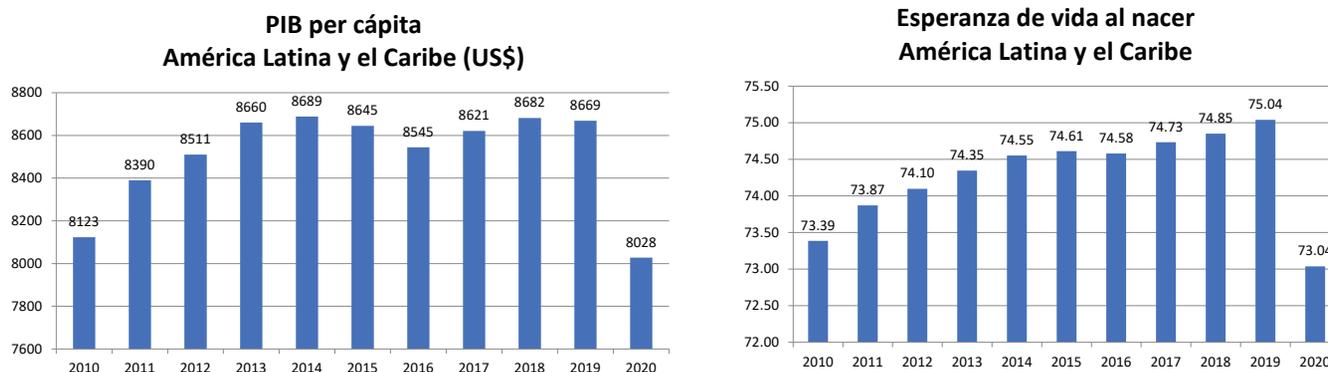
Gráfico 27 – Tasa de crecimiento del PIB per cápita y tasa de inflación anual



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Por otra parte, el mayor ingreso nacional, medido por el PIB per cápita, se asocia generalmente con una mayor Esperanza de Vida al nacer; las cifras en el siguiente gráfico muestran esta tendencia. Consecuentemente, a medida que el ingreso per cápita es mayor, existen más recursos económicos por persona que pueden ser invertidos en salud y en más cantidad de años de vida en promedio.

Gráfico 28 – PIB per cápita y esperanza de vida al nacer



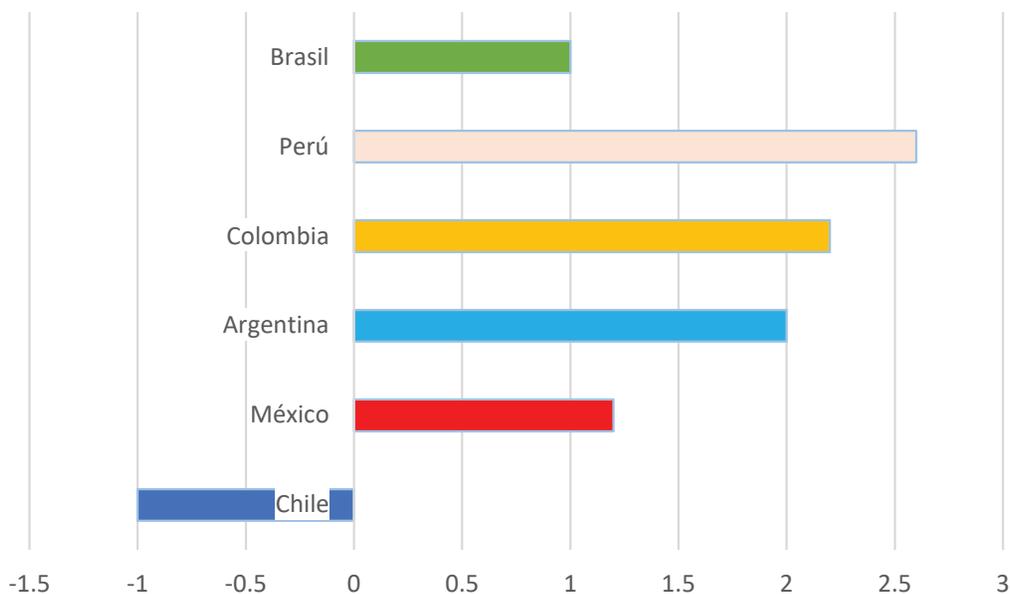
Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

³¹ El análisis no incorpora a la Argentina, que tuvo una inflación muy alta.

Después de la pandemia y en medio del conflicto bélico entre Rusia y Ucrania, las perspectivas económicas y el financiamiento a la salud de la región pueden verse afectadas. El Banco Mundial estima que la región creció un 1,4% en 2023, en tanto que las estimaciones de Bloomberg que se muestran en el siguiente gráfico coinciden con el Fondo Monetario Internacional (FMI)³², que afirma que Latinoamérica crecerá un 1,8% este año.

La región está yendo por esta senda de la ralentización del crecimiento, en parte porque los precios de las materias primas están bajando, y los países que estén especialmente expuestos a ellas pueden ser impactados (Swissinfo.ch, 2023a, online)³³.

Gráfico 29 – Crecimiento del PIB (%) estimado 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de Bloomberg.

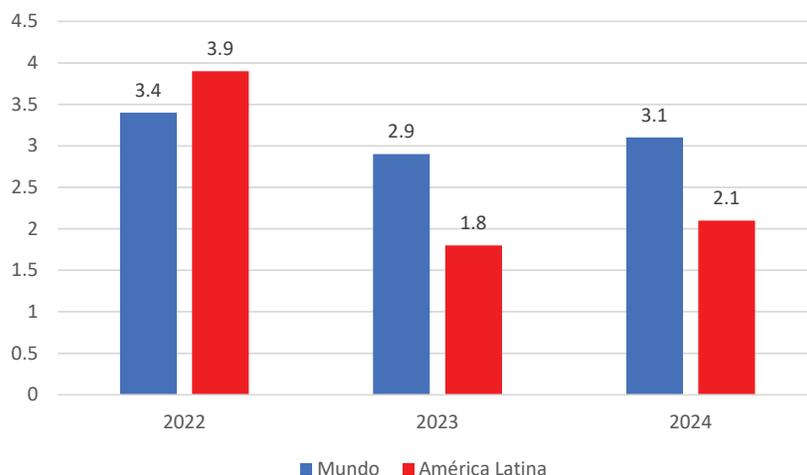
Aunque Latinoamérica crecerá una décima más de lo esperado este año, el 1,8%, según el FMI, el organismo rebajó en su informe las expectativas de crecimiento para 2024 tres décimas, hasta el 2,1%, en contraste con la estimación de octubre.

Latinoamérica y el Caribe crecerán menos que la media mundial este año, que estará en el 2,9%, y también en 2024, cuando la media mundial es del 3,1%, un punto más que la prevista para la región.

³² FONDO MONETARIO INTERNACIONAL. **La inflación toca máximos en un contexto de bajo crecimiento.** [S. l], 2023. Disponible en: <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2023/01/31/world-economic-outlook-update-january-2023>. Acceso en: 16 ago. 2024.

³³ Declaración dada por Daniel Leigh, director de la División de Estudios Económicos Mundiales, Informe sobre las Perspectivas Económicas Mundiales, Singapur, el 31/01/2023.

Gráfico 30 – Proyecciones de crecimiento económico del 2022 al 2024



Fuente: FMI.

En su informe sobre las perspectivas de crecimiento, el FMI revisó al alza para dos de las principales economías: México, que crecerá en 2023 el 1,7%, cinco décimas más de lo pronosticado en octubre, y Brasil, que se expandirá el 1,2%, dos décimas más.

El FMI señala en su informe que algunos países han presentado un crecimiento más alto que el esperado en el pasado octubre. La mejora resulta de la resiliencia de la demanda interna, un crecimiento mayor al esperado en sus principales socios comerciales y, en el caso de Brasil, un apoyo fiscal mayor al esperado. En el caso de Argentina, el director de investigación del FMI, Pierre-Olivier Gourinchas, dijo en la presentación del informe que se espera una “ralentización del crecimiento en los próximos años, debido a la combinación de dos factores: el retroceso del crecimiento global y el endurecimiento de la política (monetaria)” (Swissinfo.ch, 2023a, online)³⁴.

En su Informe sobre las Perspectivas Económicas Mundiales, presentado en Singapur el 31/01/2023, el FMI aumentó en dos décimas sus previsiones de crecimiento global para ese año de 2023, hasta el 2,9% gracias a las “sorpresas positivas” y a una “resiliencia mayor a la esperada” que han mostrado numerosas economías. “El panorama es menos sombrío que en nuestro pronóstico de octubre” (Swissinfo.ch, 2023b, online)³⁵ señaló Daniel Leigh, director de la División de Estudios Económicos Mundiales. Así, se prevé que el crecimiento global, que según el FMI fue del 3,4% en 2022, sea solo el 2,9% en 2023, dos décimas más que lo anteriormente pronosticado, antes de aumentar al 3,1% en 2024, una décima menos de lo estimado en octubre. “No se espera

³⁴ SWISSINFO.CH. **FMI advierte sobre impacto en Latinoamérica de bajada precios materias primas**, 2023a. Online. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/fmi-advierte-sobre-impacto-en-latinoam%C3%A9rica-de-bajada-precios-materias-primas/48246366>. Acceso en: 30 ago. 2024.

³⁵ SWISSINFO.CH. **FMI sube dos décimas su previsión de crecimiento global para 2023, hasta 2,9%**, 2023b. Online. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/fmi-sube-dos-d%C3%A9cimas-su-previsi%C3%B3n-de-crecimiento-global-para-2023-hasta-2-9/48246138>. Acceso en: 30 ago. 2024.

un crecimiento negativo en el PIB global, que a menudo ocurre cuando hay una recesión global” (Swissinfo.ch, 2023a, online)³⁶, señala el informe.

Sin embargo, el dato de 2023 no es en absoluto para celebrar y está impulsado, señala el FMI, por la fuerte bajada en el crecimiento de las economías avanzadas, reflejando el incremento de las tasas de interés por parte de los bancos centrales para combatir la inflación, además de las consecuencias de la guerra en Ucrania.

b. Mercado de trabajo y pobreza

Por efecto de la pandemia, en el mercado de trabajo se presentaron hitos históricos, como el descenso tanto en la ocupación como en la participación laboral y el aumento de la desocupación, así como aumentos en la pobreza y la desigualdad con consecuencias en el acceso a la salud. Se agudizó la heterogeneidad productiva de la región a lo que se suman los bajos niveles de inversión.

En la región, aún antes de la pandemia, la tasa de participación laboral en el último quinquenio estaba disminuyendo desde 68% a 62%. Este fenómeno se presenta en cada uno de los países analizados, aunque en proporciones distintas.

Gráfico 31 – Tasa de participación de la fuerza laboral
(% de población entre 14 y 64 años)



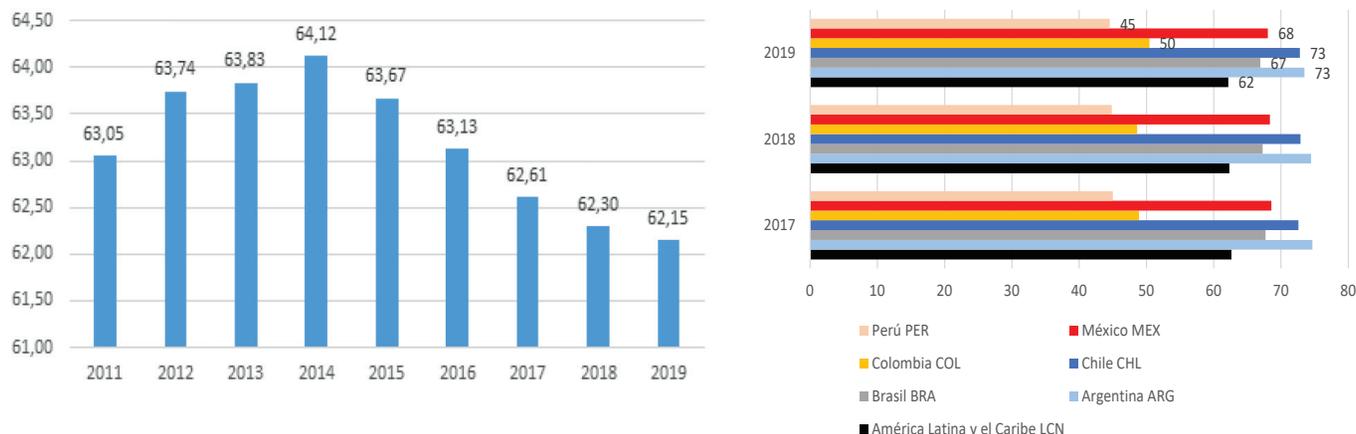
Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Cada año hay menos proporción de asalariados en la fuerza laboral de la región. Más bien se presenta un crecimiento en el número de trabajadores independientes, que es mayor que el

³⁶ *Ibid.*

incremento del número de asalariados. Los trabajadores independientes no tienen empleador que cumpla la obligación legal de aportar al régimen de corto plazo de la seguridad social y financie la protección social de salud y los ampare del riesgo laboral procedente de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

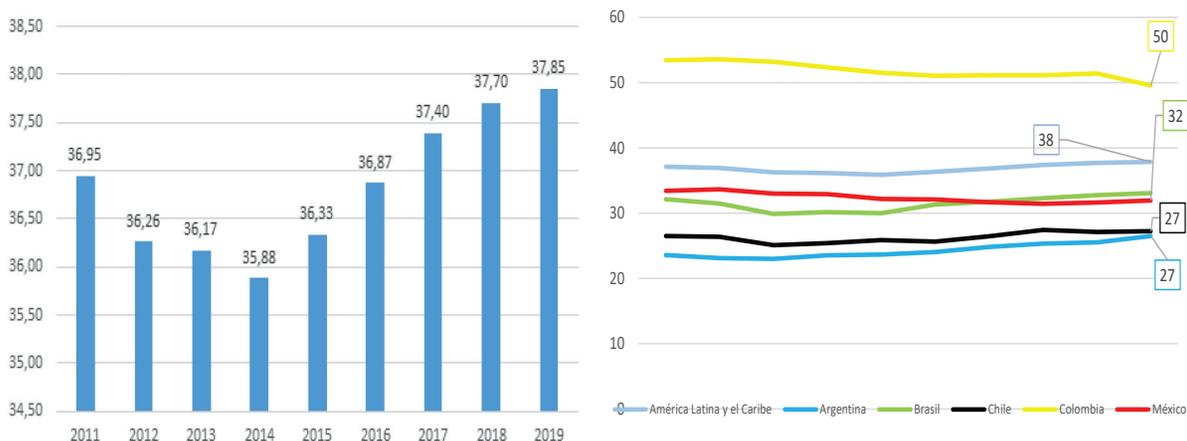
Gráfico 32 – Trabajadores asalariados en Latinoamérica (% de empleo total)



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

En todos los países estudiados se presenta similar fenómeno de mayor crecimiento en el número de ocupados que pertenecen a la categoría profesional de trabajadores por cuenta propia. El mercado laboral latinoamericano tiene la característica común de significativo aumento en la fuerza laboral de independientes mayor al incremento del número de asalariados.

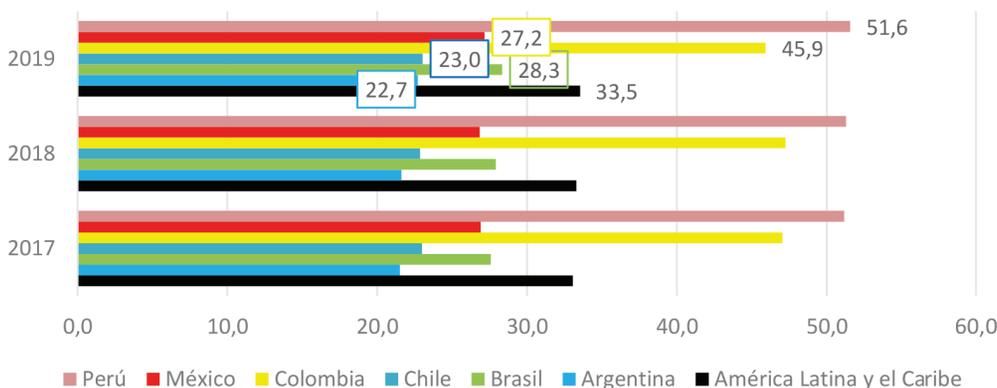
Gráfico 33 – Trabajadores Independientes (% de empleo total)



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Antes de la pandemia, el 33% de los trabajadores de América Latina tenían un Empleo Vulnerable. Según la OIT³⁷, el Empleo Vulnerable está caracterizado por ingresos inadecuados, baja productividad y condiciones de trabajo que socavan los derechos fundamentales de los trabajadores. En 2019, la situación muestra dos países por encima del promedio en la región.

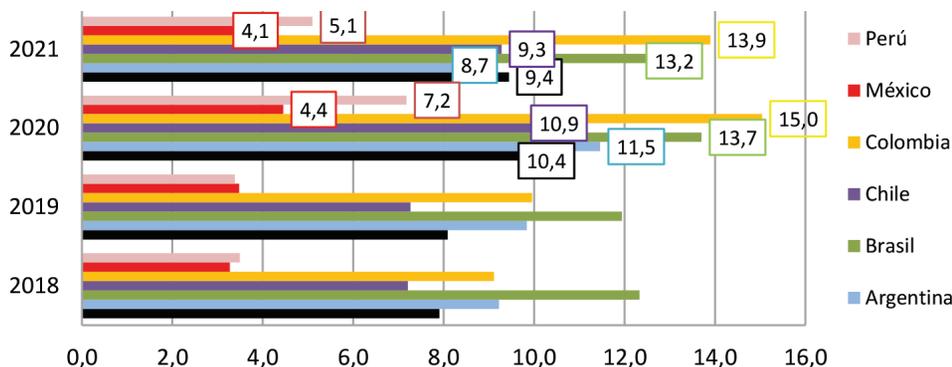
Gráfico 34 – Empleo vulnerable (% del empleo)



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

En 2021 la desocupación sigue mostrando una magnitud significativa, pues la disminución respecto al año anterior no ha sido relevante.

Gráfico 35 – Tasa de desempleo en América Latina

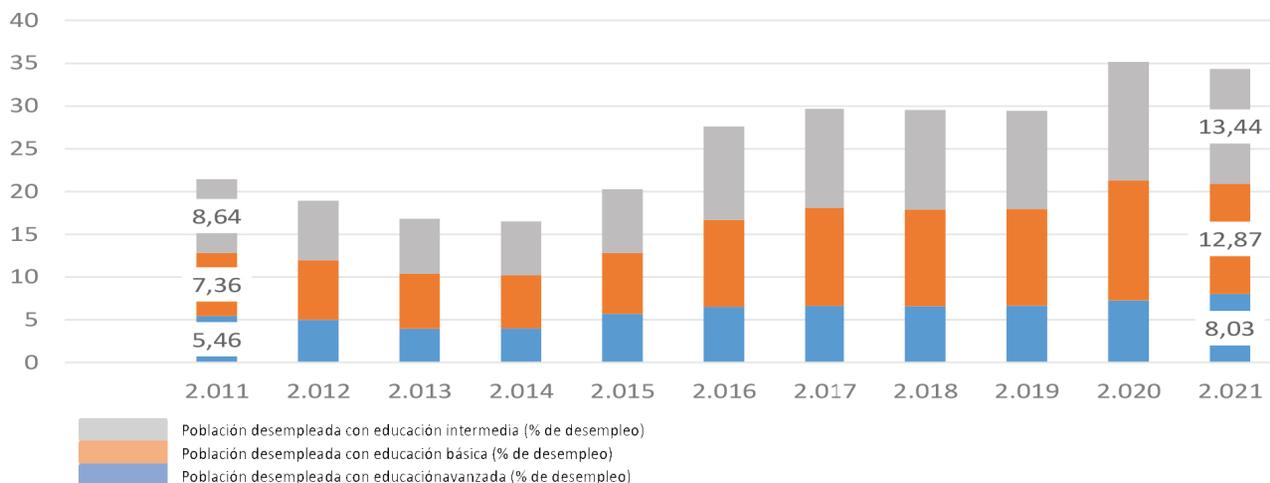


Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

El desempleo se presenta en todos los niveles de educación, aunque es ligeramente inferior mientras mayor es el nivel de instrucción de la población.

³⁷ ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Observatorio de la OIT sobre el mundo del trabajo. Undécima edición. **Brecha mundial en términos de ocupación:** los países de ingreso bajo quedarán más rezagados si no se actúa en favor de los empleos y la protección social. [S. l.], 31 mayo 2023. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/briefingnote/wcms_883344.pdf. Acceso en: 18 ago. 2024.

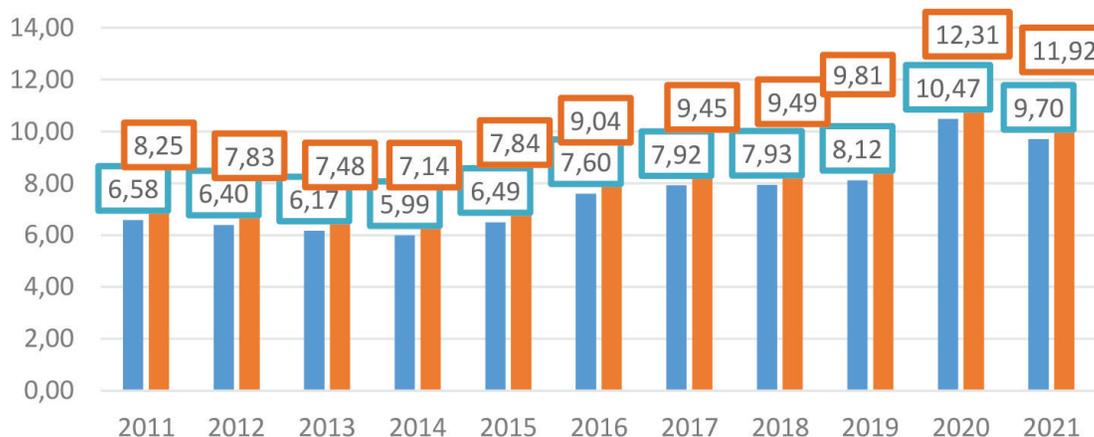
Gráfico 36 – Desempleo en América Latina según nivel de instrucción



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Existe un problema de equidad de género, pues el desempleo afecta más a las mujeres.

Gráfico 37 – Tasa de desempleo por género



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

En 2020, la pobreza en Latinoamérica habría sumado 22 millones de personas en comparación con el año anterior. Ha empeorado la situación de las personas en condiciones de vulnerabilidad, como trabajadores informales, mujeres y jóvenes, indígenas, migrantes y discapacitados.

La pandemia ha afectado el ingreso laboral; a pesar de haber recibido ayuda en bonos entregados por el gobierno durante el confinamiento, las personas han tenido que hacer uso de sus ahorros para poder subsistir, afectando el flujo financiero de su presupuesto familiar.

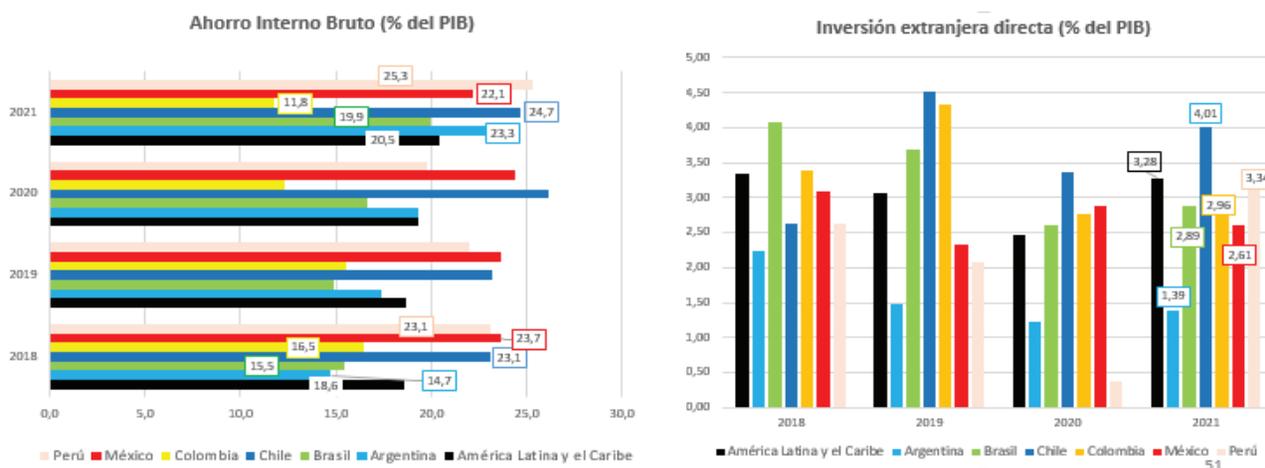
5. Flujo financiero

a. Ahorro interno e inversión extranjera

El ahorro interno en la región es bajo, por ejemplo, comparado con el 40% que ha sido clave en el desarrollo de los países denominados Tigres del Asia, que además tuvo éxito en la atracción a Inversión Extranjera Directa (IED)³⁸. A falta de ahorro interno que pueda ser destinado a salud, habría que captar recursos del exterior procedentes de donaciones³⁹ e inversión externa.

El Ahorro Interno Bruto en la región (20,5% del PIB) y la IED (3,28% del PIB) suman el equivalente al 24% del PIB, que corresponde al flujo financiero de los hogares y del país, que, naturalmente, solo una parte corresponde a la atención sanitaria. Aún existe margen para crear las condiciones necesarias y suficientes para atraer IED a la región que sea destinada al sector.

Gráfico 38 – Ahorro interno e inversión extranjera directa



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en 2022 la región recibió USD 142.794 millones, un 40,7% más que 2021, pero no fue suficiente para alcanzar los niveles previos a la pandemia. En el mundo la IED aumentó un 64%, fue de USD 1.58 billones, que superó a lo registrado en 2018 (USD 1.44 billones) y 2019 (USD 1.48 billones).

Estos flujos pesaron en el PIB regional en un 2,9% (debajo de 3,5% en los años 2010). Seis países captaron el 84% de la IED: Brasil con 33% (USD 46.441 MM), México con 23%, Chile con 11%, Colombia con 7%, Perú con 5% y Argentina también con 5%. La Unión Europea tuvo

³⁸ El modelo del Sudeste Asiático se caracterizó también por el bajo precio de sus productos, la mejora en calidad y la orientación de la producción a exportación.

³⁹ En pasado, el rol del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial fue muy importante en el apoyo destinado a infraestructura y organización de los servicios de salud en varios países de América Latina.

mayor participación que Estados Unidos de Norteamérica en la IED de la región, con un 27% frente a 17%.

Bajo un escenario de desaceleración económica, resulta difícil de prever como se desenvolverá la posible recuperación y atracción de las inversiones. La invasión rusa a Ucrania afectó los precios de bienes alimenticios, insumos, fertilizantes y otros, obligando a los países a ser resilientes ante las nuevas condiciones. El conflicto bélico suma varios desafíos y nuevos obstáculos después de la pandemia.

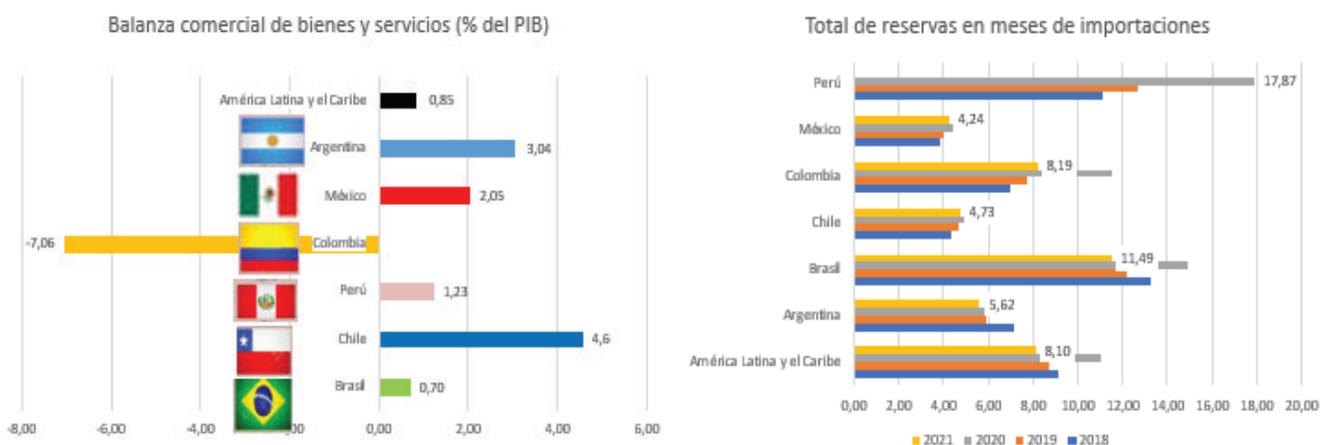
La inflación es otra de las razones que puede afectar la recuperación sostenida de la economía por IED en la región, a la par que se han expandido las disrupciones de petróleo, gas, aluminio y cereales, afectando el comercio internacional.

b. Importaciones y reservas Internacionales

La toma de decisión para asignar recursos financieros a la salud puede verse influida por las obligaciones internacionales que asumen los países: en la medida en que sean más onerosas, menor será la posibilidad de lograr que el sector pueda verse favorecido con mayor asignación de recursos financieros.

Para el cumplimiento de los compromisos asumidos por el país, tanto para el servicio de la deuda como para pagar sus importaciones, se debe contar con suficientes Reservas Internacionales.

Gráfico 39 – Balanza Comercial y Reservas Internacionales



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Colombia presenta un pequeño saldo de balanza comercial donde sus importaciones superan el valor de las exportaciones —mientras la región se encuentra en equilibrio—, sin embargo, su

nivel de Reservas Internacionales en número de meses de importaciones están al mismo nivel que el promedio de América Latina.

Es destacable la posición de Perú, que cuenta con Reservas Internacionales para financiar más de 17 meses de importaciones, lo que muestra la solvencia técnica del Banco Central de Reserva del Perú, conducido por técnicos durante muchos años, manteniendo su independencia política.

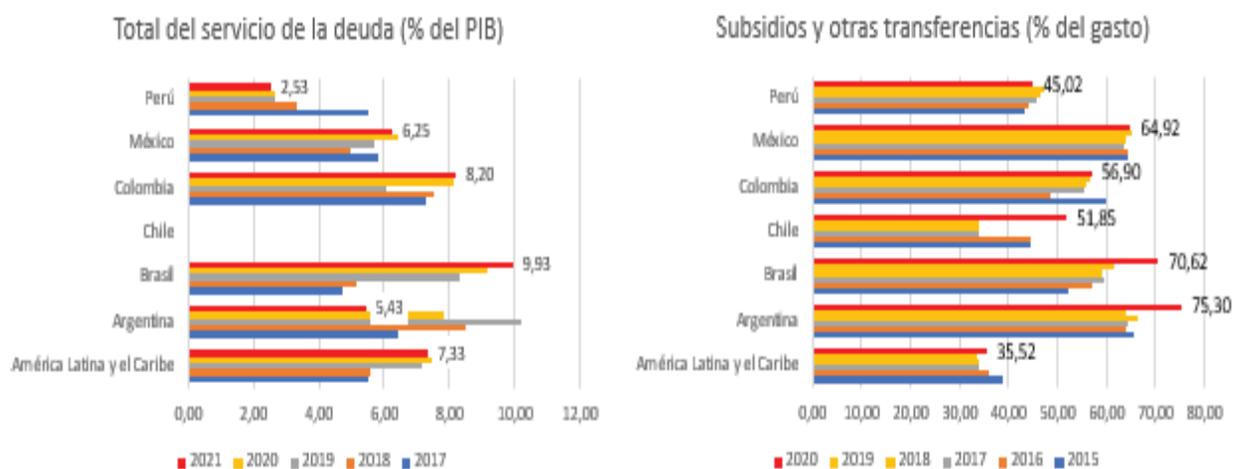
Además del pago de importaciones y del servicio de la deuda, los gobiernos tienen que asumir el pago comprometido por concepto de las transferencias y de subsidios.

c. Subsidios y servicio de la deuda

La asignación de recursos públicos para la salud debe competir con otras necesidades y prioridades de los hacedores de política, tales como el pago de las importaciones, el servicio de la deuda, además de la necesaria asignación a cada sector de la economía, como agricultura, industria, minería, construcción, servicios, transporte y otros.

Por ello, cobra aún más importancia la abogacía en salud para sensibilizar a las autoridades y lograr la mayor asignación posible de recursos financieros destinados al sector.

Gráfico 40 – Servicio de la deuda, subsidios y transferencias



Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

6. Recursos financieros destinados a salud

a. Antecedentes COVID-19

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades chinas notificaron a la OMS un brote de 27 casos de neumonía, incluyendo siete casos graves en la ciudad de Wuhan. El primer caso manifestó

los síntomas el 8 de diciembre de 2019, y, el 7 de enero de 2020, se identificó como agente causal un nuevo coronavirus, que se denominó SARS-CoV-2.

El 12 de enero de 2020, el Comité de Emergencia de la OMS publicó el Reglamento Sanitario Internacional; el 30 de enero, el mismo comité declaró el nuevo coronavirus una emergencia de salud pública de importancia internacional. Adoptó, así, el 12 de marzo la decisión de declarar la “pandemia”⁴⁰, resaltando la necesidad de activar y ampliar los mecanismos de respuesta de emergencia para frenarla.

La crisis sanitaria provocada por el COVID-19 afectó al sistema financiero internacional, según Christine Lagarde, presidenta del Banco Central Europeo:

La pandemia de coronavirus es una emergencia colectiva de salud pública sin precedentes en la historia reciente. Es una tragedia humana insoportable que tiene lugar en todo el mundo y [...] representa un shock económico extremo que requiere una reacción ambiciosa, coordinada y urgente de las políticas en todos los frentes para apoyar a los hogares y empresas en riesgo (European Central Bank, 2020, online)⁴¹.

Los contagios registrados de COVID-19 en América Latina se expandieron desde mayo de 2020 y en esta región se ha registrado el mayor número de casos y muertes del mundo.

La CEPAL y la OMS han mostrado permanente preocupación por la pandemia y afirman que:

en un contexto en que la pandemia de COVID-19 aún no se ha controlado, se mantienen los retrocesos sociales en materia de pobreza y pobreza extrema, desigualdad, inequidad en el acceso a la salud, educación y nutrición, entre otros, [...] Desde la perspectiva de la salud se observa con preocupación la interrupción de servicios esenciales de salud no relacionados con el coronavirus, lo que impide garantizar el acceso a la salud de las poblaciones (CEPAL, 2021, p.1-2)⁴².

La evolución de los contagios ha dependido básicamente de las condiciones de vida de la población y de la capacidad instalada de los sistemas de salud: número de médicos, enfermeras y camas disponibles para articular una adecuada respuesta sanitaria (Cuadro 10).

⁴⁰ Según la OMS, la pandemia es una enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

⁴¹ Conferencia de Prensa de 19 de marzo de 2020.

⁴² CEPAL. Informe COVID-19 – CEPAL-OPS. **La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social**, [S. I.], Organización Panamericana de la Salud y Naciones Unidas, 2021. 39 p. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5d7d5402-188b-4d6a-8d0c-49eec0709554/content>. Acceso en: 30 ago. 2024.

La situación de los sistemas de salud no fue la misma en cada país, lo que obligó a que se impusieran medidas estrictas de confinamiento, suspensión de clases, toque de queda y aislamiento de ciudades para evitar que el contagio se propague sin control (Cuadro 11). La crisis provocada por la pandemia ha sido inédita y muy compleja debido a que fue simultáneamente un choque de oferta que causó el cierre de fuentes de trabajo y la interrupción de las cadenas de suministro por una parte y también un choque de demanda.

El entorno económico afecta a las actividades de todos los sectores, según las características sociodemográficas por país, pero particularmente al sector salud, con incidencia significativa en las personas de bajos ingresos, que no tienen acceso a servicios de salud de calidad en forma oportuna.

La epidemia provocó que la economía regional sea más vulnerable a bajo crecimiento y alto desempleo impulsado por expectativas pesimistas con consecuencias negativas para los servicios sanitarios.

En este marco, a continuación, se analiza el financiamiento de la salud en la región.

b. Financiamiento de la salud

El financiamiento de la salud se puede analizar desde el punto de vista de:

- a) Los planes a través de los cuales los servicios de salud son pagados, por ejemplo, los seguros sociales en salud.
- b) Los agentes de financiación: organizaciones que manejan dichos esquemas, por ejemplo, las instituciones de seguros sociales. La financiación externa de la salud se determina en función de los desembolsos de asistencia oficial para el desarrollo, realizados por todos los donantes para el sector salud. Los desembolsos representan las transferencias internacionales reales de recursos financieros.
- c) Los tipos de ingreso percibidos (por ejemplo, las cotizaciones al seguro social).

El término “financiamiento” en el Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE, el Eurostat y la OMS⁴³ comprende los regímenes gubernamentales, los seguros de salud obligatorios, así como los seguros de salud facultativos y fondos privados como los pagos de bolsillo, las ONG y las empresas privadas⁴⁴.

⁴³ Vigentes desde el año 2011.

⁴⁴ Los desembolsos para la salud se identifican utilizando la clasificación de los códigos del sector de destino 121 (salud general, salvo 12181, educación/capacitación médica y 12182, investigación médica), 122 (salud básica) y 130 (políticas/programas de población y salud reproductiva, salvo 13010, Política de población y gestión administrativa), y 510 (apoyo presupuestario general).

El financiamiento de salud puede clasificarse también según su naturaleza obligatoria o voluntaria.

c. Presupuesto de salud

El **gasto corriente en salud** es la sumatoria de los gastos incurridos en todas las funciones básicas de la atención de salud, es decir, la totalidad de los servicios de atención de salud (medicamentos, insumos, salarios), los bienes médicos dispensados a los pacientes ambulatorios, los servicios de prevención y de salud pública, la administración de la salud y los seguros médicos.

El **capital fijo bruto en el sector de la salud** se mide por el valor total de los activos fijos que los proveedores de servicios de salud han adquirido durante el período contable (menos el valor de las ventas de activos) y que se utilizan de forma repetida o continua durante más de un año en la producción de servicios de salud.

El desglose por activos comprende la infraestructura (hospitales, clínicas, etc.), maquinarias y equipamiento (equipos de diagnóstico, quirúrgicos, ambulancias y equipos informáticos), así como gestión (organización, programas informáticos y bases de datos). Muchos países reportan la formación bruta de capital fijo en el marco del Sistema de Cuentas de Salud.

El **capital invertido en salud** ha sido un factor cada vez más importante en la producción de servicios de salud en las últimas décadas, tal como lo refleja la creciente trascendencia de los equipos de diagnóstico y terapia o la ampliación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la salud.

Las inversiones de capital en salud tienden a fluctuar más con los ciclos económicos que el gasto corriente en salud. La ralentización de inversiones en infraestructura y equipo sanitarios afecta a la prestación de servicios.

d. Gasto corriente en salud

El presente documento se enfoca en el análisis del gasto corriente en salud que, como ya se expresó, es la sumatoria de los egresos incurridos en todas las funciones básicas de la atención de salud, es decir: la totalidad de los servicios de atención de salud, los bienes médicos dispensados a los pacientes ambulatorios, los servicios de prevención y de salud pública, la administración de la salud y los seguros médicos.

El gasto incurrido en estas funciones corresponde al uso final, siempre y cuando el usuario final sea residente en el país. Antes de la pandemia, el gasto corriente en salud de la región equivalía al 7,96% del PIB de Latinoamérica⁴⁵.

Gráfico 41 – Gasto corriente en salud de América Latina (% del PIB)

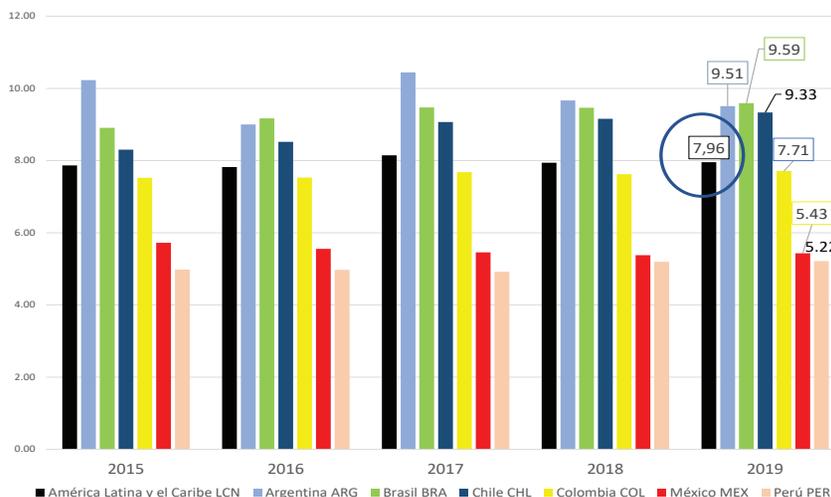


Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Si bien el gasto en salud ha aumentado en la región durante los últimos diez años, este sigue siendo muy inferior a los países de la OCDE y depende más del gasto privado. El camino hacia una cobertura universal en salud de alta calidad requiere la expansión del gasto público en salud.

En 2019, Brasil (9,59%), Argentina (9,51%) y Chile (9,33%) presentaron un gasto en salud como porcentaje del PIB mayor que el que se registra para América Latina (7,96%).

Gráfico 42 – Gasto en salud por países (% del PIB)



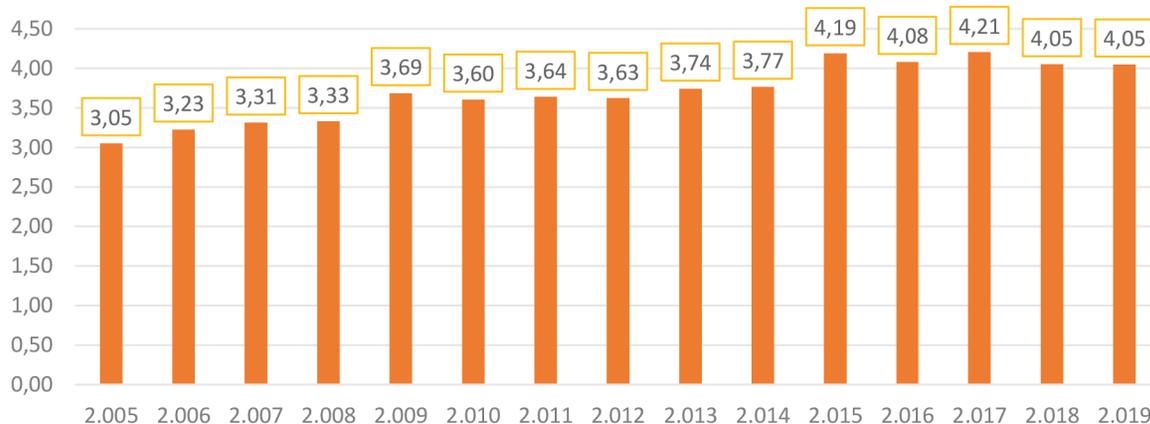
Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

⁴⁵ Salvo que se especifique en cada gráfico, 2019 es la fecha con información disponible y comparable en la Base de Datos del Banco Mundial a enero de 2023.

e. Gasto público en salud

El 7,96% del PIB, que es el gasto corriente total de salud en la región, se compone por gasto público y gasto privado. El gasto público en salud responde a la prioridad determinada por el gobierno, en este caso, contribuye con 4,05% del PIB, que es mayor al registrado 15 años atrás (3,05%).

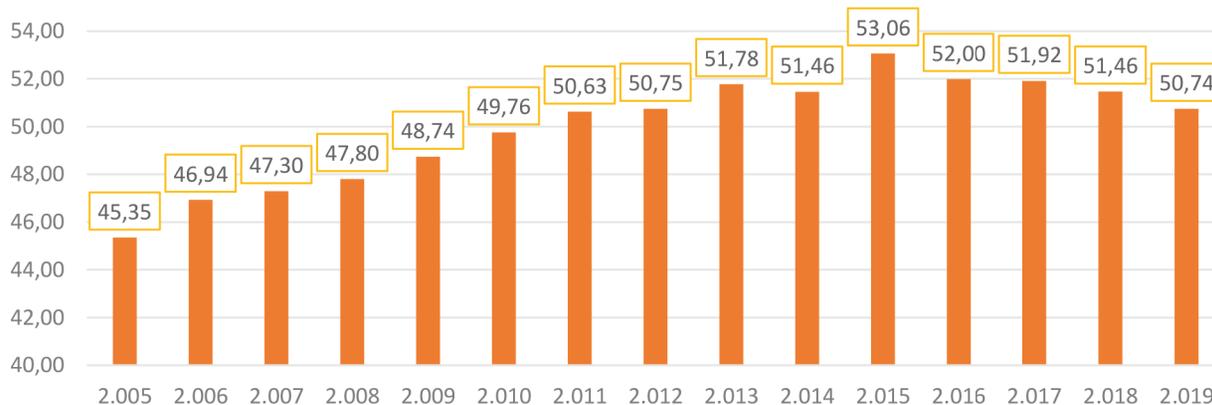
Gráfico 43 – Gasto público en salud de América Latina (% del PIB)



Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

En efecto, el gasto corriente público en América Latina contribuye con el 50,74% del total del gasto corriente en salud.

Gráfico 44 – Participación del gasto público en el total del gasto en salud (%)



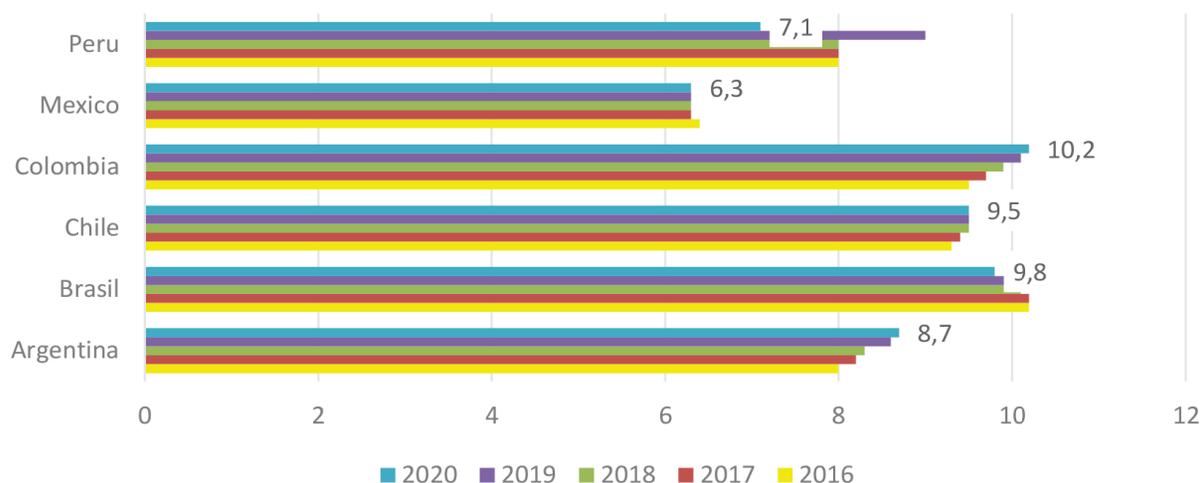
Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Es conveniente analizar la importancia relativa que los gobiernos asignan al sector salud. La voluntad política se manifiesta mediante la participación en el Presupuesto General de la Nación.

El gasto general en salud del gobierno como porcentaje del Presupuesto Público es del 12,75% en Latinoamérica (24,5% en los países del OCDE).

Según datos del Banco Mundial al 2020, Colombia, Chile y Brasil mantienen una participación cerca al 10% de los gastos del Presupuesto General del Estado destinada a la salud.

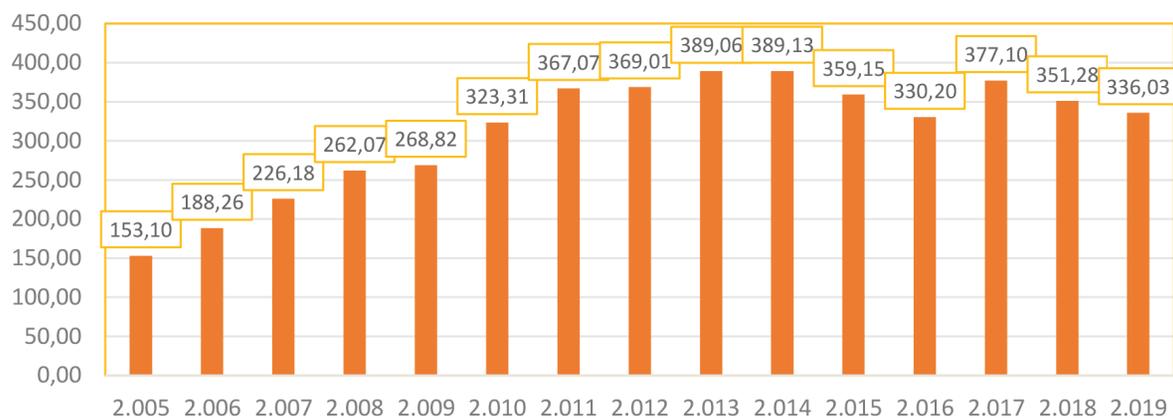
Gráfico 45 – Participación del gasto de salud en el total del Presupuesto del Estado



Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

El gasto de salud por esquemas gubernamentales y seguros de salud obligatorios alcanzó a USD 336,03 per cápita en 2019 y representó un promedio del 50,7% del gasto corriente en salud en América Latina, inferior al 73,6% en la OCDE⁴⁶. El resto está cubierto por seguro privado voluntario y gastos de bolsillo de los hogares.

Gráfico 46 – Gasto público en salud per cápita (USD)



Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

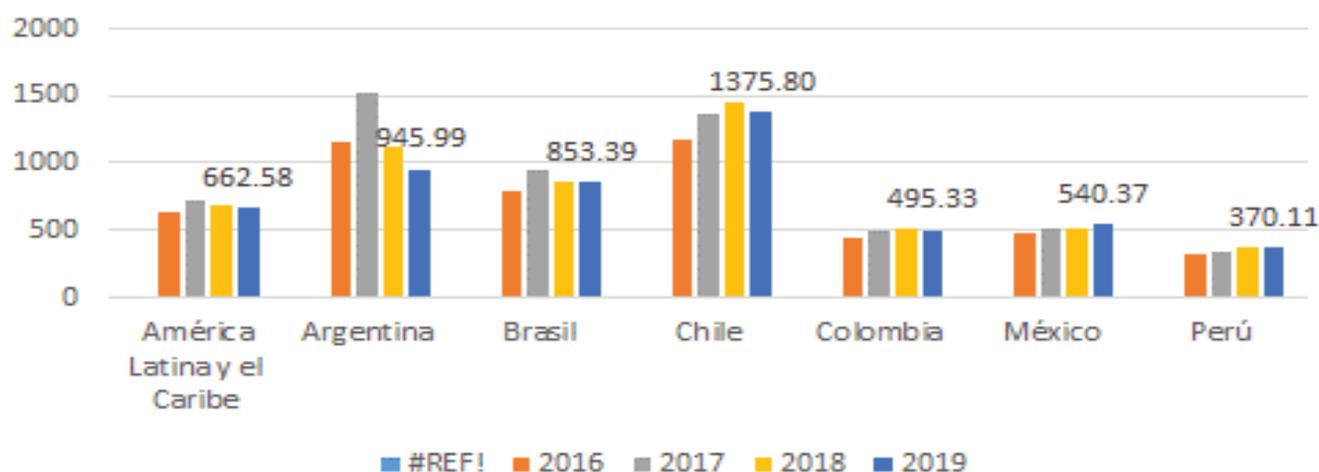
⁴⁶ En 2018.

Una asignación eficiente del gasto público es una condición necesaria para reducir la inequidad y la desigualdad.

La fragmentación de los sistemas de salud en la región da lugar a la coexistencia de planes de financiamiento y, en algunos casos, presenta duplicación. Alguna población que no recibe atención oportuna y de calidad destina parte de sus ingresos para acceder a planes y seguros privados.

Antes de la pandemia, el gasto per cápita de salud (público y privado) en la región alcanzaba a USD 662,58 con variaciones muy significativas según país.

Gráfico 47 – Gasto en salud per cápita



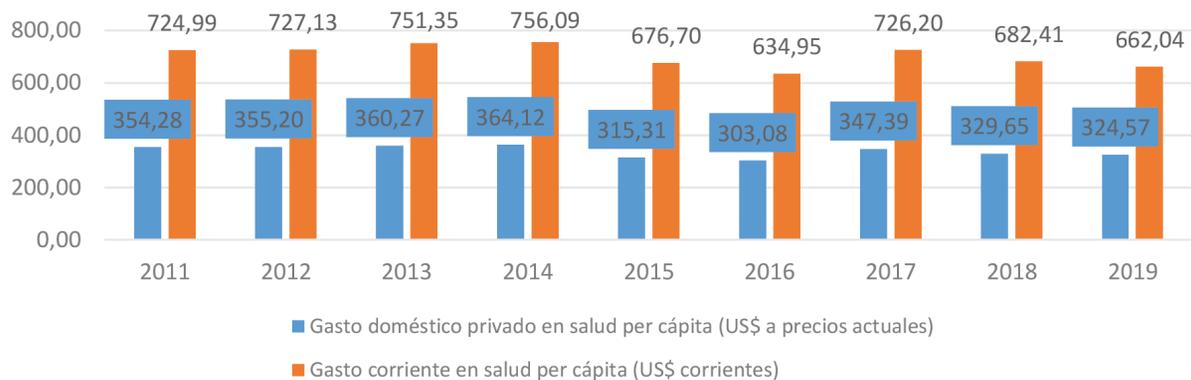
Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

f. Gasto privado en salud

El gasto privado en salud se refiere al gasto proveniente de agentes no públicos y suele dividirse en gasto de bolsillo, esquemas de pago voluntario y fuentes externas. El gasto de bolsillo se trata de los pagos efectuados para costear directamente la atención de la salud, mientras que los esquemas voluntarios tienen que ver con los pagos de primas de seguro privado, que ofrecen cobertura para los servicios otorgados por proveedores privados. Los recursos externos incluyen los fondos de donantes y créditos internacionales.

El seguro médico privado es una fuente de cobertura secundaria, ya sea que complementa la cobertura al cubrir costos o, en algunos casos, duplica la protección para aquellos pacientes que buscan atención privada.

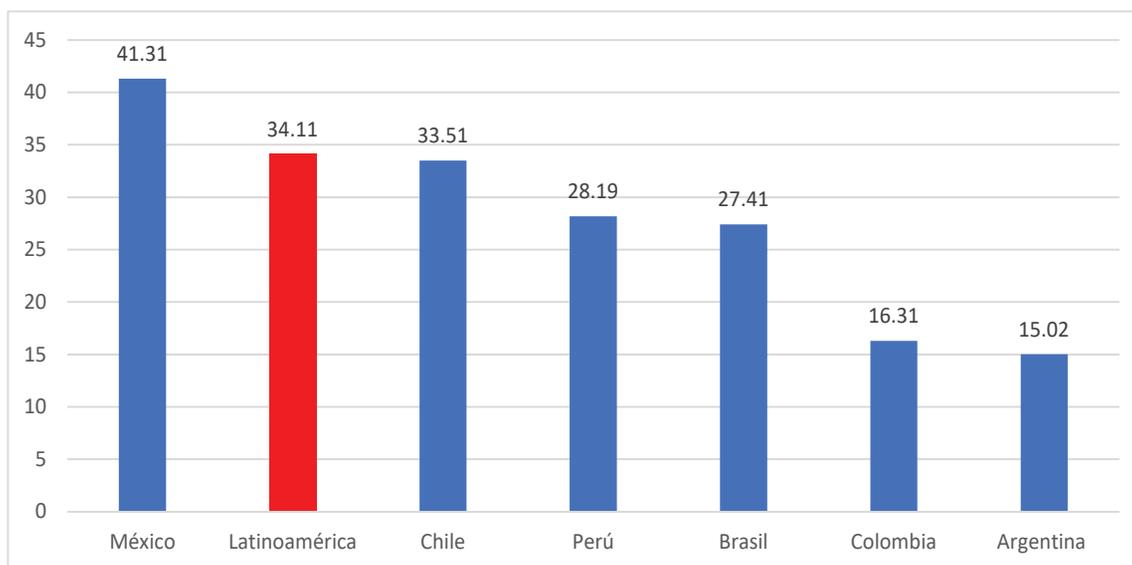
Gráfico 48 – Gasto privado per cápita en salud



Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Previo a la pandemia, el gasto privado en salud en la región alcanzaba a USD 324,57 por persona. Un componente importante del gasto privado en salud es el denominado “gasto de bolsillo”, que comprende el pago directo en el momento de la prestación de los servicios.

Gráfico 49 – Gasto de bolsillo en salud en % del gasto total en salud (2017)



Fuente: Elaboración propia con base en Encuestas de los países.

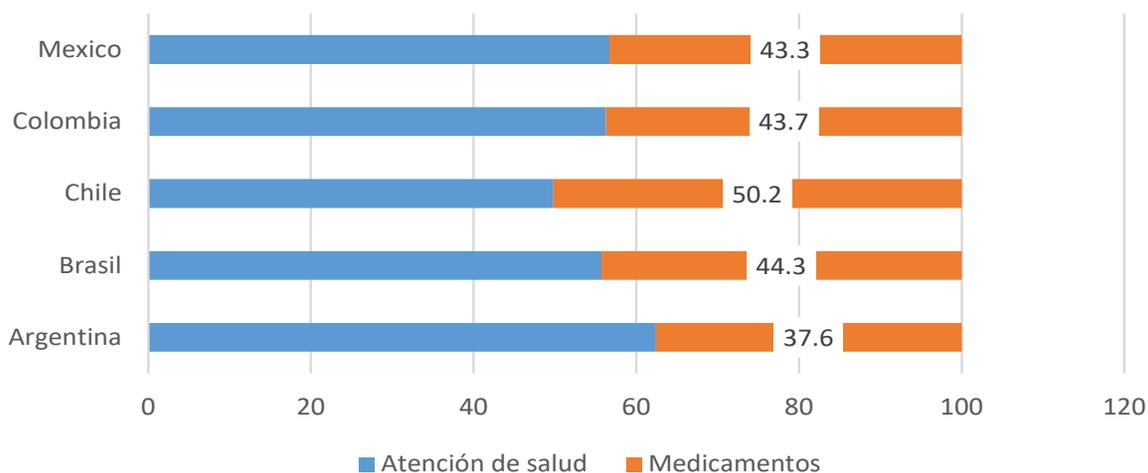
El gasto de bolsillo en salud representa un importante porcentaje del gasto total en salud según se aprecia en el gráfico anterior. También corresponde a un elevado porcentaje de los gastos en el presupuesto del hogar: México (46,8%), Colombia (34,8%), Brasil (31,7%) y Argentina (22%)⁴⁷.

⁴⁷ Según la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHO), realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de Argentina en 2017-2018; la Encuesta Nacional de Salud, realizada por el Instituto Brasileño de

En los países analizados, la mayoría de los gastos de bolsillo en salud se destinan a la atención médica y casi la mitad a la compra de medicamentos⁴⁸.

Gráfico 50 – Destino del gasto de bolsillo en salud (%)

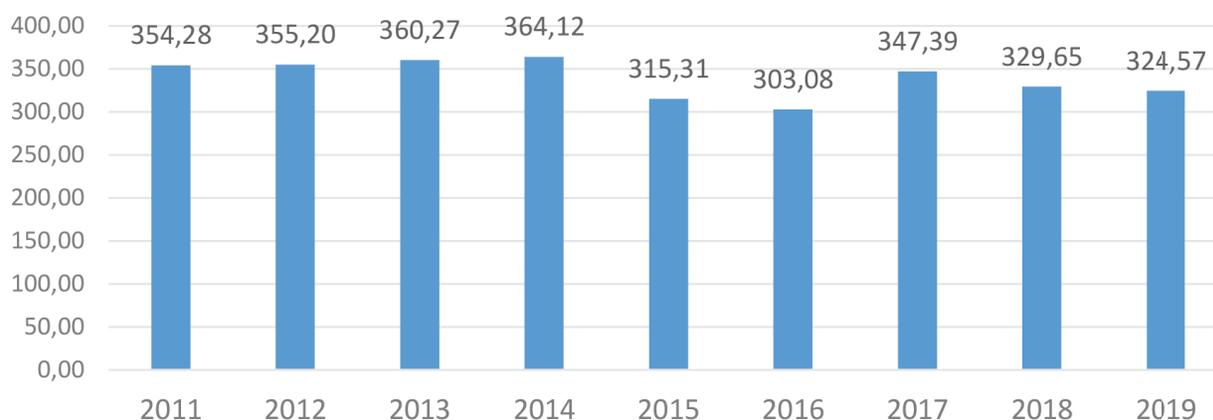
Destino del Gasto de Bolsillo en Salud



Fuente: Elaboración propia con base en Encuestas de los países.

El gasto doméstico privado per cápita en salud de la región no ha tenido una variación significativa durante los últimos diez años.

Gráfico 51 – Gasto doméstico privado per cápita en salud (USD corrientes)



Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

Geografía y Estadística (IBGE) en 2019; la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen), realizada por el Ministerio de Desarrollo Social de Chile en 2017; y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en Colombia y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México.

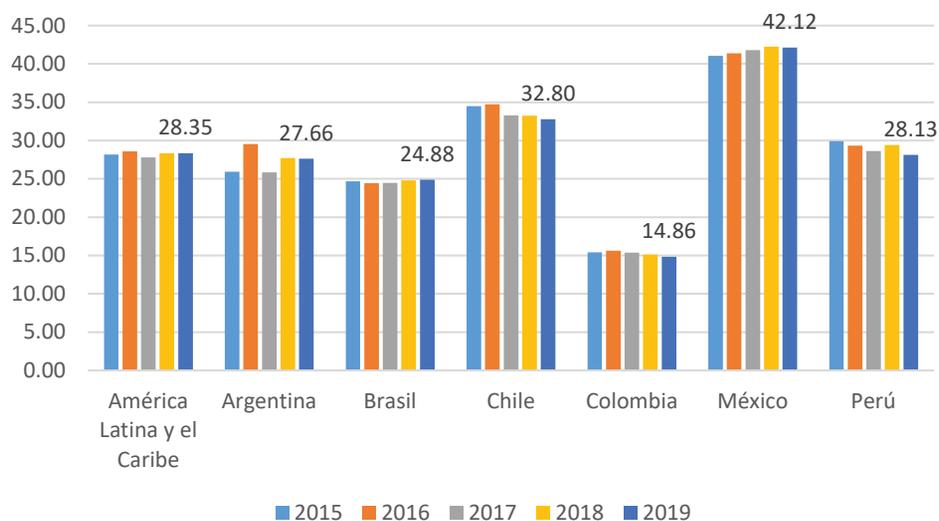
⁴⁸ *Ibid.*

g. Gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo es la fuente de financiamiento más regresiva e ineficiente; representa un flujo inestable de recursos financieros y constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención y la hace más costosa para las personas y el sistema. Tiene además un impacto relativamente mayor en las personas con menores recursos, para quienes el más mínimo pago puede representar una fracción importante de su presupuesto.

Los pagos de bolsillo son gastos asumidos directamente por los pacientes y comprenden los acuerdos de gastos compartidos y pagos informales dados a los proveedores de salud.

Gráfico 52 – Gasto de bolsillo con relación al gasto en salud (%)

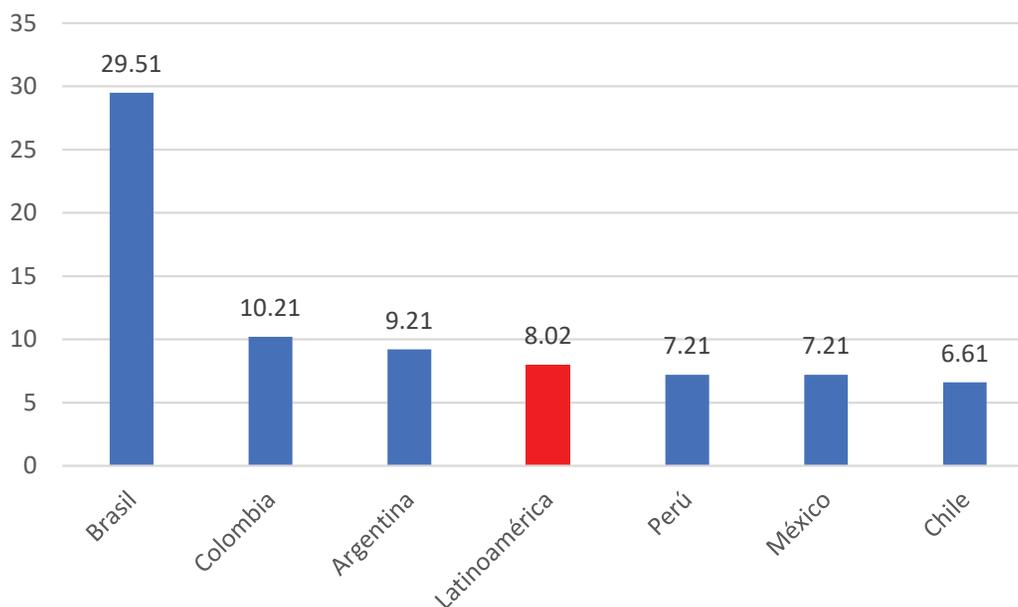


Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

México registra el mayor porcentaje de gasto de bolsillo en salud (42,12%) con relación al total del gasto en el rubro, por encima del promedio de América latina (28,35%).

La información del Banco Mundial muestra que Brasil es el país que mayor gasto privado voluntario de atención médica destina en comparación con el gasto total (29,50%) por encima del resto de los países analizados de la región. Sin embargo, es necesario aclarar que el mercado privado de salud en Brasil se financia parcial e indirectamente con recursos públicos a través de mecanismos de financiamiento indirecto del sector público al sector privado de la salud. En efecto, todos los gastos privados en salud de las familias en planes de salud, consultas y muchos otros rubros constituyen exenciones fiscales del gobierno, porque pueden ser deducidos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y del Impuesto sobre la Renta de las Empresas (IRPJ).

Gráfico 53 – Gasto voluntario de atención médica con relación al gasto en salud (%)



Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

La limitada disponibilidad de índices de precios de salud fiables impide matizar las cifras analizadas para ajustarlas a las paridades del poder adquisitivo en salud (PPA). La utilización de las PPA significa que las variaciones resultantes del gasto de salud entre los países pueden reflejar no solo las variaciones del volumen de los servicios de salud, sino también cualquier diferencia de los precios de los servicios de salud en relación con los precios del resto de la economía. Para hacer comparaciones útiles de las tasas de crecimiento real a través del tiempo, es necesario aplicarles la indexación (es decir, remover la inflación) al gasto nominal de salud mediante el uso de un adecuado índice de precios de salud, y también dividirlo por el número de habitantes, para derivar el gasto real per cápita.

Una asignación y ejecución eficiente del gasto público es una condición necesaria para reducir la inequidad y la desigualdad. La implementación del modelo de atención centrado en las personas y las comunidades requiere que se aumente la eficiencia mediante la asignación de los nuevos recursos, de forma prioritaria al primer nivel de atención y en las redes para ampliar la oferta de servicios de calidad y abordar con rapidez las necesidades insatisfechas de salud.

Simultáneamente, es necesario poner en funcionamiento una serie de mecanismos disponibles para transformar el modelo de atención y la organización de los servicios. Uno de ellos, particularmente importante, son los sistemas de pago que incentiven el cuidado integrado y la continuidad en la atención.

h. Eficiencia de la inversión en sistemas de salud

La inversión en sistemas de salud en los países de América Latina debe competir con otras necesidades en un contexto de limitados fondos públicos y diversas prioridades.

Invertir mejor en salud es tan importante como invertir más; en consecuencia, la definición de políticas públicas en materia de salud debe considerar la reducción del malgasto como una herramienta a su disposición para construir sistemas de salud más sostenibles y de mayor calidad.

El malgasto en los sistemas de salud se concentra, particularmente, en las áreas de atención clínica, gestión y gobernanza. Se debe asignarles recursos para ser más eficientes y alcanzar mejores resultados para las personas.

La inversión en los sistemas de salud debe estar orientada a lograr la mejor atención posible para abordar sus necesidades y preferencias al menor costo posible.

El crecimiento de la población en la región y la mayor esperanza de vida requieren afrontar el desafío de satisfacer la necesidad de atención sanitaria en términos de cobertura y calidad de los servicios de salud imponiendo más presión a los presupuestos de salud (OCDE Ilibrary, 2017)⁴⁹.

El malgasto en salud no debe ser entendido como una causal para la reducción o recortes de gasto, más bien se puede definir como una manera de movilizar los recursos necesarios de manera más eficiente para obtener los mejores resultados en salud.

Se deben identificar y reasignar aquellos recursos destinados a:

- i) servicios y procesos que son dañinos o que no entregan beneficios; y*
- ii) costos que se podrían evitar al sustituir por alternativas más baratas con beneficios idénticos o mayores (OCDE; The World Bank, 2020, p. 37)⁵⁰.*

Limitar el malgasto significa mejorar la salud de la población en un contexto de altas expectativas por mejores servicios, grandes limitaciones fiscales y presiones financieras continuas provenientes del desarrollo tecnológico y el envejecimiento poblacional.

Bajos niveles de malgasto son una manera de liberar capacidad financiera para otros desafíos y aumentar la voluntad social para movilizar recursos adicionales para salud. A largo plazo, esto garantiza la sostenibilidad y la resiliencia frente a la escasez de recursos actual o futura, o ante los problemas emergentes y shocks en el sistema de salud.

⁴⁹ OECD Ilibrary. **Tackling Wasteful Spending on Health**. OECD Publishing: Paris, 2017. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en. Acceso en: 30 ago. 2024.

⁵⁰ OECD; THE WORLD BANK. **Panorama de la Salud Latinoamérica y el Caribe**. OECD Publishing: Paris, 2020. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/383471608633276440/pdf/Health-at-a-Glance-Latin-America-and-the-Caribbean-2020.pdf>. Acceso en: 17 ago. 2024.

7. Comentarios finales

Este documento es un marco general que describe el Entorno Demográfico y Económico en América Latina, particularmente de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú, para investigar la salud como inversión concretamente en la situación del denominado gasto en salud, los criterios para definirlo, las brechas de acceso al sistema y las fuentes de financiamiento para evitar la exclusión e inequidad.

Para lograr el acceso universal y equitativo a servicios oportunos de salud con calidad se debe reconocer que la salud es una inversión que contribuye a cumplir las metas del ODS 3 de la ONU y también al desarrollo sostenible en condiciones de igualdad entre las personas sin distinción de género (ODS 5), para combatir la pobreza (ODS 1), respetar los derechos de los niños a la educación (ODS 4), garantizar un trabajo decente (ODS 8) en ciudades y comunidades sostenibles (ODS 11) con acceso a servicios de agua y saneamiento básico (ODS 6).

La priorización, el diseño y la ejecución de la política pública deben reconocer que la salud trasciende a la atención sanitaria, alcanza a los ámbitos demográfico, económico, epidemiológico y social, a condiciones sanitarias, determinantes de la salud y factores de riesgo; por ello la salud es una inversión integral, necesaria y suficiente para lograr el bienestar de la población.

La cobertura de salud con **equidad** incluye la dimensión del **acceso universal** a servicios de salud para todos, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, ubicación, ingreso o cualquier otra vulnerabilidad y la **protección financiera** para todas las personas que necesiten acceder a una atención médica con servicios de **calidad** que sean eficaces, costo-efectivos y sostenibles.

La inversión en salud debe considerar la localización de los servicios de salud, la densidad de población, así como la concentración en las grandes urbes. Ocho de cada diez habitantes de la región viven en zonas urbanas con la consiguiente presión de demanda a los centros de salud, que necesitan crecer al menos a la misma tasa de urbanización para atender a los usuarios que así lo requieren. Las urbes densamente pobladas constituyen un desafío de política pública para invertir en centros de salud que brinden atención sanitaria oportuna y de calidad, principalmente orientada a los cordones marginales, que reciben el flujo migratorio procedente del área rural en condiciones de alta vulnerabilidad.

Antes de la pandemia, la esperanza de vida al nacer aumentó en la región de Latinoamérica, impulsada por la constante reducción de la mortalidad en todas las edades y, en particular, de la mortalidad en menores de cinco años. No obstante, el impacto del COVID-19 ha reducido en dos años la esperanza de vida en la región. El informe anual de la OMS del 2021 señala que, con acciones concretas individuales y de los gobiernos, la vida saludable podría extenderse entre cinco y diez años, para lo cual es necesario invertir en salud.

La política pública de salud como inversión debe considerar género y edad. Mientras la población adulta mayor crece en el transcurso del tiempo, la población menor a cinco años está disminuyendo en la región hasta llegar a ser menor que el número de adultos mayores. Los costos de la atención médica a las personas de 65 años y más es mayor que para otros grupos etarios y se incrementa ostensiblemente para aquellos mayores de 85 años. Los sistemas de salud deben tomar en cuenta esta realidad para afrontar el reto de atención oportuna a la creciente longevidad de América Latina.

Hasta el año 2030, el ODS 3 tiene la meta de reducir la mortalidad de la niñez (menores de cinco años) al menos hasta 25 por cada mil niños nacidos vivos. Todos los países analizados han cumplido esta meta. Asimismo, el ODS 3 tiene también por meta reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. En el año 2017 Chile, Argentina, México y Brasil ya habían cumplido la meta. La República del Perú ha registrado un descenso muy significativo en la tasa de mortalidad materna de 12 puntos porcentuales en el último quinquenio, sin embargo, seguía registrando una tasa ligeramente superior a la meta.

América Latina está enfrentando una transición epidemiológica, aunque la persistencia de enfermedades transmisibles, condiciones maternas, prenatales y en materia de nutrición continúan siendo un desafío para la política pública de salud como inversión. Estas enfermedades son responsables de más del 13% de las muertes en la región. Sus causas son prevenibles; se debe **priorizar la promoción y la prevención con el uso de las vacunas, cuya inversión es mucho más costo/efectiva que la atención sanitaria** ambulatoria y hospitalaria. Las enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer y otras) fueron responsables de más del 75% de las muertes en la región. La creciente expansión de estas enfermedades tiene repercusiones negativas en la productividad y el crecimiento económico, que obligan a los gobiernos de América Latina a priorizar las políticas públicas en salud, asignando recursos suficientes en los Presupuestos Generales de los Estados.

La inversión pública en salud tiene estrecha relación con la situación económica de los países; el crecimiento del PIB y el incremento del gasto en salud presentan una relación positiva. La disminución o aumento de uno de ellos sigue al otro. Cuando la inversión en salud supera el crecimiento económico, se produce un efecto multiplicador en la actividad productiva, que influye a su vez en mejores condiciones de vida para bienestar de la sociedad. Por ello es que no se debe entender que los recursos financieros destinados a la salud son un gasto, más bien son una inversión con alta rentabilidad socioeconómica, que genera desarrollo armónico y equilibrado.

Como consecuencia de la pandemia, entre 2019 y 2020, la pobreza habría sumado 22 millones de personas en la región. La pérdida de ingresos por trabajo a causa del desempleo se ha traducido en incrementos de las tasas de pobreza y en la magnitud de la desigualdad en la distribución de ingresos, consecuentemente ha empeorado la situación de la población en

condiciones de vulnerabilidad, trabajadores informales, indígenas, afrodescendientes, migrantes y personas con discapacidad.

La situación económica ha afectado el estado de salud de la población en la región, a pesar de que el PIB per cápita ha crecido en 2021 respecto a 2020 —una parte se debe al aumento de precios— después de la pandemia y en medio del conflicto bélico entre Rusia y Ucrania. Las perspectivas económicas y el financiamiento a la salud de la región pueden verse afectadas en un entorno donde el Banco Mundial estima que la región crecerá solo un 1,4% en 2023, en tanto que Bloomberg coincide con el FMI, que afirma que Latinoamérica crecerá un 1,8% este año.

En la región, aún antes de la pandemia, la tasa de participación laboral en el último quinquenio estaba disminuyendo; más bien se ha presentado un crecimiento en el número de trabajadores independientes, que es mayor que el incremento del número de asalariados. Los trabajadores independientes no tienen empleador que cumpla la obligación legal de aportar al régimen de corto plazo de la seguridad social, financie la protección social de salud y los ampare del riesgo laboral procedente de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, constituyendo un desafío creciente para el financiamiento público de la salud.

La pandemia ha afectado el ingreso laboral; a pesar de que la población ha recibido ayuda en bonos entregados por el gobierno durante el confinamiento, las personas han tenido que hacer uso de sus ahorros para poder subsistir, afectando el flujo financiero de su presupuesto familiar. Sin embargo, en la región, el ahorro nacional interno, que es una fuente de financiamiento para la salud, no es significativo, por ello cobra importancia el ahorro externo procedente de inversión, créditos y donaciones.

La capacidad de los países para asumir recursos externos depende de las condiciones legales, sociales y políticas, depende también de las reservas internacionales y la capacidad de pago influida por los compromisos asumidos en materia de transferencias sociales.

El entorno económico afecta a las actividades de todos los sectores, según las características sociodemográficas por país, pero particularmente al sector salud, con incidencia significativa en las personas de bajos ingresos, que no tienen acceso a servicios de salud de calidad en forma oportuna.

La epidemia provocó que la economía regional sea más vulnerable a bajo crecimiento y alto desempleo impulsado por expectativas pesimistas con las consecuencias en los servicios sanitarios.

En este marco demográfico y económico, el presente documento se enfoca en el análisis de la salud como inversión con énfasis en el concepto de contabilidad nacional que se denomina gasto corriente en salud, que es la sumatoria de los egresos incurridos en todas las funciones básicas de la atención de salud. En 2019, el Gasto Corriente en Salud de la región equivalía al 7,96% del PIB de Latinoamérica, que incluye gasto público y gasto privado. El gasto corriente público contribuye con el 50,74% del total del gasto corriente en salud. La voluntad política del gobierno hacia la salud se manifiesta mediante la participación comprometida en el Presupuesto General de la Nación. En la

región, el porcentaje del Presupuesto Público destinado a salud es del 12,75% (24,5% en los países del OCDE). Una asignación eficiente del gasto público es una condición necesaria para reducir la inequidad y la desigualdad.

La fragmentación de los sistemas de salud en la región da lugar a la coexistencia de planes de financiamiento privados y en algunos casos presenta duplicación. El gasto privado en salud se refiere al gasto proveniente de agentes no públicos y suele dividirse en gasto de bolsillo, esquemas de pago voluntario y fuentes externas. El gasto de bolsillo tiene que ver con los pagos efectuados para costear directamente la atención de la salud, mientras que los esquemas voluntarios se refieren a los pagos de primas de seguro privado, que ofrecen cobertura para los servicios otorgados por proveedores privados. El seguro médico privado es una fuente de cobertura secundaria, ya sea que complementa la cobertura al cubrir costos o, en algunos casos, duplica la protección para aquellos pacientes que buscan atención privada.

En los países analizados, la mayoría de los gastos de bolsillo en salud se destinan a la atención médica y casi la mitad a la compra de medicamentos. Es la fuente de financiamiento más regresiva e ineficiente, representa un flujo inestable de recursos financieros y constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención y la hace más costosa para las personas y el sistema. Tiene, además, un impacto mayor en la población de menores recursos, para quienes el más mínimo pago puede representar una fracción importante de su presupuesto.

Una asignación y ejecución eficiente del gasto público es una condición necesaria para reducir la inequidad y la desigualdad. La implementación del modelo de atención centrado en las personas y las comunidades requiere que se evite el mal gasto en salud y se aumente la eficiencia mediante la asignación óptima de recursos, de forma prioritaria al primer nivel de atención y en las redes para ampliar la oferta de servicios de calidad y abordar con oportunidad las necesidades insatisfechas de salud con equidad.

Como manifiesta Ettiene (2019, p. 1)⁵¹:

Invertir en la salud es un compromiso de toda la sociedad y un requisito para el desarrollo sostenible. Los vínculos entre la salud, el desarrollo y el crecimiento económico están bien establecidos, con abundante evidencia que demuestra los beneficios que entraña una mayor inversión en la salud en el desarrollo humano sostenible, el crecimiento económico y el bienestar de la población. La evidencia también muestra que lograr mejores resultados de salud y poblaciones más sanas contribuye a una mayor productividad y, por consiguiente, a mejores resultados [sociales y] económicos.

⁵¹ ETTIENE, C. F. Invertir en la salud universal en la Región de las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública.** [S. l.], v. 43, e.90, p. 1-3, 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51661/v43e3222019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 3 sept. 2024.

8. Anexo estadístico

Cuadro 1 – Factores de riesgo y determinantes de salud

País	Determinantes de Salud						
	Saneamiento básico*	Acceso a agua potable*	Tabaquismo		Consumo de alcohol	Adultos con sobrepeso	
	% de la población	% de la población	Prevalencia de hábito de fumar Hombres (% de adultos)	Prevalencia de hábito de fumar Mujeres (% de adultos)	Litros per cápita en mayores de 15 años	% de la población masculina	% de la población femenina
LATAM	86	95	18,3	8,6	6,3	36	32
Argentina	96	100	29,4	19,6	9,7	39	30
Brasil	88	98	16,2	9,4	7,4	39	30
Chile	100	100	31,6	20,8	9,1	49	44
Colombia	90	97	12,4	4,6	5,7	39	35
México	91	99	19,9	6,2	5,1	45	43
Perú	74	91	13,2	3,1	6,4	40	36

Fuente: OECD/The World Bank (2020).

Cuadro 2 – Sistema de agua potable y materiales para cocinar

	Personas que usan sistema de agua potable en forma segura		Tecnología para cocinar
	Urbano	Rural	Rural
2011	82,7	45,89	53,39
2012	82,56	46,38	54,11
2013	82,29	47,27	55,01
2014	82,02	48,16	55,98
2015	81,77	49,03	56,79
2016	81,54	49,78	57,76
2017	81,31	50,71	58,63
2018	81,08	51,47	59,56
2019	80,81	52,28	60,52
2020	80,58	53,11	61,43

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Cuadro 3 – Acceso a la educación y gasto público

País	Acceso a educación y gasto público		
	% de niños que no asisten a la escuela primaria	% de adolescentes que no asisten a escuela secundaria	Gasto público en educación como % de gasto de gobierno
LATAM			14,63
Argentina	0,19	1,87	12,53
Brasil	4,52	3,43	15,96
Chile	0,61	1,57	21,23
Colombia	1,21	0,92	13,72
México	0,78	7,82	17,94
Perú	1,42	1,77	17,76

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Cuadro 4 – Indicadores de población

País	Densidad habitantes por km	Población urbana % población Total	Tasa de crecimiento población urbana	Esperanza de vida al nacer	Tasa de fertilidad (nacimientos por mujer)	Mujeres como % de población total
LATAM	32,46	81,38	0,68	73,04	1,88	50,73
Argentina	16,58	92,23	0,95	75,89	1,91	50,49
Brasil	25,51	87,32	0,53	74,01	1,65	50,87
Chile	25,96	87,82	0,99	79,38	1,54	50,37
Colombia	45,91	81,74	1,14	74,77	1,74	50,67
México	64,82	81,02	0,56	70,13	1,91	50,49
Perú	26,02	78,51	1,23	73,67	2,22	50,48

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Cuadro 5 – Población por grupos etarios

País	Población menor de 15 años (% del total)	Población en edad activa (15 a 64 % del total)	Población de 65 años y más (% del total)	Población de 80 años y más	
				Masculina % del total	Femenina % del total
LATAM	23,55	67,46	9,23	1,34	2,03
Argentina	23,36	64,82	11,82	1,79	3,89
Brasil	20,54	69,88	9,58	1,22	2,11
Chile	18,46	68,86	12,68	2,29	3,65
Colombia	21,61	69,68	8,72	1,15	1,77
México	24,95	66,91	8,13	1,48	1,3
Perú	26,33	65,35	8,32	1,43	1,84

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Cuadro 6 – Tasas de mortalidad materna e infantil

País	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad infantil		Tasa de mortalidad de la niñez	Tasa de mortalidad materna
		Masculina	Femenina		
LATAM	9,1	15,3	12,3	17,1	80
Argentina	4,6	8,6	6,6	9,7	47
Brasil	8,7	14,6	11,6	15,2	60
Chile	4,4	6,3	5,3	7,2	13
Colombia	7,2	12,6	10,1	14,1	83
México	8,4	12,9	10,6	14,6	33
Perú	6,7	10,9	9,1	13,8	88

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Cuadro 7 – Causa de muerte en América Latina por lesiones (% del total)

País	2010	2015	2019
América Latina	18,3	11,7	11,2
Argentina	5,9	6,2	5,7
Brasil	13,2	12,5	11,6
Chile	8,4	7,8	7,8
Colombia	20,6	16,2	14,0
México	12,4	10,2	10,5
Perú	11,0	10,4	9,9

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Cuadro 8 – Tasa de mortalidad por suicidio según países (por 100,000 habitantes)

País	2016	2017	2018	2019
América Latina	6,0	6,0	6,3	6,2
Argentina	8,3	8,3	9,2	8,4
Brasil	5,9	6,0	7,0	6,9
Chile	10	10	8,8	9,0
Colombia	4,1	4,2	4,0	3,9
México	5,6	5,6	5,4	5,3
Perú	2,7	2,6	2,8	2,8

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Cuadro 9 – Aumento de mortalidad general el año de la pandemia (puntos por mil)

País	Varones	Mujeres
Argentina	12	17
Brasil	29	19
Colombia	24	13
Chile	7	4
México	77	42
Perú	46	18

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Cuadro 10 – Disponibilidad de camas y médicos por cada 100.000 personas (2019)

País	Médicos	Enfermeras y matronas	Camas hospitalarias
Argentina	391	260	500
Brasil	185	1.012	220
Colombia	182	133	150
Chile	103	1.332	220
México	223	240	150
Perú	112	244	160

Fuente: Elaborado con base en información de la OPS (20--).

Cuadro 11 – Camas hospitalarias por cada mil personas

País	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
América Latina	2,03	1,92	1,97	2,0	1,92	1,89	1,92	1,90
Argentina	4,5	4,39	4,59	4,78	4,84	4,96	4,99	4,99
Brasil	2,37	2,31	2,27	2,25	2,22	2,15	2,11	2,09
Chile	2,04	2,22	2,17	2,17	2,12	2,14	2,12	2,11
Colombia	1,48	1,45	1,48	1,54	1,59	1,61	1,68	1,71
México	1,05	1,04	1,03	1,03	1,03	1,0	1,0	0,99
Perú	1,5	1,53	1,52	1,51	1,56	1,55	1,59	1,59

Fuente: Elaborado con base en información de la OPS (20--).

Cuadro 12 – Medidas sanitarias no farmacológicas en algunos países

País	Primer caso	Días transcurridos desde el primer caso de COVID-19 y las primeras medidas sanitarias no farmacológicas			
		Primera muerte	Suspensión clases	Toque de queda	Aislamiento ciudades
Argentina	3-mar-20	6	13	23	23
Brasil	26-feb-20	21	17	29	28
Colombia	6-mar-20	16	9	–	15
Chile	3-mar-20	19	13	20	24
México	29-feb-20	19	15	28	–
Perú	6-mar-20	14	5	13	9
Promedio		24	22	32	28

Fuente: Elaborado con base en información de la OPS (20--).

Referencias

- ¿QUÉ es el Índice de Pobreza Multidimensional? **Multidimensional Poverty Peer Network**, 2024. Disponible en: [https://www.mppn.org/es/pobreza-multidimensional/por=-que-el-ipm/#:~:text=El%20%C3%8Dndice%20de%20Pobreza%20Multidimensional%20%E2%80%93%20Global%20\(IPM%20Global\)%20es,educaci%C3%B3n%20salud%20entre%20otros](https://www.mppn.org/es/pobreza-multidimensional/por=-que-el-ipm/#:~:text=El%20%C3%8Dndice%20de%20Pobreza%20Multidimensional%20%E2%80%93%20Global%20(IPM%20Global)%20es,educaci%C3%B3n%20salud%20entre%20otros). Acceso en: 30 ago. 2024.
- APONTE, G. R. O. **Pension System Reform: “The Bolivian Case. Development Discussion Papers”**. Harvard Institute for International Development. Cambridge, 1998.
- APONTE, G. R. O. **Seguro Nacional de Maternidad y Niñez**. Iniciativa ILDIS. Serie Diálogos sobre la salud. La Paz, 1996.
- APONTE, G. R. O. et al. **Sistema boliviano de salud “Nuestra Salud” por todos y para todos**. La Paz: Colegio Médico de Bolivia, 2019. Disponible en: <https://documentacion.fundacionma-pfre.org/documentacion/publico/es/media/group/1101272.do>. Acceso en: 18 ago. 2024.
- CASANOVAS, G. L.; RUBIO, V. O. **Economía y Salud – Fundamentos y Políticas**. Madrid: Ediciones Encuentro, 1998.
- CASTRO, H. O. (ed.); APONTE, G. **Bolivia Encrucijadas en el siglo XXI: visiones e ideas para una agenda de país**. Plural Editores: La Paz, 2014.
- CEPAL. Informe COVID-19 – CEPAL-OPS. **La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social**, [S. l.], Organización Panamericana de la Salud y Naciones Unidas, 2021. 39 p. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5d7d5402-188b-4d6a-8d0c-49eec0709554/content>. Acceso en: 30 ago. 2024.
- EUROPEAN CENTRAL BANK. **Nuestra respuesta frente a la emergencia del coronavirus**, 2020. Online. Disponible en: https://www.ecb.europa.eu/press/blog/date/2020/html/ecb_blog200319~11f421e25e.es.html. Acceso en: 30 ago. 2024.
- ETTIENE, C. F. Invertir en la salud universal en la Región de las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S. l.], v. 43, e.90, p. 1-3, 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51661/v43e3222019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 15 ago. 2024.
- FONDO MONETARIO INTERNACIONAL. **La inflación toca máximos en un contexto de bajo crecimiento**. [S. l.], 2023. Disponible en: <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2023/01/31/world-economic-outlook-update-january-2023>. Acceso en: 16 ago. 2024.
- GRANDA, G. et al. Salud y Bienestar 2030: Integración en la estrategia empresarial. **Forética**, Madrid, mayo 2020. Disponible en: https://foretica.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe_Salud_y_Bienestar_2030_Integracion_en_la-Estrategia_Empresarial_Mayo_2020.pdf. Acceso en: 24 ago. 2024.
- GRUPO BANCO MUNDIAL. Datos. **América Latina y el Caribe**, 2021. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/region/america-latina-y-el-caribe>. Acceso en: 18 ago. 2024.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Esperanza de vida en buena salud**, [20-]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484675&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou

t¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084#:~:text=La%20esperanza%20de%20vida%20en,limitaciones%20funcionales%20o%20de%20discapacidad). Acceso en: 30 ago. 2024.

NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo sostenible. **17 Objetivos para las personas y para el planeta**. Río de Janeiro, 2015. Online. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>. Acceso en: 30 ago. 2024.

NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo sostenible. **Objetivo 3**: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Río de Janeiro, 2015. Online. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>. Acceso en: 20 ago. 2024.

OECD. **ODA trends and statistics**, 2024. Disponible en: www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm. Acceso en: 18 ago. 2024.

OECD ILIBRARY. **OECD Health Statistics**, 2023. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en. Acceso en: 29 ago. 2024.

OECD ILIBRARY. **Tackling Wasteful Spending on Health**. OECD Publishing: Paris, 2017. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en. Acceso en: 30 ago. 2024.

OECD; THE WORLD BANK. **Panorama de la Salud Latinoamérica y el Caribe**. OECD Publishing: Paris, 2020. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/383471608633276440/pdf/Health-at-a-Glance-Latin-America-and-the-Caribbean-2020.pdf>. Acceso en: 17 ago. 2024.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Observatorio de la OIT sobre el mundo del trabajo. Undécima edición. **Brecha mundial en términos de ocupación**: los países de ingreso bajo quedarán más rezagados si no se actúa en favor de los empleos y la protección social. [S. l.], 31 mayo 2023. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/briefingnote/wcms_883344.pdf. Acceso en: 18 ago. 2024.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA62.12. **Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud**, 2009. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf. Acceso en: 25 ago. 2024.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA62.14. **Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud**, mayo 2009. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf. Acceso en: 17 ago. 2024.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación**: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, 2008. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1. Acceso en: 17 ago. 2024.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución. **La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución**, 1948. Online. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. Acceso en: 30 ago. 2024.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo 2008**: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, 2008. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf. Acceso en: 30 ago. 2024.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. **Declaración de Alma-Ata**, 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>. Acceso en: 30 ago. 2024.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. Determinantes sociales de la salud. **Pan American Health Organization**, 2009. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>. Acceso en: 17 ago. 2024.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. **Expertos de la OPS, la OCDE y el Banco Mundial discuten acciones para construir sistemas de salud más resilientes para mejorar la preparación y respuesta contra futuras pandemias**, 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/18-6-2021-expertos-ops-ocde-banco-mundial-discuten-acciones-para-construir-sistemas-salud>. Acceso en: 30 ago. 2024.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe. **Pan American Health Organization**, 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58239>. Acceso en: 25 ago. 2024.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. Organización Mundial de la Salud. **Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe**. OPS: Washington, D.C: 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34947/9789275320006_spa.pdf. Acceso en: 30 ago. 2024.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. **Portal de indicadores básicos**, [20-]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>. Acceso en: 4 sept. 2024.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. **Salud en las Américas**. Washington, D.C.: OPS, 2007. 482 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3009/salud-americas-2007-vol-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 30 ago. 2024.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Informes Anuales – Annual Reports**, 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56366>. Acceso en: 30 ago. 2024.
- PNUD. **Objetivo 3**: Salud y Bienestar, 2015. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>. Acceso en: 30 ago. 2024.
- SWISSINFO.CH. **FMI advierte sobre impacto en Latinoamérica de bajada precios materias primas**, 2023a. Online. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/fmi-advierte-sobre-impacto-en-latinoam%C3%A9rica-de-bajada-precios-materias-primas/48246366>. Acceso en: 30 ago. 2024.
- SWISSINFO.CH. **FMI sube dos décimas su previsión de crecimiento global para 2023**, hasta 2,9%, 2023b. Online. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/fmi-sube-dos-d%C3%A9cimas-su-previsi%C3%B3n-de-crecimiento-global-para-2023-hasta-2-9/48246138>. Acceso en: 30 ago. 2024.

MARCO CONSTITUCIONAL PARA LA GARANTÍA E IMPLEMENTACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA: LOS CASOS DE ARGENTINA, BRASIL, CHILE, COLOMBIA, MÉXICO Y PERÚ

Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari

Resumen

La consistencia del entendimiento de que la asignación de recursos a la salud debe ser considerada una inversión social, y no solo un gasto financiero, resulta de la progresiva consolidación de los derechos humanos como directriz básica para la organización y funcionamiento de la sociedad mundial, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial. Esta orientación adquirió con el tiempo una sólida y amplia base jurídica, materializándose en normas de derecho internacional, pero también en el derecho interno de los países, incluso a partir de las respectivas Constituciones. Incluido en la lista de los derechos humanos fundamentales, el derecho a la salud no escapa a esta regla general, contando con el apoyo de un marco legal fuertemente estructurado, como se puede inferir del conjunto de informaciones y textos jurídicos identificados y recopilados en este artículo. Como consecuencia de la afirmación del *derecho a la salud*, este marco legal también se presta, a nivel internacional e interno de los países, al establecimiento de mecanismos legalmente constituidos para la institución y regulación de los servicios de salud, públicos y privados, en un enfoque específico presente en el campo del derecho administrativo, el *derecho de la salud o derecho sanitario*. El tratamiento jurídico de los asuntos de salud es así una expresión concreta de la conformación de un orden jurídico global, en el que el derecho internacional y el derecho interno de los países evolucionan hacia una fuerte aproximación, influyéndose mutuamente y posibilitando la vigencia de las normas y políticas públicas estrechamente alineadas.

1. Introducción

La regulación jurídica del derecho humano a la salud y la adopción de medidas para hacer efectivo este derecho es un fenómeno del siglo XX. La implementación de los marcos jurídicos se produjo, simultáneamente y con influencia recíproca, en el derecho internacional y en

el derecho de los países, incluso, en este segundo plano, mediante la orientación en el derecho constitucional. Esta dinámica es particularmente visible en América Latina, cuyo derecho constitucional, desde mediados del siglo pasado, se ha visto fuertemente impactado por las normas de derechos humanos establecidas internacionalmente.

Este marco legal implica, tanto a nivel internacional como a nivel de derecho nacional, dos perspectivas diferentes, pero complementarias. Por un lado, el reconocimiento del derecho a la salud como derecho humano fundamental, en un enfoque propio del ámbito específico de los derechos humanos (*derecho a la salud*). Y, por otro lado, como consecuencia natural, la institución de los mecanismos legalmente establecidos para la institución y regulación de los servicios de salud públicos y privados, enfoque relacionado con el campo del derecho administrativo (*derecho de la salud o derecho sanitario*).

La creciente y acelerada densificación del marco normativo en materia de salud —en estas dos perspectivas, la de los derechos humanos y la del derecho administrativo— está en la raíz de la progresiva identificación del gasto en salud como una inversión destinada al desarrollo. Ello teniendo en cuenta el entendimiento consolidado de que la noción de desarrollo incluye no solo el crecimiento económico de los países, sino también y principalmente la provisión de las condiciones necesarias para la promoción efectiva del bienestar social, incluso en lo que se refiere a la salud de la población. Esta comprensión de la noción de desarrollo, a su vez, es el resultado precisamente de la adopción de los derechos humanos como paradigma orientador de la gobernanza global y estatal, así como de la estructura jurídica correspondiente.

El examen de la tendencia aquí identificada, de entender el gasto en salud como una inversión, se hará, en este artículo, a través de un relevamiento del marco jurídico asociado a esta tendencia, y que la sustenta. Inicialmente, se considerarán los parámetros normativos básicos que ofrece el derecho internacional, y luego se verificarán las directrices de esta naturaleza presentes en el derecho interno de los seis países latinoamericanos seleccionados para este estudio, específicamente en sus Constituciones: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú.

2. La protección de la salud en el derecho internacional

Existe una tendencia innegable hacia la integración del derecho en un orden jurídico que, bajo la guía del derecho internacional y basado en los derechos humanos, adquiere un perfil universal. En términos de un orden jurídico que se universaliza a partir de los movimientos de integración y normalización, el ser humano es la unidad sistémica básica, y su condición jurídica

está dada precisamente por la titularidad de los derechos que le son inherentes, los derechos humanos, también llamados derechos fundamentales¹.

Como resultado de la evolución cuantitativa y cualitativa del cuerpo normativo del derecho internacional verificada a lo largo del siglo XX, con la incorporación de temas socialmente relevantes, los derechos humanos, ya objeto de un tratamiento sistemático en los derechos nacionales desde al menos el siglo XVIII, pasaron a ser también objeto de esta normatividad internacional. Así, el derecho internacional de los derechos humanos tiene el estatus de especialidad del derecho internacional —junto con otras especialidades, como el derecho económico internacional y el derecho ambiental internacional, por ejemplo—, pero también tiene el estatus de fundamento del propio derecho internacional y del orden jurídico global.

Tras la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)² en 1945, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*³, aprobada por la Asamblea General de ese organismo internacional en 1948, constituye un hito esencial en la disciplina internacional de los derechos humanos. Con antecedentes ya presentes en el funcionamiento y estructura de la Sociedad de las Naciones— establecida en 1919 y que existió hasta la entrada en actividad de la ONU, que la sucedió—, e incluso antes, este campo del derecho internacional ha tenido una rápida y sustancial expansión desde entonces, conformándose sobre la base de un robusto conjunto de tratados y organismos internacionales para monitorear y controlar el desempeño de los países en materia de derechos humanos, incluidos tribunales judiciales. Además de esta progresiva solidificación de estructuras específicas, el derecho internacional de los derechos humanos ha sido adoptado significativamente como parámetro de regulación de la materia por los derechos nacionales, generando así un claro escenario de uniformidad.

En este contexto de construcción del derecho internacional de los derechos humanos, el tema de la salud —y, más específicamente, el *derecho a la salud*— ocupa un espacio relevante. Ya con motivo de su aprobación, en 1948, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, habiendo enumerado una lista de derechos fundamentales extensivos a todos los individuos, con el propósito explícito de dotarlos de sentido común y promover su efectividad, incluyó en

¹ En la doctrina de los derechos humanos no hay consenso en cuanto a la terminología utilizada, y muchos autores distinguen lo que serían los derechos fundamentales utilizando diferentes argumentos y criterios. Sin entrar en este debate, cabe señalar que, en este artículo, las expresiones *derechos humanos* y *derechos fundamentales* se emplean con el mismo significado.

² El 26 de junio de 1945, la Conferencia de San Francisco adoptó la Carta de las Naciones Unidas, el tratado fundacional de la ONU. Los países cubiertos por este estudio han sido parte de la organización desde sus inicios.

³ La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* fue aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948, mediante Resolución No. 217-A. La fecha fue adoptada en todo el mundo para conmemorar los derechos humanos anualmente. Si bien la *Declaración Universal* no constituyó un tratado o resolución vinculante —por lo tanto, no obligaba formalmente a los países—, sus disposiciones aseguradoras de derechos fundamentales, dada la influencia que tuvieron en la estructuración de los sistemas nacionales e internacionales de protección de los derechos humanos, pasaron a ser consideradas como expresión de la costumbre internacional y elevadas a la categoría de principios de derecho internacional, adquiriendo así la condición de normas imperativas, de obligado cumplimiento.

dicha lista el derecho a la salud. La *Declaración Universal* resultó de la centralidad atribuida por la Carta de las Naciones Unidas a los derechos humanos y se sustentó en la construcción jurídica ya consolidada en el derecho de algunos países, basada en tradiciones liberales y de bienestar social. A lo largo de 30 artículos, este documento elaborado en 1948 enumera y resume el conjunto de derechos humanos fundamentales, con el artículo 25 contemplando expresamente el derecho a la salud:

Artículo 25

1. *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*

2. *La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social (Naciones Unidas, 1948, online).*

Estas disposiciones, así como el conjunto de preceptos de la *Declaración Universal*, comenzaron a servir de referencia para la formulación de normas análogas de los tratados y de la legislación de los países, en la forma prevista en el preámbulo del propio documento, que destaca, en relación con los derechos y libertades allí consagrados, el propósito de promover, “[...] mediante [...] medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos [...]” (Naciones Unidas, 1948, online). Así sucedió. En un tiempo histórico muy rápido —menos de 50 años—, se estructuró el sistema global de protección de los derechos humanos, así como los sistemas internacionales regionales, con énfasis en los de Europa y las Américas. Y, en el ámbito interno de los países, la legislación respectiva pasó a reproducir, en ámbito constitucional, el listado de derechos de la *Declaración Universal*.

En términos de derecho internacional, los documentos que, de manera más amplia, continuaron la dinámica iniciada con la *Declaración Universal* son los dos tratados de derechos humanos aprobados por la Asamblea General de la ONU en 1966: el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. A diferencia de la *Declaración Universal*, que nació formalmente como un documento no obligatorio, los *Pactos* fueron adoptados y propuestos por la Asamblea General a los países con naturaleza jurídica de tratado, destinados a establecer normas vinculantes, con el fin de dar consistencia al naciente sistema mundial de protección de los derechos humanos. Dependían,

por tanto, de la ratificación o adhesión de los países para que entraran en vigor en sus respectivos territorios. Actualmente, son reconocidos por casi todos los países del mundo, incluidos los que constituyen el objeto de este estudio, los cuales constituyen Estados Partes de los tratados.

El *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* se orienta a un tratamiento más detallado de los llamados derechos humanos de primera generación, afirmados en las revoluciones liberales de los siglos XVII y XVIII y enunciados en la parte inicial de la *Declaración Universal* de 1948. El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* ya pretende detallar los llamados derechos humanos de segunda generación, consagrados en las revoluciones sociales de principios del siglo XX y que están presentes en la parte final de la *Declaración Universal*. Si bien no ha sido desconocido en ninguno de estos procesos históricos y no ha estado ausente de la lista de derechos fundamentales buscados, el tema de la salud —y, más precisamente, el derecho a la salud— fue objeto de un abordaje más concentrado en el cuerpo del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. El artículo 12 trata sobre el derecho a la salud, profundizando los lineamientos inscritos en el artículo 25 de la *Declaración Universal* de 1948:

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (Naciones Unidas, 1996, p. 5).

Aún en cuanto a la consolidación normativa de los derechos fundamentales establecidos en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, hubo, como ya se mencionó, la progresiva estructuración de sistemas regionales de protección de los derechos humanos, con énfasis en el advenimiento del sistema europeo y del sistema interamericano. Haciendo referencia a la primacía de la *Declaración Universal* de 1948, el 4 de noviembre de 1950 se adoptó el *Convenio Europeo de Derechos Humanos*.

En las Américas, la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* fue aprobada también en 1948, simultáneamente a la adopción de la *Carta de la Organización de los*

Estados Americanos (OEA) y pocos meses antes que la *Declaración Universal*, que tuvo inspiración fundamentalmente en el documento de la ONU, y se encontraba en las etapas finales del proceso de su elaboración, iniciado en 1946. Dos décadas después, en 1969, una conferencia especializada redactó un tratado, la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, también conocida como *Pacto de San José de Costa Rica*, haciendo referencia a la capital de Costa Rica, lugar de su adopción⁴. Centrado en los derechos civiles y políticos, el *Pacto de San José de Costa Rica* fue complementado en 1988 por otro tratado, el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, identificado como *Protocolo de San Salvador*, ya que fue adoptado en la capital de El Salvador⁵. Aunque con un paréntesis de casi veinte años, en el sistema interamericano se repitió la dualidad de tratados presentes en el sistema de la ONU, aludiendo el segundo de ellos a los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud.

En 1948, la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* contempló el derecho a la salud en su artículo XI:

Artículo XI – Derecho a la preservación de la salud y al bienestar

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad (Organización de los Estados Americanos, 1948, online).

De manera similar a la conexión entre la *Declaración Universal* y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, y como derivación del artículo XI de la *Declaración Americana*, el *Protocolo de San Salvador* reafirmó y detalló, en 1988 y para el ámbito de las Américas, la efectividad de los derechos fundamentales en materia de salud, haciéndolo específicamente a través del artículo 10:

Artículo 10 – Derecho a la Salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

⁴ Los países objeto de este estudio son Estados Partes del *Pacto de San José de Costa Rica*.

⁵ El *Protocolo de San Salvador* también tiene como Estados Partes a los países objeto de este estudio.

- a. *la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*
- b. *la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
- c. *la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*
- d. *la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*
- e. *la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y*
- f. *la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (Organización de los Estados Americanos, 1988, online).*

La densificación del derecho internacional de los derechos humanos —y, en su ámbito, la consolidación de la garantía del derecho fundamental a la salud, que tiene, en los dispositivos normativos internacionales aquí enumerados, ejemplos elocuentes— se viene materializando desde el final de la Segunda Guerra Mundial, a través de un amplia gama de declaraciones, tratados y actos normativos de organismos internacionales. Además de esta dimensión normativa, existen otros dos fenómenos que contribuyen significativamente a dar efectividad a los lineamientos consagrados en el derecho internacional: *la institución de mecanismos internacionales de seguimiento y vigilancia de la aplicación de las normas y la presencia de estos lineamientos en el derecho interno de los países.*

Con relación al primer fenómeno, *en el ámbito del derecho internacional se han establecido diversas estructuras con el objetivo de promover y hacer cumplir los derechos humanos.* Organizaciones internacionales de alcance amplio han instituido órganos internos para este fin. Muchos de los tratados de derechos humanos prevén reuniones periódicas de representantes de los países que son Estados Partes y cuentan con comités que ejercen una función de supervisión. En Europa y las Américas, hubo incluso la creación de tribunales judiciales especialmente dedicados al juzgamiento de denuncias de violación de derechos fundamentales: la Corte Europea de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, este segundo tribunal en el contexto de un sistema que incluye otro órgano de vigilancia muy activo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

En lo que respecta específicamente a la garantía del derecho a la salud, además de la cobertura que ofrece esta red para la promoción de los derechos humanos en general, se crearon entidades especializadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo internacional autónomo, pero integrado en el sistema de la ONU, ocupa un lugar destacado en este contexto. Teniendo como antecedente un pequeño organismo interno de la Sociedad de las Naciones, la OMS

fue establecida en 1948, el mismo año de aprobación de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, en el proceso de fortalecimiento del multilateralismo y los mecanismos de integración y gobernanza internacional que siguió a la Segunda Guerra Mundial. La organización desempeña un papel clave en la consolidación y difusión de las orientaciones de salud, en el contexto del *derecho de la salud*. En el espacio geográfico de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) precede a la OMS —habiendo nacido en 1902—, pero empezó a desempeñar un papel más efectivo precisamente con el advenimiento de la organización mundial, de la que se convirtió en la oficina regional para el continente americano. Estos dos organismos internacionales, junto con otros de distintas regiones del planeta, han contribuido de manera decisiva a inducir la producción de normas y fortalecer la promoción de políticas públicas en materia de salud.

Esta estructura especializada incluso hizo posible que, en 2015, al establecer los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Asamblea General de la ONU dedicara uno de ellos al tema de la salud —el de número 3: *Salud y Bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*—, estableciendo un conjunto de metas a alcanzar en el planeta al 2030. Esto creó un referente internacional para el diseño de políticas públicas dirigidas a proteger y promover la salud de la población mundial. El ODS 3 y las metas respectivas se estipularon de la siguiente manera:

Objetivo 3 – Salud y Bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.3. Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3.6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

3.b. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

3.c. Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

3.d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial (Naciones Unidas, 2015, online).

Paralelamente a este movimiento para establecer mecanismos internacionales de seguimiento y supervisión de la aplicación de las normas, el segundo fenómeno que ayuda a explicar el rápido avance en la adopción del derecho a la salud y el conjunto de los derechos humanos como referente de la civilización contemporánea es *la incorporación, en el derecho interno de los países, de preceptos jurídicos internacionales que garantizan derechos fundamentales*. Esto se debe a dos movimientos. Por un lado, por el entendimiento progresivo de que las normas de los tratados de derechos humanos se incorporan al ordenamiento jurídico de los respectivos Estados Partes. Por otro lado, debido a la reproducción, en la legislación de los países, de disposiciones del derecho internacional, muchas veces literalmente.

Y los países examinados en este estudio no son excepción en el escenario global, como se examinará a continuación, recuperando elementos del marco legal de cada uno de ellos, principalmente disposiciones de las respectivas Constituciones.

3. La protección de la salud en el derecho de los países

En el escenario descrito en la parte anterior, que apunta a la formación de un orden jurídico global, en el que el derecho internacional y el derecho interno de los países evolucionan hacia una fuerte aproximación, estas dos dimensiones normativas se influyen mutuamente. Es así como el constitucionalismo de las tradiciones liberales y sociales ayudó a conformar un derecho internacional basado en la primacía de los derechos humanos, el cual, a su vez, influyó e influye en el proceso continuo de actualización constitucional en todos los países.

En América Latina esta situación no fue diferente, con una realidad jurídica de imbricación entre el derecho internacional y el derecho constitucional de los países de la región, relación marcadamente guiada por la convergencia en la adopción de normas protectoras de los derechos humanos. Los seis países examinados en este estudio —Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú— no escapan a esta regla, y el marco jurídico que presentan para la protección de la salud y la regulación de servicios de esta naturaleza refleja y, al mismo tiempo, influye en el derecho internacional sobre la materia.

A continuación, usando el orden alfabético de los nombres de los seis países, se reproducirán las disposiciones de las respectivas Constituciones que se relacionan directamente con el tratamiento jurídico en materia de salud⁶.

(a) Argentina

La Constitución de la Nación Argentina fue sancionada por el Congreso General Constituyente el 1º de mayo de 1853, siguiéndose las reformas de 1866, 1898, 1957 y 1994. En su forma actual, la Constitución contiene una disposición genérica sobre derechos sociales, que incluye la protección de la salud, pero también otorga expresamente rango constitucional a los tratados de derechos humanos mencionados en la parte anterior de este estudio:

Primera Parte

[...]

Capítulo Segundo – Nuevos Derechos y Garantías

⁶ Los textos constitucionales reproducidos eran los vigentes en 15.07.2023.

[...]

Artículo 42 – Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno.

Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control.

[...]

Capítulo Cuarto – Atribuciones del Congreso

Artículo 75 – Corresponde al Congreso:

[...]

22 – Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso, por el Poder Ejecutivo Nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara.

Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional (Argentina, 1995, online).

(b) Brasil

La Constitución de la República Federativa de Brasil fue promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente el 5 de octubre de 1988. Desde esa fecha, el Congreso Nacional ha aprobado una gran cantidad de reformas constitucionales, varias de ellas relacionadas con dispositivos en el área de salud, que se identifican en el texto.

En comparación con los demás textos constitucionales examinados en este estudio, la Constitución brasileña tiene una particularidad muy importante, ya que, además de consagrar el derecho a la salud como derecho fundamental, contiene un extenso conjunto de disposiciones que tienen como objetivo implementar esta protección, conteniendo directivas administrativas sobre el *derecho de la salud*:

Título II – De los derechos y garantías fundamentales

[...]

Capítulo II – De los Derechos Sociales

Artículo 6. Son derechos sociales: la educación, la salud, la alimentación, el trabajo, la vivienda, el transporte, la recreación, la seguridad, la previsión social, la protección a la maternidad y la infancia, la asistencia a las personas desamparadas, de conformidad con esta Constitución. (Modificado por la EC 90/2015)

[...]

Título VIII – Del Orden Social

Capítulo I – Disposición General

Artículo 193. El orden social tiene como base la primacía del trabajo, y como objetivo el bienestar y la justicia social.

[...]

Capítulo II – De la Seguridad Social

Sección I – Disposiciones Generales

Artículo 194. La seguridad social comprende un conjunto integrado de acciones de iniciativa de los Poderes Públicos y de la sociedad, destinadas a asegurar los derechos relacionados con la salud, la previsión y la asistencia social.

Párrafo único – Corresponde al Poder Público, de conformidad con la ley, organizar la seguridad social con base en los siguientes objetivos:

I – la universalidad de la cobertura y de la atención;

II – la uniformidad y equivalencia de los beneficios y servicios para las poblaciones urbanas y rurales;

III – la selectividad y la distribución en la prestación de los beneficios y servicios;

IV – la irreductibilidad del valor de los beneficios;
V – la equidad en la forma de participación en los gastos de funcionamiento;
VI – la diversidad de la base de financiación, identificando en rúbricas contables específicas para cada área, los ingresos y gastos relacionados con las acciones de salud, previsión y asistencia social, preservando la naturaleza contributiva de la previsión social; (Modificado por la EC 103/2019)

VII – el carácter democrático y descentralizado de la administración, mediante la gestión cuadripartita, con la participación de los trabajadores, empleadores, jubilados y el Gobierno en los órganos colegiados. (Modificado por la EC 20/1998)

Artículo 195. La seguridad social será financiada por toda la sociedad, de forma directa e indirecta, en los términos establecidos por la ley, mediante recursos provenientes de los presupuestos de la Unión, de los estados, del Distrito Federal y de los municipios, y de las siguientes contribuciones sociales:

I – de los empleadores, las empresas y las entidades equiparadas a estas de conformidad con lo establecido por la ley, con incidencia sobre: (Modificado por la EC 20/1998)

a) la nómina salarial y otros ingresos del trabajo pagados o acreditados, por cualquier título, a una persona física que presta servicios, incluso sin vínculo laboral; (Incorporada por la EC 20/1998)

b) los ingresos o la facturación; (Incorporada por la EC 20/1998)

c) las ganancias; (Incorporada por la EC 20/1998)

II – de los trabajadores y de los demás asegurados de la previsión social, y se podrán establecer alícuotas progresivas de acuerdo con el monto del salario de contribución, sin gravar las contribuciones sobre la jubilación y pensión otorgadas por el Régimen General de la Previsión Social; (Modificado por la EC 103/2019)

III – sobre los ingresos de los concursos de pronósticos;

IV – de los importadores de bienes o servicios del exterior, o de aquellos equiparados a estos por la ley; (Incorporado por la EC 42/2003)

[...]

Párrafo 1. Los ingresos de los estados, del Distrito Federal y de los municipios destinados a la seguridad social se incluirán en los respectivos presupuestos, no formando parte del presupuesto de la Unión.

Párrafo 2. La propuesta de presupuesto de la seguridad social se elaborará de manera integrada por parte de los órganos responsables de la salud, la previsión y la asistencia sociales, tomando en cuenta las metas y prioridades establecidas en la ley de directrices presupuestarias, garantizando la gestión de sus respectivos recursos a cada área.

Párrafo 3. La persona jurídica en deuda con el sistema de seguridad social, según lo establecido por la ley, no podrá celebrar contratos con el Poder Público ni recibir beneficios o incentivos fiscales o de crédito.

Párrafo 4. La ley podrá establecer otras fuentes para garantizar el mantenimiento o la expansión de la seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 154, I.

Párrafo 5. No se podrá crear, aumentar o ampliar ningún beneficio o servicio de la seguridad social sin la fuente de financiamiento total correspondiente.

Párrafo 6. Las contribuciones sociales a que se refiere este artículo solo podrán exigirse después de que haya transcurrido el plazo de noventa días contados desde la fecha de publicación de la ley que las hubiere instituido o modificado, siendo inaplicable lo dispuesto en el artículo 150, III, b.

Párrafo 7. Las entidades de beneficencia de asistencia social que cumplan con los requisitos establecidos por ley estarán exentas de las contribuciones a la seguridad social.

Párrafo 8. El productor, el mediero, el aparcerero, y el arrendatario rural y el pescador artesanal, así como sus respectivos cónyuges que ejerzan sus actividades en régimen de economía familiar, sin empleados permanentes, contribuirán a la seguridad social mediante la aplicación de una alícuota sobre el resultado de la comercialización de la producción y tendrán derecho a los beneficios de conformidad con la ley. (Modificado por la EC 20/1998)

Párrafo 9. Las contribuciones sociales previstas en el apartado I del enunciado de este artículo podrán tener alícuotas diferenciadas basadas en la actividad económica, el uso intensivo de mano de obra, el tamaño de la empresa o la condición estructural del mercado de trabajo, también se permite la adopción de bases gravables diferenciadas, pero únicamente en el caso de las letras b y c del apartado I del enunciado de este artículo. (Modificado por la EC 103/2019)

Párrafo 10. La ley definirá los criterios para la transferencia de recursos al sistema único de salud y las acciones de asistencia social de la Unión a los estados, el Distrito Federal y los municipios, y de los estados a los municipios, observando la contrapartida de recursos respectiva. (Incorporado por la EC 20/1998)

Párrafo 11. Quedan prohibidas la concesión de moratoria y el pago a plazos que exceda los 60 (sesenta) meses, y de conformidad con la ley complementaria, la remisión y la amnistía de las contribuciones sociales a las que se refieren la letra a del apartado I y el apartado II del enunciado de este artículo. (Modificado por la EC 103/2019)

Párrafo 12. La ley definirá los sectores de actividad económica para los cuales las contribuciones gravables, de conformidad con lo dispuesto en los apartados I, b; y IV del enunciado de este artículo, serán no acumulativas. (Incorporado por la EC 43/2003)

Párrafo 13. (Derogado por la EC 103/2019)

Párrafo 14. Para calcular el período de cotización de un asegurado del Régimen General de Previsión Social únicamente se computarán los meses cotizados, cuyo importe de cotización sea igual o mayor que la cotización mínima mensual requerida para su categoría profesional, se permitirá la agrupación de cotizaciones. (Incorporado por la EC 103/2019) [...]

Sección II – De la Salud

Artículo 196. La salud es un derecho de todos y un deber del Estado que ha de ser garantizado mediante la estructuración de políticas sociales y económicas destinadas a reducir el riesgo de padecer enfermedades y otras contingencias, así como el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

Artículo 197. Son de relevancia pública las acciones y servicios de salud, correspondiendo al Poder Público disponer, en los términos que establezca la ley, sobre su reglamentación, fiscalización y control, debiendo su ejecución realizarse directamente o a través de terceros y, así mismo, por persona física o jurídica de derecho privado.

Artículo 198. Las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices:

- I – la descentralización, cuenta con una única dirección en cada esfera de gobierno;*
- II – la atención integral, con prioridad para actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales;*
- III – la participación de la comunidad.*

Párrafo 1. El sistema único de salud será financiado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 195, con recursos del presupuesto de la seguridad social, de la Unión, de los estados, del Distrito Federal y de los municipios, además de otras fuentes. (Párrafo único reenumerado como párrafo 1 por la EC 29/2000)

Párrafo 2. La Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios aplicarán anualmente en acciones y servicios públicos de salud recursos mínimos procedentes de la asignación de porcentajes calculados sobre: (Incorporado por la EC 29/2000)

- I – en el caso de la Unión, el ingreso corriente neto del respectivo ejercicio financiero no puede ser inferior al 15% (quince por ciento); (Modificado por la EC 86/2015)*
- II – en el caso de los estados y del Distrito Federal, el producto de los impuestos a que se refieren los artículos 155 y 156-A y los recursos a que se refieren los artículos 157 y 159, I, letra "a", y II, deducidas de las cuotas transferidas a los respectivos municipios; (Modificado por la EC 132/2023)*

III – en el caso de los municipios y del Distrito Federal, el producto de los impuestos a que se refieren los artículos 156 y 156-A y los recursos a que se refieren los artículos 158 y 159, I, letra I “b”, y párrafo 3. (Modificado por la EC 132/2023)

Párrafo 3. La ley complementaria, que se reevaluará al menos cada cinco años, establecerá: (Incorporado por la EC 29/2000)

I – el porcentaje a que se refieren los apartados II y III del párrafo 2; (Modificado por la EC 86/2015)

II – los criterios de prorrateo de los recursos de la Unión relacionados con la salud destinados a los estados, al Distrito Federal y a los municipios, y de los estados destinados a sus respectivos municipios, con el objetivo de reducir progresivamente las disparidades regionales; (Incorporado por la EC 29/2000)

III – las normas de fiscalización, evaluación y control de los gastos en salud en las esferas federal, estatal, distrital y municipal. (Incorporado por la EC n. 29/2000)

IV – (Derogado) (Modificado por la EC 86/2015)

Párrafo 4. Los gestores locales del sistema único de salud podrán admitir agentes de salud comunitaria y agentes de control endémico por medio de un proceso de selección pública, según la naturaleza y complejidad de sus funciones y requisitos específicos para su desempeño. (Incorporado por la EC 51/2006)

Párrafo 5. La ley federal establecerá reglas sobre el régimen jurídico, el salario base profesional nacional, las directrices para los planes de carrera y la reglamentación de las actividades de los agentes de salud comunitaria y agentes de control endémico, correspondiendo a la Unión, de conformidad con la ley, prestar asistencia financiera complementaria a los estados, al Distrito Federal y a los municipios, para el cumplimiento de dicho salario base. (Modificado por la EC 63/2010)

Párrafo 6. Además de los supuestos previstos en el párrafo 1 del artículo 41 y en el párrafo 4 del artículo 169 de la Constitución Federal, los funcionarios que ejerzan funciones equivalentes a las de agente de salud comunitaria o de agente de control endémico podrán perder el cargo en caso de incumplimiento de los requisitos específicos, fijados por la ley, para su ejercicio. (Incorporado por la EC 51/2006)

[...]

Artículo 199. La iniciativa privada tiene libertad para prestar servicios de salud.

Párrafo 1. Las instituciones privadas podrán participar de manera complementaria en el sistema único de salud, de acuerdo con sus directrices, mediante un contrato de derecho público o un convenio, dando preferencia a las entidades filantrópicas y a las entidades sin ánimo de lucro.

Párrafo 2. Se prohíbe la asignación de recursos públicos para ayudas o subvenciones a las instituciones privadas con fines de lucro.

Párrafo 3. Se prohíbe la participación directa o indirecta de empresas o capitales extranjeros en la asistencia a la salud en el País, salvo en los casos previstos por la ley.

Párrafo 4. La ley establecerá reglas sobre las condiciones y los requisitos que faciliten la extracción de órganos, tejidos y sustancias humanas para trasplante, investigación y tratamiento, así como la colecta, procesamiento y transfusión de sangre y sus derivados, quedando prohibido todo tipo de comercialización.

Artículo 200. Corresponde al sistema único de salud, además de otras funciones, de conformidad con lo establecido por la ley:

I – controlar y fiscalizar procedimientos, productos y sustancias de interés para la salud y participar en la producción de medicamentos, equipos, inmunobiológicos, hemoderivados y otros insumos;

II – llevar a cabo acciones de vigilancia sanitaria y epidemiológica, así como cuidar la salud de los trabajadores;

III – organizar la formación de recursos humanos en el área de salud;

IV – participar en la formulación de políticas y en la implementación de acciones de saneamiento básico;

V – incrementar en su área de actividad el desarrollo científico y tecnológico y la innovación; (Modificado por la EC 85/2015)

VI – fiscalizar e inspeccionar los alimentos, incluyendo el control de su contenido nutricional, así como las bebidas y el agua para el consumo humano;

VII – participar en el control y la fiscalización de la producción, transporte, almacenamiento y uso de sustancias y productos psicoactivos, tóxicos y radiactivos;

VIII – colaborar en la protección del medio ambiente incluyendo el ámbito laboral (Brasil, 1988, p. 15 y sig.).

(c) Chile

La Constitución Política de la República de Chile fue decretada el 21 de octubre de 1980, recibiendo sucesivas modificaciones. Em 2005, su texto fue refundido, coordinado y sistematizado mediante el Decreto Supremo 100. El texto constitucional chileno consagra expresamente el derecho a la salud:

Capítulo III – De los Derechos y Deberes Constitucionales

Artículo 19 – La Constitución asegura a todas las personas:

[...]

9°. – El derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado (Chile, 2005, p. 6 y sig.).

(d) Colombia

La Constitución Política de la República de Colombia de 1991 fue promulgada el 4 de julio, y tuvo una segunda edición corregida en el 20 de julio del mismo año. La Constitución ha sido enmendada algunas veces. Una reforma realizada en 2009 incluyó expresamente en el texto constitucional mención al derecho a la salud y lineamientos para su implementación:

Título II – De los Derechos, las Garantías y los Deberes

[...]

Capítulo 2 – De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales

[...]

Artículo 49

Acto Legislativo No. 02 de 2009, artículo 1°. El artículo 49 de la Constitución Política quedará así:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Asimismo,

establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Asimismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos (Colombia, 2015, p. 15 y sig.).

(e) México

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos fue promulgada el 5 de febrero de 1917, recibiendo varias modificaciones posteriores. Es considerado el primer texto constitucional en el mundo que incluye disposiciones sobre derechos sociales, siendo un precursor de la paradigmática Constitución alemana de 1919 (Constitución de Weimar). Las disposiciones específicas de la Constitución de México materia de salud surgen de una introducción realizada en 1983 y actualizada en 2024:

Título Primero

Capítulo I – De los Derechos Humanos y sus Garantías

[...]

Artículo 4º. – La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

[...]

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.
(Párrafo adicionado DOF 03-02-1983. Reformado DOF 08-05-2020.) (México, 1917, p. 1-10).

(f) Perú

La Constitución Política del Perú fue promulgada el 29 de diciembre de 1993 y tuvo diversas modificaciones. En la misma línea que el constitucionalismo latinoamericano posterior a los regímenes dictatoriales del final del siglo pasado, el texto peruano apoya la afirmación de los derechos humanos y contempla específicamente el derecho a la salud:

Título I – De la Persona y de la Sociedad

Capítulo I – Derechos Fundamentales de la Persona

[...]

Capítulo II – De los Derechos Sociales y Económicos

[...]

Derecho a la salud. Protección al discapacitado

Artículo 7 – Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

[...]

Artículo 9 – El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10 – El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11 – El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz

funcionamiento. La ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado (Perú, 1993, online).

4. Consideraciones finales

La presentación del acervo normativo sistematizado en este estudio, tanto del derecho internacional como del derecho interno de los países examinados, revela, por un lado, la importancia que ha adquirido el tratamiento del tema salud en los documentos normativos internacionales y nacionales de carácter estructural, incluidos los tratados y las Constituciones. Y, por otro lado, su abordaje en un enfoque de derechos humanos.

Este hallazgo es extremadamente importante, ya que significativas consecuencias se derivan de esta realidad jurídica. En los países, la elevación del derecho a la salud a la categoría de derecho fundamental protegido constitucionalmente, bajo la inspiración del derecho internacional de los derechos humanos, otorga a todo el cuerpo normativo infraconstitucional en materia de salud un peso superior al de la legislación en su conjunto. Esto se refleja, por ejemplo, en la garantía de los recursos presupuestarios reservados por los parlamentos nacionales y subnacionales, así como en una mayor protección otorgada por el sistema de justicia de los países a la población necesitada de servicios de salud.

Entender el financiamiento de la salud no solo como un gasto, sino como una inversión social es resultado directo de la visión consagrada en el amplio marco jurídico expuesto en este estudio. Más que una mera formulación de carácter político o ideológico, esta comprensión es una consecuencia lógica de la prevalencia de principios y normas que han sido persistente e irreversiblemente incorporados al derecho durante los últimos cien años.

Por lo tanto, el examen realizado en los estudios que siguen a este —relacionados con la medición y evaluación del impacto social y económico de la legislación y las políticas públicas de salud en seis países latinoamericanos diferentes— se basa naturalmente, al verificar la consistencia de sus resultados, en los parámetros establecidos en el marco jurídico aquí identificado y descrito.

Referencias

ARGENTINA. Honorable Congreso de la Nación Argentina. *Constitución de la Nación Argentina*. Ley 24.430. [S. l.], 1995. Online. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804/texto>. Acceso en: 20 ago. 2024.

- BRASIL. [Constituição (1988)]. Supremo Tribunal Federal. Constitución de la República Federativa de Brasil. [S. l.], 1988. 317 p. Disponible en: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF_espanhol_web.pdf. Acceso en: 20 ago. 2024.
- CHILE. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Fija el texto refundido coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile. Decreto Supremo 100. Santiago, 2005. 66 p. Disponible en: https://proactiva.subdere.gov.cl/bitstream/handle/123456789/260/DECRETO_SUPREMO_100.PDF?sequence=1. Acceso en: 20 ago. 2024.
- COLOMBIA. Constitución Política de Colombia. [S. l.], 2015. 125 p. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>. Acceso en: 20 ago. 2024.
- MÉXICO. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México, 1917. 361 p. Disponible en: <https://aceproject.org/ero-en/regions/americas/MX/mexico-constitucion-2024/view>. Acceso en: 2 sept. 2024.
- NACIONES UNIDAS. La Declaración Universal de Derechos Humanos. Paris, 1948. Online. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acceso en: 19 ago. 2024.
- NACIONES UNIDAS. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Río de Janeiro, 2015. Online. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>. Acceso en: 20 ago. 2024.
- NACIONES UNIDAS. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [S. l.], 1966. 10 p. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf. Acceso en: 19 ago. 2024.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Bogotá, 1948. Online. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp>. Acceso en: 19 ago. 2024.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. Departamento de Derecho Internacional. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador". El Salvador, 1988. Online. Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>. Acceso en: 20 ago. 2024.
- PERÚ. Constitución Política del Perú. Lima, 1993. Disponible en: <https://juris.pe/blog/constitucion-politica-peru-actualizada/>. Acceso en: 2 sept. 2024.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN ARGENTINA

Daniela Carla Decaro Schettini

Resumen

Un país que no cuida la salud de su población no puede aspirar a un desarrollo económico sostenible. Este capítulo analiza el sistema de salud en Argentina, el cual está compuesto por un complejo sistema de subsectores, marcado por su alta fragmentación y desigualdad, además de ser altamente vulnerable a las condiciones económicas del país. Los desafíos del sistema se reflejan en sus indicadores: países latinoamericanos con gastos per cápita similares a los de Argentina logran mejores resultados en términos de tasas de mortalidad infantil y esperanza de vida, por ejemplo. El capítulo presenta brevemente la infraestructura de salud del país, así como las principales causas de muerte, destacando las desigualdades regionales y de género. Luego de definir la estructura del sistema de salud argentino, el artículo se centra en discutir su financiamiento y la asignación de gastos. La multiplicidad de instituciones y la falta de definiciones claras de reglas y responsabilidades encarecen el sistema, lo que, sumado a la heterogeneidad entre y dentro de los subsistemas, genera desafíos para la eficiencia, organización, equidad y sostenibilidad del sistema de salud argentino.

1. Salud como inversión

La búsqueda de un crecimiento y desarrollo económico y social sostenible es uno de los principales objetivos actuales de los países. Para generar riqueza a través de la producción de bienes y servicios, es necesario destinar recursos físicos y financieros, como el trabajo y el capital, principales factores de producción discutidos en el campo de la economía. Se entiende por trabajo el número de horas-trabajador necesarias para producir bienes y servicios. En consecuencia, la salud de los trabajadores desempeña un papel crucial en la ecuación del crecimiento económico.

Sin salud, los trabajadores subutilizan sus capacidades, ya que no utilizan eficazmente sus habilidades y conocimientos acumulados, adquiridos a través de la experiencia y la inversión en educación, para producir bienes y servicios. La mala salud de los trabajadores se traduce en días perdidos de trabajo, o en una reducción de su capacidad de producción, reduciendo los salarios y el consumo y, en consecuencia, el dinamismo económico. Las enfermedades también pueden fomentar la jubilación anticipada, generando pérdidas para la economía del país, retrasando el crecimiento económico y el logro de mejores niveles de vida. Para la empresa, la pérdida va más allá de la pérdida de productividad individual de sus trabajadores, ya que, en

promedio, la empresa debe contratar y capacitar a más de un trabajador para cada ocupación, con el fin de compensar las ausencias.

Por otro lado, las personas sanas tienden a ser más productivas, capaces de trabajar más horas y, como consecuencia, ganar salarios más altos, en comparación con las personas con mala salud (Frimpong, 2014). Los ciclos de vida más largos, que se esperan de personas más saludables, pueden alentarlos a invertir más en su propia educación, aumentando su productividad, y a ahorrar más, poniendo recursos a disposición para invertir en la economía (McKee; Suhrcke, 2010).

Estimaciones basadas en modelos de crecimiento de Barro y Sala-i-Martin (1995), Bloom *et al.* (1998) y Bhargava, Jamison y Murray (2001) sugieren que una mejora del 10% en la esperanza de vida al nacer se asocia con un aumento de 0,3 a 0,4 puntos porcentuales por año en el crecimiento económico, manteniendo constantes otros factores. Los autores encuentran que el nivel de salud también explica las diferencias en las tasas de crecimiento entre países.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) presenta algunas formas en que la salud influye en el desarrollo económico. En primer lugar, las enfermedades provocan la pérdida del bienestar económico de la población como resultado de la reducción de los ingresos del mercado, la longevidad y el bienestar psicológico causados por el dolor y el sufrimiento. La reducción de los ingresos de mercado se basa en el costo de los tratamientos médicos, la pérdida de ingresos generados por el trabajo no realizado cuando hay episodios de enfermedad, la pérdida de ingresos potenciales de los adultos que sufren consecuencias de enfermedades infantiles y la pérdida de ingresos futuros debido a la mortalidad temprana. Las consecuencias económicas de un episodio de enfermedad en una familia pobre, por ejemplo, en el sentido de que la familia debe liquidar sus bienes para hacer frente económicamente a la enfermedad, pueden hundir a los miembros de la familia en una pobreza persistente, incluso después de haber superado la enfermedad aguda.

Los episodios de enfermedades no mortales en las primeras etapas de la vida pueden tener efectos adversos a lo largo del ciclo vital de un individuo. La salud infantil está fuertemente asociada con los niveles educativos alcanzados, ya que las malas condiciones de salud influyen negativamente en el potencial cognitivo de los niños, su capacidad de concentración, su asistencia a la escuela y su capacidad para completar ciclos educativos. Las enfermedades en esta etapa del ciclo, así como la nutrición deficiente, impiden el desarrollo físico y cognitivo, reduciendo la productividad económica del adulto.

El estudio también sugiere que brindar un paquete de atención médica esencial a un costo anual de 30 a 40 dólares por persona genera beneficios económicos que superan el costo, ya sea a través de una menor reducción de la productividad, una mayor participación en el mercado laboral o mejores condiciones de salud reproductiva y familias más pequeñas que pueden brindar una mejor educación a menos niños.

En términos de administración pública, el presupuesto debe destinarse al tratamiento de los pacientes, lo que reduce los recursos disponibles para ser aplicados en otras áreas. Al ampliar la cobertura de los servicios de salud, incluidas las intervenciones específicas, no solo se salvan millones de vidas, sino que también se reduce la pobreza, se estimula el desarrollo económico y se promueve la seguridad global.

2. Estructura del sistema de salud

El sistema de salud argentino tiene una estructura descentralizada y mixta, entre prestadores públicos y privados, en la que los mecanismos de protección financiera están vinculados a la dinámica del mercado laboral. El Cuadro 1 resume la organización del sistema de salud en Argentina, con base en Belló; Becerril-Montekio, 2011.

El sector salud está fragmentado en tres subsectores: (i) público, que cubre el 35% de la población (cobertura pública exclusiva); (ii) de seguridad social (63% de la población), incluyendo Obras Sociales Nacionales (alrededor del 35% de la población), Obras Sociales Provinciales (16%), otras Obras Sociales (Fuerzas Armadas, Policía, Universidades Nacionales, Poder Judicial y Congreso) y el Programa de Asistencia Médica Integral (12%), que se refiere a la Obra Social de Jubilados y Pensionados; y (iii) privado, denominado medicina prepaga, que cubre al 14% de los argentinos¹.

Cuadro 1 – Organización del sistema de salud en Argentina

Subsector	Público	Seguridad social			Privado	
Comprador	Estado (Ministerio de Salud Nacional + las provincias + secretarías municipales de salud)	Obras Sociales Nacionales + Provinciales + obras sociales de ley especiales + INSSJP			Empresas de medicina prepaga	
Financiamiento	Impuestos (nacionales, provinciales y municipales) + facturación a terceros pagadores (reintegros)	Aporte de trabajadores	Contribuciones de empleadores	Reintegros + FSR	Individuos	Empresas
Prestadores	Hospitales públicos + centros de salud públicos	Clínicas privadas + otros privados + hospital público			Clínicas privadas + otros privados + hospital público	
Reguladores	Nación + Provincia + Municipios. COFESA	SSS + tribunales provinciales + AGN			SSS	
Usuarios	Cualquier persona	Trabajadores y sus beneficiarios + jubilados			Personas con capacidad de pago	

Fuente: Elaboración propia con base en Belló; Becerril-Montekio (2011)².

¹ Datos de 2017 (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019). Un porcentaje superior al 100% es porque no quedan excluidas las personas con cobertura simultánea en el sistema de seguridad social y las compañías de seguros y empresas de medicina prepaga.

² COFESA: Consejo Federal de Salud; INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; FSR: Fondo Solidario de Redistribución; AGN: Auditoría General de la Nación; SSS: Superintendencia de Servicios de Salud.

El subsector del seguro social es obligatorio para todos los trabajadores formales y se divide entre las Obras Sociales Nacionales (OSN), incluido el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP, también llamado Programa de Asistencia Médica Integral, PAMI); las Obras Sociales Provinciales (OSP, 24 entidades, una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que amparan a los funcionarios del sector público de su provincia; además de algunas obras sociales creadas por leyes especiales, tales como las Obras Sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, las Obras Sociales de las Universidades Nacionales y los Poderes Legislativo y Judicial. En total, según datos del Ministerio de Salud de Argentina, existen alrededor de 300 Obras.

Las Obras Sociales están relacionadas con gremios profesionales y funcionan como compañías de seguros, operando a través de contratos con proveedores privados (clínicas, sanatorios –tanto privados, en su mayoría, como públicos– y profesionales de la salud). Por ley, todos los empleados y empleadores registrados deben destinar un porcentaje de su salario a Obras Sociales, asegurando la cobertura médica para los empleados y sus familias. Según Findling, Arruñada y Klimovsky (2002), los servicios que recibe cada trabajador dependen de los recursos totales de la obra social a la que está afiliado.

Finalmente, además del subsector público y el subsector de seguridad social, el sistema de salud también cuenta con el subsector privado, siendo la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) la encargada de definir las garantías de los derechos del servicio, mientras que la cobertura, calidad y estructura de pago dependen de la capacidad contributiva de sus afiliados.

El sistema privado de salud estaba regulado por el Marco Regulatorio de Medicina Prepaga, que define a las entidades médicas privadas como Sociedades Comerciales, Obras Sociales con Planes Superadores o Complementarios³, Cooperativas, Mutualidades, Asociaciones Civiles y Fundaciones, estando obligadas a garantizar el beneficio mínimo definido en el Programa Médico Obligatorio (PMO). El subsector está compuesto por profesionales y establecimientos de salud, como clínicas y hospitales privados, que atienden a particulares y personas con seguro voluntario. El sistema incluye Empresas de Medicina Prepaga (EMP) o Sociedades Comerciales, que brindan servicios de seguros médicos, financiados con primas voluntarias pagadas por familias o empresas.

En 2021, la SSS contabilizó 55 Sociedades Comerciales (Swiss Medical, Galeno, Omint, Medicus, Paramedic, etc.), 51 Mutualidades (Sancor Salud, Federada Salud, etc.), 30 Obras Sociales con planes de membresía o superadores (OSDE y ACCORD), 17 Asociaciones Civiles (Medifé, Hospital Italiano, etc.), dos Cooperativas (ACA Salud, etc.) y tres Fundaciones (Fundación Médica Mar del Plata, etc.) (Oficina de Presupuesto del Congreso, 2021).

³ Las Obras Sociales pueden ofrecer a sus afiliados los planes superadores, que brindan servicios adicionales al Programa Médico Obligatorio (PMO) y generalmente son ofrecidos por entidades médicas privadas.

La estructura fragmentada de la salud argentina también se refleja en los pocos mecanismos de coordinación y redistribución que consideran el sistema como un todo. Incluso con capacidad y jurisdicción limitadas sobre el sector salud, el Ministerio de Salud de la Nación es la única institución que supervisa todo el sistema y que redistribuye los recursos, a través de programas nacionales como Plan Nacer/Programa Sumar, Incluir Salud, programa Proteger, Remediar-CUS-Medicamentos.

Sin embargo, existe un conjunto de órganos y comités que supervisan parte de este sistema. Por ejemplo, la SSS supervisa las OSN. El Consejo Federal de Salud (COFESA) actúa únicamente en la coordinación del sector público no contributivo (servicios de asistencia gratuita), mientras que el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) tiene la misma función para las OSP, que son reguladas por los tribunales provinciales. PAMI y otras Obras Sociales están reguladas por AGN-SIGEN (Auditoría General de la Nación – Sindicatura General de la Nación).

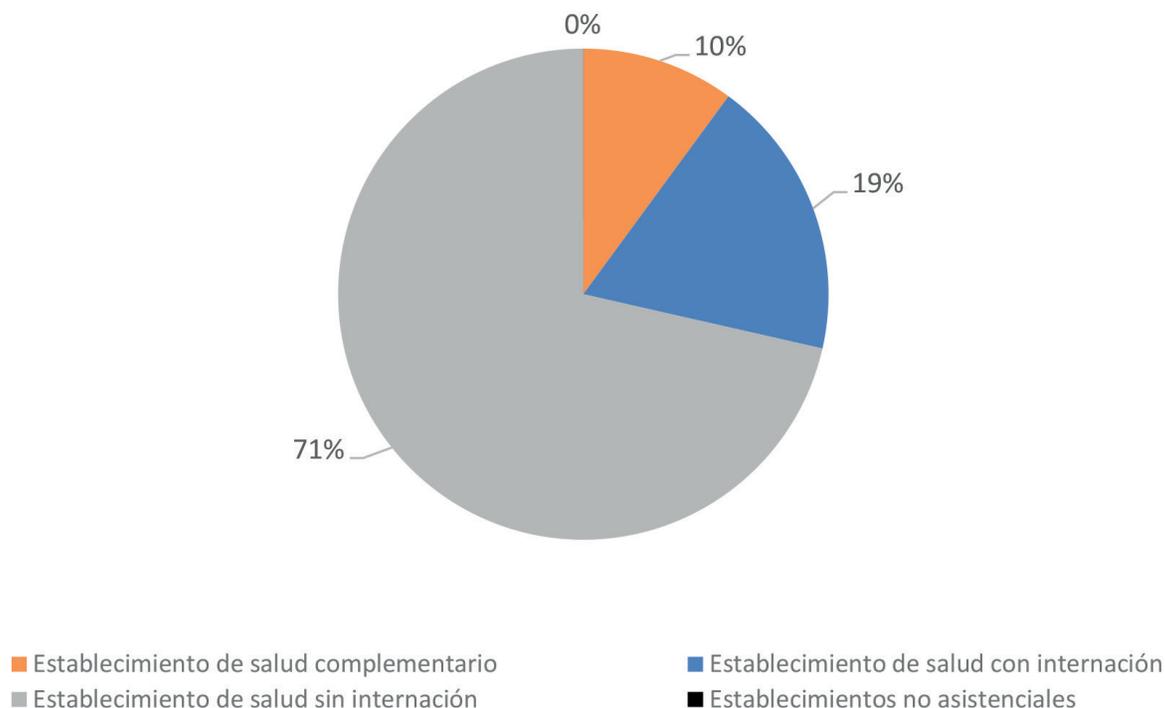
La estructura carece de instrumentos administrativos que coordinen los subsectores, ya que no existe información armonizada entre todos los sistemas, planes de adquisiciones, mecanismos comunes para el otorgamiento de certificaciones, modelos comunes de atención, entre otros temas (Banco Mundial, 2017). De hecho, esta integración digital es una de las metas para establecer la cobertura universal de salud, como se discutirá más adelante.

3. Financiación del sistema de salud

3.1 Fuentes

Según datos recientes del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) (Argentina, 2023e), actualmente existen en el país 36,994 establecimientos de salud (gestión pública, seguridad social y sector privado). De estos, el 10% corresponde a establecimientos complementarios, como unidades de atención móvil, sistema de atención extrahospitalaria, atención domiciliaria, bancos de sangre, óptica, ortopedia, etc. (Gráfico 1). Los establecimientos de salud con hospitalización (hospitales, institutos y clínicas) representan el 18,5% del total y se dividen en generales (35%) y especializados en el adulto mayor (48%), maternidad y pediatría (2%), salud mental (6%) y otras especialidades (9%). Entre los que tienen hospitalización, el 73% se financia con recursos privados y el 62% se concentra en la provincia de Buenos Aires, Córdoba y CABA. Los establecimientos sin internación son la mayoría del sistema, con 71% del total, de los cuales el 37% son financiados con fondos públicos.

Gráfico 1 – Establecimientos de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de Argentina (2023).

En otro corte, se observa que el 35% de todos los establecimientos de salud se financian con recursos públicos, siendo la mayoría (95%) dependencias de las provincias o municipios. A pesar de la baja participación en el total (0,16%), vale la pena mencionar la presencia de universidades en el sistema, generalmente públicas, que brindan servicios a la sociedad.

En términos de financiamiento, el gasto público en salud se financia con los ingresos del gobierno federal. Las provincias reciben transferencias del gobierno central como resultado de la Ley de Coparticipación Federal de Recursos Fiscales, que determina que los ingresos recaudados deben distribuirse entre el gobierno federal y las provincias. Más específicamente, el gobierno federal tiene derecho al 45% de los recursos y las provincias al 55%. Las provincias utilizan estas transferencias y sus propios ingresos para invertir en salud. Además, el Ministerio de Salud puede transferir recursos a las provincias, por ejemplo, a través de programas específicos como el Programa Sumar.

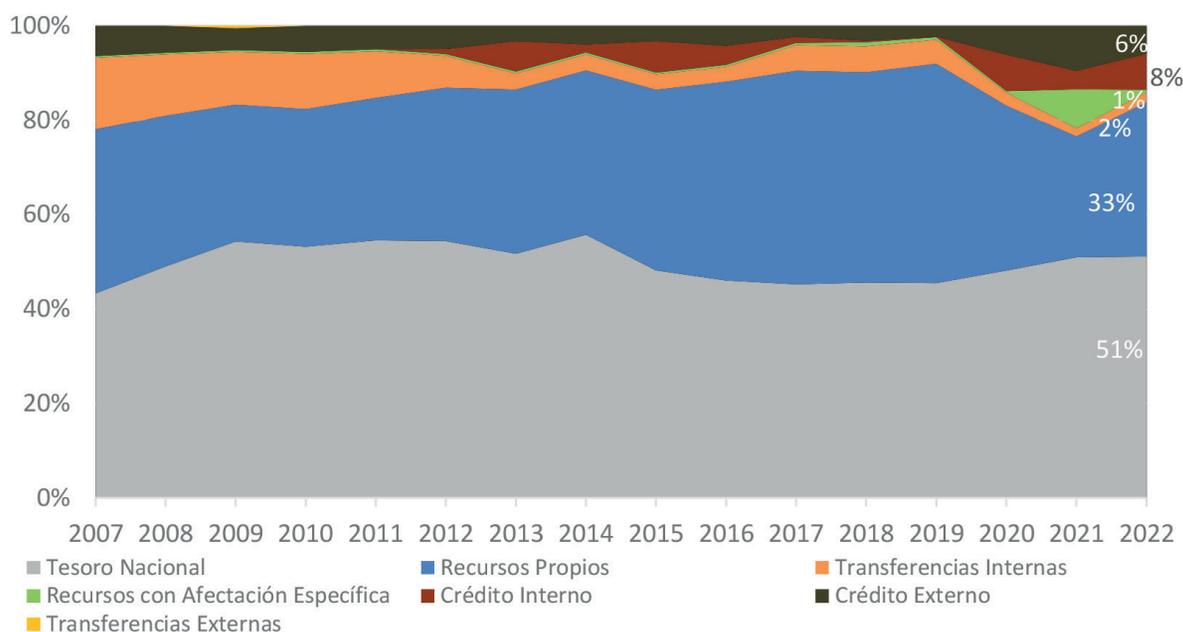
Las OSN se financian con aportes de empleadores y empleados. Las OSP también se financian bajo el mismo esquema, pero considerando al gobierno provincial y municipal como empleador de los servidores públicos como empleados. Finalmente, el PAMI se financia con aportes de empleadores y empleados y una parte de las pensiones de los jubilados.

En otra perspectiva, considerando el presupuesto nacional, puesto a disposición por los datos abiertos del Ministerio de Economía de Argentina, es posible visualizar la

evolución del financiamiento, desde 2007, según las clasificaciones de las fuentes de financiamiento. Los valores del Gráfico 2 representan la participación de cada fuente en el presupuesto total devengado⁴ de gastos relacionados con la función de salud. Entre las fuentes internas de financiamiento se encuentran los recursos del Tesoro Nacional, Recursos Propios, Recursos con Afectación Específica, Transferencias Internas y Crédito Interno. El Tesoro Nacional se financia con recursos de rentas generales, de libre disposición y sin obligación de devolución. Los Recursos Propios provienen de la recaudación de impuestos y seguridad social, la venta de bienes, servicios y activos, las rentas de la propiedad, el cobro de tasas, derechos, regalías y fondos que surgen como variaciones de diferentes tipos de activos financieros (Argentina, 2016).

La mayor parte de la salud es financiada por fuentes internas, en particular por el Tesoro Nacional, que pagó el 51% de los recursos necesarios para la salud en 2022. A continuación, la salud se financia con Recursos Propios (33%). La suma de financiamiento interno del Tesoro Nacional y Recursos Propios garantiza alrededor del 85% del gasto en salud, en promedio para el período.

Gráfico 2 – Fuentes de financiamiento del presupuesto de salud (2007–2022)



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c).

Según el Argentina (2016), las Transferencias Externas tienen su origen en gobiernos, organismos internacionales, personas o instituciones privadas del exterior. Los recursos se destinan a financiar gastos de formación de capital, de funcionamiento o de consumo. Los Créditos

⁴ La clasificación “devengado” refleja el gasto efectivamente realizado en el ejercicio, con independencia del momento en que se produce el pago o cobro (Argentina, 2016).

Externos, por su parte, tienen las mismas posibilidades de origen, pero aparecen como préstamos. Hasta 2019, el Crédito Externo ha disminuido del 6% en 2007 al 2% en 2019 del presupuesto total devengado. En 2021 la participación sube al 10%, finalizando con el 6% en 2022.

Estas definiciones se aplican también a las Transferencias y Créditos Internos considerando que provienen de personas o instituciones en territorio argentino. En cuanto al crédito, “[...] puede adoptar la forma de títulos de deuda, pasivos con proveedores y obtención de préstamos realizados en el mercado interno. Incluye el financiamiento originado en el Banco Central de la República Argentina” (Argentina, 2016, p. 285). Los Recursos con Afectación Específica son aquellos que financian instituciones, programas y actividades específicas de la Administración Central.

3.1.1. Sistema público de salud

El subsector de la salud pública, fragmentado entre los niveles nacional, provincial y municipal, es universal y gratuito, brindando servicios esenciales y básicos como consultas, servicios de emergencia, cirugías y rehabilitación, además de proporcionar vacunas y medicamentos. Los principales usuarios de este subsistema son personas que, en su mayoría, no cuentan con otro tipo de cobertura por parte de los demás subsistemas de salud que requieren algún tipo de contribución financiera por parte del usuario. Por lo tanto, atiende a la población económicamente más vulnerable.

El servicio público se financia a través de impuestos (nacionales, provinciales y municipales) y facturación a terceros pagadores, es decir, usuarios del subsector de seguros sociales o privados que son atendidos en el subsistema público. Los principales impuestos nacionales son las “ganancias, bienes personales”, el Impuesto al Valor Agregado (IVA) y las retenciones a la exportación. Los impuestos que cobran las provincias son principalmente sobre las actividades económicas y las rentas generadas por los productos vendidos en cada provincia. En los municipios existe especialmente el ALB (“contribución alumbrado, barrido y limpieza de terrenos”) y los impuestos territoriales.

3.1.1.1. Subsector del seguro social

Las OSN se financian con el 9% del salario de los trabajadores activos, siendo el 3% de los trabajadores y el 6% de los empleadores⁵. El PAMI se financia con un aporte del 1,5% de las jubilaciones y pensiones nacionales más un aporte del 1,5% de los trabajadores asalariados,

⁵ Las OSN están obligadas a remitir el 70% de lo recaudado en cada jurisdicción para atender a sus beneficiarios de esa misma jurisdicción y contar con garantías de subsidio para, por ejemplo, prestaciones de alto costo y baja incidencia o alto costo crónico. Además, como la cantidad recaudada por obras sociales y compañías de prepago pueden no ser suficientes, se permite el sistema de copago, en el que una parte del gasto lo cubre el bolsillo de los afiliados.

además de recursos fiscales. Finalmente, las OSP se financian con aportes de los empleados públicos en una porción que varía del 3% al 5% y el aporte de los gobiernos provinciales del 2% al 7% (Canale; Ponti; Monteferrario, 2016). La tasa provincial depende de las leyes que existen en cada provincia, por lo que no hay un valor exacto, como en las OSN.

Las Obras Sociales son, por tanto, financiadas por un sistema mixto de recursos de trabajadores y empleadores en su mayoría, además, en el caso de OSN, de los reintegros del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Así, dependiendo de la profesión, salarios y servicios ofrecidos, las capacidades financieras de las OSN son muy diferentes. Por ello, el subsector es apoyado por el FSR, diseñado para canalizar recursos de las Obras Sociales excedentes a aquellas de menor capacidad económica, a aquellas con población con mayor necesidad de atención, o incluso al financiamiento de planes especiales de salud.

Recientemente, el empleado puede elegir una obra social diferente a la correspondiente a su sindicato. Así, cada OSN también depende de su capacidad para atraer miembros con salarios altos y, preferentemente, con grupos familiares más pequeños. Como ejemplifican Cetrángolo y Devoto (2002), un trabajador de salario alto, afiliado a una Obra Social de un sindicato de menor salario, puede migrar a otra Obra Social con mejor atención médica, que probablemente sea de un sindicato con mayores cotizaciones. Si bien, por un lado, fomenta la competencia entre Obras Sociales, por otro lado, este sistema fomenta la desigualdad, ya que los contribuyentes con salarios más altos se concentrarían en Obras Sociales más caras, que generalmente tienen una atención médica de mejor calidad. Sin embargo, si un trabajador de baja remuneración opta por una Obra Social superior a la suya, esta podrá comprometerse a ofrecer únicamente los servicios incluidos en el PMO⁶, creando así planes diferenciados (mayor y menor cobertura), aumentando la fragmentación y desigualdad del servicio del sistema.

Con datos de 2016, Maceira (2018) clasifica las OSN según montos de cotización y número de afiliados. En promedio, cada OSN tiene alrededor de 120.000 miembros, sin embargo, se calcula una desviación estándar de casi 270.000 beneficiarios. En cuanto a las cotizaciones, el promedio es de 9.200 pesos al año, con una desviación estándar de 5.700 pesos. La alta desviación estándar confirma la heterogeneidad de las OSN, que por lo tanto brindan realidades diferentes en cuanto a los servicios ofrecidos. También según el autor, las cinco OSN más grandes concentran poco más del 33% de los contribuyentes a este subsistema⁷.

⁶ El Programa Médico Obligatorio es definido por el gobierno y reporta los servicios mínimos que cualquier agente de asistencia y seguro social debe ofrecer a sus contribuyentes. Así, el PMO no se aplica al sector público, que está regulado a nivel provincial y municipal (OSP), y al sector privado, que no pertenece a esquemas de EMP.

⁷ Trabajadores del comercio y de las actividades civiles, personal rural y estibadores de la República Argentina, ejecutivos y del personal de dirección de empresas, personal de la construcción, unión personal de la Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN).

Existe cierta vulnerabilidad asociada a la dinámica de las OSN, ya que, mientras se definen los servicios mínimos obligatorios, los ingresos por aportes de sus afiliados dependen del salario promedio y del nivel de actividad de la economía. La caída del empleo formal provoca una reducción de la población cubierta por el sistema de seguridad social y una reducción de la cobertura efectiva de los servicios que pueden brindar las OSN, ya que pierden ingresos por la crisis económica.

El PAMI, parte del Sistema de Seguridad Social en Argentina, acoge a todas las personas que han trabajado en un trabajo formal y, por lo tanto, hicieron parte de alguna Obra Social y se jubilan. Así, dejan de ser beneficiarios de la Obra Social y forman parte del PAMI, por lo que más del 80% de los afiliados tienen más de 65 años, contribuyendo también a una fragmentación por edad del sistema de salud argentino. Además, este subsistema atiende a los dependientes de estos beneficiarios y combatientes de Malvinas sin ningún otro tipo de cobertura (Maceira, 2018).

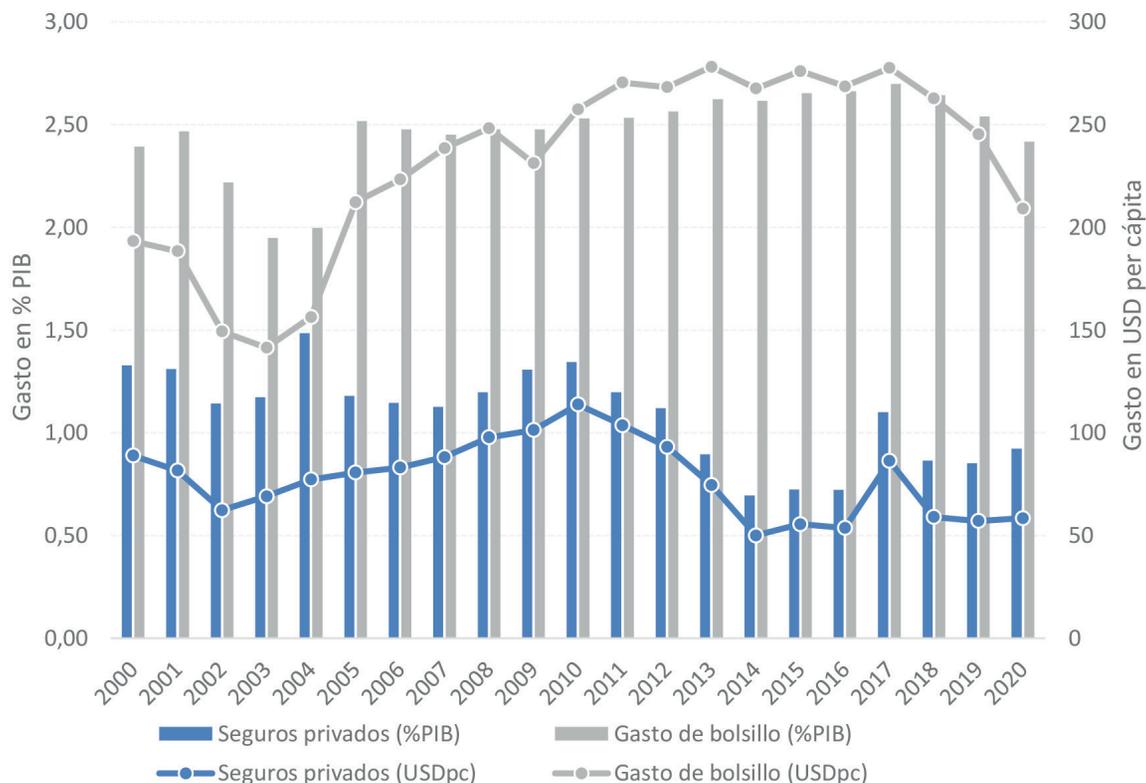
3.1.2. Sistema privado de salud

Dentro del sistema privado, o las personas utilizan clínicas y hospitales privados pagando el valor total de los servicios (gastos de bolsillo) o, aun así, forman parte de la medicina prepaga, que comprende un conjunto de empresas privadas que brindan servicios de atención médica, previo pago de una cuota voluntaria. Según Maceira (2018), el sector se concentra en cuatro empresas, y la mitad de sus beneficiarios residen en la Ciudad de Buenos Aires y un conjunto de municipios vecinos (conurbano).

El gasto del sector privado corresponde al pago de seguros privados (en general, a EMP), al consumo de bienes y servicios de salud financiados por empresas e instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLH) y al gasto de bolsillo (Argentina, 2019). Son gastos financiados por particulares e instituciones que no pertenecen a la administración pública ni a la seguridad social, pero que buscan una cobertura sanitaria alternativa a la del servicio público.

El gasto de bolsillo es el que pagan las familias y ocurre cuando el individuo necesita pagar por el uso de un bien o servicio médico. Los altos gastos de bolsillo en relación con los ingresos familiares o individuales reflejan la presencia de barreras financieras para el acceso de la población a los servicios de salud. Maceira y Jiménez (2022) afirman que, si la proporción de gastos de bolsillo es mayor en las familias de bajos ingresos, es un indicio de que el modelo de salud del país es desigual y económicamente empobrecedor. Los datos de la OMS para 2020 consideran que los gastos de bolsillo en Argentina corresponden al 2,4% del PBI, o 209 dólares per cápita, como se muestra en el Gráfico 3.

Gráfico 3 – Evolución del gasto privado en salud



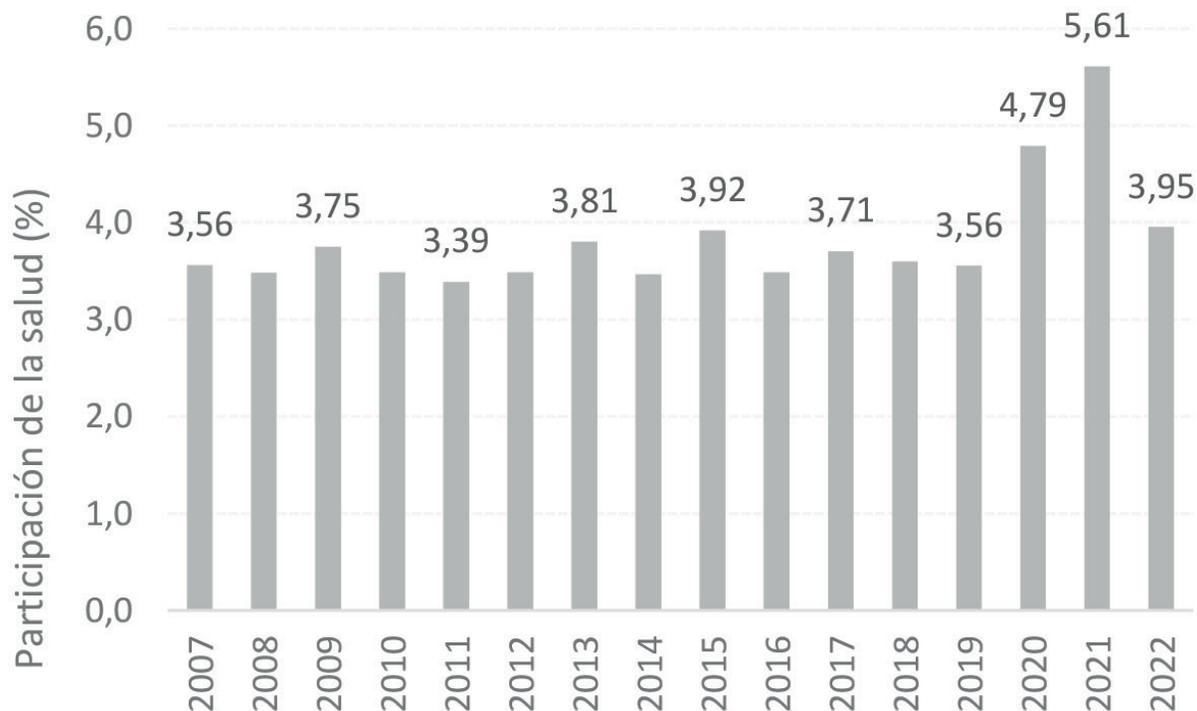
Fuente: Elaboración propia con datos de la World Health Organization (2023).

3.2. Distribución del presupuesto de salud

El Ministerio de Economía de Argentina pone a disposición los datos del Presupuesto de la Nación desde 2007. Para los siguientes análisis se observaron datos sobre el presupuesto devengado (ejecutado), es decir, cuando existe una obligación de pago por bienes o servicios, generado, adquirido. Se seleccionaron datos del presupuesto destinado al financiamiento de la salud, o sea, en acciones que buscan mejorar las condiciones de salud de la población, así como reducir sus desigualdades. Los valores se presentan con relación al presupuesto total ejecutado.

El Gráfico 4 muestra la evolución de la parte del presupuesto del Estado que se gasta en salud. Se observa que la participación de la salud en el gasto total del gobierno es bastante estable, con una ligera tendencia al alza, rondando el 3,5% al 4% del presupuesto total. La excepción fueron los años 2020 y 2021, como resultado de las inversiones realizadas para enfrentar la pandemia del COVID-19.

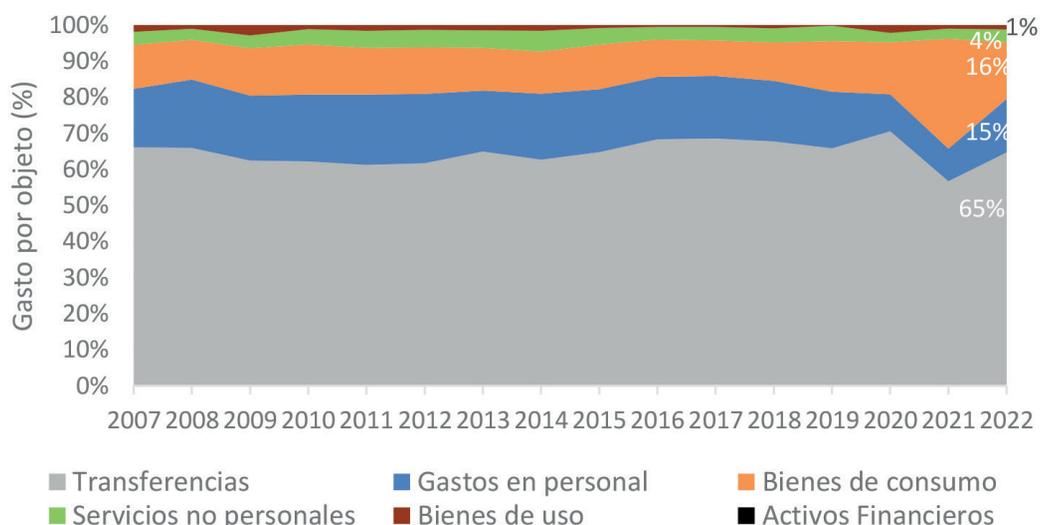
Gráfico 4 – Participación del gasto en salud ejecutado en el presupuesto total del país (%)



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c).

Dentro de la función Salud, el presupuesto se desglosa por objeto de gasto. El Gráfico 5 ilustra la evolución de las cuentas agregadas del presupuesto de salud, considerando el gasto devengado en relación con total del año. También hay una tendencia estable en la distribución del gasto, con ruido en la serie en años de pandemia. Las transferencias ocupan la parte principal del presupuesto de salud y representan alrededor del 65% de los gastos. La proporción del gasto en personal y bienes de consumo es muy similar, en torno al 15%. Desde 2007 se observa que el gasto en personal ha superado al de bienes de consumo en alrededor de 4 a 7 puntos porcentuales. Sin embargo, esta diferencia se invierte a partir de 2019, ocupando los bienes de consumo el 30% del presupuesto en el año de la pandemia de 2021. Los servicios no personales, los bienes de consumo y los activos financieros representan el otro 5% del presupuesto total.

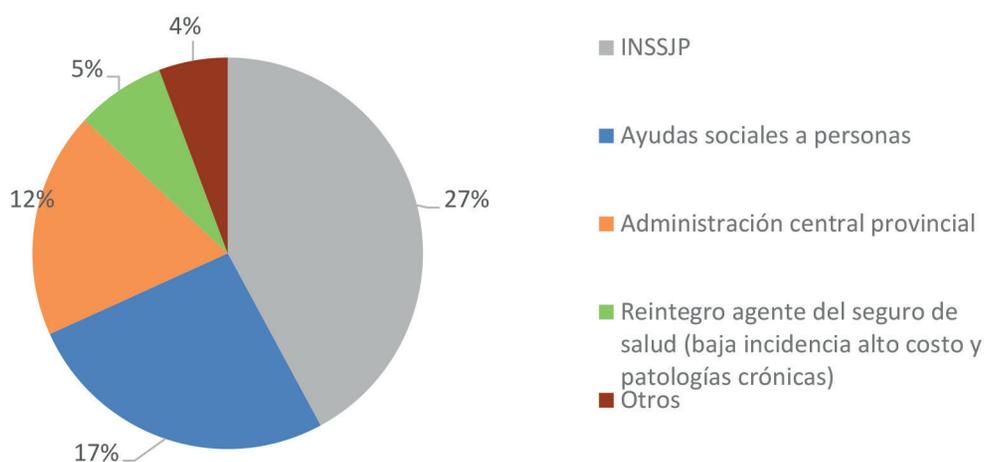
Gráfico 5 – Porcentaje del presupuesto de salud ejecutado por objeto de gasto (%)



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c).

Los Gráficos 6 a 8 detallan los gastos del presupuesto ejecutado, dentro de cada objeto. El Gráfico 6 muestra que alrededor de la mitad del valor de las transferencias está dirigida al INSSJP. En 2022, por ejemplo, estas transferencias ocuparon el 27% del presupuesto de salud. La transferencia a los gobiernos provinciales representa el 10% del presupuesto en promedio de 2020 a 2022. Al excluir los años de pandemia 2020 y 2021, el promedio de los últimos tres años de esta transferencia disminuye levemente al 8% del presupuesto.

Gráfico 6 – Detalle de gastos por objeto en relación con el presupuesto total de salud – 2022⁸

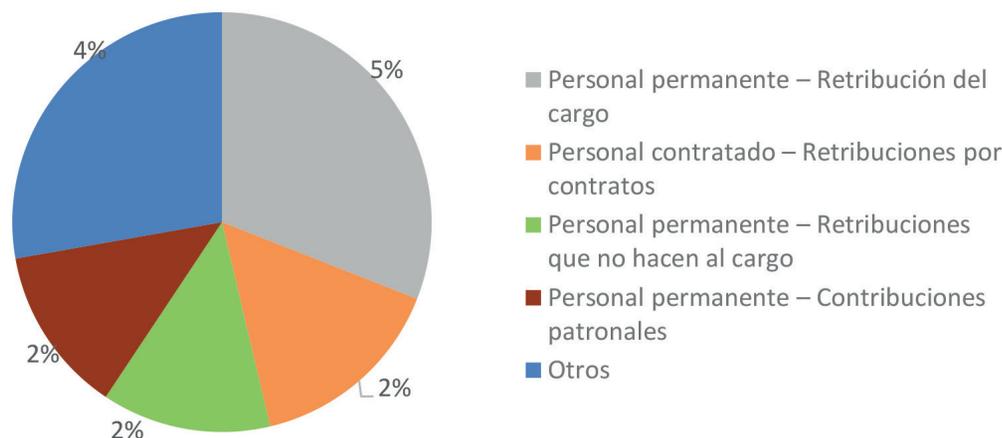


Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c).

⁸ Los porcentajes suman la participación de cada objeto en el presupuesto total de salud.

El Gráfico 7 especifica los principales gastos de personal. En 2022 los gastos en personal permanente más personal contratado ascendieron al 14% del presupuesto de salud, y el 1% restante se asignó a otras partidas.

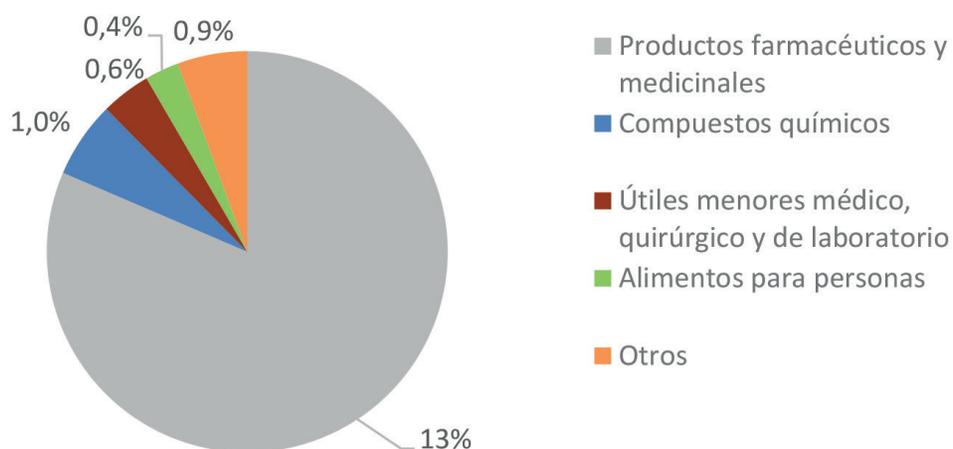
Gráfico 7 – Gastos de personal (% presupuesto total de salud – 2022)



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c).

Del 16% del presupuesto de salud gastado en bienes de consumo en 2022, el rubro de Farmacéuticos y medicamentos acaparó el 81% de estos gastos y representa el 13% del presupuesto total de salud (Gráfico 8). La participación de este rubro fue mayor en 2021, alcanzando el 93% del gasto en bienes de consumo, reflejando la pandemia del COVID-19. Visto de otra manera, el gasto en Farmacéuticos y medicamentos, que, en general, fluctuó en torno al 8% del presupuesto general de salud, aumentó en 2019 al 11% y finalizó 2022 con el 13%.

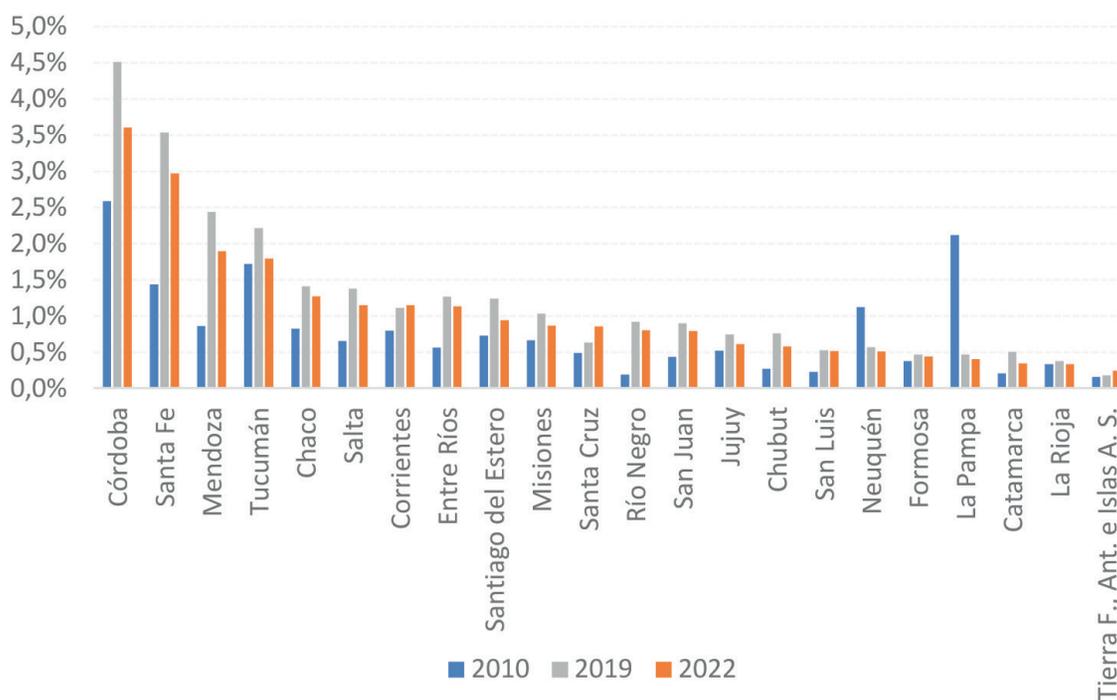
Gráfico 8 – Gasto ejecutado en bienes de consumo (% presupuesto total salud – 2022)



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c).

Sin embargo, los datos nacionales esconden importantes desigualdades entre provincias. CABA y la provincia de Buenos Aires son responsables del 52% y 24%, respectivamente, del gasto público en salud con relación al presupuesto total del gobierno. El resto se reparte de manera más equitativa entre las provincias, como se muestra en el Gráfico 9. Los datos revelan que, entre 2010 y 2022, CABA y la provincia de Buenos Aires pierden un poco de participación (5 puntos porcentuales), que se reparte para las demás provincias. El Gráfico 9 muestra la participación de cada provincia en el presupuesto público nacional, de lo cual se puede observar que, con excepción de las provincias de Neuquén y La Pampa, todas aumentan su participación en el presupuesto entre 2010 y 2022, indicando una tendencia hacia una mejor distribución del gasto en las regiones del país, a pesar de que todavía está muy concentrado.

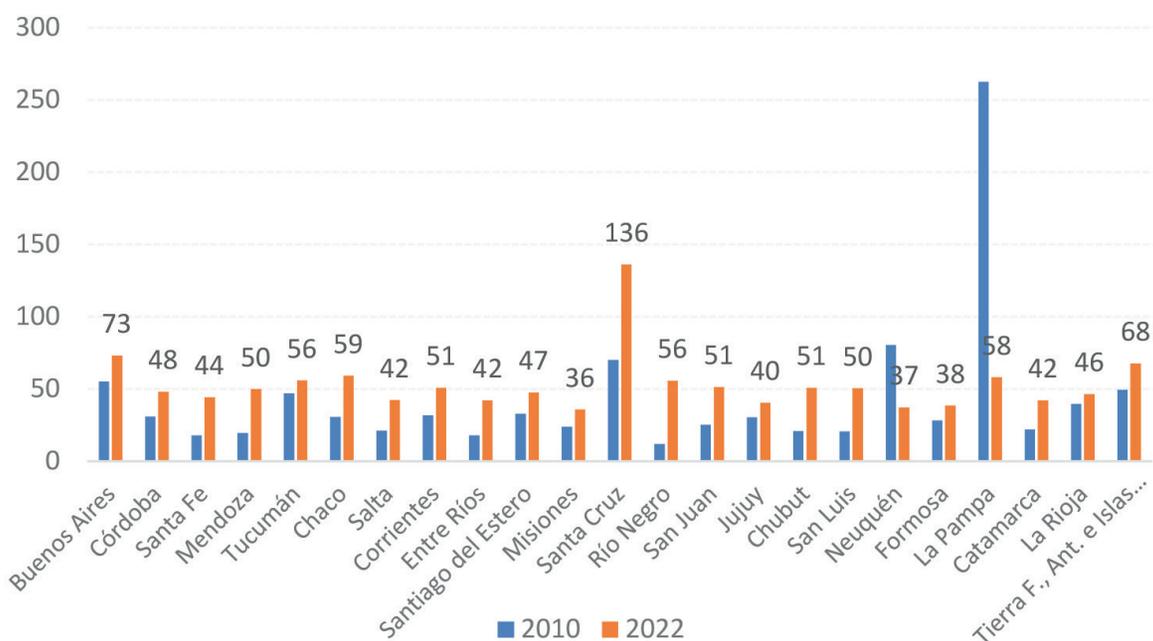
Gráfico 9 – Gastos del presupuesto nacional en salud (% presupuesto total)



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c). CABA y la provincia de Buenos Aires fueron excluidas del gráfico para una mejor visualización de los demás valores.

El Gráfico 10 muestra la evolución del gasto per cápita (USD en 2022) entre 2010 y 2022. CABA, que creció 9% en el período, fue nuevamente retirada para una mejor visualización de la distribución entre las demás provincias. La desviación estándar calculada para CABA y las provincias se redujo en 7 puntos, lo que confirma la tendencia hacia una distribución más equitativa entre las regiones.

Gráfico 10 – Gastos del presupuesto nacional en salud (USD per cápita en 2022)



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c).

3.3. Prioridades de asignación de recursos

El Ministerio de Salud juega un papel importante en la promoción y protección de la salud de la población argentina, destinando recursos a una serie de programas, que tienen como objetivo prevenir y tratar enfermedades, además de apoyar recursos médicos y hospitalarios del sistema de salud del país. Los principales programas en términos de recursos asignados se analizan a continuación.

Los datos del Ministerio de Economía también permiten consultar el presupuesto de salud con base en los programas que lleva a cabo el gobierno. Dentro de los programas de atención a la población, solo se consideraron los administrados por el Ministerio de Salud, excluyendo los relacionados con la salud, pero administrados, por ejemplo, por el Ministerio de Obras Públicas o el Ministerio de Educación. Los valores se calculan con relación al presupuesto devengado⁹.

Según el Ministerio de Salud de Argentina, el programa “20 – Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles e Inmunoprevenibles” es ejecutado por la Secretaría de Acceso a la Salud, dependiente del Ministerio de Salud, y ha ocupado, de 2007 a 2018, alrededor del 5% al 12% del

⁹ Solo en 2019, el Ministerio de Salud se contabilizó junto con el Ministerio de Desarrollo Social, formando una sola cartera de gobierno. Se organizaron los gastos diferente ese año, con dificultad para armonizar los datos y, por lo tanto, se decidió no considerar 2019 en la serie histórica.

presupuesto de salud. En 2020 subió al 24% y en 2021, debido a la pandemia del COVID-19, se destinó a este programa el 47% del presupuesto ejecutado

[...] vinculadas a la problemática, la conformación de un sistema de respuesta inmediata ante la emergencia de enfermedades transmisibles con características pestilenciales o de alta letalidad, la mejora continua de estas acciones, y la eliminación de las enfermedades prevenibles por vacunas [...] (Argentina, 2022a, p. 50).

La mayor parte del gasto en 2021 se destinó a productos farmacéuticos y medicinales. En 2022 la cifra vuelve al 23%, siendo el programa al que se destinan más recursos en el año, financiado básicamente (93%) con recursos del Tesoro Nacional. El programa se relaciona principalmente con acciones de vacunación de la población, considerada una de las intervenciones de mayor impacto en términos de control y eliminación de enfermedades. Con respecto al detalle de gastos del programa por objeto, casi el 90% de sus recursos se destinan a productos farmacéuticos y medicinales. El resto se divide principalmente entre bienes útiles menores, médicos, quirúrgicos y de laboratorio (1,5%) y gastos de transporte y almacenamiento (2,6%).

La segunda partida presupuestaria con mayor cantidad de recursos se encuentra bajo el rubro “99 – Transferencias Varias”, responsable del 16% del presupuesto en 2022, como se ilustra en el Gráfico 11. Según el Ministerio de Salud, esta categoría incluye aportes para varios hospitales (Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. “Profesor Dr. Juan P. Garrahan”, Hospital de Alta Complejidad en Red “El Cruce – Dr. Néstor Carlos Kirchner” S.A.M.I.C. de Florencio Varela de la Provincia de Buenos Aires, Hospital de Alta Complejidad S.A.M.I.C. “El Calafate”, Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner, Hospital General de Agudos Dr. René Favalaro, Academia Nacional de Medicina y Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría), además de otros traslados no especificados. La partida ha fluctuado del 6% al 13% del presupuesto, con un aumento al 16% solo sintiéndose en 2022. Casi la totalidad de los gastos en 2022 fueron financiados con recursos del Tesoro Nacional (99%), siendo el resto del Crédito Externo (1%). Con relación al detalle del objeto del programa, se observa que el 97% de los recursos de este programa son transferencias realizadas a los gobiernos provinciales para gastos corrientes y gastos de capital.

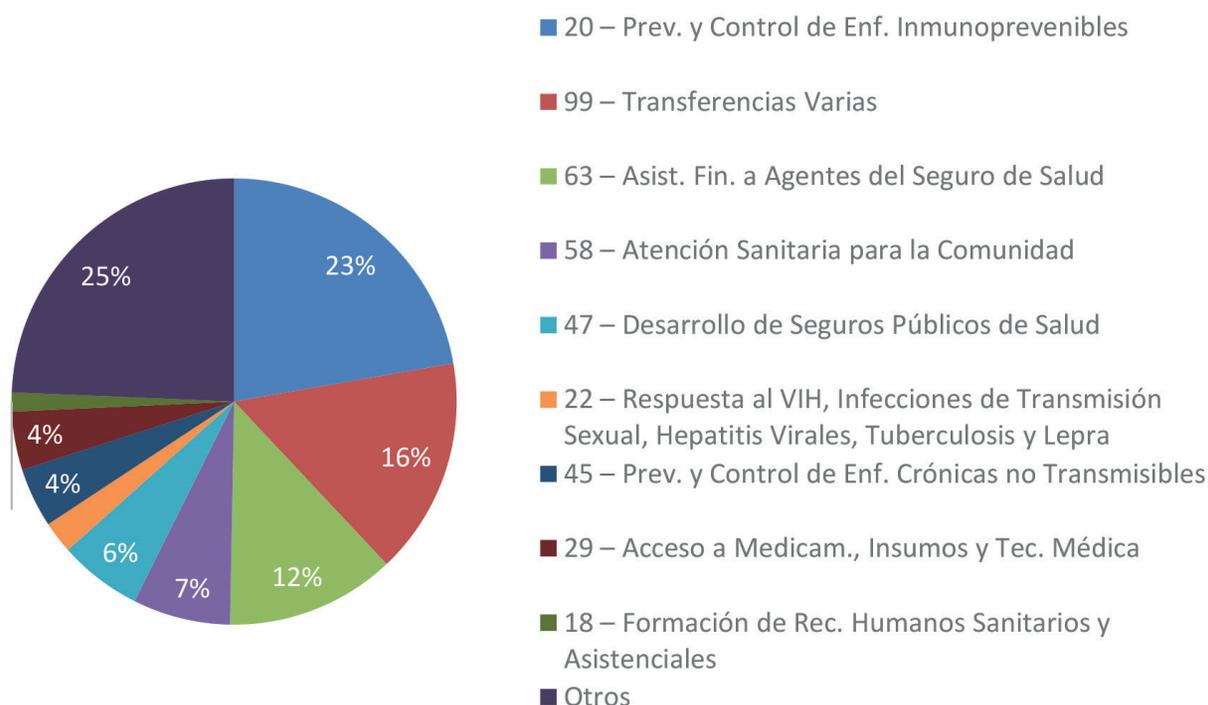
Para el rubro “63 – Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud”, programa a cargo de la SSS, se destinó el 12% del presupuesto en el 2022, una porción similar para el 2021. En el 2007, el rubro recibió casi el 25% del presupuesto, reduciéndose desde entonces al 6% en 2012, el valor más bajo de la serie, volviendo a subir, aunque sin recuperar la ratio inicial. Según la SSS, el program

[...] tiene como misión asegurar que todos los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud (comprendidos en la Ley N° 23.661) tengan acceso a las prestaciones de alto impacto económico y baja incidencia; y a las patologías crónicas con cobertura prolongada (Argentina, 2018c, p. 17).

Está destinado a actuaciones, en general, de alta complejidad y que “[...] requieren un volumen de recursos que, en la mayoría de los casos, está por encima de la capacidad económica de los Agentes del Seguro de Salud. [...]” (Argentina, 2018c, p. 17).

Considerando el mayor nivel de detalle en el objeto de gasto del programa, en 2022 el 80% de los recursos se destinaron a servicios médicos para enfermedades de baja incidencia y alto costo.

Gráfico 11 – Presupuesto de los programas del Ministerio de Salud – 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c).

En 2022 el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas ocupó el 7% del presupuesto, cifra ligeramente superior a los dos años anteriores (4,3% en promedio) y al promedio de la serie histórica desde 2007, del 6%. Casi el 95% de los gastos realizados en 2022 fueron financiados con recursos del Tesoro Nacional y el resto con Recursos Propios. Según el Ministerio de Salud, el Hospital participa en el programa “58 – Atención Sanitaria a la Comunidad” desarrollando actividades de prevención, tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de la salud de las personas a través de consultas y procedimientos médicos, además de actividades de enseñanza e investigación.

En el detalle de los gastos de este programa, se destaca que el 60% de los gastos se dirige a remunerar al personal, ya sea contratado, permanente o temporal. Casi el 5% de los recursos del programa se destinan a productos farmacéuticos y medicinales, mientras que, a compuestos químicos, el 4%, y productos útiles menores, médicos, quirúrgicos y de laboratorio, el 7% de los gastos del programa.

Entre los programas que reciben una participación incluso superior al 2% del presupuesto desde 2017, se puede mencionar el “47 – Desarrollo de Seguros Públicos de Salud”, que está relacionado con el Programa Sumar y su antecesor, el Plan Nacer, con el fin de mejorar los resultados de salud materna e infantil que carecen de cobertura de salud. El detalle del objeto de gasto dice destinar 96% de los recursos a transferencias a instituciones provinciales y municipales para financiación de gastos corrientes, sin especificar más detalles.

En 2012 se amplió la población atendida por el programa en cuanto a edad y sexo. Desde 2017 el presupuesto destinado al programa está en torno al 3,5% y 7% del total. En 2022 el programa fue financiado en 67% por Crédito Externo y 33% con recursos del Tesoro Nacional.

En 2020 ganó importancia el programa “18 – Formación de Recursos Humanos Sanitarios y Asistenciales”, que recibió alrededor del 12% del presupuesto, financiado íntegramente con recursos del Tesoro Nacional, con el objetivo de planificar, coordinar y gestionar las políticas de formación de los equipos de salud en el país, como el financiamiento de residencias y otras becas vinculadas a programas de posgrado. El gasto con personal permanente es el principal destino del presupuesto del programa. Desde 2018 está en marcha el programa “45 – Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles”, alrededor del 3% del presupuesto, para fortalecer las actividades de prevención y protección contra las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. En 2022 el programa se financió con recursos del Crédito Externo (96%) y del Tesoro Nacional (4%). En el detalle de gasto por objeto, se nota que el 56% de los gastos son destinados a transferencias a gobiernos provinciales, mientras que el 32% es para maquinaria y equipos, como equipos de transporte, tracción y elevación, equipo sanitario y de laboratorio y equipo para computación. El 9% de los gastos son para productos farmacéuticos y medicinales.

Finalmente, cabe mencionar dos programas más¹⁰. El primero es “22 – Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Hepatitis Virales, Tuberculosis y Lepra”, con poco más del 2% del presupuesto en los últimos tres años, distribuyendo medicamentos, pruebas diagnósticas, preservativos, entre otros, con el fin de prevenir y controlar enfermedades. En Argentina,

¹⁰ Entre 2007 y 2016, alrededor del 8% del presupuesto se destinó al programa “17 – Atención de la Madre y el Niño”, que tuvo como objetivo desarrollar acciones para mejorar la calidad de vida y el estado de salud y estado nutricional de la población de madres, niños y adolescentes del país. También se observa en el presupuesto, el elemento “Atención Médica a los Beneficiarios de Pensiones no Contributivas” y sus grupos familiares, ocupando 23% en promedio para el período y correspondiente a la transferencia de recursos económicos para la atención médica de sus afiliados.

el tratamiento antirretroviral es gratuito, y el programa se financia en su totalidad con recursos del Tesoro Nacional. Con relación al gasto del programa por objeto, el 71% se destina a productos farmacéuticos y medicinales y el 21% a compuestos químicos.

El segundo es el ya mencionado programa “29 – Cobertura Universal de Salud Medicamentos”, con cerca del 3,5% del presupuesto en 2018. Según el Ministerio de Salud, este programa

“[...] es la continuación del Programa Remediar, y se inserta en la estrategia de la Cobertura Universal de Salud (CUS) del Ministerio de Salud de la Nación. En ese marco, aprovisiona y distribuye pública y gratuitamente medicamentos esenciales a las provincias. [...] El Programa CUS Medicamentos también realiza la distribución de medicamentos e insumos de diferentes programas y direcciones del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina, 2018a, p. 80).

En el 2021 el mismo rubro pasa a ser el programa “29 – Acceso a Medicamentos, Insumos y Tecnología Médica”, con el 2,4% del presupuesto, ascendiendo al 4,3% en el 2022. En ese año, el 58% de los recursos provino del Crédito Externo, siendo el resto financiado por el Tesoro Nacional. Definido de manera más general, este programa

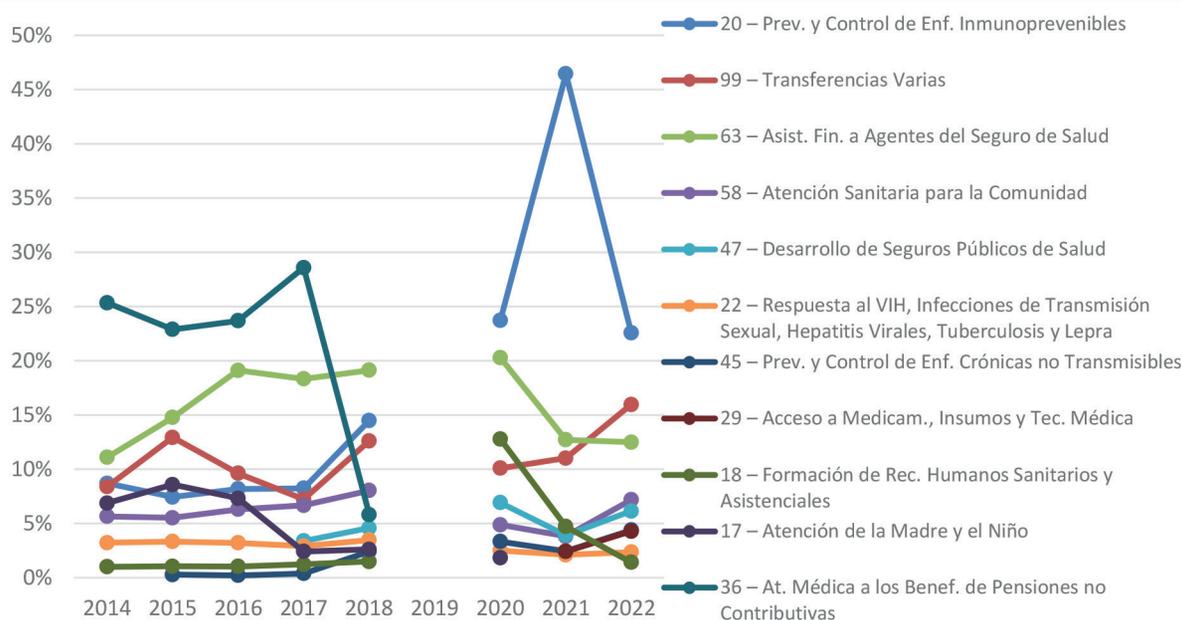
busca garantizar el acceso a medicamentos esenciales, tratamientos médicos de alto precio, medicación oncológica, medicamentos de salud mental, drogas de uso paliativos y post trasplante, insumos y tecnologías sanitarias para la población con cobertura pública exclusiva (Argentina, 2022a, p. 78).

El detalle de gasto de este programa especifica el 72% de su presupuesto para la compra de productos farmacéuticos y medicinales y el 4% para compuestos químicos. Otro 19% se destina al transporte.

Considerando los programas presentados hasta el momento, el mayor gasto en productos farmacéuticos y medicinales se da en el programa “20 – Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles”, con 65 mil millones de pesos, seguido del “29 – Acceso a Medicamentos, Insumos y Tecnología Médica” con 10 mil millones de pesos y “22 – Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Hepatitis Virales, Tuberculosis y Lepra” con 5 mil 500 millones de pesos en 2022.

El Gráfico 12 muestra la evolución de la proporción del presupuesto asignado a los programas mencionados desde 2014, con excepción de 2019. Son pocos los programas que se han mantenido inalterables en el tiempo, en cuanto a metodología, cobertura, financiamiento, por lo que los datos deben ser vistos con precaución.

Gráfico 12 – Evolución de la participación (%) de los programas en el presupuesto del Ministerio de Salud – 2014 a 2017



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (Argentina, 2023c).

Se observa que, en 2021, debido a la pandemia de COVID-19, hubo un gasto extraordinario en el programa de Prevención y Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación. El 21 de diciembre de 2019, el gobierno argentino sancionó la Ley 27.541 de “Solidaridad Social y Reactivación Productiva”, declarando la emergencia económica, financiera, fiscal, administrativa, previsional, tarifaria, energética, sanitaria y social. Con la emergencia sanitaria, se trataba de garantizar el derecho a los bienes y servicios de salud de los ciudadanos argentinos, fundamental por la creciente demanda producto de la pandemia, indicando prioridad presupuestaria en los programas “Plan Nacional a favor de la Madre y el Niño”, “Programa de Combate al VIH”, “Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles”, “Medicamentos”, “Prevención, Detección, Tratamiento y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles” y el “Programa Ampliado de Inmunizaciones”.

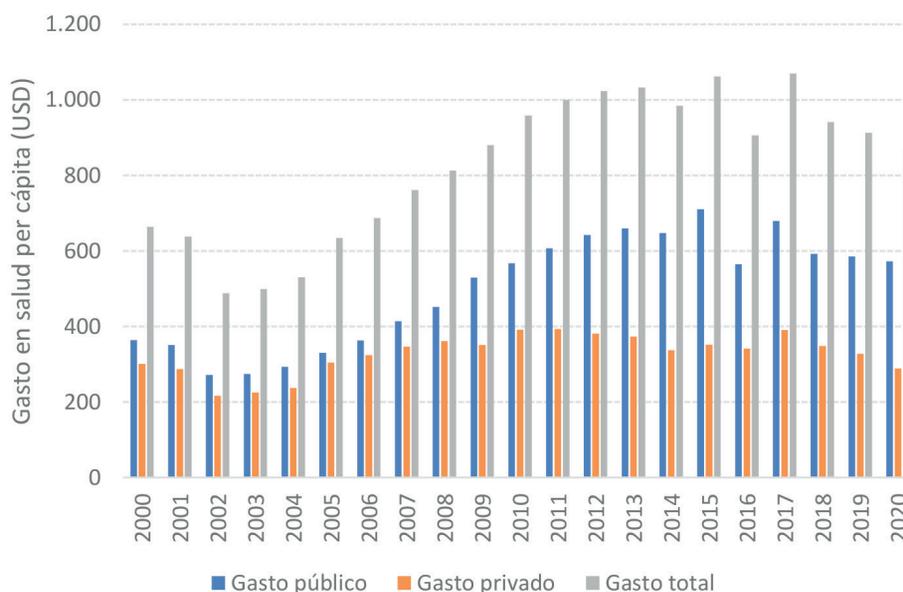
3.4. Salud en el presupuesto público y la economía

Según la OMS, Argentina, con aproximadamente 46 millones de habitantes, tuvo un gasto per cápita en salud, público más privado, de 861 dólares en 2020 (último año disponible). En el Gráfico 13 se observa que, desde 2002, el país ha mostrado una tendencia de crecimiento en los gastos,

alcanzando USD 1.070 en 2017, el pico de la serie. Considerando solo el gasto público en salud, en 2020, Argentina gastó USD 572, siendo 2015 el pico de la serie, con un gasto público per cápita de USD 710. El gasto privado per cápita se mantuvo más estable en el período.

Entre los países latinoamericanos, Argentina tiene el sexto gasto per cápita más alto en salud (pública y privada), con USD 2.084 (PPP¹¹ constante para 2020, considerando el promedio de 2018 a 2020), detrás de Panamá, Cuba, Chile, Bahamas y Uruguay. Si consideramos únicamente el gasto público per cápita, Argentina sube al cuarto lugar en el ranking de países latinoamericanos, detrás de Cuba, Panamá y Uruguay.

Gráfico 13 – Gasto doméstico en salud, per cápita (USD constantes de 2020)

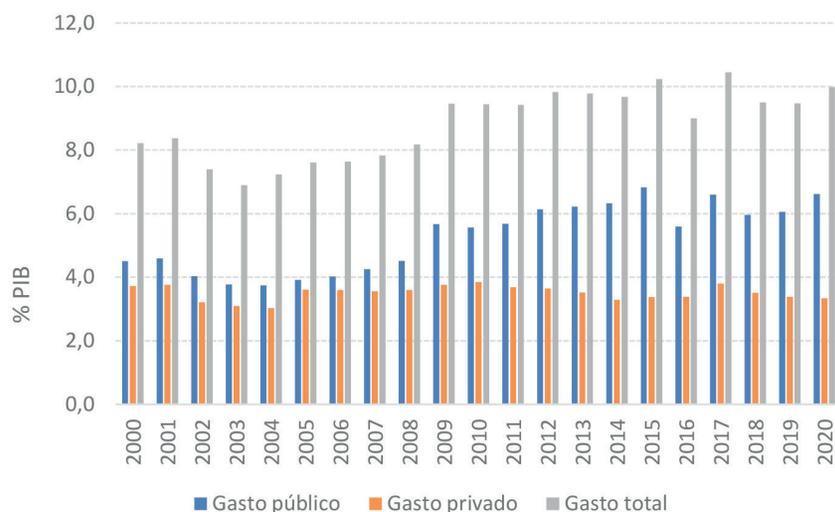


Fuente: Elaboración propia con datos de la World Health Organization (2023).

A partir de 2009, Argentina ha gastado alrededor del 10% de su Producto Interno Bruto (PIB) en gastos de salud, lo que representa casi 39 mil millones de dólares en 2020 (Gráfico 14). La participación del gasto público ha aumentado, pasando del 55% en 2000, alcanzando el 66% del gasto total en salud o cerca del 7% del PIB en 2020. Este 7% del PIB en gasto público en salud se divide en 3% por subsistema público, 3% para Obras Sociales y 1% para el INSSJP. Del 3% del gasto en salud privada, el 2% del PIB se refiere al gasto de bolsillo (OMS, 2020). Los ingresos financieros al sistema nacional de salud desde el exterior han fluctuado entre 0,02% y 0,05% del PIB desde 2015. Los gastos de seguridad social (Obras Sociales y PAMI), a pesar de ser un sistema mixto, se computan dentro del gasto público.

¹¹ PPP es la paridade de poder de compra (*Purchasing Power Parity*).

Gráfico 14 – Gasto interno en salud, público y privado (% PIB)



Fuente: Elaboración propia con datos de la World Health Organization (2023).

La Tabla 1 muestra las divisiones del gasto total en salud (% PIB) elaborado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Argentina, 2019) para el año 2017. Del total del 10,4% del PIB gastado en salud en ese año, el 26% corresponde a gasto público (19% por el Estado Nacional, 67% por el nivel provincial y solo 15% por el nivel municipal); la seguridad social gasta el 38% del financiamiento de la salud (51% para OSN, 26% para OSP y 23% para el INSSJP), mientras que el gasto privado representa el 37% del total (70% gastos de bolsillo y 30% seguros privados de salud). Es decir, la salud en Argentina está financiada mayoritariamente por los esquemas de seguridad social. Si los usuarios no tienen un trabajo formal, el financiamiento se divide entre gasto público (exclusivo) y privado.

Tabla 1 – Gastos en salud (% PIB, 2017)

Gasto total en salud	10,40%
Gasto público	2,70%
Nacional	0,50%
Provincial	1,80%
Municipal	0,40%
Seguridad social	3,90%
OSN	2,00%
OSP	1,00%
PAMI	0,90%
Gasto Privado	3,80%
Seguros de salud	1,10%
Gasto de bolsillo	2,70%

Fuente: Elaboración propia con base en Argentina (2019) y datos actualizados de la OMS.

Comparando con los países de América Latina, Argentina es el sexto país con mayor gasto de bolsillo de la región, con 506 dólares PPP, detrás, por ejemplo, de Panamá y Chile¹². Por otro lado, considerando el gasto corriente total en salud en Argentina, el 26% corresponde a gasto de bolsillo (promedio de 2018 a 2019). El país está por debajo del promedio latinoamericano de 32%. De los 33 países de la región, Argentina ocupa el puesto 22. En otras palabras, el gasto de bolsillo es una parte baja del gasto total en salud en comparación con otros países de América Latina, pero la inversión en salud como proporción del PIB es una parte alta, que también aumenta en términos per cápita.

Un estudio realizado por Abeldaño (2017) también explica que los gastos sanitarios catastróficos, aquellos en los que los gastos de bolsillo suponen un gasto excesivo, con un impacto económico importante en las familias, que conduce a su empobrecimiento o endeudamiento, afecta a 2 de cada 100 hogares argentinos, correspondiente en 2004 al 3,6% de los hogares del país.

3.5. Desafíos a la sostenibilidad financiera del sistema de salud

El sistema de salud argentino enfrenta importantes desafíos en términos de fragmentación, ineficiencia, transparencia administrativa y desigualdad, que impactan su accesibilidad y sostenibilidad financiera. A pesar del elevado gasto en salud como proporción del PIB, en comparación con otros países de la región, el presupuesto nacional es insuficiente para cubrir las necesidades de salud de la población que no está cubierta por seguros o planes de asistencia, o incluso para aliviar las disparidades regionales.

La descentralización, característica del sistema argentino, crea obstáculos institucionales para la coordinación de una dirección médico-sanitaria unificada. También dificulta la identificación de las instituciones responsables de la salud y genera una multiplicación de esfuerzos. Una parte del gasto público en salud en asistencia médica se dirige a personas que tienen cobertura de seguro médico, lo que caracteriza la existencia de subsidios cruzados y una carga innecesaria para el sistema público.

Desde una perspectiva de sostenibilidad financiera, el sistema de seguro de salud de Argentina ha dependido, en gran medida, de la capacidad de los mecanismos de empleo formales para brindar cobertura de salud a los trabajadores y sus familias. La amplitud de los servicios ofrecidos está relacionada con la capacidad de pago de los afiliados, ya sea voluntaria u obligatoriamente. Esta forma de organización se ve amenazada por la creciente flexibilidad del mercado laboral.

Asimismo, en períodos de crisis económica en el país, la situación se agudiza aún más; sobre todo con la pérdida de empleos formales, los particulares también pierden el acceso a los planes de salud que ofrecen sus Obras Sociales y, sin un plan privado, sobrecargan el servicio público.

¹² La clasificación no cambia mucho cuando se considera el promedio de datos de los últimos tres años disponibles (2018 a 2020). En este cálculo, Argentina es el quinto país con mayor gasto de bolsillo de América Latina.

Además, a medida que cambia el perfil epidemiológico de la población, con un aumento de las enfermedades no transmisibles (como diabetes, hipertensión y cáncer, además de enfermedades catastróficas, que requieren intervenciones muy complejas y costosas) en relación con las enfermedades infectocontagiosas, también se debe adaptar el perfil de actuaciones y gastos para promover mayores acciones de prevención y orientación en el cambio de hábitos de consumo y reducción del sedentarismo.

Como la participación del Ministerio de Salud en el gasto público nacional es relativamente pequeña en comparación con el gasto provincial, el desafío administrativo y de gestión para el gobierno central es alto. El establecimiento de un marco regulatorio consistente, con protocolos claros sobre derechos y servicios, es fundamental para garantizar la equidad y eficiencia en la distribución de los recursos del sector y que fomente claramente la inversión en tecnología y equipamiento, impulsando la creación de colaboraciones entre instituciones del sector público y privado.

3.6. Impacto de factores económicos, demográficos y políticos en el gasto en salud

En Argentina, el acceso a la salud es un derecho universal, es decir, toda la población tiene derecho a la prestación pública de salud. Por tanto, el sistema público de salud debe atender de forma gratuita a todas las personas, independientemente de que tengan algún tipo de cobertura.

Durante los años 1940 a 1990 se vivió un período de Estado de Bienestar, en el que el Estado debía organizar la economía del país y promover los servicios sociales básicos, como la salud, la educación y la seguridad social. Hasta 1945, cada individuo era responsable de su propia salud, conformando un sistema de protección individual, mientras que el Estado se concentraba en políticas de salud en lugar de asistenciales. Sin embargo, grupos de trabajadores, especialmente de profesiones más afines a las influencias europeas de la época, como los ferroviarios, comenzaron a organizarse en lo que luego sería el sistema de Obras Sociales de Salud.

En la década siguiente, de 1945 a 1955, durante el peronismo, se desarrolló el sistema de salud pública, creando programas de salud y aumentando la capacidad instalada, como los hospitales, que pasaron a tener excelencia educativa y se convirtieron en centros de salud. Además, mientras Juan Domingo Perón impulsaba el desarrollo de los sindicatos, las Obras Sociales se fortalecían en el país.

El golpe militar, que prevaleció hasta la década de 1970, provocó la caída del financiamiento del sector público nacional y el traslado de los hospitales nacionales a las provincias. Mientras tanto, siguió creciendo el sistema vinculado a los sindicatos, aún sin regulación, junto con la oferta de servicios privados, apareciendo la medicina prepaga.

Entre los años 1970 y 1976, se desarrolló el sistema de proveedores privados que apoyó a las Obras Sociales en la Argentina y, mediante un pacto gremial-militar se instituyó la obligatoriedad

de las Obras Sociales mediante la Ley 18.610, que dispuso la afiliación de cada trabajador a la Obra Social correspondiente a su rama de actividad, pero que es posteriormente anulada. En 1971 se creó el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), que brinda asistencia médica a las personas mayores (jubilados y pensionados), eliminando la carga financiera de las Obras Sociales. Así, se consolida un modelo mixto (sector público y privado), fragmentado entre diferentes usuarios del país. Hasta 1983 se profundizó la falta de financiación pública para la salud.

El gobierno de Raúl Alfonsín (1983-1989) buscó recuperar la democracia, mientras el poder de los sindicatos continuaba fortaleciéndose. Se crean las Leyes 23.660 y 23.661, actualmente vigentes, que rigen el sistema de seguros y Obras Sociales en el país.

Entre 1990 y 2010, el Estado asumió la tendencia neoliberal y centró el servicio público en la Atención Primaria de Salud. Se proponen algunas reformas administrativas, como la desregulación de las Obras Sociales, con libre elección del individuo para afiliarse, incentivando una mayor competencia entre ellas y posibilitando que las personas con más recursos cuenten con planes de atención de mejor calidad. Aparece también el PMO, con la definición de derechos mínimos de cobertura y como herramienta para estandarizar productos, reduciendo asimetrías en el mercado.

Con el Decreto 939/2000, se crea el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), proponiendo la autogestión y financiación de los hospitales públicos. Hay una descentralización administrativa de los hospitales nacionales a las provincias y CABA. En 1992 se creó el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica con el fin de estandarizar y asegurar la calidad de los servicios de salud brindados. En el sector privado, se redactó la Ley 26.682, creada en 2011, que regula el sector de la medicina prepaga y garantiza los derechos de los usuarios.

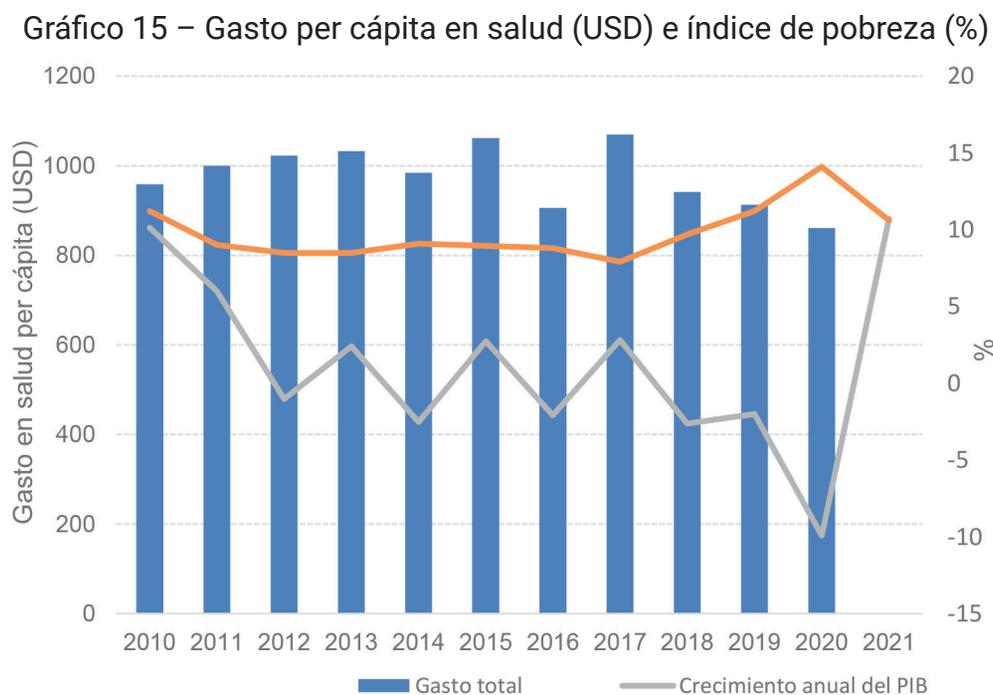
Actualmente, el gobierno regula por patologías, como la ley para la prevención y control de los trastornos alimentarios (2008) y la ley de reproducción asistida (2013), controla el cumplimiento obligatorio del PMO por parte de las OSN y las EMP, además de regular la posibilidad de aumentos de precios por los servicios de salud prestados. La red de servicios del Estado se reduce básicamente a atender a la población más necesitada, sin cobertura de seguridad social. Sin embargo, el sector público también ofrece cobertura adicional a afiliados en otros esquemas, generando múltiples coberturas, con consecuencias negativas para la eficiencia del sistema. En cuanto a la gestión, los gobiernos provinciales son responsables de la salud de sus habitantes. La coordinación entre nación y provincia es articulada por el COFESA.

En relación con las últimas dos décadas, los argentinos vivieron más y mejor, pero con las crisis económicas que se han dado desde principios de los 2000, se ha producido un importante deterioro del sistema de salud pública y un empobrecimiento de la población. El sistema de salud en Argentina adolece de excesiva fragmentación, la superposición de usuarios en diferentes subsistemas de cobertura y la persistencia de disparidades geográficas con relación a la infraestructura ofrecida, debido

a la capacidad administrativa y financiera de las provincias, además del importante porcentaje de la población sin cobertura médica, totalmente dependiente de los servicios públicos gratuitos.

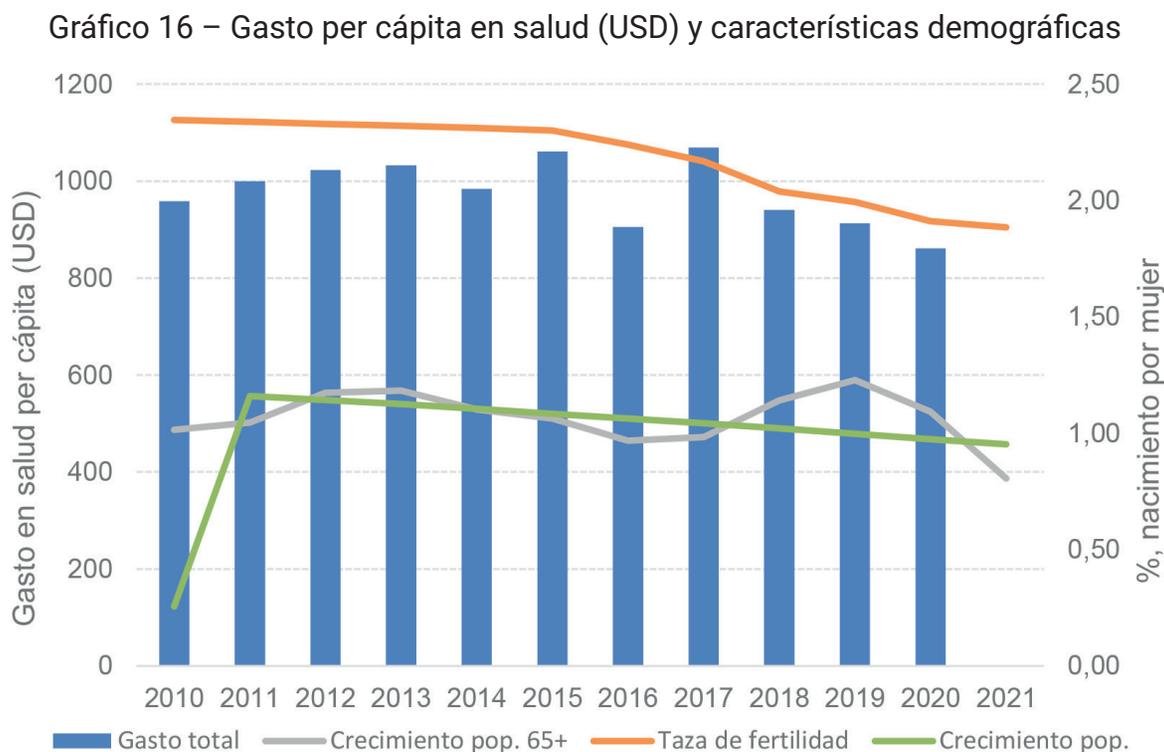
En términos demográficos, dos fuerzas influyen en el sistema de salud. Por un lado, cuando las tasas de mortalidad infantil disminuyen, seguidas de una caída en la tasa de fertilidad, el crecimiento de la población total tiende a desacelerarse y la edad promedio de la población aumenta. Estos cambios demográficos, junto con el aumento de la proporción de la población en edad de trabajar, tienden a impulsar el PIB total per cápita y el crecimiento económico (Bloom y Canning, 2001). Además, la porción de la población con mayores tasas de ahorro también aumenta, de modo que la tasa de ahorro agregada de la economía tiende a aumentar. Por otro lado, el envejecimiento de la población afecta al sistema de salud a través de los cambios que provoca en la evolución de los servicios y, en consecuencia, en la demanda de recursos. En un estudio realizado también para algunos países, especialmente Argentina, entre 2000 y 2015, Crosta, Navaridas y Vilá (2021) encontraron que el envejecimiento de la población aún no es una variable significativa para explicar el gasto en salud pública en el país.

Utilizando datos más recientes de Argentina, el Gráfico 15 muestra el gasto total en salud per cápita (USD), el crecimiento anual del PIB y el porcentaje de la población que vive con menos de USD 6,85 por día. Argentina se ha visto afectada por una serie de crisis financieras, que se reflejan en la fluctuación del crecimiento del PIB y la tendencia más reciente al aumento de las tasas de pobreza. También se observa que la reducción del gasto en salud a partir de 2018 está asociada a un aumento de la tasa de pobreza, lo que indica un deterioro de las condiciones sociales de la población argentina. De hecho, la correlación entre las dos series es fuerte y negativa (0,87).



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial (2023) y de la World Health Organization (2023).

Desde el punto de vista demográfico, el Gráfico 16 muestra que la presión poblacional sobre el gasto en salud tiende a disminuir, observándose la tendencia de la serie en la última década. La tasa de fertilidad se redujo de 2,3 hijos por mujer en 2010 a 1,9 en 2021. El crecimiento demográfico ha estado por debajo del 1% anual desde 2019, y hay una tendencia a reducir la tasa de crecimiento de la población mayor de 65 años.



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial (2023) y de la World Health Organization (2023).

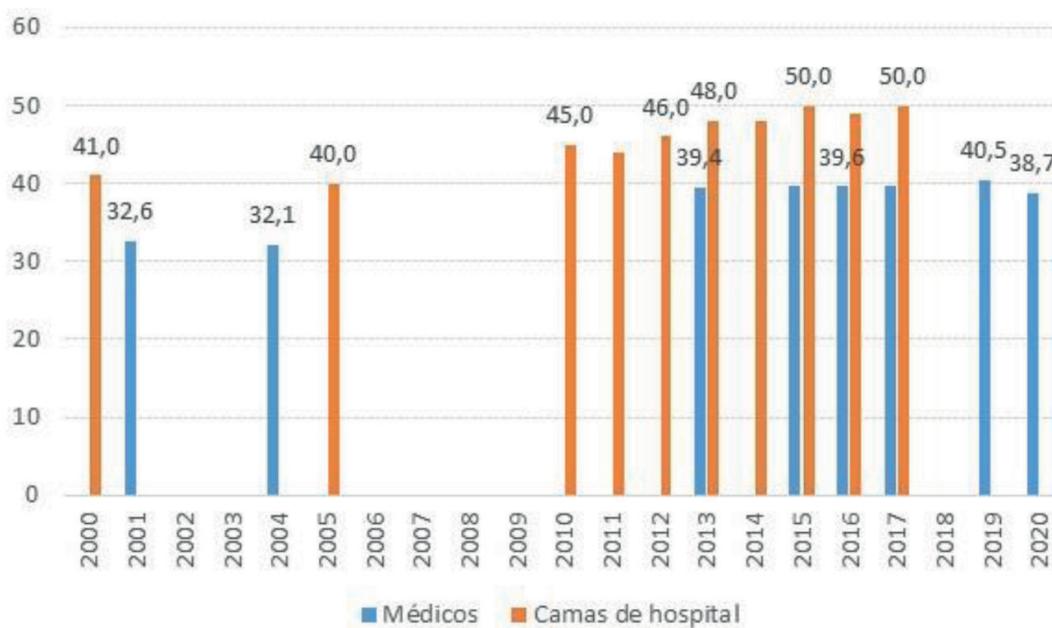
4. Impacto del gasto en indicadores de salud

Con información del Ministerio de Salud, la OMS y el Banco Mundial, se construyó una serie de datos relativamente completa sobre el número de médicos y camas hospitalarias disponibles en Argentina. Las camas incluyen camas en hospitales públicos y privados y centros de rehabilitación.

Según el Gráfico 17, los valores son relativamente estables en el tiempo, con un ligero aumento. El país inició en 2001 con 32,6 médicos por cada 10.000 habitantes, finalizando con 38,7 en 2020, lo que representa un crecimiento promedio anual de 0,91%. En cuanto a camas hospitalarias, en el año 2000 Argentina contaba con 41 camas por cada 10.000 habitantes, llegando a 50 en 2017, un crecimiento promedio anual de casi 1,2%. Los números de Argentina

son muy superiores al promedio de América Latina y el Caribe, que tenía 23,7 médicos por cada 10.000 habitantes (2018) y casi 20 camas de hospital y comparables a los países de la OCDE (50 camas y 30 médicos por cada 10.000 habitantes en 2018).

Gráfico 17 – Recursos: médicos y camas de hospital por cada 10.000 habitantes



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (Argentina, 2023d), la World Health Organization (2023) y el Banco Mundial (2023).

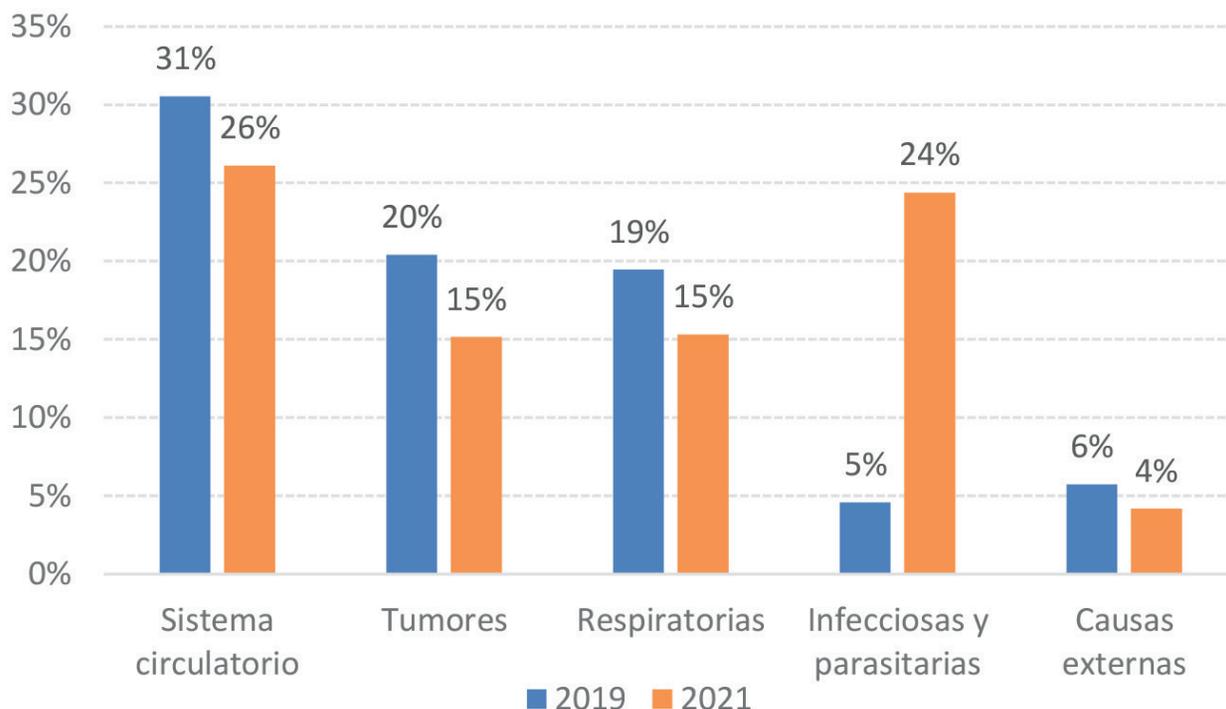
La Dirección de Estadísticas e Información de Salud (Argentina, 2023b) organiza la información sobre causas de muerte en Argentina, con datos disponibles desde 2005 hasta 2021. En el Gráfico 18, se comparan los años 2019 y 2021, antes y durante la pandemia de COVID-19. Los porcentajes entre 2015 y 2019 son bastante estables, lo que indica que la diferencia que se observa en el gráfico entre los períodos se debe principalmente a las muertes por COVID-19. Se observa que, aún durante la pandemia, prevalecen en Argentina las muertes causadas por enfermedades del sistema circulatorio, como infartos, insuficiencia cardíaca y enfermedades cerebrovasculares, que representan el 31% de las muertes por causas definidas en el país en 2019¹³.

A continuación, el cáncer y las enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio representan cada uno alrededor del 20% de las muertes con causas definidas en 2019. En ese año, las muertes causadas por tumores relacionados con el pulmón, la tráquea y los bronquios son la principal causa entre los registros de muerte por cáncer (15,0%). Le siguen el

¹³ Aunque hay datos hasta 2021, en este apartado optamos por analizar el año 2019 para evitar la influencia del COVID-19.

cáncer de colon y recto (12,1%), mama (9,6%) y páncreas (7,2%). Entre las enfermedades respiratorias, la principal causa está relacionada con la neumonía y la influenza. Finalmente, la principal diferencia detectada en el Gráfico 18 se refiere a las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias. Entre 2015 y 2019, este factor fue responsable de alrededor del 4,5% de las muertes por causas definidas. Sin embargo, en 2021, esta cifra asciende al 24% de las muertes, estando casi el 81% de estas relacionadas con el COVID-19.

Gráfico 18 – Muertes por causas definidas (2019 y 2021)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (Argentina, 2023a).

La Tabla 2 muestra la variación en el número de defunciones por tipo de enfermedad entre 2009 y 2019, considerando, entre las defunciones con causas definidas, solo aquellas que reportaron más de 3.000 defunciones en el año, con variación (positiva o negativa) mayor al 5%. Nótese que los principales aumentos están relacionados con las enfermedades respiratorias, seguidas de las enfermedades hipertensivas, del aparato urinario, hepático y mentales. Por otro lado, el país logró una importante reducción de muertes por accidentes de tránsito y cáncer de próstata.

Tabla 2 – Principales variaciones de las causas de muerte definidas
(variación entre 2009 × 2019, %)

Causas de muerte	Variación (%)
Neumonía e influenza	55,0%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	28,4%
Neumonitis debidas a sólidos y líquidos	25,6%
Enfermedades hipertensivas	17,8%
Nefritis y nefrosis	16,2%
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	15,7%
Trast. mentales y del comportamiento	10,4%
Tumor (útero)	8,0%
Diabetes mellitus	7,0%
Tumor (tráquea, de los bronquios y del pulmón)	-7,6%
Enfermedades cerebrovasculares	-8,8%
Tumor (próstata)	-10,5%
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	-32,1%
Todas las causas definidas	2,18%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (Argentina, 2023a).

Las principales causas de muerte de los hombres en 2019 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas. Para las mujeres, la primera causa fueron las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio, los tumores y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En la Tabla 3, se calcula la relación entre el número de muertes de mujeres y hombres para el año 2019. Si el número es mayor a uno, significa que hay más muertes de mujeres que de hombres por la enfermedad. Las mujeres mueren mucho más que los hombres a causa de la enfermedad de Alzheimer, los trastornos mentales y las enfermedades infecciosas intestinales en particular. En el otro extremo, los hombres mueren más por tumores de vejiga, causas externas y enfermedades hepáticas. Por cierto, con relación al cáncer, los hombres siempre mueren más que las mujeres, a excepción de los tumores de vesícula y vías biliares.

Tabla 3 – Principales diferencias en causas de muerte entre Mujeres (M) y Hombres (H), 2019

Causas de muerte	M/H
7. Enfermedad de Alzheimer	2,61
8. Otros trastornos mentales y del comportamiento	1,94
1. Enfermedades infecciosas intestinales	1,55
9. Ateroesclerosis	1,53
5. Trastornos metabólicos	1,49
11. Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	1,42
2. Tumor (vesícula y vías biliares)	1,38
10. Bronquitis y bronquiolitis agudas	1,35
9. Enfermedades hipertensivas	1,31
1. Tripanosomiasis (enfermedad de Chagas)	0,68
1. Tuberculosis, inclusive secuelas	0,55
2. Tumor (tráquea, de los bronquios y del pulmón)	0,55
2. Tumor (estómago)	0,54
1. Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	0,50
2. Tumor (riñón y otros órganos urinarios, excepto vejiga)	0,47
2. Tumor (esófago)	0,47
12. Enfermedades del hígado	0,37
17. Causas externas	0,35
2. Tumor (vejiga urinaria)	0,32
Todas las causas definidas	0,95

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (Argentina, 2023a). Nota: para el cálculo se utilizaron únicamente los factores que presentaron más de 100 muertes para mujeres u hombres. 1. Enfermedades infecciosas y parasitarias; 2. Tumores; 3. Diabetes mellitus; 4. Def. de la nutrición y anemias nutricionales; 5. Trastornos metabólicos; 6. Meningitis; 7. Alzheimer; 8. Trast. mentales y del comportamiento; 9. Enfermedades del sistema circulatorio; 10. Enfermedades del sistema respiratorio; 11. Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal; 12. Enfermedades del hígado; 13. Enfermedades del sistema urinario; 14. Embarazo, parto y puerperio; 15. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal; 16. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; 17. Causas externas y 18. Demás causas definidas.

Además de las diferencias en las muertes entre hombres y mujeres, también existen diferencias regionales significativas. La Tabla 4 ilustra las tasas de mortalidad infantil y materna por provincia en 2019 (antes de la pandemia de COVID-19). En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, el promedio del país es de 9,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Sin embargo, el rango de la diferencia interprovincial es de 8 puntos, observándose la tasa más alta en la provincia de Formosa y la más

baja en Neuquén. Esta disparidad significa, en otro ejemplo, que un niño nacido en la provincia del Chaco tiene un 65% más de probabilidades de morir que si hubiera nacido en Córdoba. En cuanto a la mortalidad materna, en promedio hay 3,0 muertes por cada 10.000 nacidos vivos y la diferencia interprovincial es de 6 puntos (tasa más alta en Catamarca y más baja en San Juan). Esto significa que una madre que da a luz en la provincia de Corrientes tiene casi tres veces más probabilidades de morir que una madre que vive en Córdoba.

Tabla 4 – Tasas de mortalidad infantil y materna, 2019.

Jurisdicción	Tasa de mortalidad infantil total por 1.000 nacidos vivo	Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos
Total del país	9,2	3,0
CABA	7,3	2,6
Buenos Aires	9,1	2,7
Catamarca	10,5	7,0
Chaco	12,4	6,8
Chubut	7,8	1,3
Córdoba	7,5	2,0
Corrientes	12,0	5,5
Entre Ríos	9,8	1,6
Formosa	13,6	5,9
Jujuy	9,9	1,9
La Pampa	9,1	7,0
La Rioja	10,3	3,8
Mendoza	8,3	2,2
Misiones	9,6	3,0
Neuquén	5,4	–
Río Negro	7,8	2,0
Salta	10,6	4,8
San Juan	9,3	0,8
San Luis	8,6	1,5
Santa Cruz	7,4	4,2
Santa Fe	8,2	2,1
Santiago del Estero	6,6	4,1
Tierra del F., Ant. e Islas del A. S.	7,1	–
Tucumán	13,3	6,0

Fuente: Elaboración propia con datos de INDEC (2023).

Las OSN están dirigidas a los trabajadores del sector privado formal y sus familias, público nacional y trabajadores por cuenta propia. Las OSN no sindicalizadas albergan a los beneficiarios (y sus familias) del sistema de seguridad y defensa nacional, además de los sectores universitario, judicial y legislativo. Las OSP son para los trabajadores públicos de las provincias y municipios. Los jubilados y pensionados, así como sus familias, están cubiertos por el INSSJP-PAMI. Finalmente, las personas con capacidad económica pueden contratar servicios de seguros privados en EMP.

Sin embargo, como se ha visto, la población argentina puede utilizar más de un subsistema de salud, incluyendo servicios públicos, privados y, dependiendo de su estatus profesional, Obras Sociales. Por lo tanto, algunos porcentajes de cobertura agregados pueden sumar más del 100%. Cabe señalar que existe dificultad para obtener, de manera accesible y clara, el número de beneficiarios por subsistema, existiendo múltiples estudios en la literatura que buscan estimar los datos de acceso de la población a cada subsistema.

Según información de la SSS, existen casi 15 millones de titulares de OSN al 2023, lo que, considerando a los familiares, alcanza los 20,5 millones (Argentina, [20–b]), 31% (solo titulares) y 44% (sumando titulares y familiares). La Tabla 4 distribuye los titulares por provincia, donde se puede observar que casi el 17% se concentra en la provincia de Buenos Aires y la Capital Federal.

En OSP, los datos de 2017 indican algo más de 7,1 millones de titulares, lo que corresponde al 16,1% de la población. Sin embargo, a pesar de que los datos distribuidos entre provincias son de 2014 (Tabla 5), la diferencia en el número total de titulares es muy cercana. Del 16,6% de titulares que utilizan la OSP, una cuarta parte se concentra en la provincia de Buenos Aires.

El último dato publicado por el Ministerio de Salud sobre usuarios de EMP es de 2018. Se observa que, del total de 4,3 millones de usuarios (10% de la población), poco más de la mitad se concentra en la provincia de Buenos Aires y la Capital Federal del país.

Tabla 5 – Acceso al sistema de seguridad social

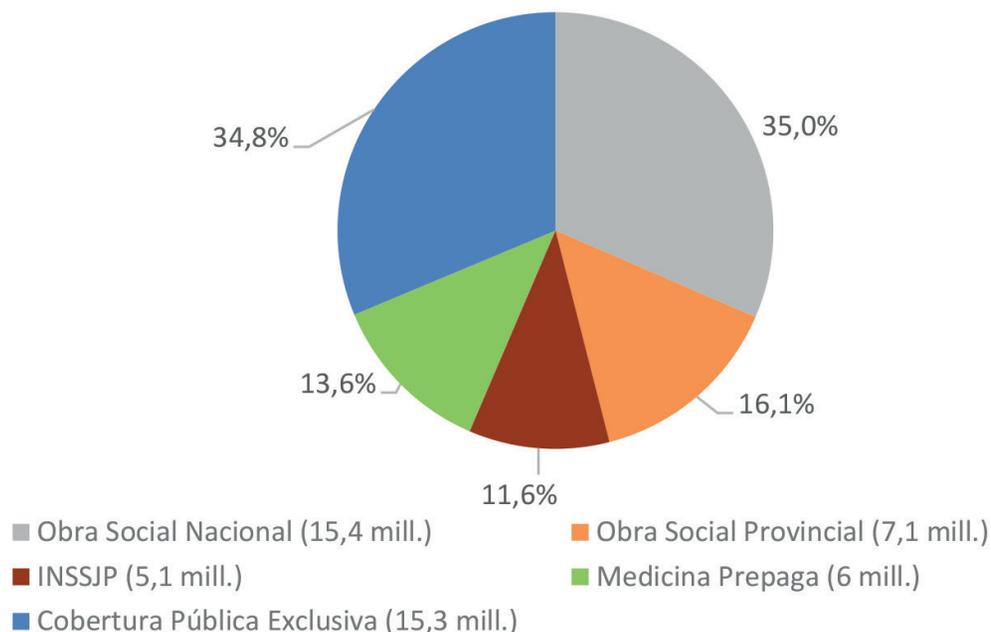
Provincia	OSN		OSP		EMP	
	2023 titulares	% Población	2014 titulares	% Población	2018 titulares	% Población
Buenos Aires	5.912.462	12,7%	1.934.467	4,5%	1.663.320	3,7%
CABA	1.903.602	4,1%	260.000	0,6%	931.537	2,1%
Córdoba	1.219.998	2,6%	550.572	1,3%	424.337	1,0%
Santa Fe	1.143.902	2,5%	536.061	1,3%	376.989	0,8%
Mendoza	591.834	1,3%	770.048	1,8%	136.989	0,3%
Entre Ríos	413.384	0,9%	266.331	0,6%	76.230	0,2%
Tucumán	412.486	0,9%	310.801	0,7%	35.840	0,1%
Salta	303.870	0,7%	260.615	0,6%	49.502	0,1%
Misiones	273.780	0,6%	177.851	0,4%	34.681	0,1%
Corrientes	250.840	0,5%	132.871	0,3%	39.402	0,1%
Río Negro	249.156	0,5%	127.814	0,3%	53.079	0,1%
Chaco	228.641	0,5%	242.518	0,6%	23.649	0,1%
Santiago del Estero	202.091	0,4%	166.144	0,4%	15.209	0,0%
San Juan	193.933	0,4%	134.326	0,3%	40.544	0,1%
Chubut	191.789	0,4%	123.487	0,3%	70.265	0,2%
Neuquén	189.605	0,4%	201.500	0,5%	61.563	0,1%
Jujuy	172.730	0,4%	172.390	0,4%	22.834	0,1%
San Luis	142.490	0,3%	79.840	0,2%	25.176	0,1%
No identificada	121.464	0,3%		0,0%	74.066	0,2%
La Pampa	114.281	0,2%	84.057	0,2%	29.853	0,1%
Formosa	104.585	0,2%	110.761	0,3%	11.111	0,0%
Catamarca	102.260	0,2%	163.104	0,4%	10.939	0,0%
Santa Cruz	93.388	0,2%	115.000	0,3%	43.873	0,1%
La Rioja	77.629	0,2%	125.700	0,3%	14.000	0,0%
Tierra del Fuego	56.728	0,1%	49.412	0,1%	30.940	0,1%
Total	14.666.928	31,4%	7.095.670	16,6%	4.295.928	10,1%

Fuente: Elaboración propia con datos de SSS, Canale, Ponti y Monteferrario (2016) e INDEC (2023).

Para el PAMI, los datos de 2019 revelan una cobertura del 11% de la población en este subsistema, siendo casi el 57% de estas personas mayores de 65 años (Unicef, 2021). Finalmente, la población con cobertura pública exclusiva alcanza el 35% del total, con 15,3 millones

en 2017 (Argentina, 2019). El Gráfico 19 reproduce la información de 2017 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Argentina, 2019), cuando se obtiene toda la información del mismo año. El sistema de seguridad de salud en su conjunto cubre al 62,7% de la población.

Gráfico 19 – Cobertura de salud por subsistema (millones de usuarios, 2017)



Fuente: Elaboración propia con datos de Argentina (2019).

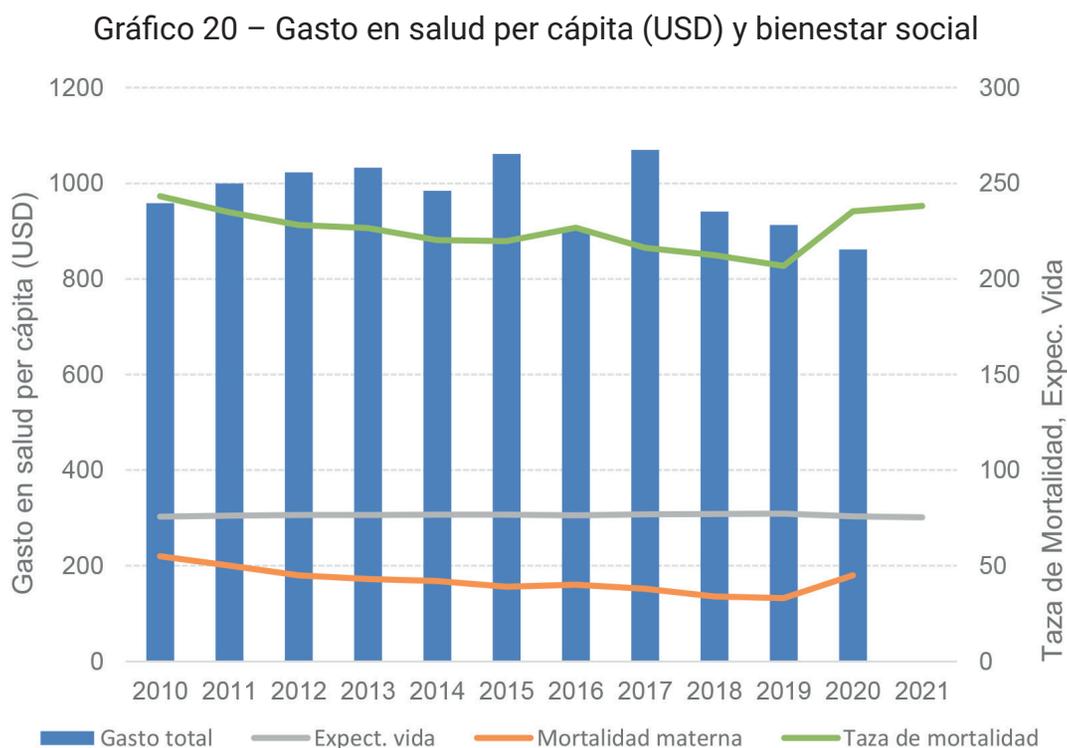
5. Impacto del gasto en salud sobre crecimiento económico y bienestar social

El gasto en salud tiene un efecto directo sobre el bienestar y la felicidad de la población (Bloom; Canning, 2003). En los países en desarrollo, los gobiernos tienden a enfrentar restricciones presupuestarias, que limitan su poder de inversión. En general, los países concentran el gasto público en áreas que conducen al crecimiento económico, como educación, infraestructura, instituciones garantes y derechos de propiedad. Los autores sostienen que la inversión en salud también impulsa el crecimiento económico, tanto a través de un efecto directo sobre la productividad de los trabajadores como indirectamente, al hacer efectiva la inversión en capital humano, como la educación, por ejemplo, y afectando las tasas de ahorro individual y agregado. Bloom y Canning (2003) explican que el efecto de la salud sobre el crecimiento económico se ha encontrado en varios estudios en los que las estimaciones sugieren que un aumento en la esperanza de vida aumenta el crecimiento del PIB en un 4%. Los autores también afirman que la relación entre salud y crecimiento económico tiene un efecto de causalidad acumulativa.

Si bien el gasto en salud promueve el crecimiento económico, también conduce a mejoras en la salud. Estos argumentos también son corroborados por Ozyilmax et al. (2022), quienes también consideran el costo del aumento de la población de edad avanzada en el crecimiento económico del país.

El gasto en salud también desempeña un papel en la reducción de las desigualdades sociales, ya que promueve un acceso justo e igualitario a los servicios de salud para todos los segmentos de la población. Además, la inversión en salud promueve la actividad económica y estimula el desarrollo tecnológico, además de equipar al país para respuestas de emergencia, como en el caso de la pandemia de COVID-19 en 2020.

En Argentina, la relación entre el gasto en salud y los resultados de bienestar social es evidente, como se muestra en el Gráfico 20. Los índices de correlación y el comportamiento de las series revelan una relación positiva entre el gasto y la esperanza de vida de la población, así como una relación inversa entre el gasto en salud y la mortalidad materna y las tasas de mortalidad general¹⁴.



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de World Health Organization (2023).

Sin embargo, como afirman Cavagnero y Bilger (2010), el sistema de salud argentino es bastante vulnerable debido a su dependencia de los ciclos económicos, ya que se basa en gran medida en el nivel de empleo de la población.

¹⁴ La tasa de mortalidad viene dada por la probabilidad de que una persona de 15 años muera antes de cumplir los 60..

6. Conclusiones

La complejidad, la desigualdad, la fragmentación y la vulnerabilidad son las características más llamativas del sistema de salud en Argentina y repercuten negativamente en el desempeño de los indicadores de salud de su población. En 2019, Argentina, Chile y Uruguay, por ejemplo, gastaron montos per cápita equivalentes en salud. Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil en Argentina fue un 25% y un 30% superior a la de esos países, respectivamente. Mientras que la esperanza de vida en Argentina es de aproximadamente 77 años, un chileno, con un gasto equivalente, vive tres años más. Las tasas de embarazo adolescente en estos países también son más bajas que en Argentina. En otra perspectiva, los países que gastan un poco más de la mitad que Argentina obtienen indicadores superiores. Brasil, Colombia y México, por ejemplo, tienen tasas significativamente más bajas de muertes por enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer e infecciosas en comparación con Argentina. Esto demuestra que el gasto en salud en Argentina no es eficiente.

El sistema es complejo porque involucra diversidad y superposición de agentes con funciones superpuestas en cuanto a quién financia, administra, provee y demanda los subsistemas, lo que contribuye a la dispersión de la responsabilidad por la atención de salud. Es necesario definir claramente el papel y responsabilidad de la nación, provincia y municipio, sin necesidad de que todos los agentes desempeñen todas las funciones.

El sistema es desigual porque, siendo las provincias las principales responsables de la salud de sus ciudadanos, sus diferentes capacidades económicas y administrativas se reflejan en la desigual cobertura de salud que ofrecen. Además, la multiplicidad de Obras Sociales, cada una con sus propias capacidades, también contribuye a la disparidad de indicadores sociales y geográficos de salud en el país. El desarrollo del subsistema privado es variable en cada localidad dependiendo del funcionamiento de los demás subsistemas. Por lo tanto, la salud de cada persona depende del tipo de cobertura y de la región en la que reside.

El sistema está fragmentado y descentralizado porque conviven sistemas públicos, semipúblicos (Obras Sociales) y privados, débilmente regulados y coordinados, sin un poder central que gestione todo el sistema, lo que dificulta el acceso de la población a la información y los datos de salud. Esta estructura favorece la existencia de subsidios cruzados que tienden a perjudicar al sector público, pues, cuando un afiliado de una Obra Social o de una EMP utiliza el servicio público de salud, los montos recuperados (cobrados) por este son, en general, inferiores a los cobrados por el sistema privado. Además, la falta de coordinación entre los diferentes niveles públicos conduce a una oferta de servicios excesiva en relación con las necesidades de la población local, mientras que en otras regiones existe una falta de oferta.

El sistema es vulnerable porque más del 60% de la población está asociada al subsistema de Obras Sociales, el cual depende de un vínculo con un trabajo formal, el cual, a su vez, fluctúa

de acuerdo al desempeño económico del país. En tiempos de crisis, las Obras Sociales pierden afiliados y por tanto su propia capacidad de financiación. Además, la diferencia en el tamaño de las OSN y las EMP en términos de concentración de afiliados resulta en que, si bien todas están obligadas a cumplir con el Plan Médico Obligatorio, no todas pueden pagarlo únicamente con su propia recaudación.

La salud pública, por su parte, sufre las consecuencias de las crisis fiscal y financiera, que reducen los presupuestos públicos, que necesitan atender a una población que cada vez más busca cobertura en los centros y hospitales públicos. La vulnerabilidad también está presente por grupo de edad, ya que el PAMI, la Obra Social de jubilados y pensionados, atiende a la población mayor de 65 años, que es más propensa a necesitar servicios de salud y, por tanto, necesita asistencia pública para su solvencia.

Finalmente, la existencia y difusión de datos e información es crucial para el diseño de cualquier programa de desarrollo. A pesar del esfuerzo, en los últimos años, junto con la implementación del sistema de Cobertura Universal de Salud, por crear un registro único de beneficiarios de todos los sistemas de salud del país, según el Banco Mundial (2017), no existe información entre el tamaño de subsidios cruzados entre los subsistemas de Obras Sociales y el público, ni sobre las prestaciones cubiertas por estos sistemas. No se conoce la participación del gasto nacional y provincial destinado a funciones esenciales de salud, ni se conoce la calidad de los servicios que brinda el sector privado, lo que en su conjunto dificulta, según el documento, comparar servicios que son realmente prestados.

La multiplicidad de instituciones y la falta de definiciones claras de reglas y responsabilidades encarecen el sistema, lo que, sumado a la heterogeneidad entre y dentro de los subsistemas, genera desafíos para la eficiencia, organización, equidad y sostenibilidad del sistema de salud argentino.

El gasto en salud no debe verse solo como un bien de consumo, sino también como un bien de inversión. Los gobiernos que buscan un crecimiento económico sostenible deben incluir la salud de su población, así como el gasto en educación e infraestructura, como una estrategia equilibrada de inversión y reducción de la pobreza.

7. Referencias

- ABELDAÑO, R. A. Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud. **Ciência & Saúde Coletiva**, Córdoba, v. 22, n. 5, p. 1631-1640, mayo 2017. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yWjpVVZDHCBQnyTWw5PX9XD/?lang=es>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- ARGENTINA. **Datos estadísticos de salud**, 2023a. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos>. Acceso en: 1 set. 2024.
- ARGENTINA. **Dirección de Estadísticas e Información de Salud**, 2023b. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- ARGENTINA. Ministerio de Economía. **Datos Abiertos**, 2023c. Disponible en: <https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/home>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- ARGENTINA. Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas. Secretaria de Hacienda. **Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público Nacional**. 6ª ed. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas, 2016. 307 p. Disponible en: <https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/clasificador16.pdf>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Datos abiertos del Ministerio de Salud**, 2023d. Disponible en: <http://datos.salud.gob.ar/>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- ARGENTINA. Ministerio de Salud. Jurisdicción 80. **Política presupuestaria de la Jurisdicción**, 2018a. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/presupuesto_msal_2018.pdf. Acceso en: 27 ago. 2024.
- ARGENTINA. Ministerio de la Salud. **Manual de operatoria de medicamentos e insumos**, 2022b. 75 p.
- ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino**, 2023e. Disponible en: <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- ARGENTINA. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. **¿Cuánto gasta Argentina en salud?** Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, nov. 2019. 25 p. Disponible en: https://economiygestiondelasaludfinance.files.wordpress.com/2021/02/informe_gasto_en_salud_2017.pdf. Acceso en: 27 ago. 2024.
- ARGENTINA. **Obras sociales inscriptas**. [S. l.: s. n.], [20--a]. Disponible en: https://www.sssalud.gob.ar/?page=os_inscriptas. Acceso en: 26 ago. 2024.
- ARGENTINA. **Población**, [20--b]. Disponible en: <https://www.sssalud.gob.ar/index.php?page=poblacion>. Acceso en: 28 ago. 2024.
- ARGENTINA. Superintendencia de servicios de salud. Entidad 914. **Política presupuestaria de la entidad**, 2018c. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/p22e914.pdf>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- BANCO MUNDIAL. **Argentina: Hacia una Cobertura Universal de Salud – Desafíos y Oportunidades**. Serie de informes técnicos del Banco Mundial en Argentina, Paraguay y Uruguay, n. 12, Washington, D.C.: World Bank Group. 2017. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/757821516810031078/Argentina-Towards-Universal-Health-Coverage-Challenges-and-Opportunities>. Acceso en: 26 ago. 2024.

- BARRO, R. J.; SALA-I-MARTIN, X. Technological diffusion, convergence, and growth. **NBER Working paper series**, Cambridge, n. 5151, p. 1-45, jun. 1995. Disponible en: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w5151/w5151.pdf. Acceso en: 1 sept. 2024.
- BANCO MUNDIAL. **Indicadores de desarrollo mundial**. Washington, DC: World Bank Group, 2023. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- BELLÓ, M.; BECERRIL-MONTEKIO, V. M. Sistema de Salud de Argentina. **Salud Pública de México**, Cancún, v. 53, n. 2, p. 96-108. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>. Acceso en: 26 ago. 2024.
- BHARGAVA, A.; JAMISON, D. T.; MURRAY, C. J. Modeling the effects of health on economic growth. **J. Health Econ.**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 423-440, mayo 2001.
- BLOOM, D.; CANNING, D. Cumulative Causality, Economic Growth, and the Demographic Transition. **Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World**. Oxford: Oxford Scholarship Online, 2021.
- BLOOM, D.; CANNING, D. Health as Human Capital and its Impact on Economic Performance. **The Geneva Papers on Risk and Insurance**, Geneva, v. 28, n. 2, p. 304-315, abr. 2003.
- BLOOM, D. E. *et al.* Geography, Demography, and Economic Growth in Africa. **Brookings Papers on Economic Activity**, Washington, v. 1998, n. 2, p. 207-295, 1998. Disponible en: https://static1.squarespace.com/static/5d59c0bdfff8290001f869d1/t/5ef63c5e6b62f234d82572c2/1593195626732/Sachs+%281998%29_Geography%2C+Demography%2C+and+Economic+Growth+in+Africa.pdf. Acceso en: 2 set. 2024.
- CANALE, S.; PONTI, H. de; MONTEFERRARIO, M. Obras Sociales Provinciales: Indicadores de Consumo y Gasto en Atención Médica. **Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal (DAAPGE)**, [S. l.], p. 225-250, mayo, 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/daapge/n26/n26a08.pdf>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- CAVAGNERO, E.; BILGER, M. Equity during an economic crisis: financing of the Argentine health system. **Journal of Health Economics**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 479-488, abr. 2010.
- CETRÁNGOLO, O.; DEVOTO, F. **Organización de la Salud en Argentina y Equidad**: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Oficina de la Cepal en Buenos Aires (Estudios e Investigaciones). Buenos Aires. 2022. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/70dc83ae-9a4a-422d-8a24-de36397ca26d/content>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- CROSTA, F. L.; NAVARIDAS, R.; VILÁ, L. R. Gasto público en salud: Envejecimiento, tecnología, crecimiento y no observables. **Revista Económica La Plata**, Buenos Aires, v. 67, e019, dic. 2020. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/Economica/article/download/9430/12324/47253>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- FINDLING, L.; ARRUÑADA, M.; KLIMOVSKY, E. Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1077-1086. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QHbVVBL4ZpWtzxqphSVGDMMP/?format=pdf&lang=es>. Acceso en: 27 ago. 2024.

- FRIMPONG, A. O. Health as an investment commodity: A Theoretical Analysis. **Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 58-62. Disponible en: <https://pubs.sciepub.com/jbe/2/3/1/>. Acceso en: 26 ago. 2024.
- INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- MACEIRA, D.; JIMÉNEZ, A. **El gasto de bolsillo en salud como indicador clave de equidad y calidad sistémica en Argentina**. [S. l.]: Fundar, 2022. 18 p. Disponible en: https://fund.ar/wp-content/uploads/2022/05/FundarEl_gasto_de_bolsillo_en_salud_ como_indicador_clave.pdf. Acceso en: 27 ago. 2024.
- MACEIRA, D. Morfología del Sistema de Salud Argentino: descentralización, financiamiento y gobernanza. **Documento de Trabajo CEDES**, 141, [S. l.], 2018. Disponible en: https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Doc_t141.pdf. Acceso en: 27 ago. 2024.
- MCKEE, M.; SUHRCKE, M. Investing in health: a contribution to the achievement of the Lisbon Agenda. **European Review**, Cambridge, v. 18, n. 1, p. 9-21, feb. 2010.
- OFICINA DE PRESUPUESTO DEL CONGRESO. **Caracterización del Sistema de Salud Argentino**, [S. l.], 2021. Disponible en: <https://www.opc.gov.ar/salud/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/>. Acceso en: 26 ago. 2024.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Macroeconomics and health**: investing in health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: OMS, 2001. 210 p. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42435/924154550X.pdf?sequence=1>. Acceso en: 26 ago. 2024.
- OZYILMAZ, A. *et al.* The Relationship between Health Expenditures and Economic Growth in EU Countries: Empirical Evidence Using Panel Fourier Toda–Yamamoto Causality Test and Regression Models. **J. Environ. Res. Public Health**, [S. l.], v. 19, n. 22, p. 1-17, sept./nov. 2022. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/22/15091>. Acceso en: 28 ago. 2024.
- RUBINSTEIN, A. *et al.* Making Universal Health Care Effective in Argentina: a Blueprint for Reform. **Health Systems & Reform**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 203-213, ago. 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30067439/>. Acceso en: 28 ago. 2024.
- UNICEF. **Impacto Distributivo del Gasto Público Nacional en Salud con Enfoque en la Niñez**. Buenos Aires: Unicef, 2021. 96 p. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/13521/file/impacto-distributivo-gasto-publico-nacional-salud-enfoque-ninez-argentina.pdf>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Expenditure Database**, 2023. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Acceso en: 27 ago. 2024.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN BRASIL

Marislei Nishijima

Resumen

La salud se considera capital humano, es decir, un factor de producción fundamental para el desarrollo económico (Nishijima *et al.*, 2022), principalmente porque es el factor de producción que genera conocimiento y, por tanto, permite que continúe el progreso tecnológico, motor del crecimiento económico (Schumpeter, 1934; Giersch, 1984). Según Grossman (2000), la salud puede considerarse como un stock de capital humano que requiere inversiones para aumentar y sustituir la depreciación resultante de la edad de los individuos. En este sentido, es esencial investigar cómo han invertido los países en salud para comprender su capacidad de desarrollo y cómo se traducen estas inversiones en mejoras del estado general de salud de sus poblaciones.

Desde ese punto de vista, este estudio presenta la forma de financiamiento del Sistema Único de Salud Pública en Brasil y estudia su historia desde la creación por la Constitución Federal (CF) de 1988. Además, examina su interacción con el sector privado de salud —que, a pesar de tener carácter complementario, representa la mayor proporción del gasto en salud del país, que en parte se financia indirectamente con recursos públicos— y sus implicaciones en el acceso de la población a la salud.

1. Estructura del sistema de salud

El sistema de salud brasileño consiste en una combinación de un sistema público universal financiado con recursos públicos y un sistema privado complementario exclusivo (solo tienen acceso aquellos que pagan por su servicio) mantenido con recursos privados y también con recursos públicos indirectamente, principalmente por exención de impuestos federales. El sistema privado es más grande en términos de gasto y menos integral en términos de acceso que el sistema público y compite por el uso de los recursos públicos, aunque haya sido diseñado para ser complementario.

Para entender cómo se produce la financiación de la sanidad en Brasil, es necesario conocer la estructura general del sistema sanitario público brasileño, el Sistema Único de Salud (SUS [del

portugués, *Sistema Único de Saúde*]), su evolución a lo largo del tiempo y cómo se ha desarrollado el sistema sanitario privado en torno al sistema público a lo largo de los años. Es importante señalar que el SUS fue diseñado por la CF de 1988, pero gradualmente implementado durante las décadas de 2000 y 2010. Sin embargo, a partir del 2015, el sistema comenzó a ser desmantelado, con retrocesos en las políticas de salud pública y una caída en la oferta/prestación de servicios sanitarios, resultante de la disminución del gasto en salud por gobiernos que buscaban reducir el tamaño del Estado en Brasil.

El SUS tiene su origen en la CF de 1988, que, en general, estructuró un sistema de salud universal, descentralizado hacia los estados y municipios (en la financiación y prestación de servicios) y centrado en la atención primaria de salud, con miras a garantizar el proceso preventivo y reducir los costos de tratamiento o curativos, que siempre son elevados y pueden llegar a ser catastróficos (Rocha; Nishijima; Peixoto, 2013).

El proceso de descentralización se basa en el principio de que las localidades conocen las necesidades de servicios sanitarios de su población mejor que el gobierno central (Tiebout, 1961), y el modelo adoptado siguió el modelo recurrente en varios países durante el período de su implantación (Viana; Dal Poz, 2005). La descentralización implica tanto la prestación de servicios por parte de los gobiernos locales como la autonomía financiera (Oates, 1993). En este sentido, en lo que se refiere a la autonomía de financiación por parte de los municipios, la descentralización de la salud en Brasil nunca se produjo plenamente, ya que lo que se definió con la Enmienda Constitucional 29 del 2000, considerada un hito histórico para la financiación de la salud pública en el país, fueron metas de porcentajes mínimos de financiación con recursos propios —señalando que los recursos propios de los municipios incluyen las transferencias recibidas del gobierno central y de los estados— que debían comprometerse con la salud. Esto se debió principalmente al hecho de que había muchos municipios sin autonomía financiera en el país, con gran dependencia de las transferencias del gobierno central, y a un sistema de incentivos a la creación de nuevos municipios, instituido precisamente debido a la posibilidad de obtener estos ingresos del gobierno federal en caso de que un municipio se dividiera en dos, duplicando los ingresos recibidos del gobierno central.

La estructura del SUS se basó en un trípode de obligaciones y financiamiento entre los tres niveles de gobierno. El gobierno central era responsable de la planificación de las acciones sanitarias y la recaudación de fondos para financiar el sistema. Los gobiernos estatales asumieron la tarea de brindar servicios de salud de alta complejidad, dados sus rendimientos crecientes a escala, y el compromiso de hacerse cargo de una parte del financiamiento, especialmente para medicamentos y otros insumos para el tratamiento. Los municipios, agentes clave en la ejecución de los servicios de salud en el país, se encargaban de la provisión de atención

básica, el núcleo de la actuación sanitaria, y tenían metas creadas para ser responsables de parte del financiamiento de sus actividades de salud¹.

Posteriormente, en 1994, las actividades de los municipios incorporaron el formato de las acciones de los agentes del Programa Salud de la Familia (PSF), que demostró ser muy exitoso en experiencias en algunas regiones del nordeste, luego rebautizado como Estrategia Salud de la Familia (ESF). Es un programa enfocado en visitas domiciliarias por equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud, con el objetivo de promover la salud y la prevención de enfermedades en todo el territorio nacional (Macinko y Harris, 2015). Sin embargo, la adopción de la ESF por los municipios y la evolución de la cobertura de la población solo aumentaron entre los municipios a lo largo de la década de 2000. Según estos autores, en 2015, la ESF constituía la puerta de acceso del 80% de la población brasileña a la atención especializada en salud dentro del SUS. El aumento de la cobertura del programa ESF estuvo acompañado por la forma en que el gobierno federal transfiere los fondos del gobierno central a los municipios en función del número de habitantes y de los equipos multidisciplinarios que actúan en cada municipio.

Cabe señalar que, además de la fortaleza del sector público para la promoción de la prevención en salud y la atención primaria, el sector también ha tenido éxito en el desarrollo de la mayoría de los mejores hospitales/centros de tratamiento de alta complejidad en algunas enfermedades y que son Centros de Referencia nacional en prestaciones de calidad, como el Instituto do Coração (InCor), el Instituto de Infectologia Emílio Ribas, el Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HCFMUSP), el Instituto Nacional do Câncer (INCA), el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), el Hospital das Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), entre otros.

Paralelamente a la construcción del sector público, que ocurrió gradualmente a lo largo de las décadas siguientes, tal como fue diseñado en la CF, también se planificó la regulación de la actuación del sector privado con miras a participar en la prestación de salud en el país de forma complementaria, lo que ocurrió en la forma predominante de seguro/plan de salud negociado entre empleadores y empleados en el sector formal de la economía. A lo largo del tiempo, el sector privado ha aumentado su concentración en el mercado, reduciendo el número de empresas y concentrándose en las regiones metropolitanas más ricas, localizadas en el sur y sureste de Brasil.

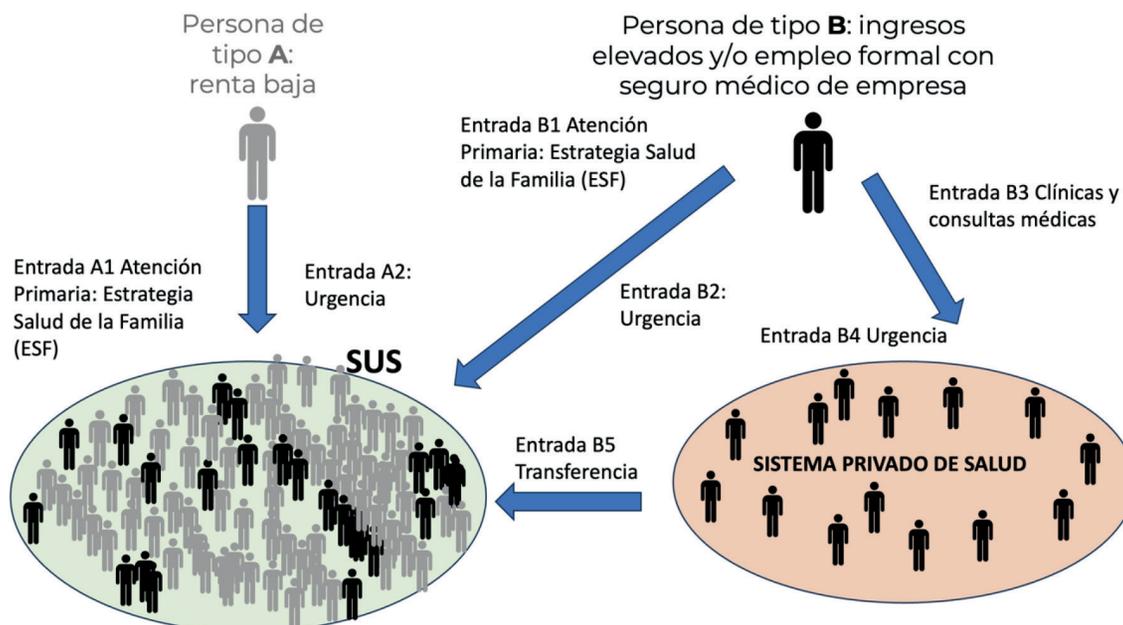
Sin embargo, recuérdese que, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), la formalidad del empleo en Brasil viene oscilando entre el 40 y el 50% de la fuerza de trabajo activa desde hace décadas. Esto implica una enorme desigualdad de entrada al mercado privado de salud, generando consecuencias negativas en el acceso de la población más pobre a los

¹ Nótese que, aunque haya importancia y responsabilidad por algunos ítems para diferentes entidades federadas, cada una de las entidades puede eventualmente cargar con ítems similares. Por ejemplo, aunque los medicamentos sean financiados mayoritariamente por el gobierno federal y los estados, los municipios asumen la financiación de algunos tipos de medicamentos más centrados en la atención primaria.

servicios del SUS (Nishijima, Cyrillo, Biasoto Jr., 2010). Además, otras distorsiones discutidas en este estudio tienden a favorecer que los recursos públicos también financien porciones de los gastos privados en salud de las familias de mayores ingresos del país. En este sentido, el llamado SUS no es único, ya que existe un sistema privado de salud parcialmente financiado con recursos públicos y, por lo tanto, con varias distorsiones no deseadas (Ocké-Reis, 2015).

De esta forma, la organización actual del sistema sanitario –que determina la puerta de entrada a los sistemas de salud público y privado en Brasil– se describe en la Figura 1. Se observa que, por su carácter universal, el SUS atiende a toda la población, es decir, asiste tanto a los individuos de tipo A, con rentas más bajas, como a los de tipo B, con rentas más altas o empleos formales, que ofrecen un seguro de salud privado a sus empleados. Los individuos de tipo A pueden acceder al SUS a través de dos entradas distintas: por medio de la ESF, con los equipos médicos locales, que los derivan para un tratamiento más complejo posteriormente, si es necesario A1; y mediante la necesidad de tratamiento de urgencia A2. Los individuos de tipo B, por su parte, tienen el mismo acceso al SUS que los de tipo A, es decir, B1 y B2, además de un acceso de transferencia, B5, si el sistema privado no les ofrece el tratamiento o les ofrece menos de lo necesario –en general, los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades solo tienen hospitales de excelencia en el sector público– o por cualquier otro motivo, ya que el acceso al SUS es universal. Aparte de estos tres, los individuos de tipo B tienen acceso a clínicas y consultorios médicos, que los derivan a hospitales, B3, y también acceso de urgencia al sistema privado de salud, B4.

Figura 1 – Estructura del sistema sanitario brasileño y formas de acceso al servicio



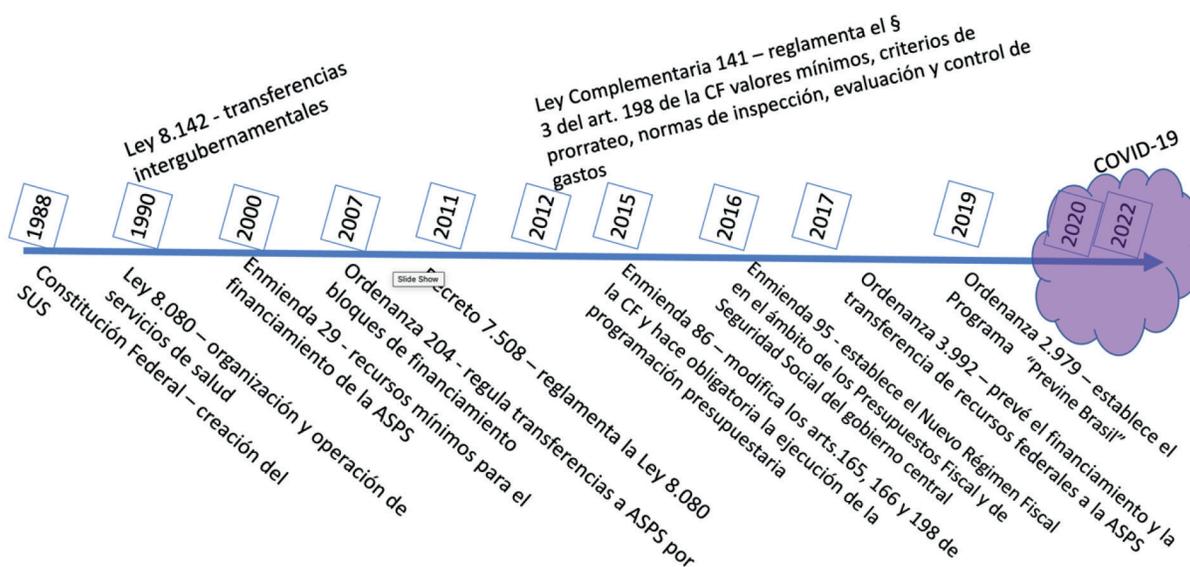
Fuente: Elaboración propia.

2. Financiamiento del sistema de salud

2.1. La evolución de la financiación del sistema público de salud

La Figura 2 muestra la evolución de las definiciones de los formatos de financiamiento del SUS desde su creación por la CF de 1988 hasta el evento de la pandemia del COVID-2019 en los años 2020 y 2021, que ocasionó gastos adicionales no previstos causando un patrón no regular de gastos en salud.

Figura 2 – Evolución de las normas que regulan el financiamiento del SUS



Fuente: Elaboración propia con datos del CNM (2018) y Massuda (2020).

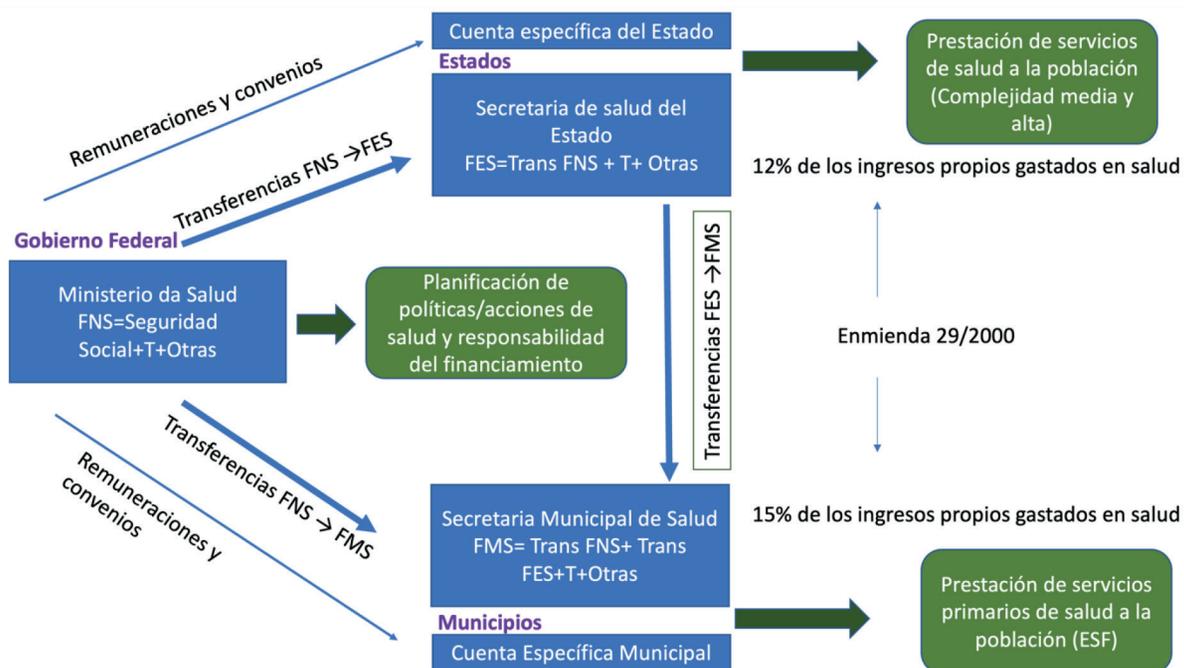
2.2. Fuentes

2.2.1. Sistema público de salud

De acuerdo con la CF (Brasil, 1988), el financiamiento del SUS debe provenir del presupuesto de la seguridad social (que se distribuye entre salud, seguridad social y asistencia social), de los impuestos del gobierno central, de los estados (y del Distrito Federal), de los municipios y de otras fuentes de recursos, como definido en la Ley 8.080, de 1990. Cada una de las esferas de gobierno tiene un fondo de recursos para la salud, y las transferencias de recursos entre ellas

se dan de fondo a fondo. El Fondo Nacional de Salud (FNS) recibe recursos de la seguridad social y recursos propios de impuestos y otras fuentes. El Fondo Estatal de Salud (FES) así como el Fondo Municipal de Salud (FMS) reciben transferencias del gobierno federal, del FNS, y el FMS también recibe transferencias del FES. Además de las transferencias de fondo a fondo, los estados y municipios cuentan con recursos tributarios, y todas las esferas también se valen de otras fuentes de fondos, como descrito anteriormente. La Figura 3 resume la organización del SUS y su formato de financiamiento según lo diseñado por la CF.

Figura 3 – Resumen de provisión y fuentes de financiamiento de la salud por SUS



OBS.: T = tributos; Otras = otras fuentes de recursos conforme a la Ley 8.080.

Según Piola *et al.* (2013), las principales fuentes de recursos para el financiamiento de las Acciones y Servicios Públicos de Salud (ASPS) por parte del gobierno federal, desde la creación del SUS hasta la fecha de publicación de este estudio, continuaron siendo el Programa de Integración/Contribución Social para los Servicios Sociales, el Financiamiento de la Seguridad Social (PIS/COFINS, por su sigla en portugués)², la Contribución Social sobre las Utilidades Netas (CSLL, por su sigla en portugués)³ y, durante su vigencia (entre 1995 y 2011), la Contribución

² El PIS es un impuesto federal que grava los ingresos de las empresas y tiene como objetivo financiar el Programa de Integración Social, que incluye la salud. COFINS es un impuesto federal que grava los ingresos de las empresas y tiene como objetivo financiar la seguridad social, que incluye la salud.

³ CSLL: impuesto que grava la renta líquida de las empresas y cuyo objeto es financiar la seguridad social, incluida la salud.

Provisional del Movimiento Financiero (CPMF), cuando en apenas dos años representaron menos del 70% del gasto total. Como relatan Silveira *et al.* (2020), en 2017, PIS/COFINS y CSLL financiaron el 86,3% del gasto federal en ASPS, por lo que se conservó el marco de financiamiento del gobierno federal. Además de estos recursos para financiar la salud, el gobierno federal tiene como otras fuentes importantes el Impuesto a la Renta Empresarial⁴ (IRPJ, por su sigla en portugués), el Impuesto sobre Productos Industrializados (IPI)⁵ y el Aporte al Programa de Formación del Patrimonio del Servidor Público (PASEP, por su sigla en portugués)⁶.

Además de las transferencias del FNS, los gobiernos estatales cuentan con el Impuesto sobre la Circulación de Bienes y Servicios (ICMS, por su sigla en portugués)⁷ para financiar el gasto en salud. Los gobiernos municipales, aparte de las transferencias del FNS y FES⁸, utilizan recursos de los siguientes impuestos directos para financiar la salud: Impuesto sobre Servicios (ISS), Impuesto Predial y Territorial Urbano (IPTU) y el Impuesto a la Transferencia de Bienes Inmuebles (ITBI).

Sin embargo, cabe señalar que la Enmienda 86, de 2015, al definir un porcentaje de gastos mínimos obligatorio para el gobierno central, acabó incluyendo ingresos, como los cánones petroleros, como posibles ingresos a destinar a la salud, lo que se considera problemático, dado que estos deberían ser ingresos adicionales, pero pasaron a formar parte de la renta mínima obligatoria. Así mismo, con la Enmienda 95, de 2016, toda esta estructura de gasto quedó sujeta al tope de gasto del gobierno y dejó de operar, por lo que ya no hay garantías de recursos mínimos para gastar en salud.

2.2.2. Sistema privado de salud

La Ley 9.961, de 2000, creó la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS) con el objetivo de regular la actuación del sector privado en el mercado brasileño de la salud, que operó libre de regulación específica durante 40 años hasta la creación de agencias reguladoras, la propia ANS y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), instituida en 1999 siguiendo los

⁴ IRPJ: impuesto que grava los beneficios de las empresas y cuyo objeto es recaudar fondos para el gobierno, que pueden ser utilizados para financiar la sanidad.

⁵ IPI: impuesto que grava la producción e importación de diversos productos, incluidos medicamentos y equipos médicos. Parte de la recaudación de este impuesto se destina a la financiación de la sanidad.

⁶ PASEP: impuesto similar al PIS, que grava la facturación de las empresas y tiene como objetivo financiar el Programa de Formación de Activos del Servidor Público, que incluye la salud.

⁷ ICMS: impuesto que es la principal fuente de ingresos de los estados y se utiliza para financiar diversos sectores, incluido el de la salud.

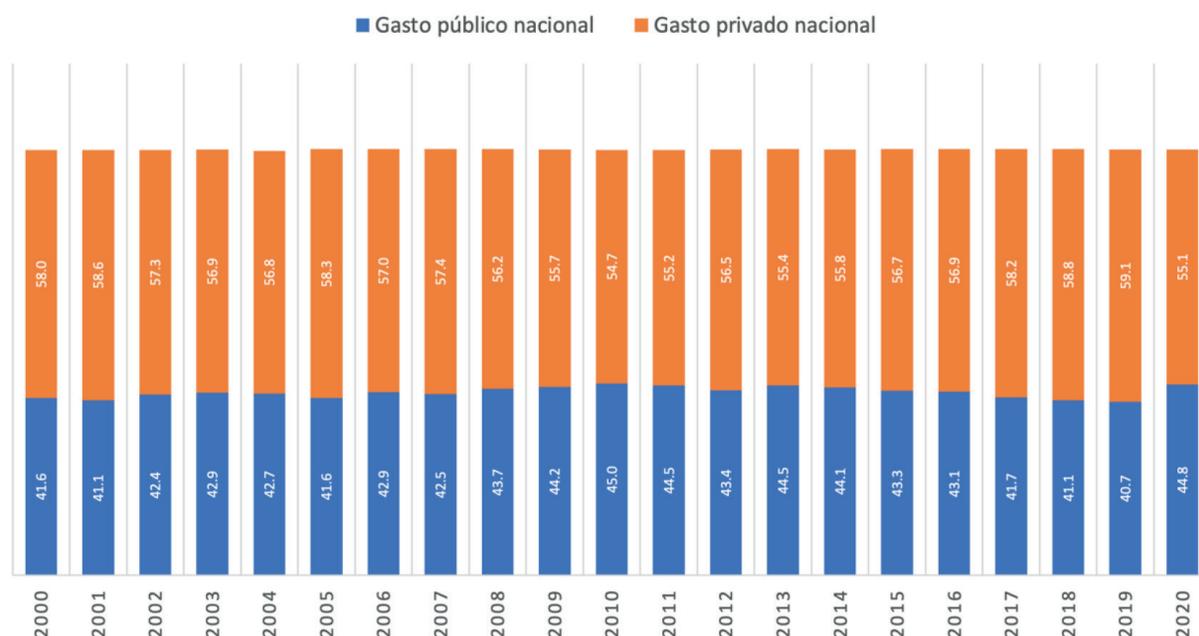
⁸ Los municipios también pueden obtener recursos federales para la salud participando en programas federales como la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), que ofrecen recursos económicos para financiar acciones y servicios de salud.

lineamientos de la U.S. Food and Drug Administration (FDA) para la vigilancia sanitaria de los productos y servicios de salud vendidos en el país.

En Brasil, el servicio de salud privado es ofrecido predominantemente bajo la forma de plan de salud o seguro de salud, prácticamente inexistente en el sector público, excepto el plan de salud público relacionado con el Plan de Seguridad Social de los Congresistas (PSSC). Las aseguradoras de salud, antes de la ANS, estaban reguladas por la Superintendencia de Seguros Privados (Susep), una autarquía vinculada al Ministerio de Hacienda, que, sin embargo, no contaba con reglas/normas específicas para el sector salud.

Considerando el carácter universal del acceso a los servicios de salud en el sistema público brasileño –el SUS–, se entendió que el papel del sector privado tiene un rol adicional en la prestación de los servicios de salud. Almeida (1998) observa que la CF de 1988 determina el espacio de actuación del sector privado bajo la forma de un régimen supletorio, ya que su artículo 199 establece que el sector privado puede participar libremente en el sector, pero preferentemente a través de entidades filantrópicas y sin fines lucrativos. Además, la Ley 8.080 garantiza que, en ausencia de servicios públicos de salud, el sector privado (con preferencia por entidades filantrópicas y sin fines lucrativos) puede ofrecer servicios y recibir recursos del gobierno, siempre que se firmen convenios. Sin embargo, el sector ha ganado protagonismo en los últimos años, especialmente a partir de 2015 con el cambio de orientación del gobierno federal hacia la reducción del tamaño del Estado en la provisión de bienes públicos.

Figura 4 – Evolución de la composición del gasto interno entre el sector público y privado en (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud.

Con base en la composición de los gastos de salud pública y privada —Figura 4—, se puede decir que el sistema de salud brasileño es un sistema mixto, en el que coexisten un sistema público y uno privado, siendo este último mayor en términos de gastos en salud y menor en términos de cobertura poblacional. Hay, por lo tanto, una gran distorsión en el público atendido, es decir, mientras el SUS atiende a toda la población sin distinción, el sector privado atiende a los más ricos, empresarios y empleados con empleo formal concentrado en las regiones metropolitanas del sur y sureste del país (Souza Jr. *et al.*, 2021).

En la Figura 4 también se observa que hubo un aumento en la participación del sector privado en el gasto total en salud a partir de 2015, del 56% al 59% en 2019, antes de la pandemia de COVID-19, lo que refleja, en parte, la reducción del gasto del sector público con el SUS y, en parte, el crecimiento y la concentración del mercado privado de salud.

El sector privado de salud brasileño, que ya estaba muy concentrado, aumentó su grado de concentración con el tiempo. Según Oliveira *et al.* (2021), la promulgación de la Ley 13.097/15 permitió la participación de empresas extranjeras en el sector de la salud en Brasil— participación anteriormente restringida a algunos sectores, como la salud complementaria, incluida la preferencia por empresas filantrópicas después de la CF de 1988. Sin embargo, de acuerdo con estos autores, esta ley también permitió la compra de empresas de salud por parte de extranjeros y, en ese sentido, los mayores compradores fueron empresas de los Estados Unidos, cuyo historial de costos de tratamiento y poder de mercado es extremadamente adverso.

En relación con actos de concentración económica en hospitales y seguros/planes de salud en Brasil y utilizando informaciones de procesos disponibles en el sitio web del Consejo Administrativo de Defensa Económica (Cade), Oliveira *et al.* (2021) identificaron la realización de 93 actos de concentración económica en el período de 2009 a 2017 y la participación de 12 empresas extranjeras con origen predominante en los Estados Unidos de América. Así, concluyen los autores, se produjo la conformación de una robusta red de servicios privados de salud compuesta por tres grupos económicos con control corporativo esencialmente norteamericanos, sin ningún vínculo o sentido de necesidad de provisión de salud pública y con poca capacidad regulatoria en cuanto a lo que se refiere a mecanismos indirectos de financiación pública para estos sectores. En el ámbito del financiamiento del sector privado de salud, las relaciones con el sector público son muy estrechas y complejas. A pesar de las regulaciones diseñadas para mitigar estas relaciones, persisten numerosas distorsiones que dificultan garantizar el acceso universal a la salud para las poblaciones más pobres.

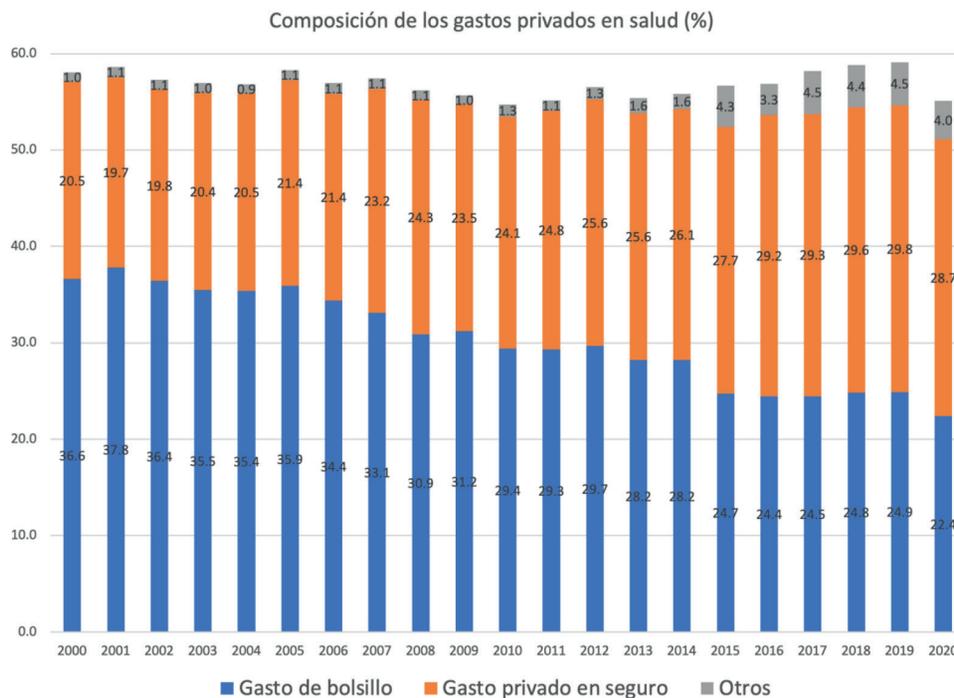
El sector de salud privado opera principalmente bajo la forma de un plan/seguro de salud (Nishijima y Biasoto Jr., 2006); véase la composición en la Figura 5, que incluso aumentó su participación en el gasto privado a lo largo del tiempo, especialmente a partir de 2015, resultado de la Ley 13.097/15. Así, en este mercado, las aseguradoras y los planes de salud son actores clave en el sector privado de salud en el país, ya que las aseguradoras de salud ofrecen cobertura médica a través de planes privados, en los cuales las personas físicas o jurídicas (en la mayoría de los casos) pagan cuotas mensuales para acceder a una red de proveedores de servicios médicos. Es importante

observar que, debido al cambio en el modelo de salud privado en el país desde 2015, el sector se ha vuelto más concentrado, principalmente por la presencia de empresas estadounidenses. Como resultado, las prácticas de copago han comenzado a difundirse, semejantes al modelo privado de los Estados Unidos.

Según Bahia y Scheffer (2019), el sistema de salud privado brasileño está organizado en medicina grupal (empresas intermediarias entre pacientes y proveedores de servicios médicos, por ejemplo, Amil y Golden Cross); cooperativas médicas sin fines lucrativos (médicos cooperativos, por ejemplo, Unimed); autogestión para trabajadores de empresas (que operan y dan cobertura local, por ejemplo Cassi y Petros); aseguradoras de salud del sector financiero —que, a diferencia de los planes de salud, no tienen red propia acreditada pero concertan con proveedores preferenciales, operando a través del reembolso de gastos de salud, ejemplos son la Sul América y Bradesco—; y operadores filantrópicos sin fines lucrativos que venden planes de salud, por ejemplo, las Santas Casas. Además, existen empresas administradoras de beneficios, que no comercializan planes de salud, sino que actúan como intermediarias entre las empresas de planes colectivos de salud y las empresas interesadas en contratar, un ejemplo es la Qualicorp.

La Figura 5 muestra la evolución del gasto sanitario privado en Brasil entre 2000 y 2020. Durante este período, se produjo un aumento significativo de la proporción del gasto en seguros en detrimento del gasto de bolsillo. Esto se debió al aumento de los precios de los seguros privados, especialmente después de que el gobierno brasileño abriera este segmento a la venta a empresas extranjeras con ánimo de lucro en 2015.

Figura 5 – Evolución de la composición del gasto sanitario privado (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud.

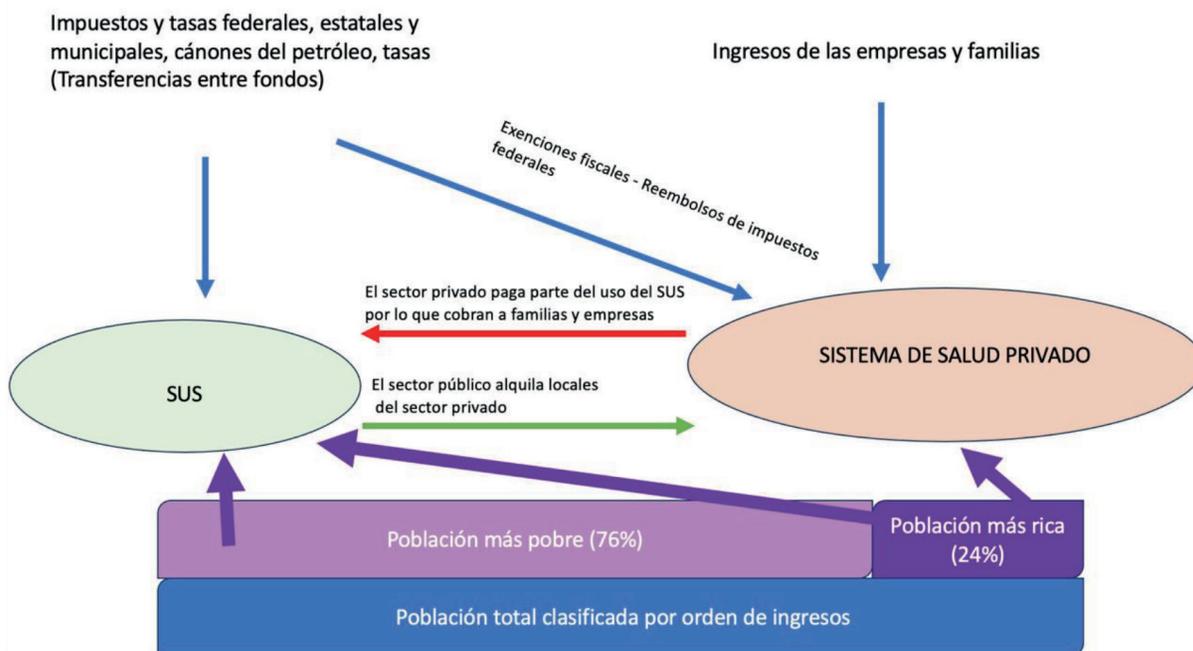
Sin embargo, cabe señalar que, si bien los gastos privados en salud son mayores que los públicos, una parte importante de estos son financiados por el sector público a través de complejos mecanismos de financiamiento indirecto del sector público al sector privado de salud —que no están controlados por la ANS (Ocké-Reis, 2015)—, que van desde exenciones tributarias hasta créditos subsidiados (Gomes; Maciel, 2019; Briones; Souza, 2020).

Un primer mecanismo que, de acuerdo con Ocké-Reis (2015), no está controlado por la ANS, consiste en que todos los gastos privados en salud de las familias, en planes de salud, consultas y muchos otros rubros, constituyen exenciones fiscales del gobierno porque pueden ser deducidos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) de las personas físicas y del IRPJ de las empresas cuando sus dueños compran planes de salud para sus propias familias. Esta exención tributaria, al no estar controlada por el Ministerio de Salud, depende únicamente de los ingresos y del nivel de gasto en salud que realicen los contribuyentes; en este sentido, a mayor ingreso, mayor gasto en salud y mayor exención tributaria, generando mayores exenciones de impuestos para los más ricos.

El segundo mecanismo señalado por Ocké-Reis (2015) está relacionado con la exención tributaria de todas las empresas que operan en el país, las cuales, al ofrecer planes de salud a los empleados (casi todos los planes de salud negociados en el país o el 80% de ellos en 2019) como parte de su salario indirecto, pueden deducir estos costos del impuesto sobre la renta, el IRPJ, por lo que la porción de los planes de salud financiados por las empresas también se financia con recursos públicos del gobierno federal. Finalmente, aún existen problemas no resueltos asociados a la coexistencia del sistema de salud privado con un sistema público de salud universal. El problema surge porque un individuo, al comprar un plan de salud privado, paga por servicios sanitarios privados y puede utilizar el servicio público, por ejemplo, mediante tratamientos en el InCor, produciendo una transferencia del sector privado al público de solo una parte de ese uso.

La Figura 6 ilustra de manera esquemática cómo se financian los sistemas de salud público y privado en Brasil, mostrando que el sector privado de salud recibe financiación indirecta del sector público. Por lo tanto, aunque los gastos se desglosan como gasto en salud privada, una parte significativa de estos costos está, en realidad, cubierta por el sector público, algo que no es evidentemente visible. Cabe señalar que solo desde 2013 los operadores sanitarios privados pagan al SUS parte de los servicios que prestan a los beneficiarios de planes privados. Anteriormente, no existían tales pagos debido a las dificultades para identificar a los usuarios.

Figura 6 – Origen de los recursos para el financiamiento de los sistemas de salud público y privado en Brasil y sus usuarios



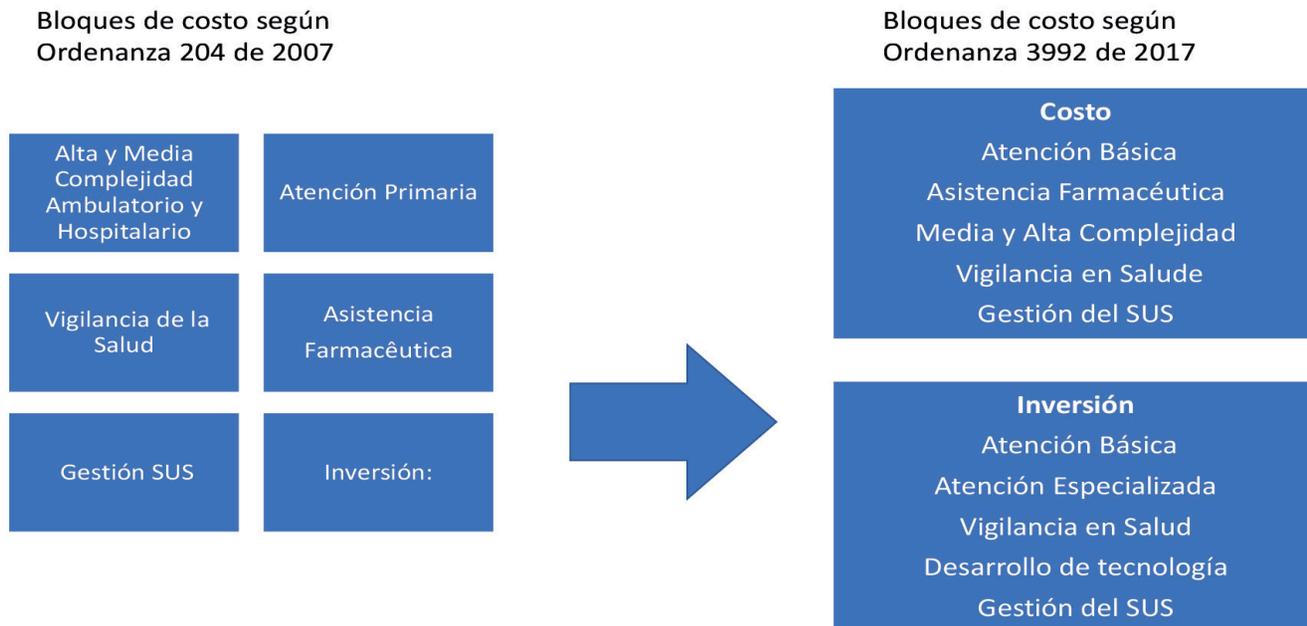
Fuente. Elaboración propia a partir de literatura y documentos institucionales.

2.3. Distribución del presupuesto de salud

La Ordenanza 204, de 2007, reguló el financiamiento de la salud y definió que las transferencias de salud entre esferas de gobierno se realicen en seis bloques de financiamiento diferentes. Diez años después, fueron reemplazados por dos bloques siguiendo la Ordenanza 3.992, de 2017, bajo el argumento de mejorar la gestión y transparencia de las cuentas, incluso porque los municipios estaban obligados a informar sus gastos en el Sistema de Información del Presupuesto de Salud Pública (SIOPS, por su sigla en portugués) a partir de esa fecha (CNM, 2018). El detalle del cambio en la forma de financiamiento por bloques reseñado que se observa en la Figura 7, la reducción de cuentas (bloques), habría tenido como objetivo un mejor control de gastos y una mayor flexibilidad para los municipios.

La partida de costo se refiere al financiamiento para el mantenimiento actual de las denominadas Acciones y Servicios Públicos de Salud (ASPS). Las ASPS fueron definidas en la Ley Complementaria 141, de 2012, que estableció qué tipos de servicio de salud deberían tener su mínimo contabilizado en la financiación por las esferas de gobierno. El rubro de inversión, por su parte, se relaciona con acciones que pueden impactar el estado de salud de la población en el futuro.

Figura 7 – Cambios en el formato de transferencias de recursos de salud por bloques a estados y municipios



Fuente: CNM (2018).

2.4. Prioridades de asignación de recursos

Como ya se ha comentado, el modelo sanitario creado por el SUS se basa en que los municipios desempeñan un papel clave en la prestación de servicios de asistencia médica a la población. Estos servicios se centran, principalmente, en la atención básica y la prevención para garantizar que la salud de las personas pueda preservarse durante más tiempo a un costo inferior al que supondría un modelo curativo. El SUS también ofrece medicamentos para los tratamientos que necesita la población, garantizando el suministro de medicamentos genéricos para dichos tratamientos. A pesar de este enfoque en la prevención, los costos de los tratamientos de salud son bastante elevados en el país, principalmente debido al costo de los medicamentos. Falavigna (2022) señala que entre 2015 y 2021, en promedio, los medicamentos representaron el 10,8% de la factura de gastos de salud del Ministerio de Salud (Figura 7).

La cuenta de atención farmacéutica pasó a formar parte de la cuenta de costos en 2017 y los ayuntamientos tendrían, en teoría, una mayor flexibilidad de gasto, aunque el gasto público directo en sanidad se ha reducido desde 2015 (Figura 7). Según Falavigna (2022), el gasto en asistencia farmacéutica mostró el siguiente comportamiento entre 2015 y 2021 (Tabla 1).

Tabla 1 – Porcentaje del presupuesto de asistencia farmacéutica sobre el presupuesto del Ministerio de Salud (2015 – 2021).

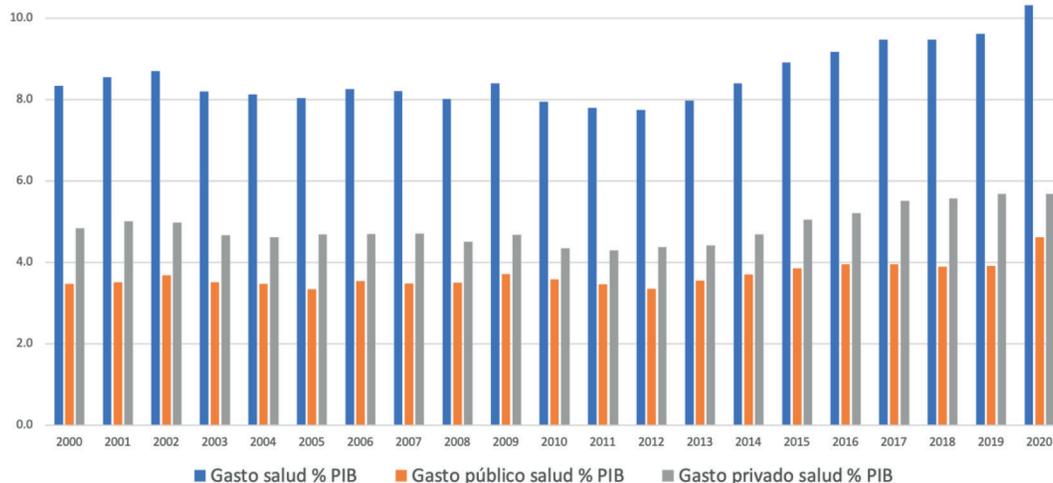
Año	% presupuesto de asistencia farmacéutica/presupuesto del MS
2021	11,3%
2020	8,1%
2019	8,1%
2018	11,0%
2017	12,1%
2016	11,5%
2015	13,3%
Promedio anual	10,8%

Fuente: Falavigna (2022) con base en datos del Portal de la Transparencia.

2.5. Salud en el presupuesto público y la economía

La Figura 8 muestra la evolución del gasto público y privado como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), y a su vez la Figura 4 revela la evolución de la composición del gasto público y privado entre 2000 y 2020. El gasto privado es superior al gasto público en el SUS y representa el 57% del gasto en salud del país, aunque solo está orientado aproximadamente al 24% de la población brasileña en el período. Esta es la población más rica, que cuenta con un plan/seguro médico generalmente vinculado a la formalidad del empleo (80% en 2019 según datos de la ANS), incluidos los empresarios, y que también incurre en mayor gasto de bolsillo, conforme a datos de la Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios (PNAD, por su sigla en portugués) del IBGE (2015) en los últimos 20 años. Este marco de financiamiento revela un gran acceso desigual, agravado por otras particularidades de la interacción público-privada en Brasil, que se discutirá más adelante.

Figura 8 – Evolución del gasto total, público y privado, en salud como % del PIB

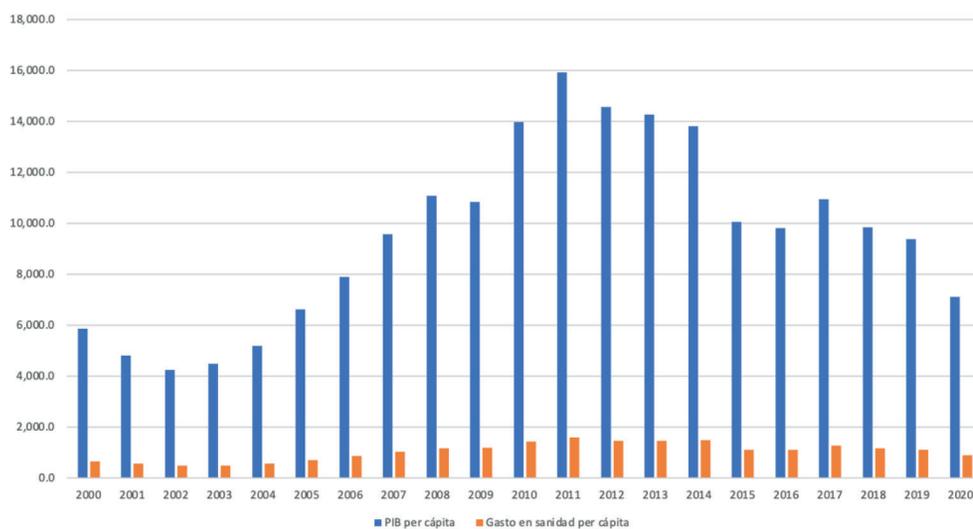


Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud.

Nótese que, aunque la Figura 8 sugiere un aumento en el gasto público en salud después de 2012, en realidad, hubo una reducción en el gasto público después de 2015. El aumento aparente en términos de PIB se debe a que el PIB cayó proporcionalmente más que la caída del gasto en salud.

La Figura 9 muestra la evolución del PIB per cápita de Brasil y del gasto sanitario per cápita entre 2000 y 2020 medido a precios de 2020, revelando que ha habido una gran caída del PIB per cápita desde 2012, pero la caída del gasto sanitario per cápita se ha reducido menos que proporcionalmente a la caída del PIB per cápita. La reducción del PIB hace peligrar la financiación de la sanidad en los próximos años.

Figura 9 – PIB per cápita y gasto sanitario per cápita – precios en dólares de 2020



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud.

2.6. Desafíos a la sostenibilidad financiera del sistema de salud

La CF de 1988, además de las leyes orgánicas que estructuraron el funcionamiento del SUS, preveía las fuentes de financiamiento de la salud, sus porcentajes de gastos a comprometer, la división entre las entidades federativas y la transferencia de recursos entre las esferas de gobierno. La Enmienda Constitucional 29, de 2000, considerada un hito histórico para el financiamiento de la salud en el país, reguló la asignación de recursos financieros públicos al área sanitaria, ya que antes de esta ley no existían garantías de recursos para el financiamiento de la salud. Así, la Enmienda 29 estipuló porcentajes mínimos de los ingresos corrientes netos (RCL, por su sigla en portugués) de las entidades federativas y municipios que deben destinarse obligatoriamente a financiar sus gastos en salud: 12% para las entidades federativas y 15% para los municipios, modificación que fue corroborada por la Ley 141, de 2012 (Cruz; Barros; Souza., 2022). La enmienda, sin embargo, no vinculó un porcentaje mínimo de gasto al gobierno federal, lo que solo ocurrió en 2015 con la Enmienda 86, que a su vez tuvo sus efectos anulados en 2016 con la Enmienda Constitucional 95.

En consecuencia, en el caso de estados y municipios, además de los recursos financieros de la seguridad social en salud transferidos por el gobierno federal, los impuestos, otras transferencias entre gobiernos y otras fuentes de recursos que integran los ingresos corrientes de las distintas esferas de gobierno se vincularon al financiamiento público de la salud en estos porcentajes. Cabe señalar, sin embargo, que no se vincularon impuestos específicos a los gastos de salud, lo que limitó en cierta medida las ganancias de la Enmienda 29.

Según el Consejo Nacional de Municipios (CNM, 2018), las Leyes Orgánicas Federales 8.080 y 8.142, ambas de 1990, definieron los criterios y objetivos del SUS, además de su forma de financiación del SUS prevista en la CF de 1988. La Ley 8.080 instituyó los planes municipales de salud como instrumentos centrales de planificación para definir e implementar cualquier acción en salud; la Ley 8.142 definió las condiciones para que los municipios reciban recursos federales y estatales, las transferencias Fondo a Fondo para la salud y su participación en la gestión del SUS. La regulación del SUS, sin embargo, solo ocurrió con la Ley Orgánica 7.508, de 2011, que tuvo como punto importante la regulación de la Ley 8.080.

A partir de 2015 comienza una fase de reducción de recursos para el SUS, como relatan Santos y Vieira (2018), cuando el gobierno brasileño inicia una política ortodoxa de recortes de gastos. La Enmienda Constitucional 86, de 2015, definió el porcentaje mínimo de gasto en salud para el gobierno federal en 15% de sus RCL, pero de manera escalonada, en cinco años, con recursos obligatorios, que van desde el 13,2% hasta el 15% al final del quinquenio. El CNM (2018, p. 12), sin embargo, considera que esta modificación fue un “golpe” en la esperanza de obtener

fuentes de financiación más adecuadas para el SUS, ya que habría vinculado fuentes de ingresos inciertas para financiar la salud pública. En sus palabras:

lo que puede considerarse una de las derrotas más dramáticas de la salud pública en Brasil, ya que en 2016 el valor deflactado aplicado por el gobierno central fue inferior al de 2015. Además, insertó los valores calculados a partir de las regalías petroleras como una de las fuentes para el cumplimiento del mínimo constitucional a ser aplicado en salud, haciendo que un ingreso que debe ser considerado adicional pase a formar parte del mínimo. Por si fuera poco, en 2016, el Congreso Nacional promulgó la Enmienda Constitucional 95, que limita el gasto federal para los próximos 20 años, el cual será corregido por la inflación del año anterior y, en el caso de la salud, ya no por el crecimiento del RCL [...] (Traducción de la autora.).

En 2016, como señalan Cruz, Barros y Souza (2022, p. 2461), otro revés ocurrió con los recursos destinados a la salud, cuando se promulgó la Enmienda Constitucional 95, de 2016, congelando el gasto del gobierno federal por 20 años y eliminando los efectos de la Enmienda Constitucional 86. En sus palabras:

Aunque ya se hubieran tomado otras supuestas medidas de austeridad que han contribuido al desmantelamiento del derecho constitucional a la salud, el más lacerante fue la aprobación de la CE 95/2016 que congeló, en términos reales, los gastos primarios del gobierno central, imponiendo un tope de gasto por 20 años, y que desvinculó a los gastos de salud y educación en relación de los ingresos (derogación de la CE 86/2015). Cabe señalar que esta es la medida de austeridad más estricta del mundo, considerando que los países con problemas fiscales más graves adoptaron medidas más suaves, por un período más corto (Traducción de la autora.).

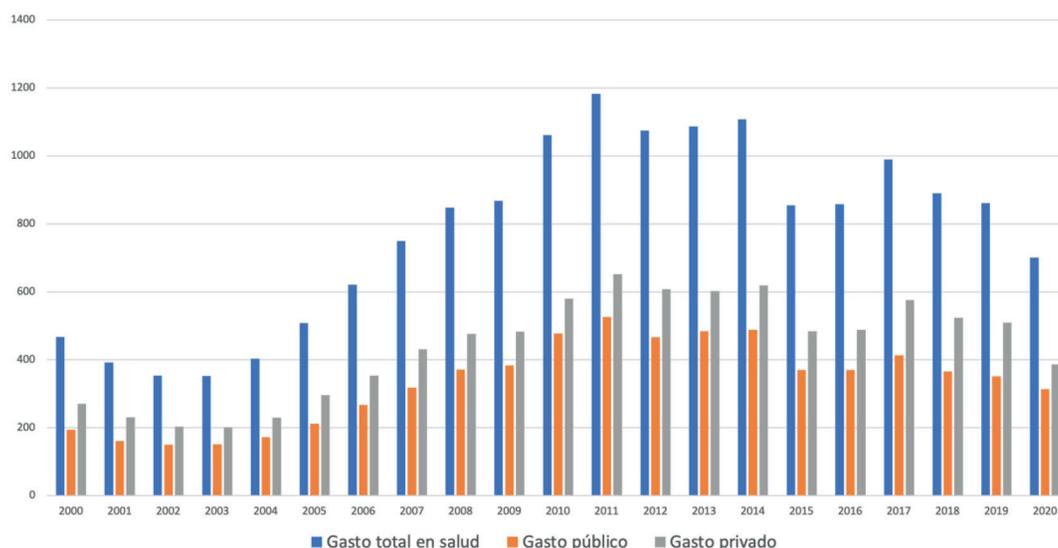
Siguiendo la política ortodoxa de contención de gastos, la política de financiación del SUS fue modificada nuevamente en 2019, como afirman Cruz, Barros y Souza (2022), cuando se lanzó una nueva política de Atención Primaria de Salud (APS), denominada programa Previne Brasil y definida por la Ordenanza 2.979. Bajo esta nueva política, los valores de las transferencias intragubernamentales al área de salud ya no se contabilizan según la población del municipio, como se diseñó inicialmente, sino a partir del número de personas registradas en los servicios de APS con la ESF y sobre los resultados alcanzados por un grupo seleccionado de indicadores de salud. Cruz, Barros y Souza (2022) y Massuda (2020) señalan que esta nueva política es restrictiva en el sentido de

reducir los recursos de salud transferidos del gobierno federal a los municipios, a pesar de ser vista como una política para inducir una mayor cobertura de acceso a los servicios de APS.

De hecho, en un análisis del texto de la Ordenanza GM/MS 2.979, en la que se instituyó el programa *Previne Brasil* (BRASIL, 2021), queda claro cuán compleja y difícil es seguir la nueva regla, de modo que el texto, que debería ser una guía facilitadora, constituye una lista innumerable de diferentes criterios para diferentes municipios y diferentes reglas. Para implementar este cambio, el gobierno alegó que estaría estructurando el modelo de financiamiento de la APS con miras a inducir un mayor acceso a los servicios (al aumentar la cobertura efectiva de la APS) e incrementar la calidad de la atención al enfocarse en los resultados de los indicadores de salud seleccionados.

En la práctica, sin embargo, se profundiza la caída del gasto público per cápita en salud en 2019, que se inició en 2015, pero con una ligera recuperación en 2017. Parece que aun considerando que 2020 fue un año de pandemia —y por consecuencia con mayores necesidades de gastos sanitarios—, hubo una reducción en el gasto total per cápita en salud (Figura 10). La caída del gasto público en términos reales, por tanto, ya comenzó en 2015, con el inicio de la política de reducción del tamaño del Estado, dentro de una visión más ortodoxa de la economía, representada por los gobiernos de Temer y Bolsonaro, siguiendo, bajo el liderazgo del ministro Paulo Guedes (Santos; Vieira, 2018). Al mismo tiempo, en estos gobiernos promercado, hubo un aumento del gasto privado en salud, pero, como se ha visto en la sección 3.2.2, parte de este aumento privado se financió con recursos públicos y favoreció a la parte más rica de la sociedad, aumentando aún más la distorsión del acceso de la población brasileña a los servicios de salud.

Figura 10 – Evolución del gasto per cápita en salud en Brasil en valores monetarios de 2021: total, público y privado (2000-2020)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud.

Cruz, Barros y Souza (2022) evalúan la evolución del financiamiento de la salud pública por parte de los municipios entre 2004 y 2019 y concluyen que estas entidades federativas incrementaron sus gastos a partir de 2015. Estos gastos, sin embargo, no fueron compensados por mayores ingresos municipales, principalmente por cuenta de la reducción en las transferencias del gobierno central a la salud, vía transferencias de fondo a fondo.

Vale la pena señalar que ya existe un número importante de estudios que evalúan el Brasil Previne, y la mayoría concluye que hay efectos negativos del programa sobre el SUS y su cobertura en el país. Mattos, Gutiérrez y Campos (2022) concluyen que el Núcleo Ampliado de Salud de la Familia (NASF [del portugués, *Núcleo Ampliado de Saúde da Família*]) debe ser desmantelado entre 2019 y 2021:

con cambios de orientación a lo largo de los años de existencia del equipo, especialmente con relación al concepto de soporte matricial y sus dos dimensiones, asistencia técnico-pedagógica y clínica. El estudio también demuestra los efectos del Programa Previne Brasil en la NASF, que se materializaron en la reducción de 379 equipos en los años 2020 y 2021. A ese escenario se suma la pandemia del SARS-CoV-2, que puede reposicionar las intervenciones de la NASF en el Sistema Único de Salud (Traducción de la autora.).

Obsérvese que el NASF fue creado por la Ordenanza GM 154, de 24 de enero de 2008, con el objetivo de consolidar, apoyar y ampliar los servicios de la ESF.

2.7. Relación entre factores económicos, demográficos y políticos en el gasto en salud

En términos generales, se puede decir que, como se ha visto en las secciones anteriores, aunque el sector sanitario privado tiene mayores gastos que los gastos declarados del sector público en salud —habiendo sido responsable del 55% al 58% del gasto en salud del país entre 2000 y 2020—, una parte importante también es financiada por recursos del sector público, pero de forma indirecta y no aparente, y por tanto de difícil contabilización y control por parte del Ministerio de Salud. Considerando que aproximadamente el 24% de la población más rica consume servicios de planes médicos privados, los cuales son financiados indirectamente por el sector público, y también tiene acceso universal al sistema sanitario público, se caracteriza la distorsión del acceso de la población a los servicios de salud en el país.

Además de la distorsión en el acceso a la salud en términos de ingresos, entre las personas cubiertas por planes privados de salud también existe una enorme desigualdad regional en el acceso a los servicios sanitarios. Según Souza Jr. *et al.* (2021, p. 2529), quienes evaluaron la cobertura de los

planes de salud en Brasil utilizando datos de las PNAD de 2013 y 2019 encontraron que la cobertura de los planes de salud médica o dental varió de 27,9% (IC 95%: 27,1-28,8) en 2013 a 28,5% (IC 95%: 27,8-29,2) en 2019. Es importante señalar que estas cifras incluyen los planes sanitarios y dentales; si se consideran únicamente los planes sanitarios, estos porcentajes se sitúan en torno al 24%.

Los autores también señalan que

la cobertura continúa concentrándose en los grandes centros urbanos, en las regiones sudeste y sur, entre aquellos de mejor nivel socioeconómico y quienes tienen algún tipo de empleo formal. En 2019, entre los trabajadores formalizados, solo el 30,7% informó que el pago mensual se realiza directamente al operador, con el 72,7% entre los trabajadores informales. Cerca del 92% de los planes médicos de salud cubren la hospitalización y entre las mujeres con seguro de salud, casi el 20% de ellas no tienen cobertura para el parto. Solo el 11,7% de las mujeres entre 15 y 44 años tienen cobertura para el parto a través de su plan de salud (Traducción de la autora.).

En este sentido, dado que tanto la sanidad pública como la privada (en gran medida en este caso) se financian con recursos de los gobiernos brasileños, la reciente tendencia a la baja del PIB per cápita implica grandes dificultades para la financiación del gasto sanitario del país en los próximos años. Además, los cambios de política para el sector de la salud introducidos por los gobiernos de los presidentes Temer y Bolsonaro han reducido en gran medida el gasto previsto en salud, como se analiza en la sección 3.2.2, lo que refuerza los desafíos futuros de la capacidad de financiación de la salud en Brasil.

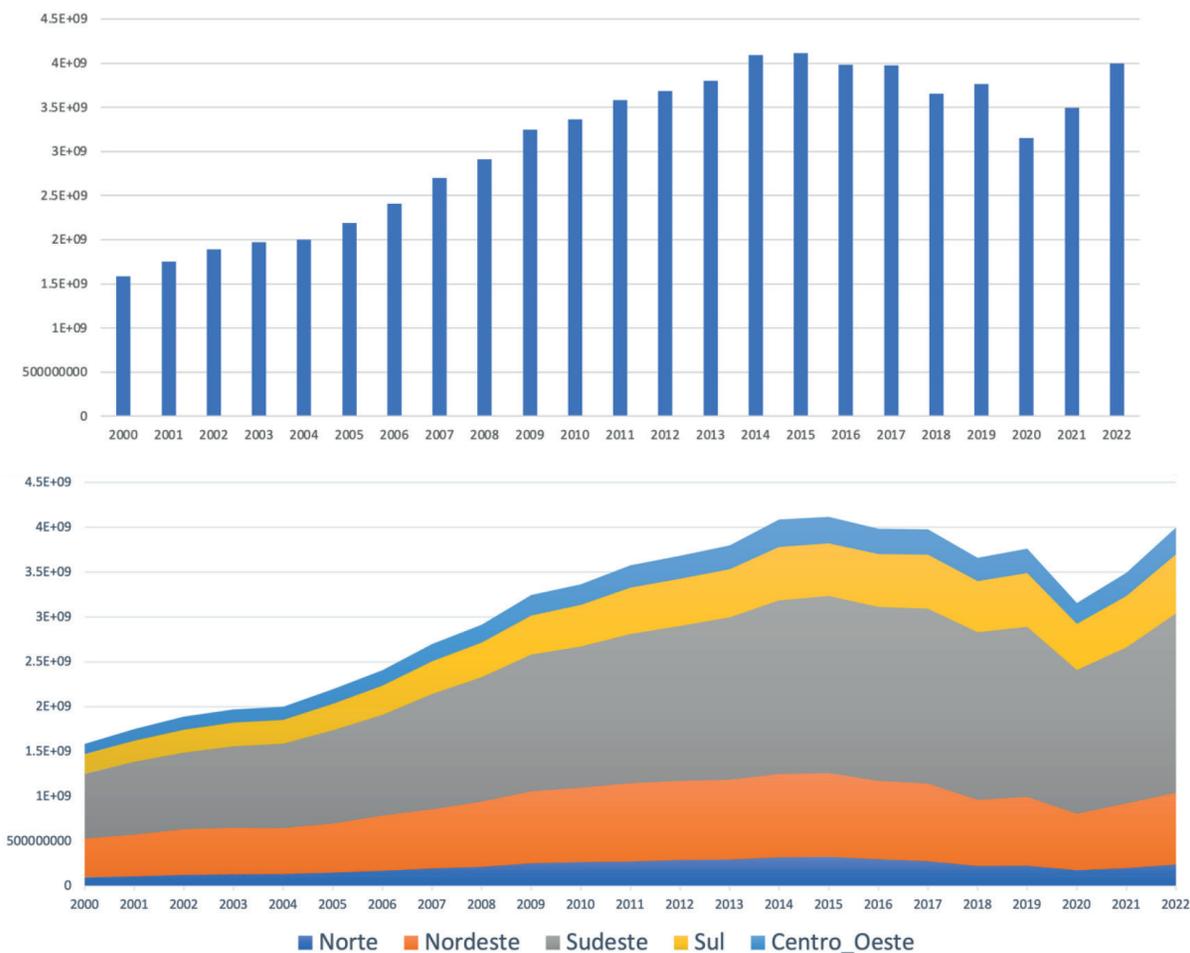
3. Relación entre el gasto en indicadores/resultados en salud

En esta sección se busca proporcionar evidencia numérica sobre el comportamiento del sector público de salud en relación con el gasto público sanitario en Brasil. En general, se observa que la oferta de servicios de salud va de la mano del gasto sanitario, cuando una reducción del gasto implica una caída de la atención médica y de las vacunaciones, y viceversa. Sin embargo, en lo que respecta a la esperanza de vida y la mortalidad infantil, Brasil sigue una tendencia positiva ininterrumpida a lo largo del período 2000-2020, similar a la de otros países, que tiende a ser más constante y a estar menos relacionada con el gasto, lo que refleja mejoras sociales más amplias (Owusu; Sarkodie; Pederson, 2021; Van Den Heuvel; Olaroiu, 2017).

El sistema de APS, centrado en la prevención y elemento clave para reducir los costos de los tratamientos, tal como lo diseñó la CF de 1988, se ha visto afectado negativamente. La Figura 11 muestra cómo se ha ido implementando el SUS en la década de 2000 y la caída significativa en el número de

servicios de APS en los municipios a partir de 2015, en línea con el argumento presentado por los autores Cruz, Barros y Souza (2022) y Massuda (2020). En este caso, hay recuperación solo después del evento de la pandemia de COVID-19, lo que constituye un caso de excepcionalidad secular. El número de procedimientos médicos ambulatorios ofrecidos es una buena medida de la provisión de procedimientos de atención primaria, ya que revela la atención de la población más necesitada del sector.

Figura 11 – Evolución del número de procedimientos médicos ambulatorios en los municipios brasileños



Fuente: Elaboración propia usando datos de DATASUS.

La Figura 12 muestra la evolución de las coberturas de vacunación según las principales regiones de Brasil en términos de porcentaje de la población cubierta por la vacunación, una de las medidas de salud preventiva. Aparentemente, a partir de 2015, hubo una caída significativa en la cobertura de vacunación de la población brasileña siguiendo la política de reducción del gasto público en salud y, en particular, a partir de 2020, lo que refleja los problemas de desinformación asociados a la vacuna contra el COVID-19. Las regiones norte y nordeste, las más pobres, fueron las más afectadas a partir de 2015, evidenciando la desigualdad regional en el acceso a la salud.

Figura 12 – Evolución promedio de las coberturas de vacunación en % de las regiones de Brasil



Fuente: Elaboración propia usando datos de DATASUS.

Con respecto al COVID-19 específicamente, Brasil contabilizó 700 mil muertes en mayo de 2023. Un número tan alto se debió en gran medida a la demora del gobierno en viabilizar y poner a disposición vacunas para la población. Tal retraso ha sido motivado por disputas políticas e ideológicas que llevaron a la difusión de informaciones falsas sobre la efectividad de las vacunas y medicamentos inocuos. El propio presidente de la República de Brasil difundió que las vacunas eran ineficaces y que el uso del medicamento cloroquina era el tratamiento ideal para la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2, cuando la comunidad científica nacional e internacional reportaba lo contrario (AFP, 2020).

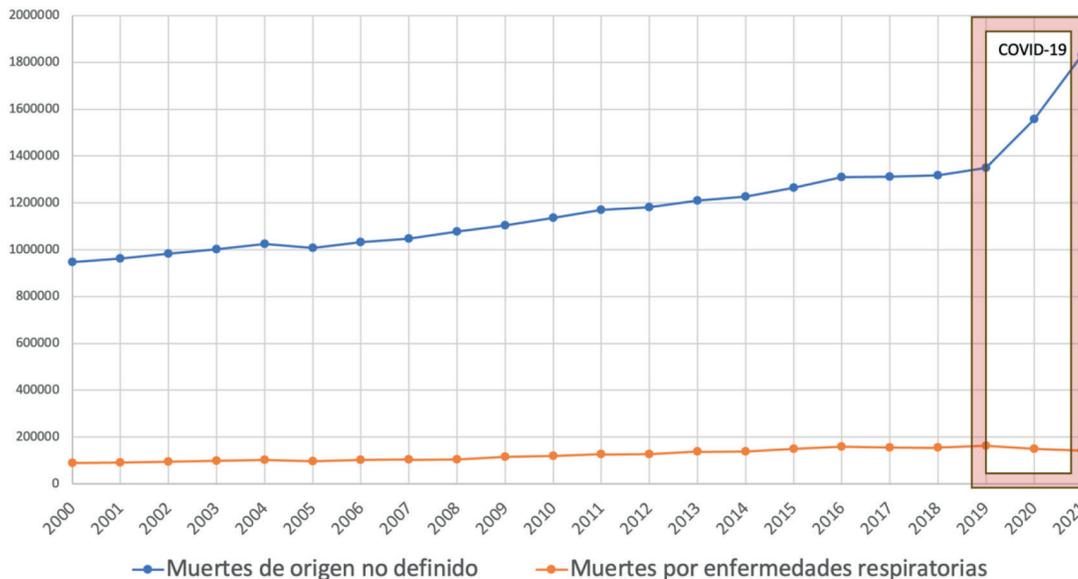
El problema era particularmente complicado porque, según el diseño del SUS, el gobierno federal, además de ser responsable de diseñar y financiar las políticas públicas de salud, también es responsable de las campañas nacionales de vacunación. Por lo tanto, a raíz de esta desinformación, también se vieron comprometidas otras campañas nacionales de vacunación.

En los registros del Ministerio de Salud, por curiosidad, por decir lo menos, bajo la dirección de un ministro que no pertenecía al área de salud, las muertes relacionadas con el COVID-19 aparentemente se contabilizaron en causas de muerte mal especificadas y no en muertes por problemas respiratorios, como es característico de las personas que padecen la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2.

La Figura 13 muestra las muertes asociadas a problemas respiratorios y por causas mal definidas entre 2000 y 2021. Se puede observar que el total de muertes contabilizadas como respiratorias no solo no creció, sino que disminuyó entre 2020 y 2021, mientras que el número de muertes por causas mal definidas aumentó en 314 mil en 2020 y 2021, lo que parece ser un escenario más compatible con las muertes reportadas por COVID-19 por el consorcio de prensa que monitorea las muertes por estado para el período.

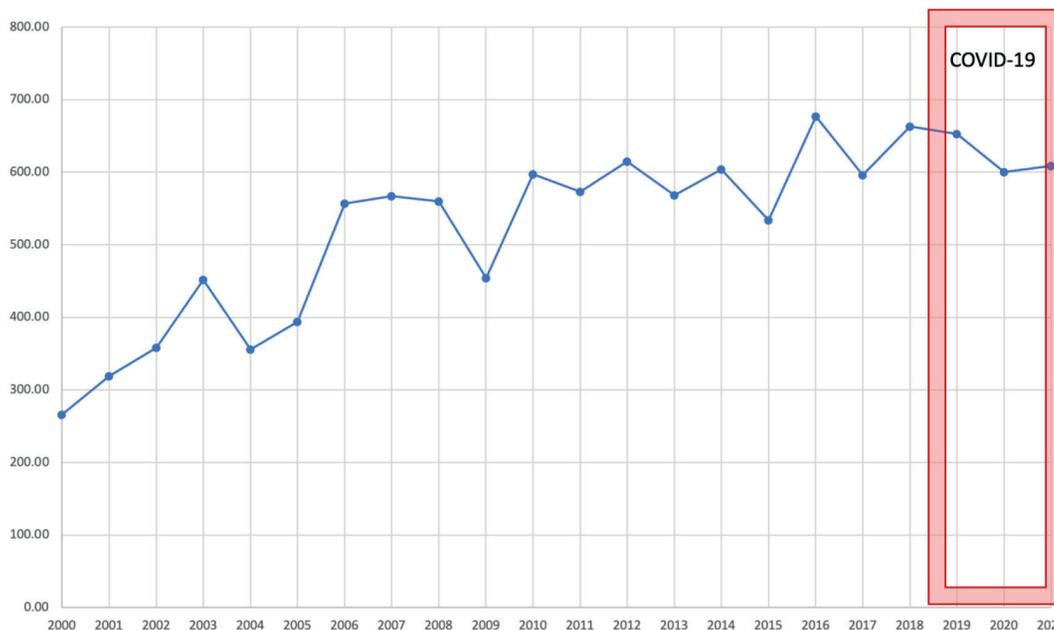
Tampoco hubo un aumento en el número de muertes por el virus (Figura 14), al contrario, hubo una reducción durante los años de pandemia.

Figura 13 – Evolución del número de muertes por enfermedades respiratorias y causas mal definidas (2000-2021)



Fuente: Elaboración propia usando datos de DATASUS.

Figura 14 – Evolución del número de muertes por virus (2000-2021)

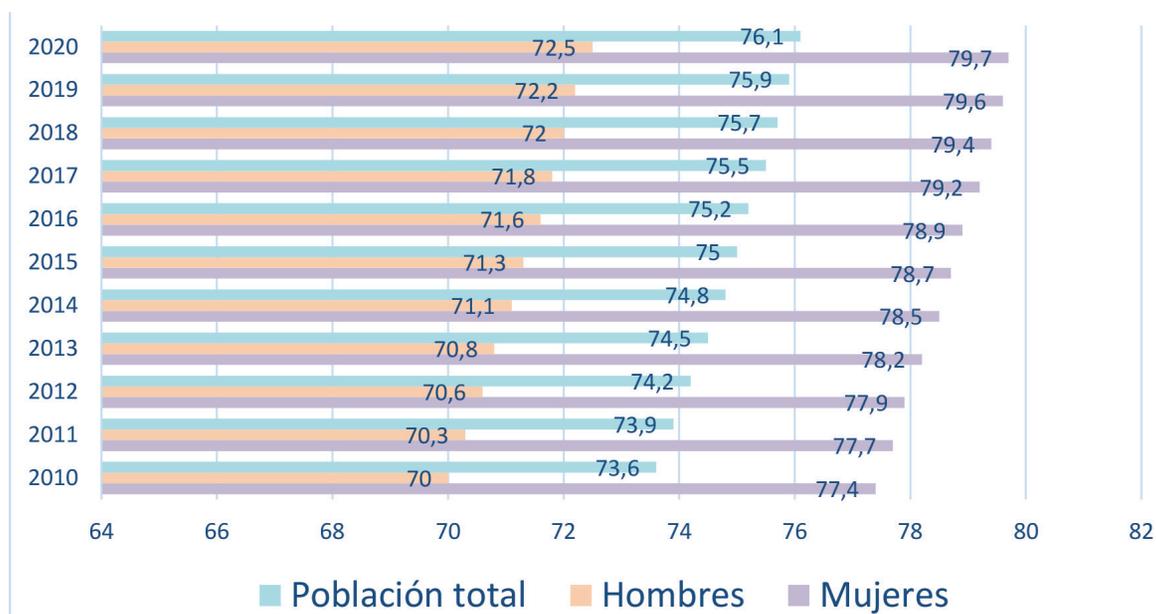


Fuente: Elaboración propia usando datos de DATASUS.

Estos indicadores reflejan claramente los efectos de la reducción del gasto público en el SUS sobre los indicadores primarios de salud, que muestran impactos negativos, a pesar del aumento del gasto privado asociado.

Otros indicadores básicos de salud, centrados en los resultados, apuntan a mejoras con el paso del tiempo siguiendo la tendencia mundial de estos indicadores. Según la bibliografía, la relación entre el gasto en atención médica y la mortalidad infantil (Owusu; Sarkodie; Pederson, 2021) y entre el gasto en atención médica y la esperanza de vida (Van Den Heuvel; Olaroiu, 2017) es muy compleja. Van Den Heuvel y Olaroiu (2017) señalan que el gasto sanitario no es el principal determinante de la esperanza de vida al nacer, pero sí lo es el gasto en protección social.

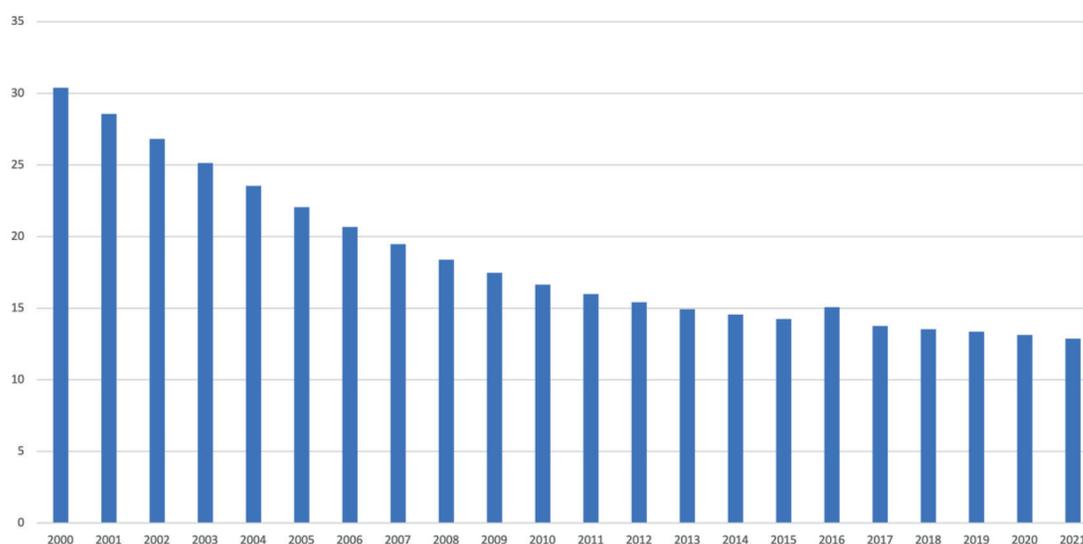
Figura 15 – Esperanza de vida al nacer



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud.

La Figura 16 muestra la evolución de la tasa de mortalidad de menores de cinco años en Brasil entre 2000 y 2021. Como en la mayoría de los países, se produjo un descenso muy acusado en el período.

Figura 16 – Tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años (muertes por 1.000 nacidos vivos) - Brasil



Fuente: Elaboración propia usando datos de UNICEF Data Warehouse (2023).

4. Relación entre el gasto en salud sobre crecimiento económico y bienestar social

La producción nacional de un país determina su renta nacional. Parte de esta renta se utiliza para financiar las actividades de su gobierno, incluida la asistencia sanitaria. Un país con una renta elevada puede financiar mejor los servicios sanitarios para su población. Las poblaciones con ingresos elevados son, por tanto, poblaciones con más acceso a los bienes sanitarios y, por tanto, con mejores reservas de capital sanitario. La literatura, sin embargo, ha señalado un efecto inverso, es decir, que las poblaciones con mejores reservas de capital sanitario tienden a aumentar la producción y, por tanto, la renta de los países. Ashraf y Weil (2009), con todo, señalan que este efecto del capital sanitario puede tardar décadas en producir resultados en el PIB, pero observan que esto no invalida la importancia de las inversiones generosas en salud.

5. Conclusiones

Este estudio evaluó el patrón de financiamiento del sistema de salud brasileño a partir del año 2000 e identificó desafíos significativos relacionados con el acceso desigual a los servicios sanitarios. Los datos sobre el gasto en salud y los indicadores de salud reflejan un aumento de

esta desigualdad a partir de 2015, cuando el gobierno brasileño adoptó una política de reducción del Estado en la economía, lo que resultó en una disminución del gasto en la provisión de bienes de salud pública y fomento de las empresas privadas de salud para entrar en el mercado.

En consecuencia, hubo un crecimiento en el sector de seguros privados/planes de salud y una disminución en el SUS a partir de 2015. Esta tendencia fue revertida solo parcialmente por la pandemia de COVID-19, que comenzó en 2020 en Brasil.

Entendiendo este cambio como un desmantelamiento del SUS, un programa de excelente calidad basado en la CF de 1988, que enfatiza la prevención y la atención primaria, queda claro que revertir esta tendencia es un desafío complejo y difícil de implementar en el corto plazo, debido a que modifica los derechos constitucionales legalmente establecidos, como se mencionó anteriormente. Además de la reducción del financiamiento directo para la salud pública (SUS), hubo un incentivo simultáneo para el crecimiento del sector privado, que fue vendido a empresas internacionales con fines lucrativos, con predominio de empresas norteamericanas (Souza Jr. *et al.*, 2021). Sin embargo, estas transacciones se realizaron sin que se resolvieran adecuadamente los problemas relacionados con la financiación pública indirecta del sector privado de salud. Es importante señalar que este sector atiende solo a una minoría de la población brasileña, que también es la más rica.

En este contexto, abordar la desigualdad en el acceso a los servicios de salud se convierte en un desafío crucial. Es fundamental buscar oportunidades para revertir esta tendencia y promover un sistema de salud más equitativo e integral.

Las tendencias recientes —como la mayor conciencia sobre la importancia de la salud como derecho fundamental y el creciente compromiso de la sociedad civil en defensa del SUS— ofrecen oportunidades para impulsar cambios positivos. La participación activa de la población, profesionales de la salud, investigadores y hacedores de políticas es fundamental para promover un sistema de salud más justo e inclusivo, con acceso equitativo a los servicios para todos los ciudadanos brasileños.

En los últimos años, Brasil ha experimentado una reducción en la renta per cápita, lo que ha disminuido la capacidad de financiación del sector público, incluida la sanidad. Este descenso, junto con una significativa reducción del gasto sanitario debido a decisiones políticas desde 2015, plantea un gran desafío para la futura capacidad de financiación del sistema de salud en Brasil. El sector público es el principal financiador de la sanidad en el país y, como hemos visto que la oferta de servicios sanitarios responde al gasto sanitario, los gobiernos actuales y futuros tendrán dificultades para mantener la calidad actual de los servicios a la población. Esta dificultad también pondrá en peligro al sector privado, financiado en parte por el sector público. Es importante señalar que el capital sanitario de una población depende del gasto sanitario, que se convierte en inversiones en capital humano. Se espera que las poblaciones sanas generen más riquezas.

6. Referencias

- AFP. Bolsonaro sobre vacina da Pfizer: “Se você virar um jacaré, é problema seu”. **ISTOÉ**, São Paulo, 18 dic. 2020. Disponible en: <https://istoe.com.br/bolsonaro-sobre-vacina-de-pfizer-se-voce- virar-um-jacare-e-problema-de-voce/>. Acceso en: 6 sept. 2024.
- ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da Assistência Médica Suplementar. Rio de Janeiro: IPEA, 1998. (Texto para Discussão, n. 599). Disponible en: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2476/1/td_0599.pdf. Acceso en: 26 ago. 2024.
- ASHRAF, Q. H.; LESTER, A.; WEIL, D. N. When does improving health raise GDP? *In*: ACEMOGLU, D.; ROGOFF, K.; WOODFORD, M. (ed.). **NBER Macroeconomics Annual**. Chicago: University of Chicago Press, 2009. P. 157-204. Disponible en: <https://www.nber.org/system/files/chapters/c7278/c7278.pdf>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Público e Privado na Saúde. *In*: PAIM, J. S. (org.). **Sistema Único de Saúde – Tudo o que você precisa saber**. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 219-231.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponible en: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acceso en: 25 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 57 p. Disponible en: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256307120348.pdf. Acceso en: 27 ago. 2024.
- BRIONES, F. M. A.; SOUZA, F. P. de. Iniquidades nas contribuições das fontes de financiamento da saúde na Pesquisa de Orçamentos Familiares no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 54-73, abr./jun. 2020. Disponible en: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/546/737>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS [CNM]. **Mudanças no financiamento da saúde**. Brasília: CNM, 2018. 40 p. Disponible en: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acceso en: 1 sept. 2024.
- CRUZ, W. G. N.; BARROS, R. D. de.; SOUZA, L. E. P. F. de. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 27, n. 6, p. 2459-2469, jun. 2022. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gf38wvnpdXkFv3kDLJxZgR/abstract/?lang=pt#>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), c2024. Disponible en: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acceso en: 1 sept. 2024.
- FALAVIGNA, M. **Incorporação de tecnologias e o financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde brasileiro**, [S. l.: s. n.], oct. 2022.
- GIERSCH, H. The age of Schumpeter. **The American Economic Review**, Nashville, v. 74, n. 2, p. 103-109, mayo 1984. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/1816338>. Acceso en: 25 ago. 2024.

- GOMES, A. P. A.; MACIEL, E. M. G. de. O eclipse da interseção entre público e privado: o financiamento público do subsetor privado de saúde à luz da Constituição Federal. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, n. especial 4., p. 256-262, dic. 2019. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3026/1197>. Acesso em: 27 ago. 2024.
- GROSSMAN, M. The human capital model. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (ed.). **Handbook of Health Economics**. Amsterdam: Elsevier Science B. V., 2000.
- IBGE. **PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>. Acesso em: 1 sept. 2024.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, jun. 2015.
- MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2024.
- MATTOS, M. P.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. de. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3503-3516, sept. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LMK5hJxzTYsJHr5LzdBdtsK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2024.
- NISHIJIMA, M.; BIASOTO JR., G. O padrão de financiamento da saúde nos países da América. In: BIASOTO JR, G.; SILVA, P. L. B.; DAIN, S. (org.). **Regulação do Setor de Saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica**. Brasília: OPAS, 2006, v. 13, p. 72-107.
- NISHIJIMA, M.; CYRILLO, D. C.; BIASOTO JR., G. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. **Economia e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 589–611, dic. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/YJWqFmPFY7ttT4GXnRtBQMF/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- NISHIJIMA, M.; ELLIS, R. P.; CATI, R. C. Primary healthcare effects of a well-designed anti-corruption program. **World Development Perspectives**, [S. l.], v. 25, n. 100399, mar. 2022.
- OATES, W. E. (1993). Fiscal decentralization and economic development. **National tax journal**, College Park, v. 46, n. 2, p. 237-243. Disponível em: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnabp362.pdf. Acesso em: 25 ago. 2024.
- OCKÉ-REIS, C. O. Gasto privado em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1351-1353, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nwDGzWRZn8rSRV8Mdvsv37P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2024.
- OLIVEIRA, L. M. *et al.* Análise da dinâmica de redes de dados de concentração econômica em empresas da área da saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. e190785, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HzyRjyFB5JVCyFsdrQZzhJd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- OWUSU, P. A.; SARKODIE, S. A.; PEDERSON, P. A. Relationship between mortality and health care expenditure: Sustainable assessment of health care system. **Plos one**, [S. l.], v. 16, n. 2,

p. 1-15, feb. 2021. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0247413>. Acceso en: 27 ago. 2024.

- PIOLA, S. F. *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Vol. 4. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 19-70. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- ROCHA, F. F.; NISHIJIMA, M; PEIXOTO, S. G. D. Primary health care policies: investigation on morbidity. **Applied Economics Letters**, [S. l.], v. 20, n. 11, p. 1046-1051, mar. 2013. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13504851.2013.774456>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, jul. 2018. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykCWRkccrSPQrqWjx/>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- SCHUMPETER, J. A. **The theory of economic development**. Traducción: Redvers Opie. Cambridge: Harvard University Press, 1934.
- SILVEIRA, F. G. *et al.* Saúde Amanhã: Textos para Discussão 43. **Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 42 p. Disponible en: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51976>. Acceso en: 27 ago. 2024.
- SOUZA JR., P. R. B. de. *et al.* Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, (suppl 1), p. 2529-2541, 2021. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/r8mcKcJdm5RYB8zJNzpJLJS/?format=pdf&lang=pt>. Acceso en: 26 ago. 2024.
- TIEBOUT, C. M. An economic theory of fiscal decentralization. **Public finances: Needs, sources, and utilization**. Los Angeles: Princeton University Press, 1961. p. 79-96. Disponible en: <https://www.nber.org/system/files/chapters/c2273/c2273.pdf>. Acceso en: 25 ago. 2024.
- UNICEF Data. UNICEF Data Warehouse, 2023. Disponible en: https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?dq=...&startPeriod=2018&endPeriod=2023. Acceso en: 1 set. 2024.
- VAN DEN HEUVEL, W. J. A.; OLARIOU, M. How important are health care expenditures for life expectancy? A comparative, European analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 276.e9-276.e12, mar. 2017. Disponible en: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(16\)30559-X/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)30559-X/abstract). Acceso en: 27 ago. 2024.
- VIANA, A. L. D'A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 225-64. 2005. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nTcQ6D5BjBMjFVZKvcm7phd/?format=pdf&lang=pt>. Acceso en: 25 ago. 2024.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN CHILE

Natalia Dus Poiatti

Resumen

Según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948), un buen estado de salud es un derecho fundamental de todo ser humano, independientemente de sus características individuales, como raza, sexo o nivel socioeconómico.

El estado de salud de una sociedad, a su vez, depende no solo del funcionamiento del sistema de salud, sino también del estado nutricional, la actividad física regular y la exposición a factores de riesgo, como el consumo de alcohol y cigarrillos.

En Chile la situación de salud es desigual entre las personas. Además de disponer de un presupuesto financiero para contratar un seguro de salud más amplio a través de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), las personas con mayor grado de educación tienen menores niveles de obesidad y sedentarismo, mejores indicadores nutricionales, menores tasas de incidencia de cáncer y mayor estado de salud percibido. Aunque más del 90% de los chilenos están cubiertos por planes de seguro obligatorios, el 28,9% del financiamiento actual de la atención médica en Chile se realiza a través de gastos de bolsillo, lo que puede llevar al empobrecimiento de los hogares o a desafíos financieros. Además, hay signos de escaso acceso a la atención sanitaria curativa y preventiva, medidos por el número relativamente bajo de consultas per cápita, exámenes preventivos del cáncer y ventas de productos farmacéuticos.

El acceso a una atención médica de calidad es un derecho humano importante, que mejora la calidad de vida, el desarrollo fisiológico, las capacidades de aprendizaje, las habilidades laborales y el crecimiento económico. Por lo tanto, los recursos financieros gastados en atención sanitaria se clasifican mejor como inversión en capital humano que como gastos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas incluyen "Garantizar vidas saludables y promover el bienestar" (Organización de las Naciones Unidas, 2015) como un objetivo importante en la Agenda 2030. Este capítulo analizará el desarrollo, la estructura y el financiamiento del sistema de salud chileno, así como sus resultados en términos de estado de salud y acceso a la atención médica.

1. El sistema de salud chileno

1.1 Hechos históricos

- El Ministerio de Higiene, Asistencia y Seguridad Social pasa a denominarse Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social en 1953. En 1958 se crean las Sociedades Mutuales de Seguridad Social para organizar y gestionar los accidentes de trabajo. En 1968, estas mutuales adquieren poder financiero para captar fondos propios y se transforman en Cajas Mutuales de Seguros (Ley 16.744).
- Durante el gobierno militar, el Decreto Ley 913, del 28 de febrero de 1975, y el Decreto Ley 2.763, del 3 de agosto de 1979, reorganizan y otorgan mayor capacidad de decisión al Ministerio de Salud. En ese contexto, se fundaron el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la Central de Abastecimiento (Cenabast) y el Instituto de Salud Pública (ISP), ambos dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El Sistema Nacional de Servicios de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) se unifican en una sola institución.
- En 1980 se reforma el sistema de seguridad social en salud y se inicia el aporte salarial obligatorio, al nivel del 4%. Asimismo, se crean los Centros de Atención Primaria en los municipios, transfiriéndoles la competencia para atender la atención primaria de salud.
- En 1981 se crean las Instituciones Privadas de Seguridad Social en Salud, las Isapres, permitiendo la libre elección entre el seguro público obligatorio y el privado. En 1985 las instituciones del sector público se subdividen en dos ramas: modalidades de atención institucional y de libre elección; la primera, a la que tienen acceso todos los afiliados al sistema público, una vez sujetos a los aportes obligatorios; y la segunda, a la que pueden tener acceso los afiliados a servicios de salud adicionales, una vez que hayan pagado cargos adicionales.
- La reforma sanitaria impulsada por Ricardo Lagos también propició la creación de la Superintendencia de Salud, sucesora legal de la Superintendencia de Isapres, que inició sus actividades el 1 de enero de 2005. Es un organismo que tiene como funciones principales el seguimiento de las Isapres y de Fonasa, velando por el cumplimiento de las obligaciones que impone la ley, además de supervisar a todos los prestadores de salud públicos y privados, en cuanto a su acreditación y certificación.

1.2 Organización del sistema de salud

El sistema de salud chileno es mixto, ya que los individuos, principalmente al cotizar a través del sistema de seguridad social obligatorio, tienen la opción de estar cubiertos por aseguradoras públicas o privadas. La cobertura del seguro obligatorio es alta y cubre a más del 90% de la población total (Superintendencia de Salud, 2023).

En el sistema de seguridad social obligatorio, todos los trabajadores y jubilados que tienen derecho a prestaciones están registrados obligatoriamente, estando comprometidos a pagar, por ley, un mínimo del 7% de su renta imponible mensual procedente de salarios o pensiones. Todos los miembros de la familia económicamente dependientes tienen derecho al mismo seguro del beneficiario titular sin pago adicional. Además, el seguro público cubre de forma gratuita a personas de escasos recursos económicos y que tienen derecho a recibir asistencia financiera mediante la Ley 18.020, como los indigentes, los desempleados y las personas vulnerables, incluidos los inmigrantes ilegales. Desde el primero de noviembre de 2016, la Ley 20.864 exige a los jubilados mayores de 65 años de cualquier aporte dinerario para ser cubiertos por el seguro público (Biblioteca del Congreso Nacional, 2015). También existe un monto máximo de aporte que no puede exceder a: UF 75,7 para afiliados a Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y de UF 60 para afiliados al Instituto de Previsión Social (IPS).

Además, la Ley 16.744 establece que el empleador debe aportar el 0,9% de sus ingresos para asegurar a los trabajadores contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a través de una mutua. Se pueden requerir aportaciones adicionales según el riesgo de la actividad involucrada (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2022). Los trabajadores independientes o del sector informal sin prestaciones de seguridad social pueden optar voluntariamente por afiliarse a un proveedor de seguros privado.

En el sistema coexisten las siguientes aseguradoras públicas y privadas:

Fondo Nacional de Salud (Fonasa)

Fonasa es la aseguradora pública sin fines de lucro que cubre a los trabajadores y jubilados que optan por estar cubiertos por el sistema público. Desde septiembre de 2022, el Fondo otorga acceso gratuito a los servicios de salud que brindan las instituciones públicas (centros de salud, clínicas, puestos y hospitales públicos) en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) sin copagos adicionales. En esta modalidad, el nivel de cobertura financiera de salud no depende de la prima pagada por el beneficiario.

Los beneficiarios de Fonasa también pueden adquirir bonos para acceder a servicios de atención de salud brindados por instituciones privadas en convenio con el Fondo en la Modalidad de Libre Elección (MLE). El valor del bono no depende de las características del beneficiario, como el nivel de ingresos o de riesgo de salud, sino únicamente del valor de los servicios prestados, que dependen principalmente de los costos del médico o del centro médico elegido.

Sus beneficiarios están divididos en cuatro tramos (actualizado en mayo de 2023), según sus niveles de ingreso:

– Tramo A: indigentes, desempleados y jubilados mayores de 65 años (Ley 18.020), a los que se les otorga acceso sin copagos a la atención de salud de Fonasa en los otorgados a través de la MAI. Los beneficiarios de esta sección son los únicos que no pueden tener acceso a servicios de salud complementarios a través de la MLE porque sufren limitaciones financieras.

– Tramo B: beneficiarios con ingresos mensuales inferiores o iguales al salario mínimo de CLP 440.000.

– Tramo C: beneficiarios con ingresos mensuales superiores a CLP 440.000 e inferiores o iguales a CLP 642.400.

– Tramo D: beneficiarios con ingresos mensuales superiores a CLP 642.400.

Los beneficiarios de los tramos B, C y D tienen acceso gratuito a la atención médica de Fonasa, sin copago, en los otorgados a través de la MAI. Pueden acceder a servicios de salud complementarios a través de la MLE mediante la compra de bonos. Alrededor del 78% de los chilenos son beneficiarios de un seguro público de salud. Asimismo, nueve de cada diez adultos chilenos son usuarios de Fonasa (Fonasa, 2023).

Sistemas de salud de las Fuerzas Armadas, Capredena y Dipreca

Sistemas de Salud de las Fuerzas Armadas, la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena) y la Dirección de Previsión de Carabineros (Dipreca) son los organismos públicos encargados de entregar seguros de salud a los miembros de las Fuerzas Armadas, los Carabineros de Chile, la Policía de Investigaciones (PDI) y la Gendarmería de Chile (GENCHI).

Instituciones Privadas de Seguridad Social en Salud (Isapres)

Isapres es un grupo de trece instituciones privadas de seguros de salud con y sin fines de lucro, de las cuales seis están cerradas para brindar seguro de salud solo a una institución o empresa específica, y siete están abiertas a cualquier individuo que quiera adherirse. Las Isapres brindan cobertura de salud financiera a sus beneficiarios que son proporcionales a la prima pagada, por lo tanto, los beneficiarios de mayores ingresos terminan con un mayor nivel de cobertura al pagar la prima obligatoria del 7% de los ingresos y prefieren elegir Isapres cuando ofrece un espectro más alto o mejor calidad de cobertura de salud que Fonasa.

Fonasa e Isapres otorgan cobertura para los beneficios que se encuentran en las Garantías Explícitas en Salud (GES). En el caso de estar afiliada a una Isapre, la persona deberá pagar el 20% del costo total, monto establecido por cada Isapre para todos sus afiliados y, por tanto, independiente del riesgo individual. Por ley, todos los beneficiarios de Isapres tienen derecho a las GES. En caso de que una Isapre no proporcione el servicio otorgado, el beneficiario podrá presentar un reclamo ante la Superintendencia de Salud.

El asegurado privado puede optar por beneficios adicionales brindados por las Isapres, como descuentos en farmacia, protección a la familia, orientación médica telefónica, cuyos precios dependen de los beneficios adicionales elegidos. Además, bajo el seguro privado, el asegurado puede solicitar un plan con mayor cobertura que el plan básico pagando cuotas voluntarias adicionales al pago legal del 7% de sus ingresos.

El excedente financiero de los beneficiarios (los Excedentes) es el monto monetario que se genera cuando el pago obligatorio del 7% de los ingresos, con el umbral respectivo (5.712 UF), supera el precio pactado del plan. En este caso, el excedente del beneficiario es depositado en su cuenta de ahorro para salud, pudiendo utilizarlo para pagar servicios de salud o medicamentos.

Desde abril de 2020, todos los nuevos planes de Isapres deben cotizarse según la tabla única de factores, con factores que no dependen del sexo y aumentan los precios de forma gradual a medida que el paciente cambia de un intervalo de edad al siguiente. El precio final para un beneficiario sería el precio base del servicio multiplicado por su factor específico de edad, como se muestra en la Tabla 1:

Tabla 1: Tabla de factores

Años (edad)	Factor-afiliados	Factor-dependientes
0 a 20	0,6	0,6
20 a 25	0,9	0,7
25 a 35	1	0,7
35 a 45	1,3	0,9
45 a 55	1,4	1
55 a 65	2	1,4
65 y más	2,4	2,2

Fuente: Superintendencia de Salud (2023).

Aun estando sujetos a la nueva tabla, algunos asegurados han llevado ante la justicia a las Isapres alegando aumentos indebidos en el precio base y aumentos en el valor de las GES. Recientemente la Corte Suprema determinó que todos los planes de seguro de salud obligatorios ofrecidos por las Isapres deben cotizarse de acuerdo con la tabla única de factores.

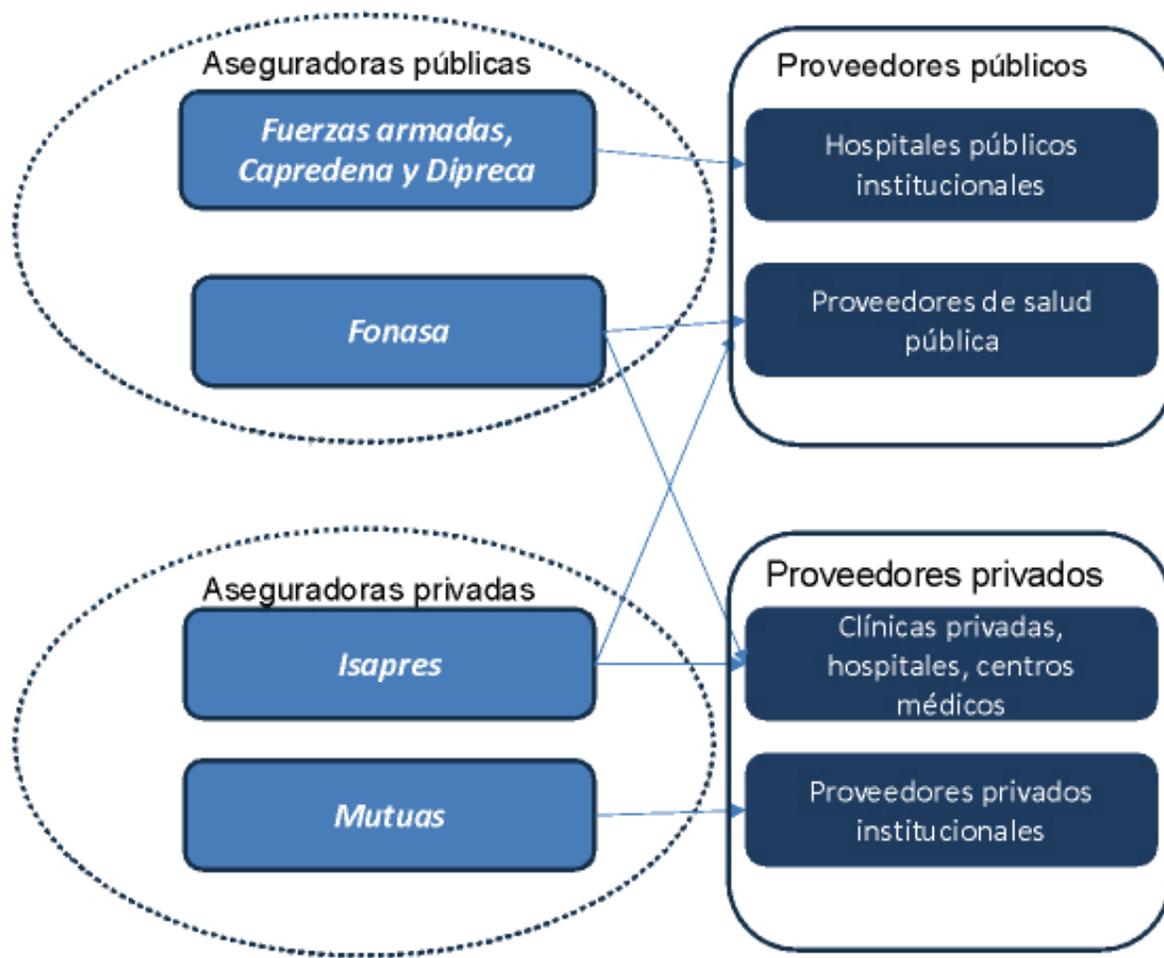
Proveedores de salud

Los beneficiarios de Fonasa son asistidos principalmente a través de la red de proveedores de salud pública, de quienes Fonasa está obligado legalmente a comprar la mayoría de sus servicios. A su vez, los beneficiarios de Isapres son atendidos principalmente por clínicas privadas, hospitales, centros médicos y prestadores asociados a las mutuas. Aquellos beneficiarios de Fonasa que opten por complementar los servicios públicos prestados a través de la MAI podrán acceder a proveedores privados individuales o institucionales en convenio con Fonasa a través de la MLE. Dado que el acceso a la MLE requiere la adquisición de bonos, atrae principalmente a beneficiarios de Fonasa con mayores ingresos. Por lo tanto, la prestación de servicios de salud está segregada por ingresos: los beneficiarios más pobres están financieramente limitados a ser atendidos principalmente por proveedores públicos de Fonasa, mientras que los beneficiarios de mayores ingresos tienen la opción de acudir a proveedores privados, ya sea cuando están asegurados por Isapres o por Fonasa, a través de la disposición MLE.

Además, los prestadores de salud de los miembros de las Fuerzas Armadas, los Carabineros de Chile, la PDI y la GENCHI, beneficiarios de Capredena y Dipreca, son hospitales institucionales

que los atienden exclusivamente. La Figura 1 muestra las aseguradoras y los proveedores de salud pública en el sistema de salud de Chile.

Figura 1 – Aseguradoras públicas y proveedores de salud



Fuente: Elaboración de la autora.

2. Financiamiento del sistema de salud

2.1 Fuentes

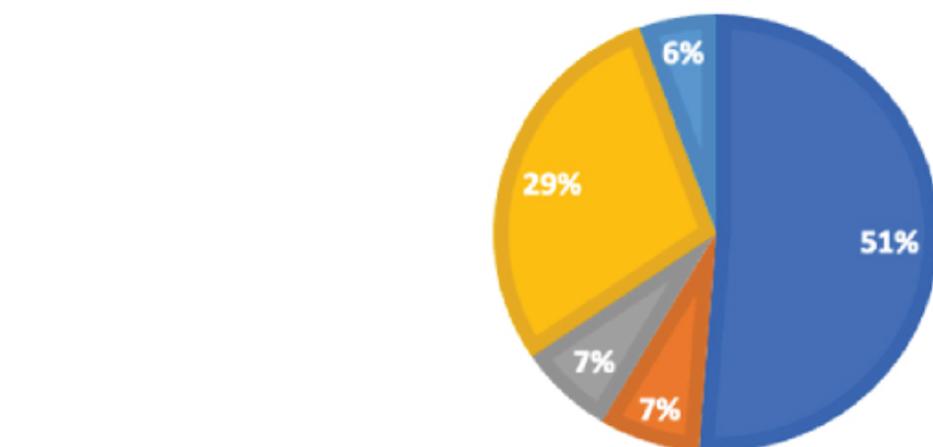
Los gastos de salud en Chile se financian a través de cinco esquemas: seguro social de salud, seguro de salud privado obligatorio, seguro de salud voluntario, pagos de bolsillo de los hogares y otros esquemas gubernamentales (Fuerzas armadas, Capredena y Dipreca).

Según la Figura 2, el plan de financiación más importante es el seguro social de salud, que representa aproximadamente el 51% del gasto total en salud actual, pero cubre alrededor del 78% de la población. La falta de recursos para el sistema Fonasa se traduce en signos de sobredemanda, como largas colas y tiempos de espera para la prestación de atención médica (Youkee, 2023).

Cabe destacar que el segundo esquema de financiamiento más importante son los pagos de bolsillo de los hogares, que representan el 29% del gasto corriente en salud (%GCS). Esto significa que casi un tercio del gasto total no está cubierto por planes de seguro y es financiado por los hogares. Puede ser motivo de preocupación, sobre todo cuando se trata de enfermedades impredecibles que pueden generar de repente gastos importantes y problemas financieros para los hogares.

El seguro privado obligatorio y el seguro privado voluntario representan el 14% (%GCS), 7% cada uno. Otros esquemas gubernamentales que financian a las Fuerzas Armadas, Capredena y Dipreca, representan el 6% (%GCS).

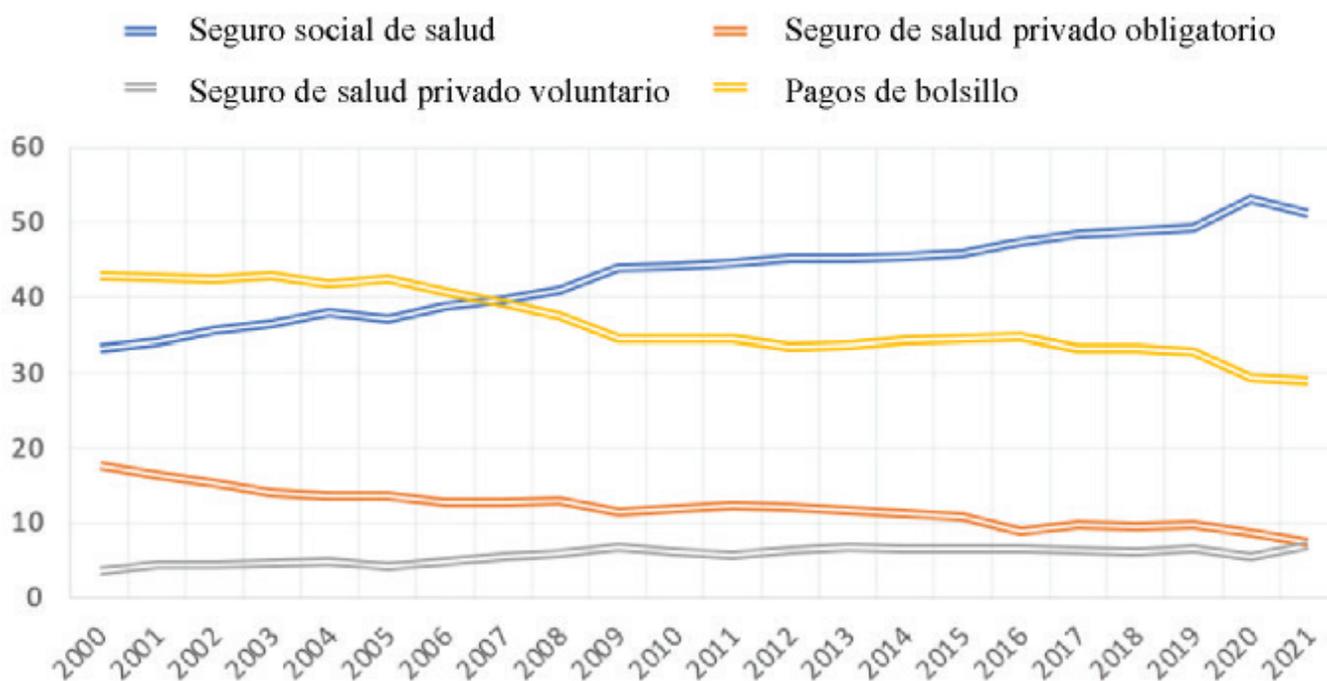
Figura 2 – Esquemas de financiamiento de la salud (% del gasto corriente en salud de 2021)



Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database, 2023.

Si bien los pagos de bolsillo de los hogares representan una parte significativa del gasto en salud en Chile, su importancia ha ido disminuyendo con el tiempo, pasando del 43% al 29% entre 2000 y 2021 (Figura 3). Además, la importancia del seguro privado obligatorio ha disminuido más del 50%, pasando del 18%, en 2000, al 7% en 2021. Al mismo tiempo, la importancia del seguro social de salud ha aumentado del 33% al 51%. Por lo tanto, el financiamiento gubernamental parece estar sustituyendo el financiamiento de los hogares, brindando así servicios de salud más asequibles a la comunidad.

Figura 3 – Esquemas de financiamiento de la salud (% del gasto corriente en salud de 2000 a 2021)



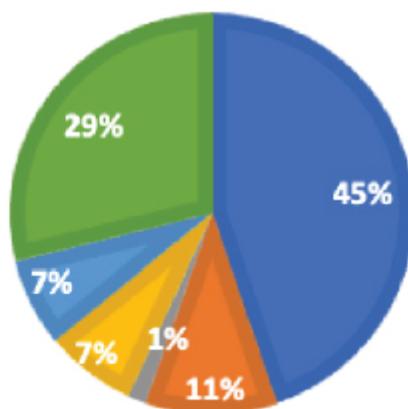
Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database, 2023.

También es interesante comprender las fuentes de ingreso de cada plan de financiación. El seguro social de enfermedad se financia parcialmente con las contribuciones al seguro social de los empleadores (2% de los ingresos del seguro social de salud), con las contribuciones al seguro social de los empleados (21,5% de los ingresos del seguro social de salud) y principalmente mediante transferencias de los ingresos internos del gobierno (76,5% de los ingresos del seguro social de salud). Debido a la falta de recursos provenientes de las contribuciones obligatorias de los empleados y de los empleadores, la financiación del seguro social de salud depende principalmente de los ingresos del gobierno, que han ido creciendo en los últimos años y ejerciendo presión sobre el

presupuesto público. Las Fuerzas Armadas, Capredena y Dipreca, también se financian con transferencias de ingresos internos del gobierno.

En total, las transferencias de ingresos internos del gobierno para financiar el seguro social de salud u otros planes gubernamentales representan el 45% de los gastos corrientes en salud (39% al seguro social de salud y 6% a las Fuerzas Armadas, Capredena y Dipreca), las contribuciones al seguro social de los empleadores y empleados, 1% y 11% del gasto corriente en salud, respectivamente. Los otros planes de financiación son financiados por los hogares, ya sea mediante el pago anticipado obligatorio al seguro privado (7% de los gastos corrientes en salud), el pago anticipado voluntario al seguro privado (7% del gasto corriente en salud) u otros ingresos de los hogares para pagos directos (29% del gasto corriente en salud). La Figura 4 muestra las fuentes de financiamiento y sus asignaciones dentro del sistema de salud chileno. Las cifras están en porcentajes de los gastos corrientes en salud.

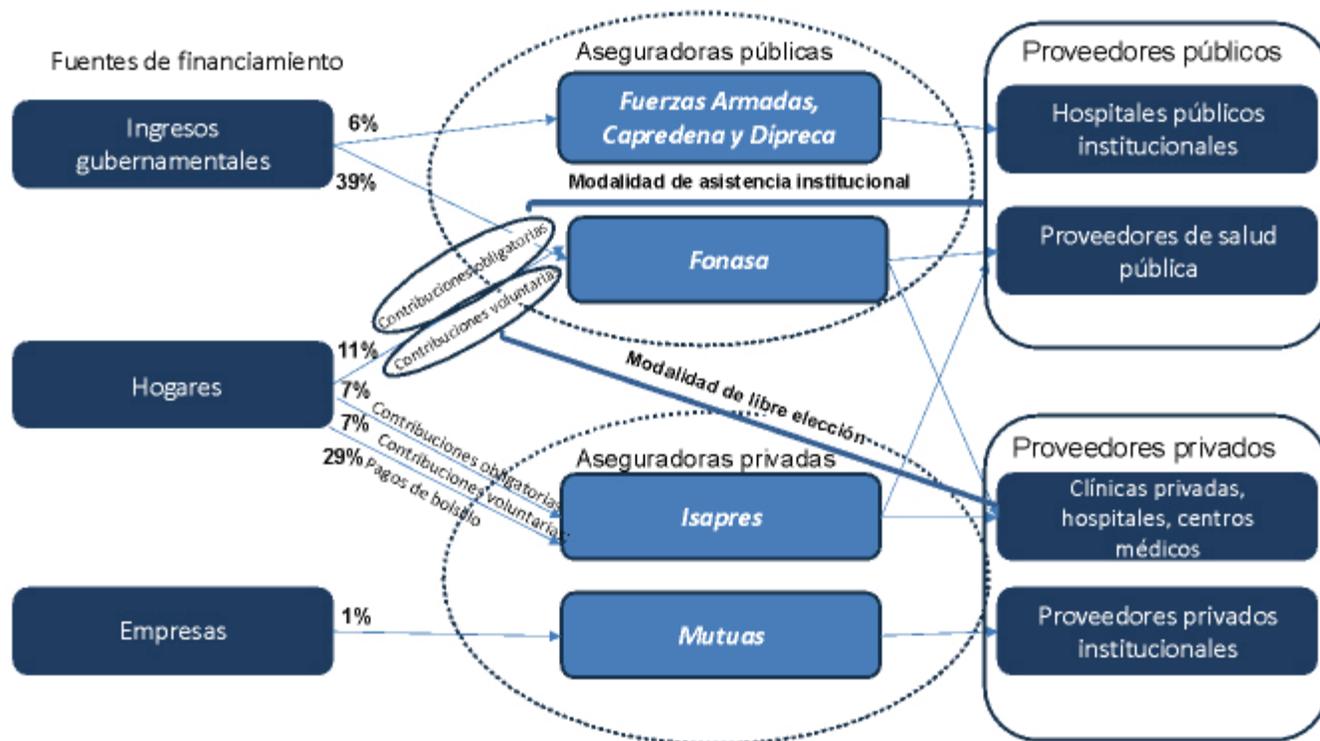
Figura 4 – Ingresos de salud (% del gasto corriente en salud en 2021)



Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database, 2023.

Por lo tanto, el sistema de salud chileno, incluidas sus fuentes de financiamiento, esquemas de seguros públicos y privados y proveedores de salud, se ilustra en la Figura 5.

Figura 5 – El sistema de salud chileno



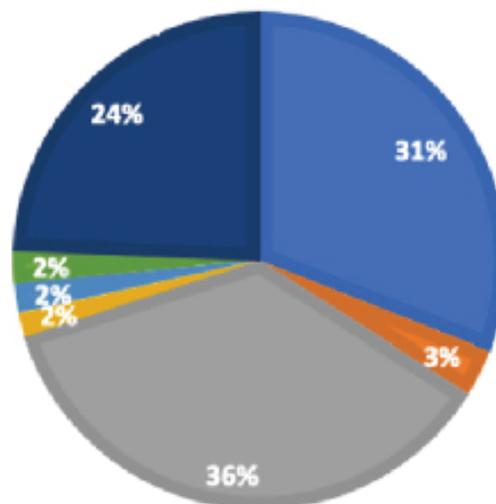
Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database, 2023.

2.2 Prioridades de gasto en salud

El gasto público en salud en Chile se destina principalmente a atención curativa, que representa el 70% del gasto total del gobierno, y se divide en tres subcategorías: atención curativa hospitalaria (31%), atención curativa diurna (3%) y atención curativa ambulatoria (36%). En segundo lugar, el gasto público financia la gobernanza, el sistema de salud y la administración financiera, lo que representa el 24% del gasto público total. Los productos médicos, la atención preventiva y los servicios auxiliares representan cada uno solo el 2% del gasto total del gobierno. La Figura 6 muestra el gasto público en salud por función de atención médica.

Figura 6 – Gasto público en salud (por función de atención médica en 2021)

- Atención curativa hospitalaria
- Atención curativa ambulatoria
- Productos médicos
- Gobernanza, sistema de salud y administración financiera
- Atención curativa diurna
- Servicios auxiliares
- Atención preventiva



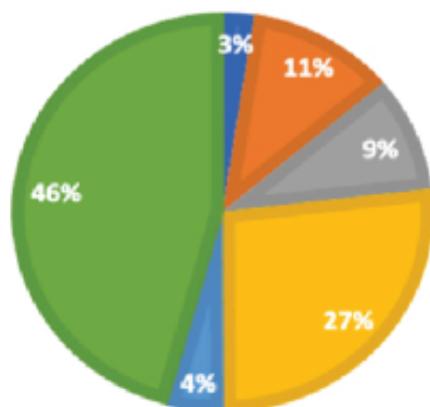
Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database, 2023.

A diferencia del gasto gubernamental, el gasto privado se destina principalmente a bienes médicos (27%) y otros servicios de atención de salud (46%). La atención curativa representa el 14% del gasto privado en salud (3% atención curativa hospitalaria y 11% atención curativa ambulatoria); los servicios auxiliares suponen el 9% y la gobernanza, el sistema de salud y la administración financiera significan el 4% del gasto total en salud privada. Si tomamos en conjunto el gasto público y privado en salud, es evidente que el gobierno estaba financiando principalmente atención curativa a través del sistema público, mientras que los productos médicos fueron financiados esencialmente por el sector privado hasta 2021. La Figura 7 muestra el gasto privado en salud por función de atención médica.

Recientemente, el gobierno del presidente Boric anunció un descuento en el precio de 6.900 medicamentos vendidos en 512 localidades para afiliados al seguro social de salud, según un convenio con Fonasa. Hasta 2019, solo 2.700 medicamentos vendidos en 240 localidades estaban sujetos a descuento. Esta política probablemente aumentará el acceso a la atención médica y disminuirá el empobrecimiento debido a los gastos de bolsillo, ocasionados por eventos de salud costosos e impredecibles.

Figura 7 – Gasto privado en salud (por función de atención médica en 2021)

- Atención curativa hospitalaria
- Atención curativa ambulatoria
- Servicios auxiliares
- Productos médicos
- Gobernanza, sistema de salud y administración financiera
- Otros servicios de atención médica



Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database, 2023.

En Chile, el gasto de capital en salud representa una pequeña fracción del gasto total en salud, aumentando del 1,45% del gasto corriente en salud en 2000 al 2,89% en 2008. La falta de inversión en capital humano y físico se traduce en indicadores relativamente bajos. Como una medida del capital humano, el número de médicos autorizados para ejercer en Chile fue de 2,9 (por 1.000 habitantes) en 2021, en comparación con 5,3 en el promedio de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). En cuanto al capital físico, el número de camas de hospital en Chile fue de 2,0 (por 1.000 habitantes) en 2020. En el promedio de la OCDE, el número fue de 4,4 en 2020, más del doble que en Chile.

2.3 Gasto en salud en el presupuesto público y la economía

De 2000 a 2020, la Figura 8.A muestra que el gasto corriente de Chile en salud (%PIB) aumentó de 7,04% a 9,75%, el aumento más alto en comparación con el aumento promedio en los otros grupos: América Latina, países de ingresos altos y países de ingresos bajos. Además, Chile terminó con el mayor gasto en salud (%PIB), de 9,75%, incluso superior al promedio de 8,81% en los países de altos ingresos. Según la OCDE (2021), aunque el gasto en salud en Chile fue mayor que el promedio de

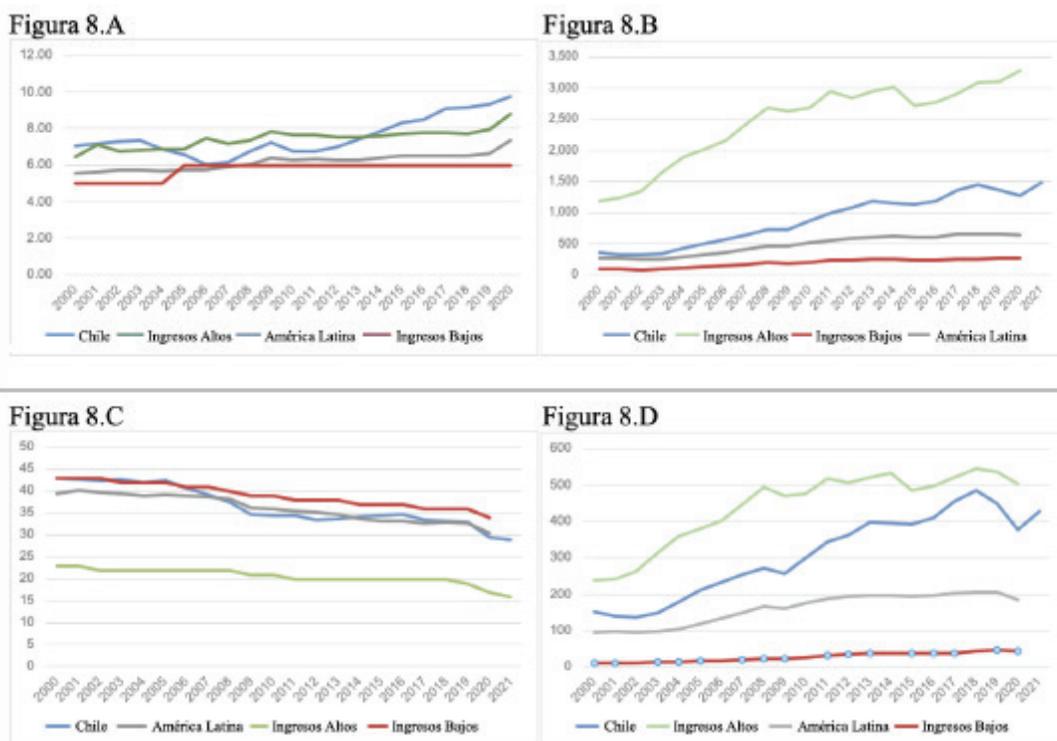
la OCDE en 2019, el número de médicos y enfermeras en ejercicio fue de 2,6 y 2,9 (por 1.000 habitantes), respectivamente, bastante menor que el número de 3,6 médicos en ejercicio y 8,8 enfermeras (por 1.000 habitantes) en el promedio de la OCDE.

El gasto en salud per cápita en Chile (Figura 8.B) ha aumentado a un ritmo más rápido que el promedio de América Latina y los países de ingresos bajos, pero a un ritmo más lento que el promedio de los países de altos ingresos. En Chile, aumentó de USD 357 en 2000 a USD 1.479 en 2021, más del doble del valor de USD 640 para los países latinoamericanos en 2020, pero aproximadamente tres veces menos que el valor promedio para los países de altos ingresos.

Aunque el gasto total en salud de Chile no es bajo, depende en gran medida de los gastos de bolsillo. Los gastos de bolsillo chilenos han disminuido del 42,8 (% del gasto corriente en salud) en 2000 al 28,9% en 2021, pero siguen siendo muy altos en comparación con el promedio del 16% en los países de altos ingresos en 2021 (Figura 8.C).

Los gastos de bolsillo per cápita de Chile (Figura 8.D) también son altos y cercanos al nivel promedio per cápita de los países de altos ingresos. En 2018 alcanzó su máximo nivel histórico de USD 484 per cápita, descendiendo a USD 434 en 2021, pero manteniéndose en un nivel muy alto en comparación con el promedio de los países latinoamericanos, que se ha estabilizado en aproximadamente USD 200 per cápita en los últimos años.

Figura 8 – Gastos corrientes y de bolsillo en salud



Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database, 2023.

2.4 Desafíos del financiamiento sostenible del sistema de salud: factores económicos, tecnológicos, demográficos y políticos

La desigualdad internacional en el acceso a una atención sanitaria de calidad puede mitigarse mediante una financiación sostenible de los sistemas nacionales de salud. Algunos países, debido a su menor capacidad financiera pública o falta de voluntad política, tienen un alta dependencia de los gastos de bolsillo para financiar sus sistemas de salud. Los países de ingresos más altos suelen depender en gran medida del gasto público y las contribuciones sociales para financiar la salud, en contraposición a los países de ingresos más bajos, que dependen en gran medida de las contribuciones de bolsillo. Aunque Chile es un país de altos ingresos, su historia y agenda política únicas condujeron a un sistema de salud de dos niveles, que es desigual por naturaleza y hace que las personas más pobres y vulnerables dependan de gastos de bolsillo para financiar situaciones inesperadas y problemas de salud de alto costo. A su vez, el sistema perpetúa las desigualdades sociales al hacer que los menos favorecidos económicamente sean más vulnerables a las condiciones económicas, laborales y de salud. Por tanto, el acceso a una asistencia sanitaria de calidad, un importante derecho humano según la Declaración de Alma-Ata (1978), no está garantizado, principalmente para los más pobres.

Según los indicadores del Monitor Fiscal de Chile del Fondo Monetario Internacional (FMI), la deuda pública neta (%PIB) fue de 18,69% en 2022, la más baja de América Latina, inferior al promedio de 41,55% para los mercados emergentes y economías de ingresos medios, y del 82,7% para economías avanzadas. Además, el préstamo neto o saldo público general, medido por los ingresos públicos totales menos el gasto público total (% del PIB), fue de 0,91 en 2022, muy por encima del promedio de -6,15% para los mercados emergentes y las economías de ingresos medios, y de -3,65% para las economías avanzadas. En general, los indicadores de las finanzas públicas muestran evidencia de una gestión sostenible de las finanzas públicas, caracterizada por un control adecuado del crecimiento de la deuda pública que puede ayudar a la adopción de políticas públicas de salud dirigidas a las personas más vulnerables.

Para comprender la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, Lorenzoni *et al.* (2019) realizaron proyecciones de gasto en salud hasta 2030 para Chile y otros países de la OCDE. Según las proyecciones, se espera que el gasto en salud crezca más rápido que los ingresos, alcanzando el 10,2% del PIB en 2030, en promedio. En contraposición a la idea convencional de que el envejecimiento de la población será el principal factor responsable del aumento del gasto en salud, las proyecciones muestran que el envejecimiento puede representar poco más

del 25% del aumento. Los cambios tecnológicos y la demanda de una atención sanitaria de mayor calidad también pueden ser factores importantes.

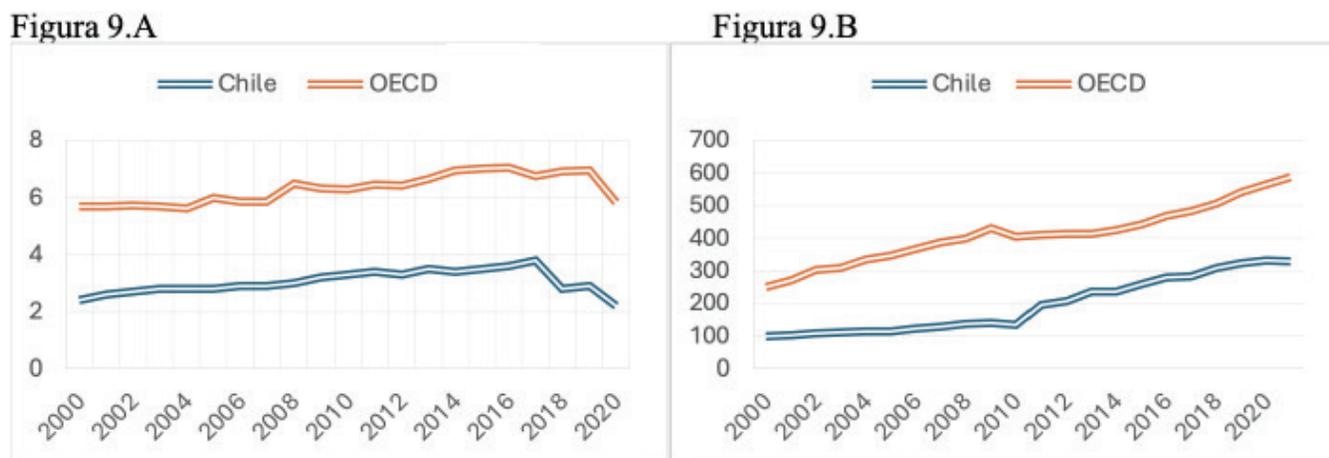
3. Impacto del gasto sanitario en los indicadores de salud

3.1 Cobertura sanitaria

El número de consultas anuales per cápita en Chile también se destaca como evidencia de un acceso limitado a la atención médica. Según la Figura 9, el chileno tuvo un número promedio de 2,4 consultas por año en 2000, el segundo más bajo entre los países de la OCDE, solo ligeramente superior al número más bajo de 2,1 en Costa Rica. Al mismo tiempo, el promedio de la OCDE fue más del doble de este valor, 5,7 consultas per cápita. La situación empeoró durante la pandemia de COVID-19: el promedio de la OCDE era de 5,8 y el chileno, de solo 2,2 en 2020.

En Chile se debe mejorar no solo el acceso a las consultas, sino también a los productos médicos. La venta de productos farmacéuticos en el país ha aumentado de USD 98,4 en per cápita (PPA) en 2000 a USD 329,7 en 2021. Al mismo tiempo, la venta promedio de la OCDE aumentó de USD 251,7 a USD 588,1. Significa que la brecha en el acceso a productos farmacéuticos entre Chile y otros países de la OCDE ha aumentado sustancialmente y puede reflejar la falta de acceso a productos médicos, debido a las limitaciones de financiamiento de los hogares y la falta de financiamiento gubernamental. Es decir, si bien las ventas fueron USD 153,3 per cápita mayores en el promedio de la OCDE que en Chile en 2000, la diferencia aumentó a USD 258,4 en 2021.

Figura 9 – Número promedio de consultas anuales per cápita (Figura 9.A) y mercado farmacéutico (USD PPA per cápita) (Figura 9.B)

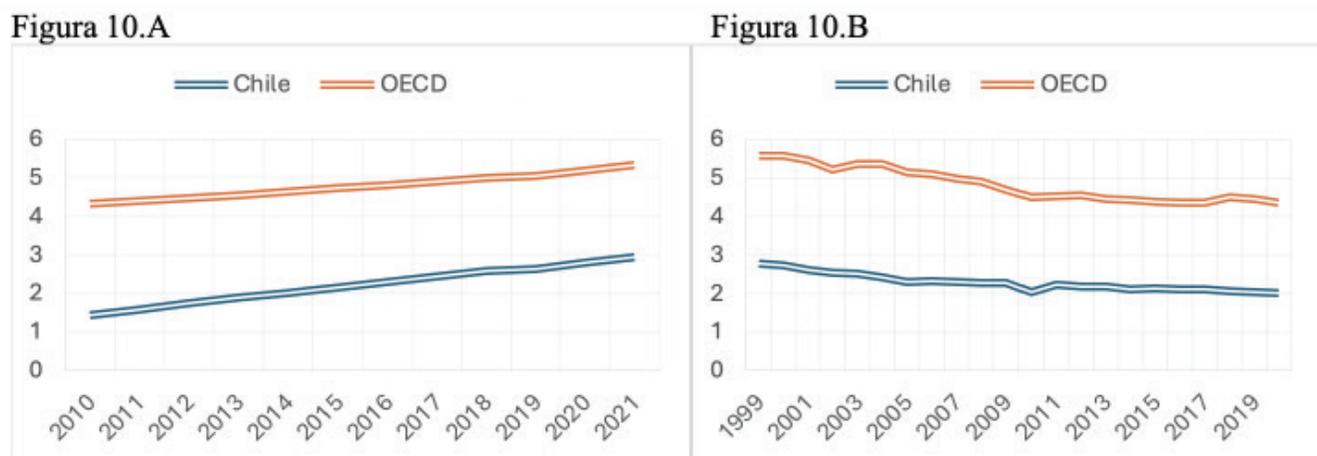


Fuente: Elaboración de la autora con datos de Estadísticas de Salud de la OCDE, 2022.

El bajo número de consultas per cápita puede ser resultado de la falta de inversión en capital humano o físico en salud. De hecho, la Figura 10.A ilustra que el número de médicos autorizados para ejercer, una medida de la inversión en capital humano en salud, está aumentando con el tiempo en Chile, pero aún es bajo en comparación con el promedio de la OCDE. En ese país, el número de médicos (por cada 1.000 habitantes) ha aumentado de 1,4 a 2,9 entre 2010 y 2021. En cambio, en el promedio de la OCDE, ha aumentado de 4,3 a 5,3. La diferencia es significativa y muestra una relativa falta de capital humano en la atención de salud en Chile.

Al mismo tiempo, la Figura 10.B muestra que el número de camas de hospital (por 1.000 habitantes), una medida de la inversión en capital físico en salud, es históricamente bajo y está disminuyendo con el tiempo. Si bien Chile tenía 2,8 camas de hospital (por 1.000 habitantes) en 1999, el número disminuyó a 2,0 en 2020. En el promedio de la OCDE, el número disminuyó de 5,6 a 4,4 entre 1999 y 2020. Si bien Chile tenía aproximadamente la mitad del número de camas en relación con el promedio de la OCDE, el número actual es menos de la mitad del promedio de la OCDE.

Figura 10 – Número de médicos autorizados para ejercer (por 1.000 habitantes) (Figura 10.A) y número de camas de hospital (USD PPA per cápita) (Figura 10.B)



Fuente: Elaboración de la autora con datos de Estadísticas de Salud de la OCDE, 2022.

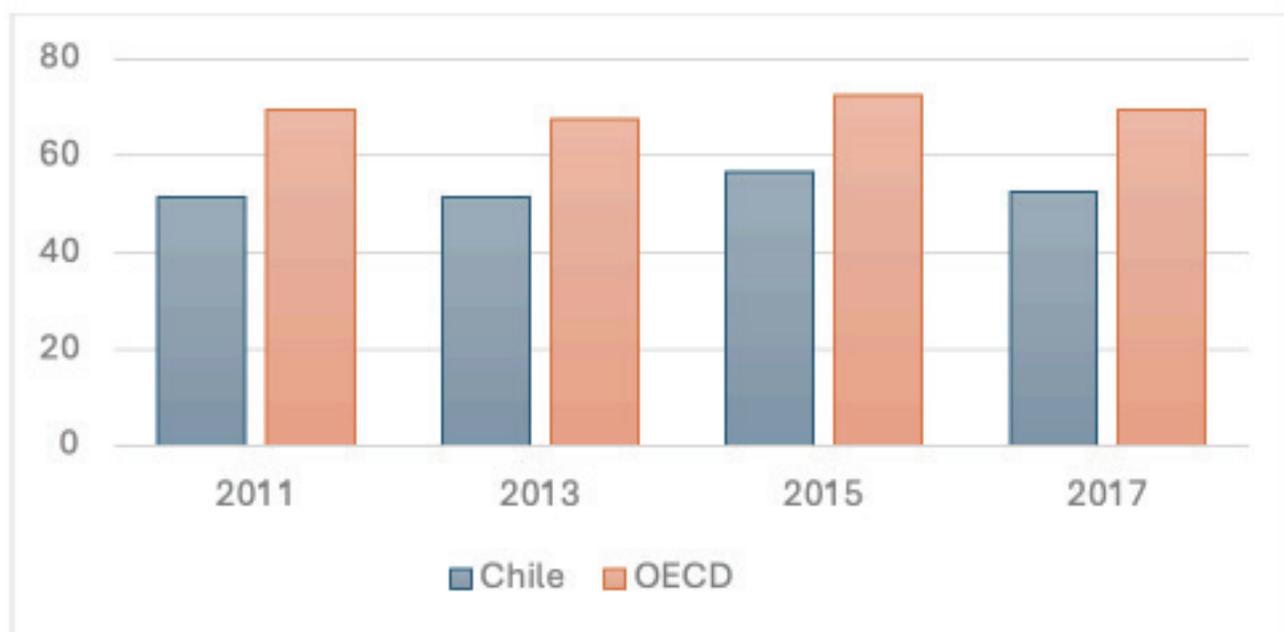
En Chile y otros países de la OCDE, la principal causa de muerte está asociada a enfermedades del sistema circulatorio entre todas las demás enfermedades. Hasta 1970, la segunda causa principal de muerte estaba relacionada con las enfermedades respiratorias, pero, desde entonces, ha sido el cáncer, siendo el de mama el tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres. Según la OCDE (2019), en Chile se reportaron 41 casos nuevos por cada 100.000 mujeres en 2018. Entre 2007 y 2018, el número de nuevos casos de cáncer de mama aumentó un 43,6% en ese país, y las tasas de incidencia son desiguales entre los miembros de Isapres y Fonasa (Madariaga; Mondschein; Torres, 2022).

En cuanto a la atención sanitaria preventiva, Elmore *et al.* (2005) sostienen que la mamografía de detección reduce la mortalidad por cáncer de mama en más del 20% en mujeres entre 50 y 69 años y es el método de detección más recomendado para todas las mujeres mayores de 40 años por las principales organizaciones médicas de Estados Unidos. La resonancia magnética de mama es muy recomendable para mujeres de alto riesgo, incluidas aquellas con mutaciones en BRCA1 y BRCA2, debido a su alta sensibilidad, pero no para toda la población, debido a su menor especificidad y mayores costos.

La Figura 11 muestra un indicador de acceso al cribado de cáncer de mama, el porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años que se han realizado una mamografía bilateral en los últimos dos años y que han respondido las preguntas de la encuesta sobre mamografía (OCDE,

2022). Esa misma Figura muestra que, mientras el promedio porcentual de la OCDE siempre estuvo cerca del 70%, el porcentaje chileno fue significativamente menor y cercano al 50%.

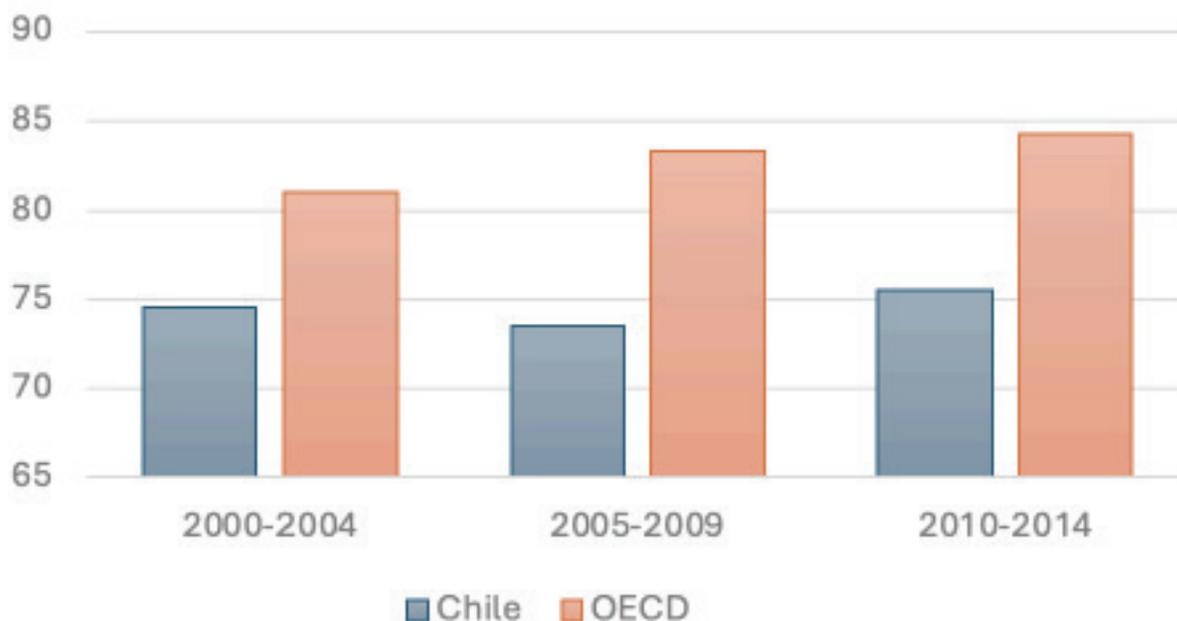
Figura 11 – Porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años que se han realizado una mamografía bilateral



Fuente: Elaboración de la autora con datos de Estadísticas de Salud de la OCDE, 2022.

Como resultado, la Figura 12 indica que la supervivencia neta a cinco años del cáncer de mama fue cercana al 75% entre 2010 y 2014, mientras que el promedio para los países de la OCDE alcanzó el 84,3% en el mismo período, casi un 10% más. Los resultados pueden reflejar el mal estilo de vida; nutrición inadecuada; sedentarismo; tabaquismo; consumo de alcohol, que caracteriza principalmente a los chilenos de bajo nivel socioeconómico; y la falta de atención preventiva en Chile medida por el bajo número de mamografías realizadas, lo que puede conducir a una identificación tardía del cáncer de mama y a un peor pronóstico de la enfermedad.

Figura 12 – Supervivencia neta a cinco años del cáncer de mama



Fuente: Elaboración de la autora con datos de Estadísticas de Salud de la OCDE, 2022.

3.2 Indicadores de salud

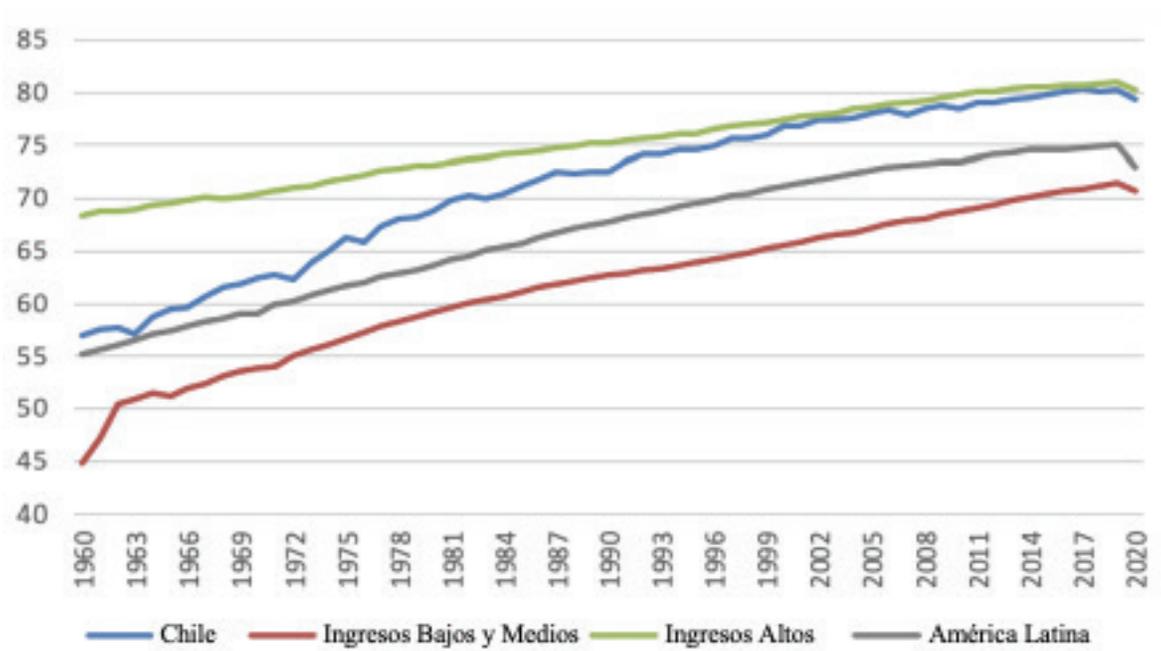
a. La esperanza de vida al nacer

Según la Figura 13, la esperanza de vida al nacer en Chile ha aumentado sustancialmente desde 1960. En 1960 era de 57 años y exhibió un aumento relativamente alto, finalizando en 79,4 para 2020, lo que implicó una convergencia al nivel de los países de altos ingresos (80,2 años, en promedio). En contraste, no hubo convergencia para otros países latinoamericanos: la esperanza de vida chilena era de aproximadamente 57 años en 1963, el mismo valor promedio para los países latinoamericanos; sin embargo, para 2019, había aumentado a aproximadamente 80 en Chile y 75 años en los países de América Latina, una diferencia significativa de cinco años, que aumentó a seis en 2020, el primer año de la pandemia.

En los países de altos ingresos, la esperanza de vida comenzó en 68,4 años en 1960 y terminó en 80,2 en 2020. Al mismo tiempo, la esperanza de vida de los países de ingresos bajos y medios comenzó en 44,7 y terminó en 70,8 años. Los países de América Latina tuvieron una tasa de crecimiento de la esperanza de vida similar a la de los países de ingresos

bajos y medios, como se puede ver en las tendencias casi paralelas entre las líneas gris y roja en la Figura 13.

Figura 13 – Esperanza de vida al nacer



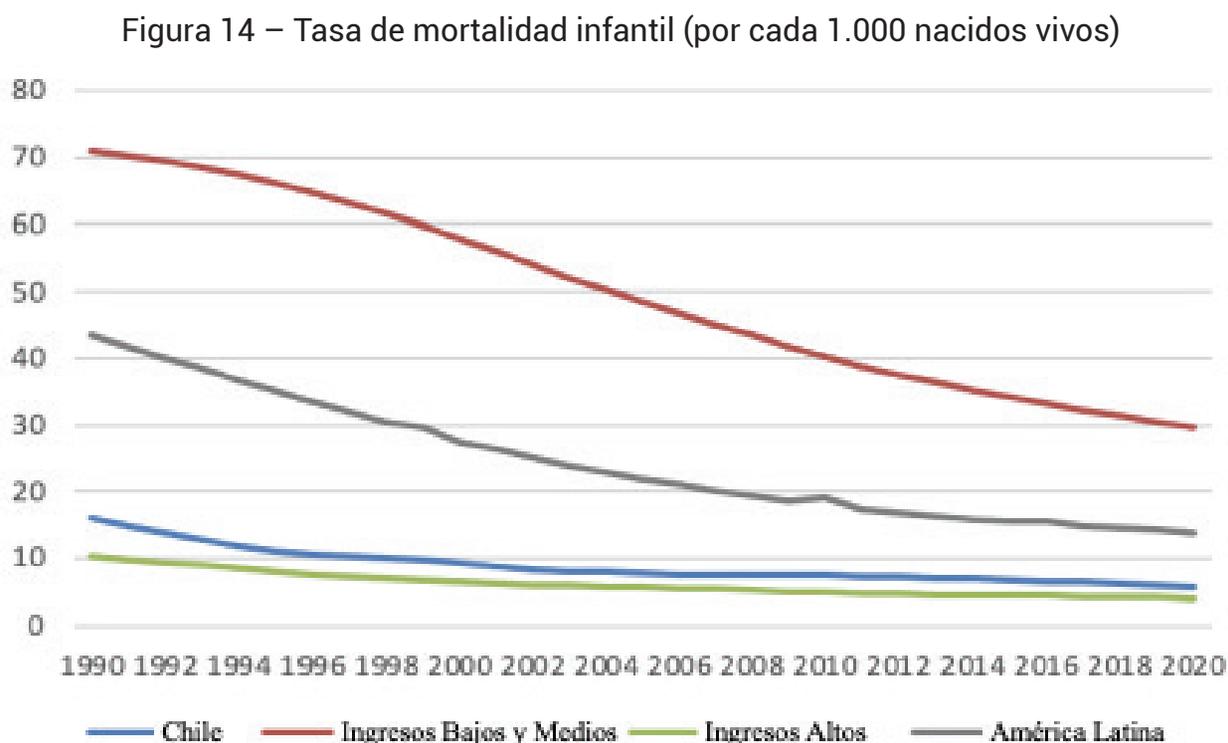
Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Base de Datos del Banco Mundial, Health Nutrition and Population Statistics (World Bank Database, 2023). Nota: Según la Clasificación del Banco Mundial, los países de ingresos bajos y medios son aquellos con ingreso nacional bruto (INB) per cápita inferior a USD 13.205 en 2021. Los países de altos ingresos son aquellos con un INB per cápita superior a USD 13.205 en 2021.

Debido a la pandemia, el promedio de mortalidad por todas las causas en Chile en 2020 y los primeros seis meses de 2012 aumentó un 25,7% con relación al promedio en el período entre 2015 y 2019, lo que puede explicar la disminución de la esperanza de vida en los últimos años. Además, la pandemia ha provocado retrasos en la atención preventiva, como las mamografías de detección para prevenir el cáncer de mama, lo que puede contribuir a aumentar las tasas de mortalidad en los próximos años.

b. Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) muestra un patrón de convergencia similar a los niveles de ingresos altos, entre 1990 y 2020, período para el que tenemos datos disponibles. En 1990, era 16,1 en Chile y 10,3 en los países de altos ingresos. Dentro

de las reformas de redemocratización, se construyeron nuevas unidades de cuidados intensivos neonatales, incluyendo alta cobertura para planificación familiar, asistencia universal a los partos y disminución de la mortalidad infantil (Jiménez y Romero, 2007 y Aguilera *et al.*, 2014). Sin embargo, el aumento del número de recién nacidos con bajo peso y anomalías congénitas ha impactado negativamente la tasa de disminución desde 2001 (Aguilera *et al.*, 2020). Para 2020, la mortalidad infantil era de 5,8 en Chile y de 4,1 en los países de altos ingresos, una diferencia de menos de dos muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Si bien la mortalidad infantil ha disminuido mucho en otros países de América Latina, el promedio fue de 13,8 en 2020, más del doble del nivel chileno del mismo año (Figura 14).

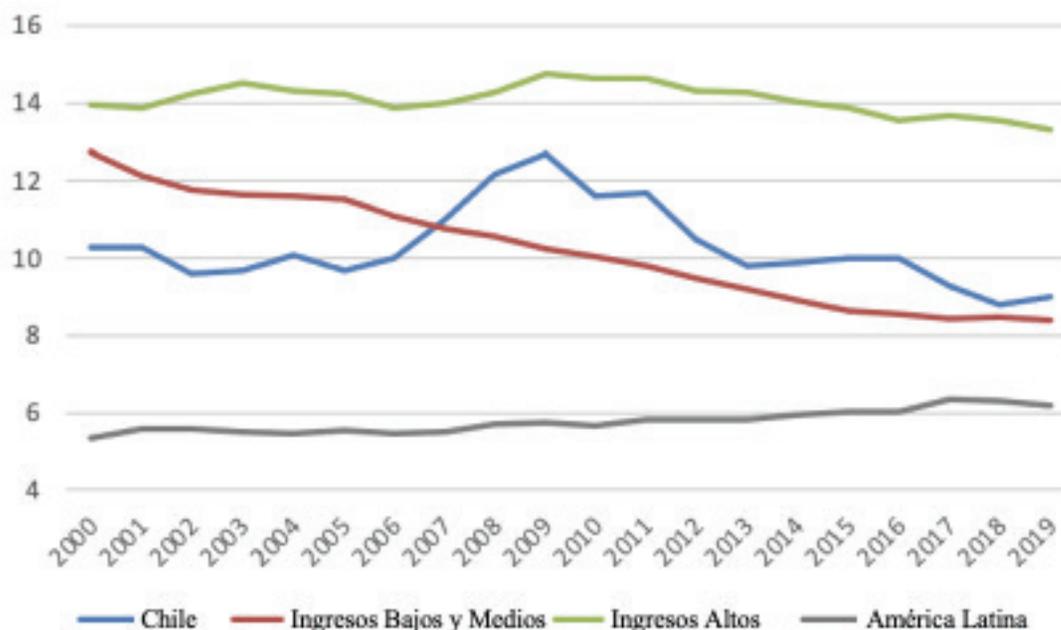


Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database (World Health Organization, 2023). Nota: Según la Clasificación del Banco Mundial, los países de ingresos bajos y medios son aquellos con INB per cápita inferior a USD 13.205 en 2021. Los países de altos ingresos son aquellos con un INB per cápita superior a USD 13.205 en 2021.

c. Tasa de mortalidad por suicidio

Considerado un indicador de salud mental, también analizamos el comportamiento de la tasa de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes) entre 2000 y 2019 (período para el que hay disponibilidad de datos). En este caso, aunque Chile comenzó con una tasa de 10,3 –inferior a la tasa promedio de los países de ingresos bajos y medios, de 12,76–, sufrió solo una leve disminución a 9 en 2019 y terminó con una tasa más alta que el promedio de los países de ingresos bajos y medianos de 8,4 por 100.000 habitantes (Figura 15). Sería importante analizar el estado de salud mental después de la pandemia, dado el reciente aumento mundial de los problemas de salud mental. Según la OCDE (2021), las autoridades chilenas anunciaron en 2021 que se espera que el presupuesto para salud mental aumente un 310%.

Figura 15 – Tasa de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes)



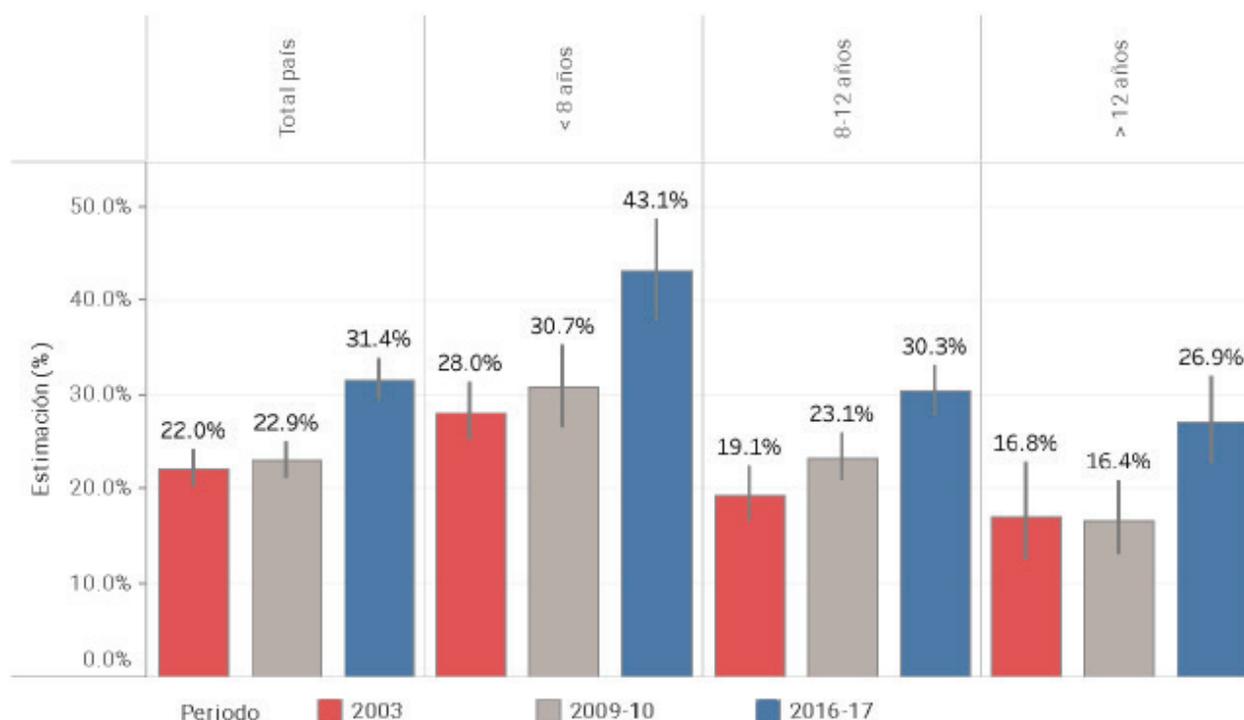
Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database (World Health Organization, 2023). Nota: Según la Clasificación del Banco Mundial, los países de ingresos bajos y medios son aquellos con INB per cápita inferior a USD 13.205 en 2021. Los países de altos ingresos son aquellos con un INB per cápita superior a USD 13.205 en 2021.

d. Obesidad, sedentarismo y estado nutricional

La obesidad, el mal estado nutricional, el sedentarismo y el tabaquismo son importantes factores de riesgo de enfermedades del sistema circulatorio y cáncer. Garmendia, Ruiz y Uauy (2013) evidencian que la obesidad está asociada al 20% de los casos de cáncer en Chile. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2021) que se presentarán en esta sesión muestran que la obesidad, el sedentarismo y la nutrición inadecuada tienen mayor incidencia en personas con menores niveles de educación. Dado que una menor educación está asociada a menores ingresos, las políticas públicas deberían centrarse en mejorar el estilo de vida y la nutrición de los hogares más pobres.

En la Figura 16 se indica que la prevalencia de obesidad fue del 43,1% para personas con menos de ocho años de escolaridad, según datos de 2016 y 2017 de la Encuesta Nacional de Salud, y significativamente menor para personas con más de doce años de escolaridad (26,9%). Además, hubo un aumento relevante de la población obesa de 2003 a 2017, independientemente del nivel educativo.

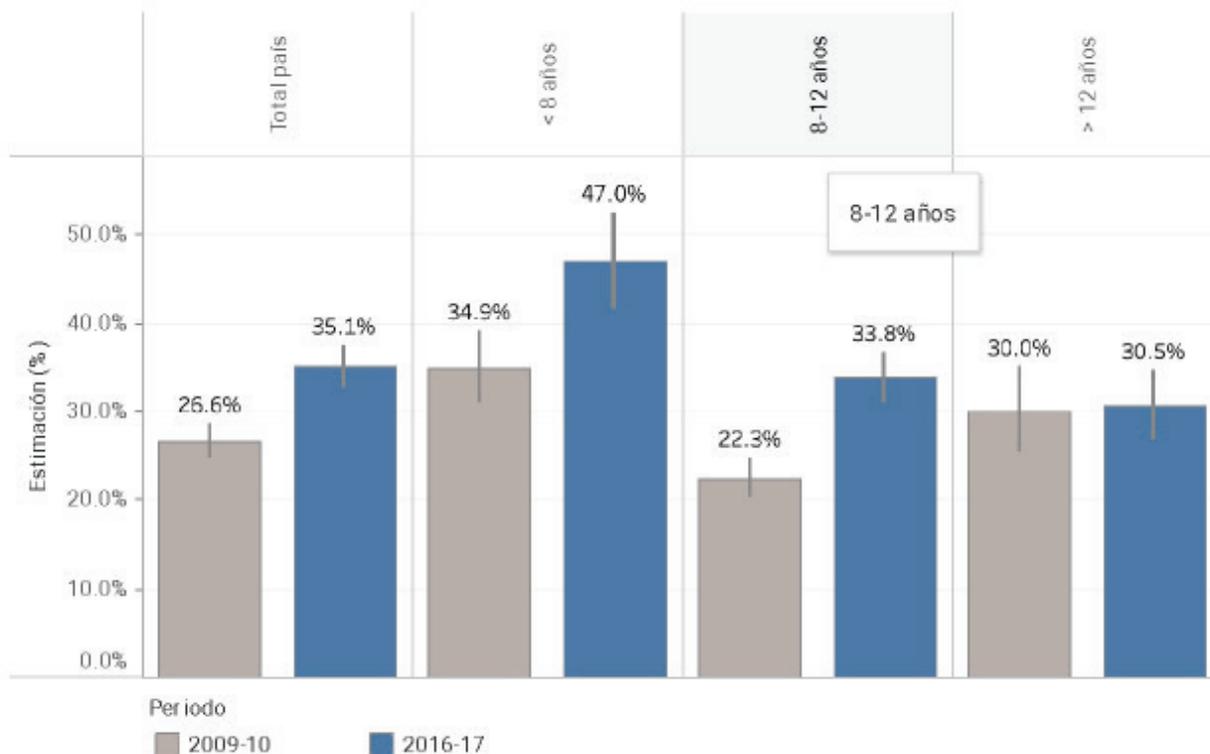
Figura 16 – Prevalencia de la obesidad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud con datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2021).

Entre las principales causas de la obesidad se encuentran el sedentarismo y la nutrición inadecuada. La Figura 17 demuestra el porcentaje de población con un nivel bajo de actividad física según el Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ).

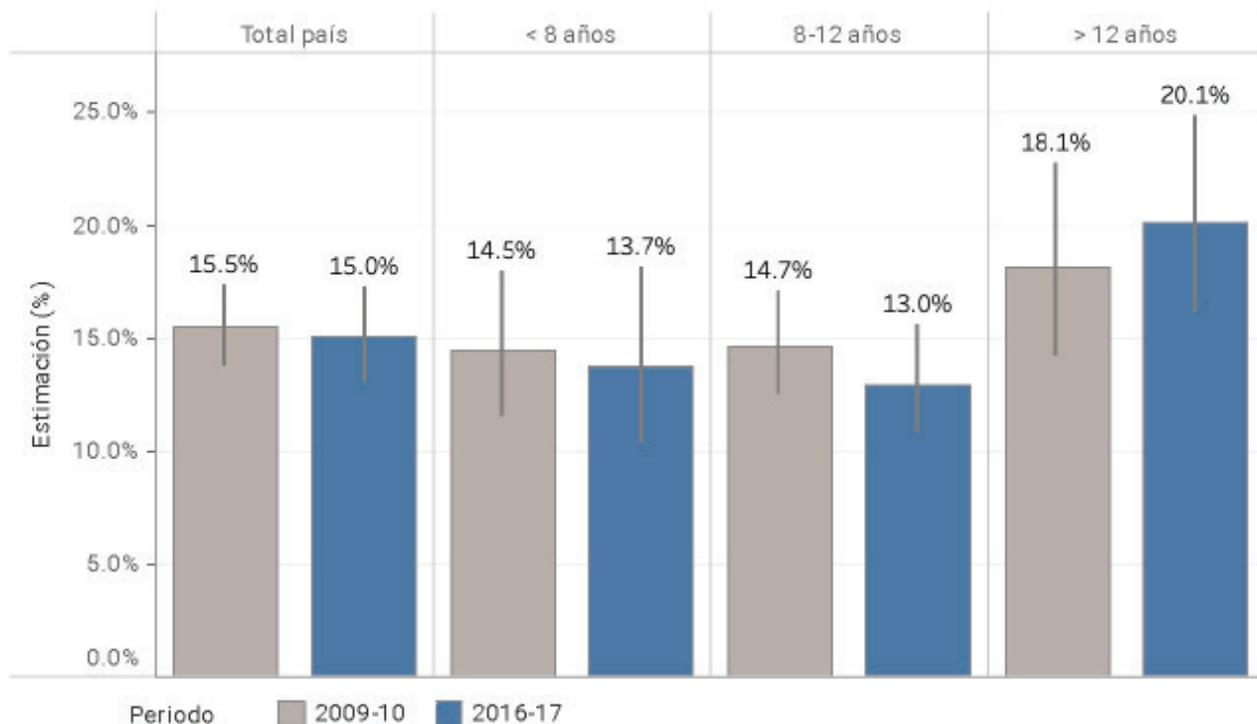
Figura 17 – Porcentaje de población con bajo nivel de actividad física



Fuente: Encuesta Nacional de Salud con datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2021).

Las disparidades también se aplican a los estándares nutricionales de la población chilena. En 2016 y 2017, el 20,1% de la población de Chile con más de 12 años de estudio consumió cinco porciones de frutas y verduras al día, según lo recomendado por la OMS, mientras que solo el 13,7% de los chilenos con menos de ocho años de escolaridad lo consumieron. según datos de la Encuesta Nacional de Salud (Figura 18).

Figura 18 – Porcentaje de población con consumo recomendado de frutas y verduras



Fuente: Encuesta Nacional de Salud con datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2021).

A su vez, el consumo de tabaco en Chile ha caído: el porcentaje de la población que fuma, incluidos los que fuman más de un cigarrillo diario y también los que solo fuman esporádicamente, disminuyó del 42,2% en 2003 al 32,5% en 2016-2017, con margen para la implementación de políticas que promuevan una rápida reducción de esta tasa.

e. Estado de salud percibido por ingreso

La Figura 19.A muestra el estado de salud percibido como proporción de personas de 15 años o más, en el primer quintil de ingresos o en el 20% más bajo del grupo de ingresos, que consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno según las encuestas de salud o de hogares, por separado para Chile y para el promedio de la OCDE. En Chile, la encuesta de hogares es aplicada por el Ministerio de Desarrollo Social y se denomina Encuesta Nacional

de Caracterización Socioeconómica (Casen), la cual fue sustituida en 2021 por la Encuesta de Bienestar Social 2021 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2021). La pregunta que se formula es: "¿En una escala del 1 al 7, donde 1 es muy malo y 7 muy bueno, qué calificación le asignaría a su estado de salud actual?" Los datos son la proporción de personas que eligieron las siguientes categorías: "(6) Bueno" y "(7) Muy bueno" (OCDE, 2022). En los países de la OCDE, en promedio, la proporción de personas con ingresos más bajos que reportan un estado de salud bueno o muy bueno es un 6,8% mayor que en Chile. Los datos más recientes son de 2021, cuando la proporción en Chile disminuyó al 45,3%, menos de la mitad de las personas del grupo de ingresos más bajos, lo que puede considerarse una fuente de preocupación sobre la capacidad del sector público para brindar servicios de salud adecuados a los más pobres.

La Figura 19.B presenta el estado de salud percibido en el quinto quintil de ingresos o en el 20% más alto de ingresos. En los países de la OCDE, la proporción de personas en el grupo de ingresos más altos que reportan un estado de salud bueno o muy bueno es 4,7% mayor, en promedio, que en Chile. Cabe destacar que la proporción de los más ricos que declaran que su estado de salud es bueno o muy bueno disminuyó al 60,5% en Chile, según la última encuesta de hogares realizada en 2021. Aunque la proporción sigue siendo superior al 50% para los 20 primeros % de ingresos, la reciente caída de más del 10%, entre 2020 y 2021 –del 71,6% al 60,5%–, es motivo de preocupación por un deterioro generalizado del sistema de salud chileno en los últimos años.

Figura 19 – Estado de salud percibido en el primer (19.A) y quinto (19.B) quintil de ingresos

Figura 19.A

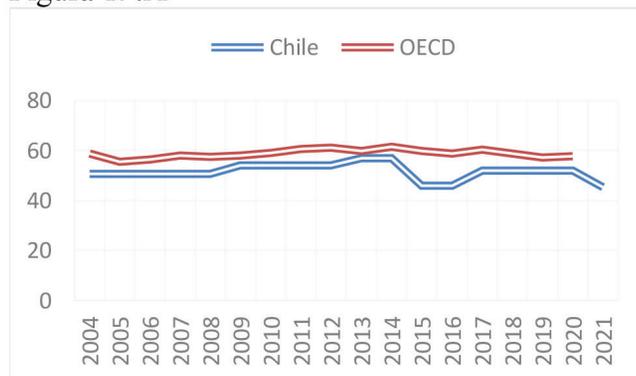
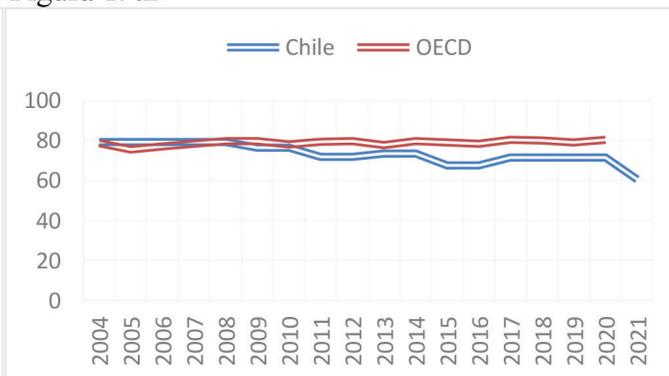


Figura 19.B



Source: Author's elaboration with data from the OECD Health Statistics, 2022.

Fuente: Elaboración de la autora con datos de Estadísticas de Salud de la OCDE, 2022.

4. Impacto del gasto en salud en el crecimiento económico y el bienestar social

El impacto de un cambio en el estado de salud en el crecimiento económico es multifacético, dependiendo del tipo de indicador de salud que se evalúa, por ejemplo, salud mental, morbilidad o mortalidad, y de la edad de una persona. En primer lugar, una de las claves para aumentar el capital humano, esencial para el crecimiento económico, es mejorar la salud infantil. La mayor parte del desarrollo fisiológico humano ocurre durante la infancia. Un niño más sano puede ser físicamente más fuerte y aprender más, pudiendo producir más cuando llegue a la edad de trabajar. En segundo lugar, mejorar el estado de salud de los adultos también es importante para disminuir la probabilidad de enfermarse, ser menos productivo y ausentarse del trabajo (Bleakley, 2010).

Mejorar la salud no solo es importante para perfeccionar el capital humano y el crecimiento económico, sino también el bienestar. Las personas más sanas tienen mayor calidad de vida, pudiendo disfrutar del tiempo dedicado al trabajo o a las actividades de ocio. De hecho, la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria (1978) reconoce la salud como un derecho humano importante y condena las desigualdades en salud a nivel mundial. Pradhan *et al.* (2017) analizan las interacciones entre los ODS de la Agenda 30, reconociendo las sinergias entre un mayor estado de salud y menores niveles de pobreza, desigualdad económica y de género, condiciones sanitarias y bienestar humano.

Sin embargo, el acceso universal a una atención médica de calidad sigue siendo un desafío para la mayoría de los países, incluido Chile, y es uno de los objetivos englobados en los ODS de las Naciones Unidas de la Agenda 2030, denominado "Garantizar vidas saludables y promover el bienestar".

5. Conclusiones

El gasto corriente total en salud per cápita en Chile es aproximadamente dos veces mayor que el valor promedio de los países latinoamericanos, pero aproximadamente tres veces menor que el valor promedio de los países de altos ingresos. La importancia del seguro privado obligatorio ha disminuido más del 50%, pasando del 18% en 2000 al 7% en 2021. Al mismo tiempo, la importancia del seguro social de salud ha aumentado del 33% al 51%. El seguro social de salud se financia principalmente con transferencias gubernamentales, lo que corresponde al 76% del financiamiento de Fonasa.

Según datos del Ministerio de Desarrollo Social y Familiar de Chile, en 2021, el país gastó alrededor de CLP 1.229.444.758 mil o unos USD 5,4 mil millones en programas e iniciativas para

mejorar las condiciones de salud de los chilenos, a través de 70 programas sociales, 38 mediante el Ministerio de Salud y los demás por medio del Ministerio de Desarrollo Social y Familiar; del Ministerio de Educación; del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género; y del Ministerio del Deporte. Como resultado, el gasto en salud fue la quinta categoría más alta del gasto del gobierno chileno.

Sin embargo, una fracción significativa del total de los gastos corrientes en salud no se financia por planes de seguro, sino mediante gastos de bolsillo. Como porcentaje del gasto corriente total en salud, los gastos de bolsillo chilenos disminuyeron del 42,8% en 2000 al 28,9% en 2021, pero siguen siendo muy altos en comparación con el promedio del 16% en los países de altos ingresos en 2021. Pueden conducir al empobrecimiento de los hogares o a limitaciones financieras, principalmente cuando son causadas por enfermedades impredecibles y de alto costo.

El gobierno del presidente Boric anunció la disminución del precio de los medicamentos para los beneficiarios de Fonasa y estableció una política de copagos cero para todos los beneficiarios del Fondo, conocida como Copago Cero, que puede reducir los pagos de bolsillo y mejorar la equidad y el acceso a cuidado de la salud. Copago Cero garantiza el acceso a todos los proveedores de atención hospitalaria e institucional a través de la MAI sin cargo adicional además del aporte mensual obligatorio del 7% de los ingresos.

Estas políticas deben combinarse con incentivos y regulaciones adecuados en los mercados de seguros privados, principalmente relacionados con una mayor cobertura financiera de tratamientos de salud de alto costo. Así, en 2015, entró en vigor la Ley Ricarte Soto para garantizar la cobertura de seguro médico para el diagnóstico y tratamiento de 27 enfermedades de alto costo, entre ellas el cáncer de mama HER2+ y la diabetes tipo 1 inestable grave, para los beneficiarios de Fonasa, Isapres, Capredena y Dipreca.

Asimismo, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), originalmente llamado AUGE, vigente por ley desde julio de 2005, garantiza la cobertura de seguros de salud de 87 enfermedades a los beneficiarios de Fonasa e Isapres. Mientras que a los beneficiarios de Fonasa se les otorga acceso gratuito a las GES, las Isapres están sujetas al pago del 20% del costo total.

La Constitución Política de Chile establece que el precio de los planes de salud no puede depender de las características individuales de los beneficiarios sino de las disposiciones del plan de salud. Debido a las reglas de precios discriminatorias contra las personas mayores y las mujeres que aplican las Isapres, recientemente la Corte Suprema determinó que todos los planes de seguro de salud ofrecidos por las Isapres deben tener precios de acuerdo con una tabla única de factores, que no depende del sexo y cambia de forma gradual mediante la edad. Debido a sobrecostos pasados con relación a los determinados por la tabla única de factores, las reglas para los pagos retroactivos de las Isapres a sus beneficiarios deberían acordarse

adecuadamente, dado que el sistema Fonasa ya muestra signos de sobredemanda y las Isapres deberían ser financieramente sostenibles en el corto plazo. A largo plazo, el gobierno podría ampliar la infraestructura de salud pública para que el seguro obligatorio totalmente público sea una opción.

La diferencia en el estado de salud entre los grupos de ingreso se considera una fuente de preocupación sobre la capacidad del sector público para brindar servicios de salud adecuados a los más pobres. Las personas con mayores niveles de educación e ingresos se benefician de más opciones de planes de seguro y tienen un mejor estado de salud, medido por una menor tasa de incidencia de obesidad, sedentarismo y mejores indicadores nutricionales.

De hecho, el estado de salud percibido está empeorando en Chile en todos los niveles de ingreso y es desigual entre niveles educativos y de ingreso. Cabe destacar que la proporción del 20% más pobre de Chile que declara su estado de salud como bueno o muy bueno es solo del 45,3% en el país, mientras que, para el 20% más rico, es del 60,5%, según el último estudio de hogares da Encuesta de Bienestar Social, 2021 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. 2021).

El número de consultas anuales per cápita, de los médicos autorizados para ejercer y de las camas de hospital son evidencia de un acceso limitado a la atención médica. Mientras que el número de consultas per cápita en Chile recientemente se acerca a 2,0, el promedio de la OCDE es aproximadamente tres veces mayor. El bajo número de consultas puede reflejar el número relativamente bajo de médicos autorizados para ejercer –2,9 en Chile en comparación con 5,3 (por 1000 habitantes) para el promedio de la OCDE en 2020. La diferencia es significativa y muestra una falta de capital humano en salud en ese país. Debería haber más incentivos, como pagos más altos y mejores condiciones laborales para los médicos. Además, el bajo número de camas de hospital puede implicar un bajo acceso a la atención sanitaria aguda. La cifra fue de 2,0 en Chile y de 4,4 (por 1.000 habitantes) en el promedio de la OCDE en 2020.

En Chile se debe mejorar no solo el acceso a las consultas, sino también a los productos médicos. La venta de productos farmacéuticos en el país fue de USD 329,7 per cápita (PPA) en 2021, mientras que el promedio de venta de la OCDE fue de USD 588,1. La diferencia entre Chile y el promedio de la OCDE puede reflejar el bajo acceso a productos médicos, debido a las limitaciones de financiamiento de los hogares combinadas con la falta de financiamiento gubernamental.

Se debe fomentar la detección preventiva del cáncer, la segunda causa de muerte en Chile. El cáncer de mama es el tipo más frecuente de esa enfermedad entre las mujeres. En los últimos años, el porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años que se han realizado una mamografía bilateral en los últimos dos años ronda el 50% en Chile, mientras que, para el promedio de la OCDE, se acerca al 70%. Según Elmore *et al.* (2005), la mamografía de detección reduce la

mortalidad por cáncer de mama en más de un 20% en mujeres de entre 50 y 69 años cuando se realiza una vez al año.

Además de la detección preventiva del cáncer, se deben recomendar mejores estilos de vida. En Chile, la prevalencia de obesidad es del 43,1% para adultos con menos de ocho años de educación y del 26,9% para aquellos con más de 12 años de educación. La obesidad es un importante factor de riesgo que aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer y enfermedades cardiovasculares, principales causas de muerte en el país.

Para garantizar el acceso universal a la atención sanitaria, las políticas de salud en Chile deberían centrarse en los menos abastecidos económicamente, que son más vulnerables a las condiciones de salud, laborales y económicas. Proporcionar acceso universal a la atención sanitaria es importante para mejorar la calidad de vida, el desarrollo fisiológico, las capacidades de aprendizaje y las habilidades laborales. Estas mejoras equivalen a una inversión en capital humano y pueden conducir a un mayor crecimiento económico, igualdad social y desarrollo.

6. Referencias

- AGUILERA, X.; CASTILLO-LABORDE, C; FERRARI, M. N-D.; DELGADO, I.; IBAÑEZ. C. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. *PLoS Med*, San Francisco, v. 11, n. 9, p. e1001676, 2014, Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1001676> PMID:25244581. Acceso en: 20 mayo 2023.
- AGUILERA, X.; DELGADO, I.; ICAZA, G.; APABLAZA, M.; VILLANUEVA, L.; CASTILLO-LABORDE, C. Under five and infant mortality in Chile (1990-2016): Trends, disparities, and causes of death. *PLoS One*, San Francisco, v. 15, n. 9, p. e0239974, 2020.
- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE. Ley 20.379: exime de la obligación de efectuar cotizaciones de salud a pensionados mayores de 65 años, facilita la tramitación de prestaciones de vejez y otorga otros beneficios. 2015. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006044>. Acceso en: 25 jun. 2023.
- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE. Ley 16.744 que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de 1968. 2022. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28650>. Acceso en: 13 jun. 2023.
- BLEAKLEY, H. Health, human capital, and development. *Annu. Rev. Econ.*, United States, v. 2, n. 1, p. 283-310, 2010.
- DECLARATION OF ALMA-ATA. Declaration of Alma-Ata 1978. 1978. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>. Acceso en: 2 jun. 2023.
- ELMORE, J. G.; ARMSTRONG, K.; LEHMAN, C. D.; FLETCHER, S. W. Screening for breast cancer. *Jama*, [S. l.], v. 293, n. 10, p. 1245-1256, 2005.
- FONASA. Bases de datos, informes, estudios y documentos. 2023. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/conoce-fonasa#acerca-de-fonasa>. Acceso en: 25 jun. 2023.

- GARMENDIA, M. L.; RUIZ, P.; UAUY, R. Obesidad y cáncer en Chile: estimación de las fracciones atribuibles poblacionales. *Revista médica de Chile*, Santiago, v. 141, n. 8, p. 987-994, 2013.
- JIMÉNEZ, J.; ROMERO, M. I. Reducing infant mortality in Chile: Success in two phases. *Health Aff.*, Washington, v. 26, n. 2, p. 458-65, 2007.
- LORENZONI, L.; MARINO, A.; MORGAN, D.; JAMES, C. Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology. *OECD Health Working Papers*, Paris, n. 110, 2019.
- MADARIAGA, B.; MONDSCHHEIN, S.; TORRES, S. Breast Cancer Trends in Chile: Incidence and Mortality Rates (2007-2018). *medRxiv*, [S. l.], 2022. Ahead of print. DOI: <https://doi.org/10.1101/2022.11.04.22281953>; t2022-11. 2022. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.11.04.22281953v1.full.pdf>. Acceso en: 20 mayo 2023.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA DE CHILE. Encuesta de Bienestar Social. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-bienestar-social>. Acceso en: 15 mayo 2023.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Encuesta Nacional de Salud 2016-17. 2021. Disponible en <https://data.mendeley.com/datasets/3myh3nzcyc3/1>. Acceso en: 29 mayo 2023.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. Health at a Glance 2021. *OECD Indicators*. Paris: OECD, 2021. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>. Acceso en: 20 mayo 2023.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. *OECD Health Statistics 2022*. Paris: OECD, 2022. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>. Acceso en: 20 mayo 2023.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. A/RES/70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU, 2015. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf. Acceso en: 15 mayo 2023.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1948. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acceso en: 5 mayo 2023.
- PRADHAN, P. et al. A Systematic Study of Sustainable Development Goal (SDG) Interactions. *Earth's Future*, [S. l.], v. 5, n. 11, p. 1169-1179, 2017. Disponible en: <https://agupubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/2017EF000632>. Acceso en: 20 mayo 2023.
- SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Trámites y servicios. 2023. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl>. Acceso en: 15 mayo 2023.
- WORLD BANK DATABASE. Health Nutrition and Population Statistics. 2023. Disponible en: <http://databank.worldbank.org>. Acceso en: 15 mayo 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Expenditure Database. Ginebra: WHO, 2023. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Acceso en: 1 jun. 2023.
- YOUKEE, M. Warnings over potential collapse of Chilean health system. *The Lancet*, [S. l.], v. 401, n. 10376, p. 539, 2023.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

Adriana Schor

Resumen

El sistema de salud colombiano actual es el resultado de la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En estos 30 años se han producido cambios significativos en el sistema, que se divide entre los afiliados al régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado en partes relativamente iguales. Este sistema permitió un aumento significativo del gasto en salud, que se cuadruplicó en términos per cápita en el período comprendido entre 2000 y 2019. El acceso a los servicios se amplió significativamente con el tiempo tanto por la convergencia de los planes de beneficios de los afiliados a los dos regímenes como por la decisión judicial de considerar la salud como un derecho universal en el país. Este acceso, a pesar de ello, sigue siendo bastante desigual, principalmente en términos regionales.

Sin embargo, existen claros indicadores de mejora generalizada en la prestación de asistencia sanitaria a la población. El SGSSS se financia con aportes de los trabajadores y patrones, ya sea mediante aportes directos o con una porción del impuesto a la renta pagado, con una porción de los recursos territoriales (SPG), con una porción de los impuestos generales (IVA, juegos y bebidas) y, cada vez más, con aportes directos del Presupuesto General de la Nación. El sector privado mantiene una participación cercana al 30% del gasto total en salud, representando el gasto familiar directo alrededor del 14% de este monto. La reducción de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud es uno de los puntos principales de la reforma propuesta por el gobierno de Petro en 2023. Sin embargo, hay muchas preguntas sobre la sostenibilidad financiera de los cambios previstos, ya que el aumento de los gastos observado en los últimos 30 años ejerce una presión muy alta sobre los recursos fiscales del país. Este texto presenta los principales cambios normativos ocurridos desde 1993 y la configuración actual del sistema. También describe la evolución de los gastos y formas de financiamiento del sistema de salud en las últimas décadas, así como la evidencia de la desigualdad en el acceso a los servicios por parte de la población colombiana, aunque con avances significativos en los indicadores de salud. El objetivo es presentar

información consistente, aunque general, sobre el sistema de salud colombiano para poder evaluar posibles trayectorias futuras. Si bien el actual sistema de salud en Colombia no es seguro ni está distribuido equitativamente entre la población del país, es innegable el gran esfuerzo realizado durante estos 30 años para ampliar el acceso y la calidad de la atención médica de las personas. Esta inversión es esencial para reducir la vulnerabilidad de la parte más pobre de la población a las enfermedades y proporcionar un camino hacia una mayor productividad laboral y desarrollo económico.

1. Estructura del sistema de salud

El sistema de salud actual en Colombia es el resultado de la implementación de la Ley 100 de 1993. La Ley 100 estableció un sistema de seguridad social en salud, el SGSSS, con cambios institucionales importantes y cambios en el sistema de financiamiento de la salud en comparación con el sistema que prevalecía hasta entonces. El objetivo fue promover la universalización del acceso a la salud, financiado con recursos públicos, a través de una administración estatal y con la prestación de servicios descentralizados entre prestadores públicos y privados. Si bien aún existe una porción del sistema de salud eminentemente público y gastos privados separados asociados al seguro prepago, gran parte del gasto del sistema está vinculado al SGSSS.

La configuración inicial preveía la unificación del sistema de seguros, hasta entonces disperso en varias instituciones, en el que dos tipos de afiliados serían atendidos por planes de beneficios diferenciados: los afiliados al régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado. El régimen contributivo sería financiado por la cotización obligatoria de los empleados y patrones, con un porcentaje definido de la nómina, recaudado directamente a la entidad estatal encargada de financiar el sistema, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). También se incorporarían a este régimen los trabajadores autónomos con capacidad de pago. El régimen subsidiado, para los que no tienen capacidad de pago, se financiaría parcialmente con lo que se denominó cuenta solidaria, una parte de los aportes obligatorios que regularmente ingresarían al Fosyga, pero también con recursos provenientes directamente del gobierno federal, de las entidades territoriales y de impuestos específicamente destinados a esta cuenta.

Una vez recaudados los recursos para el financiamiento del sistema por parte del Fosyga, estos serían dirigidos a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales se encargarían de ofrecer seguros individuales y contratar el acceso a los servicios de salud para sus afiliados con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Al momento de la

promulgación de la Ley 100, los pagos relacionados con el seguro de salud del Fosyga para las EPS, denominado Unidad de Pago por Capitación, eran sustancialmente diferentes para los dos regímenes, contributivo y subsidiado. El pago diferenciado por afiliado resultó en diferentes Planes Obligatorios en Salud (POS) y por lo tanto creó un acceso diferenciado a los servicios de salud por parte de diferentes grupos de la población. El POS enumeró una serie de servicios y medicamentos a los que accederían los afiliados. En general, el POS para afiliados al régimen contributivo permitía acceder a una lista más amplia de medicamentos y trámites más complejos que el POS para afiliados al régimen subsidiado.

Además de prever la universalización de la afiliación de la población al nuevo SGSSS, se esperaba que, con el tiempo, el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado se redujera debido al aumento de la proporción de la población con empleo formal y la reducción de la población vulnerable en el país. En 1993, se estimaba que solo el 23,7% de la población del país estaba cubierta por el SGSSS (Mendieta y Elena, 2020). También se preveía la convergencia de los POS de los dos sistemas, de modo que toda la población tuviera la misma cobertura de servicios de salud.

Desde entonces, el SGSS ha sufrido cambios importantes. La legislación que sustenta el régimen ha sido modificada en varias ocasiones, configurando un sistema bastante diferente al diseñado a partir de la Ley 100. También se observa un cambio sustancial en el financiamiento de la salud en el país. Los gastos en salud han aumentado significativamente, de poco más del 6% del Producto Interno Bruto (PIB) en 1993 (Barón-Leguizamón, 2007) al 9% del PIB en 2020 (OMS, 2023). La cobertura casi universal se logró en menos de 30 años, pero es evidente la dificultad para reducir el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado. En 2021, los afiliados al sistema ascendían al 99% de la población, con un 48% en el régimen contributivo y un 46,7% en el régimen subsidiado (Mejía, 2022). La diferencia se debe a los afiliados a regímenes especiales (maestros públicos, militares, trabajadores petroleros).

Este texto tiene como objetivo describir los principales cambios que ha tenido el sistema de salud colombiano en los últimos 30 años en términos de financiamiento, gastos y acceso a los servicios, e identificar las principales características del sistema y los desafíos actuales para su sostenibilidad.

A lo largo de los 30 años que siguieron a la aprobación de la Ley 100 que rediseña el sistema de salud colombiano, hubo varios cambios en el ordenamiento normativo del SGSSS y en sus formas de financiamiento. Según Barón-Leguizamón (2007), se pueden identificar dos momentos en los que se realizaron significativos cambios legales al sistema, la Ley 1.122, de 2007, y la Ley 1.438, de 2011. En el primero de ellos se creó la Comisión de Regulación en Salud, el sistema de vigilancia y control a través de la Superintendencia Nacional de Salud y estableció el Plan Nacional de Salud Pública como instrumento articulado al Plan

Nacional de Desarrollo. La Ley 1.438, a su vez, hizo varios cambios normativos y creó el Instituto de Evaluación en Salud. En ese momento se sentaron las bases de la nueva política farmacéutica nacional y también se liberó el uso de los recursos del Fosyga, lo que dio pie a la conformación de una unidad de caja. Estas dos importantes reformas son complementadas por la Ley 1.751, de 2015, conocida como Ley Estatutaria de Salud, como otra alteración significativa en el sistema de salud del país. Redefine el plan de beneficios, ofrece nuevas garantías para el acceso a los servicios de salud y establece una política farmacéutica que amplía la regulación de precios de los medicamentos. También en 2015, el Fosyga fue reemplazado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), un fondo único nacional que agrupa todos los recursos del sistema.

A continuación, se identifican tres grupos de cambios legales que generaron mudanzas significativas en el sistema a lo largo del tiempo y que ayudan a entender cómo se llegó a la estructura actual del SGSSS, iniciada con la aprobación de la Ley 100 en 1993.

(i) Financiación del régimen subsidiado

La Ley 100 preveía el financiamiento del esquema subsidiado de varias fuentes. Parte de los recursos provendrían de la porción de las cotizaciones obligatorias pagadas por los empleados y patrones, calculadas como porcentaje de los salarios. La llamada cuenta solidaria sería administrada por el Fosyga para financiar el pago de primas de los afiliados al régimen subsidiado. El gobierno aportaría recursos en la misma cantidad, el llamado *pari passu* o "peso por peso". La tercera fuente de fondos prevista por la Ley 100 sería la reserva del 25% de las transferencias territoriales. Finalmente, habría una transferencia progresiva de recursos previamente asignados a los hospitales públicos para contratar seguros junto con las EPS.

Este organismo financiero comenzó a dar señales de que no sería suficiente para sostener el régimen subsidiado debido a la muy difícil situación financiera del sector público desde la década de 1990 y al aumento significativo de la afiliación al sistema.

En 1996, a través de la Ley 344, que promueve el ajuste fiscal, el gobierno rompe el compromiso de aportar la misma cantidad de recursos que las contribuciones obligatorias para financiar el régimen subsidiado mediante la cuenta solidaria. La promesa era cubrir el 100% de los aportes solidarios, pero redujo el compromiso al 50% en 1997, ya menos del 25% a partir de 1998. Aún con esta reducción, los gastos en salud en estos primeros años de implementación del nuevo sistema aumentaron significativamente. Según Barón-Leguizamón (2007), el gasto total en salud pasó de 6,2% del PIB en 1993 a 9,6% en 1997. Gran parte de este aumento

se debió al aumento del gasto público, que pasó de 1,4% del PIB a 3,4%. El gasto con seguridad social en salud también fue elevado en el período, de 1,6% del PIB a 2,8%. Según el mismo autor, el gasto privado se mantuvo relativamente constante en poco más de 3% del PIB.

En 2007 se promulgó la Ley 1.122, la cual hace varios cambios a la Ley 100 en cuanto a la descentralización del financiamiento, en cuanto a la gobernabilidad y también en cuanto al financiamiento del régimen subsidiado. Este año se estima que más del 85% de la población estaba afiliada al SGSSS, con un 42% en el régimen contributivo (y especial) y un 44% en el régimen subsidiado. Desde la implementación del sistema, la afiliación al régimen contributivo ha pasado del 37,6% de la población en 1997 al 41,7% en 2007. Los afiliados al régimen subsidiado han pasado de menos del 20% de la población en 1997 al 44%. Gran parte de este incremento fue la incorporación de una porción de la población que no estaba cubierta por el SGSSS en 1993, estimada en 76% de la población (Mendieta y Elena, 2020). Según Restrepo-Zea (2022), mediante la Ley 1.122, los aportes gubernamentales a la cuenta solidaria para financiar el régimen subsidiado se fijaron en un máximo del 20% de los aportes de los trabajadores, patrones y jubilados, con un crecimiento limitado al 1% anual. La idea de *pari passu* de la Ley 100 quedó definitivamente atrás.

La Ley 1.393, de 2010, se implementó específicamente para aumentar los recursos para el financiamiento del régimen subsidiado. Los impuestos sobre el juego, el tabaco, la cerveza y otras bebidas alcohólicas tenían una parte de su recaudación destinada directamente al financiamiento del SGSSS. La Ley 1.819, de 2016, va en la misma dirección, aumentando los impuestos al cigarrillo y al tabaco y destinando parte de los recursos obtenidos por el Impuesto al Valor Agregado (IVA) a financiar el sistema.

En 2012 se aprobó la creación del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE), el cual se implementó a partir de 2014. El objetivo de este nuevo impuesto era reponer parte de las contribuciones recaudadas de los empleadores. Aquellas empresas que pagaron impuesto a la renta, equivalente al 8% de la renta, y que tuvieran menos de diez empleados estarían exentas de aportes directos al SGSSS. De los ocho puntos porcentuales recaudados vía CREE, 4.4 se utilizarían para financiar el sistema de salud (Restrepo-Zea, 2022). En 2016 se extingue el CREE, pero se mantiene la reducción de las contribuciones patronales.

Estos cambios observados en la legislación muestran claramente la dificultad de obtener recursos para financiar el régimen subsidiado del sistema que, a diferencia de lo inicialmente previsto, crece junto con el aumento de la afiliación de la población colombiana al SGSSS. La tendencia es a la paulatina sustitución de la participación de los recursos provenientes de aportes individuales y de empresas por recursos provenientes de impuestos generales, como se describirá a continuación.

(ii) Sustitución de contribuciones por impuestos generales

Como se mencionó anteriormente, la Ley 1.122, de 2007, inicia el uso de los impuestos generales como fuente explícita de recursos para financiar el régimen subsidiado. A pesar de que la Ley 1.122 elevó la contribución patronal en medio punto porcentual, del 8% al 8,5% de la nómina, la Ley 1.607, de 2012, estableció que, a partir de 2014, las empresas sujetas al pago del impuesto sobre la renta ya no tendrían que recaudar obligatoriamente el aporte del 8,5% a favor de los trabajadores que percibían hasta diez salarios mínimos, que, según Restrepo-Zea (2022), eran la gran mayoría. Las contribuciones directas al sistema serían reemplazadas por un impuesto sobre la renta, con una parte de la recaudación destinada al financiamiento de la salud.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que, en 2014, la participación de las contribuciones obligatorias en la financiación de los gastos de salud cayó al 28%, unos 10 puntos porcentuales menos que en 2013. La diferencia fue cubierta por el aumento de la participación de las transferencias del gobierno federal. Este movimiento es contrario al observado en los primeros años de implementación del SGSSS. En 1997 Barón-Leguizamón (2007) estimó que el gasto en seguridad social en salud (régimen contributivo) financiaba alrededor del 30% del gasto total. En 2003 esta cifra había aumentado al 44,5%.

En 2019 la Ley de 2010 sigue la misma lógica de reemplazar las contribuciones directas por impuestos generales. En este momento, se redujo la cotización de los jubilados que perciben hasta un salario mínimo al 8% (en lugar del 12% cobrado hasta entonces) en 2020 y 2021 y al 4% a partir de 2022. Para pensiones entre 1 y 2 salarios mínimos, la cotización se reduciría al 10% a partir de 2020.

(iii) Acceso universal

La Ley 110 dispuso el acceso universal a la salud de los colombianos a través de la afiliación universal al SGSSS. Este objetivo se logró, con casi el 100% de la población actualmente afiliada a uno de los esquemas del SGSSS. Sin embargo, el derecho a la salud fue un tema recurrente durante otra década después del inicio de la implementación del nuevo sistema en 1993. De acuerdo con la institucionalización original de la Ley 100, los beneficiarios estaban afiliados a una EPS que ofrecía un paquete de servicios al IPS. La prima del seguro que pagan los contribuyentes a la EPS (administrada inicialmente por el Fosyga) se basa en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que varió en el tiempo y también entre los dos tipos de régimen, contributivo y subsidiado. Según datos recopilados por Espinal-Piedrahita

y Restrepo-Zea (2022), en 1995, la UPC del régimen solidario era cerca de 2/3 de la del régimen contributivo. Esta diferencia se mantuvo hasta la segunda década del 2000.

La diferencia de UPC pagada por los dos regímenes implicaba el acceso a diferentes paquetes de servicio. El POS del régimen solidario, según Restrepo-Zea (2022), preveía inicialmente un contenido del 50% del monto equivalente al POS disponible para los afiliados al régimen contributivo. En 2006, según el mismo autor, la diferencia era mucho menor, estimándose el valor POS del régimen subsidiado en 82,7% del valor equivalente al régimen contributivo, pero seguían teniendo coberturas y contenidos diferentes.

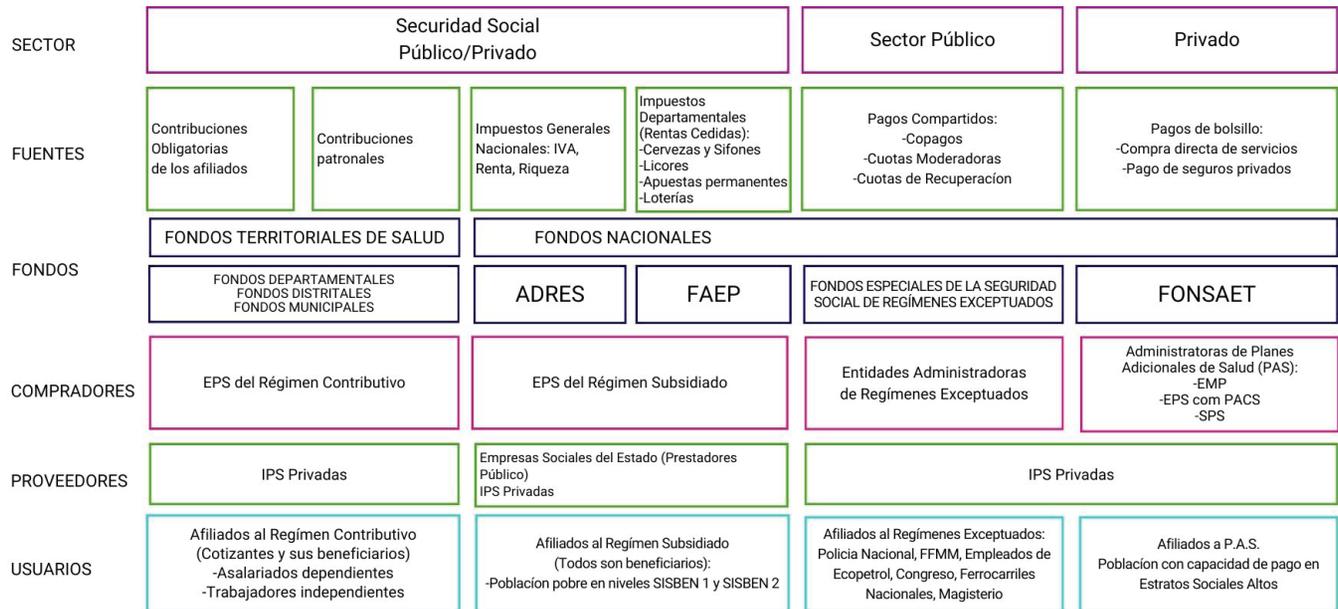
En 2008 la Corte Constitucional emitió la Sentencia T-760, que marcó un cambio significativo en el desarrollo del sistema de salud colombiano. Luego de que se presentaran numerosos casos ante los tribunales solicitando el acceso a servicios no previstos en el POS, con base en la idea de la salud como un derecho constitucional, "la Corte emitió órdenes a varias instancias del Estado y entre ellas se destaca la definición de un cronograma para alcanzar la cobertura universal" (Restrepo-Zea, 2022, p. 7).

La Ley 1.438, de 2011, respondió a varias de estas preguntas y facilitó el avance hacia la cobertura universal. Se contemplaron diversas medidas, como la portabilidad nacional de los seguros, la movilidad entre diferentes regímenes y la actualización y unificación de los planes de beneficios. En este momento se inicia la convergencia de los planes, lo que se manifiesta en la tendencia de acercamiento de las UPC de los dos regímenes a partir de 2011. Según estimaciones de Espinal-Piedrahita y Restrepo-Zea (2022), entre 1995 y 2020, la UPC del régimen contributivo creció 54% en términos reales. La UPC del régimen subsidiado tuvo un incremento real, en el mismo período, del 87%. Sin embargo, dicho incremento solo se verifica a partir de 2008, con la unificación del POS, que llevó a un aumento de la UPC del régimen subsidiado en un 43%, en términos reales.

En 2015, con la aprobación de la Ley Estatutaria de Salud, se reguló el derecho a la salud de toda la población colombiana. En este momento se han modificado sustancialmente las reglas de acceso a los servicios de salud por parte de los afiliados al SGSSS. Se extinguió el POS y en su lugar se implementó el Plan Integral de Salud (PIS). A diferencia del POS, el PIS no se basa en una lista explícita de inclusiones, sino en una lista de exclusiones. Es decir, se garantizó el acceso a todos los servicios de salud a toda la población, con excepciones previamente determinadas, a fin de garantizar un mejor acceso a los servicios en cuanto a la atención de emergencia en su totalidad y no solo en la atención inicial.

Con base en un diagrama elaborado por el Observatorio Nacional de Salud (2019), como se muestra en la Figura 1, el sistema de salud colombiano actual está compuesto por tres segmentos bien diferenciados: el SGSSS, el sector público y el sector privado

Figura 1 – Estructura del sistema de salud



ADRES: Administradora de Recursos de Salud
 EMP: Empresas de Medicina Prepagada
 EPS con PACS: EPS Contributivas con Planes de Atención Complementaria
 SPS: Seguros Privados de Salud
 FONPET: Fondo de Prestaciones Territoriales
 FAEP: Fondo de Ahorros de Estabilización Petrolera (FAEP)
 FONSAET: Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud

Fuente: Adaptado de (13)

Fuente: Observatorio Nacional de Salud (2019).

El SGSSS es un sistema mixto de seguridad social, financiado por el sector privado y el sector público y también con servicios ofrecidos por entidades públicas y privadas. De acuerdo con esta forma de estructurar el sistema, el SGSSS está compuesto de dos regímenes de seguridad social, el régimen contributivo y el régimen subsidiado, previsto de esta manera desde la Ley 100, de 1993.

La afiliación al régimen contributivo es obligatoria para los trabajadores del sector privado, jubilados, servidores públicos y trabajadores por cuenta propia con capacidad de pago. Todos los afiliados al régimen contributivo deben cotizar mensualmente al seguro de salud del SGSSS, de la misma forma que al sistema de seguridad social, de acuerdo con sus salarios o ingresos generados por la prestación de servicios independientes. Quienes no tienen capacidad de pago y están catalogados como vulnerables por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) deberán estar afiliados al régimen subsidiado. Las personas dependientes de los afiliados a uno de estos dos regímenes también pueden afiliarse y, por tanto, disfrutar de los servicios de salud que se prestan. Bajo el régimen contributivo, los afiliados y dependientes deben realizar copagos por el uso de algunos servicios de salud, cuyo objetivo es regular el uso de los servicios. Estos copagos varían

dependiendo de los ingresos del afiliado. Quedan exentos de estos copagos los afiliados al régimen subsidiado.

A pesar de ser dos esquemas diferentes, la cobertura de ambos es la misma, teniendo los afiliados al régimen subsidiado los mismos beneficios que el POS del régimen contributivo.

La afiliación a uno de los dos regímenes del SGSSS se realiza mediante el registro en una de las EPS registradas por el gobierno. Las EPS son responsables de registrar a todos los afiliados en el sistema. También son quienes administran los recursos provenientes de los pagos de los afiliados contributivos y de los aportes gubernamentales para sostener el régimen subsidiado. Cada EPS debe ofrecer a sus afiliados una red de IPS que garanticen la prestación de los servicios previstos por el POS. Tanto las EPS como las IPS están compuestas por empresas privadas, públicas y mixtas.

2. Financiación del sistema de salud

2.1 Fuentes

El SGSSS se financia con aportes de los trabajadores y patrones, ya sea mediante aportes directos o con una porción del impuesto a la renta pagado, con una porción de los recursos territoriales (SPG), con una porción de los impuestos generales (IVA, juegos y bebidas) y, cada vez más, con aportes directos del Presupuesto General de la Nación. El sector privado mantiene una participación cercana al 30% del gasto total en salud, representando el gasto familiar directo alrededor del 14% de este monto. La reducción de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud es uno de los puntos principales de la reforma propuesta por el gobierno de Petro en 2023. Sin embargo, hay muchas preguntas sobre la sostenibilidad financiera de los cambios previstos, ya que el aumento de los gastos observado en los últimos 30 años ejerce una presión muy alta sobre los recursos fiscales del país.

Los afiliados al régimen contributivo son los empleados del sector formal de la economía, los trabajadores por cuenta propia y los pensionados. Estos grupos deben aportar una parte de las ganancias del trabajo. Una parte de las empresas también contribuye directamente, a través de una parte de la nómina o de un porcentaje del impuesto sobre la renta. En 2020, según el Ministerio de Salud, los afiliados al régimen contributivo sumaron 23,5 millones de personas, entre cotizantes y beneficiarios. El costo estimado del régimen contributivo en 2020 es de 24 billones de pesos.

Los afiliados al régimen subsidiado son aquellos que no pueden cotizar al sistema, específicamente los afiliados al Sisbén. En 2020, se estima que los afiliados a este esquema

ascendieron a poco más de 24 millones de personas. El costo estimado del régimen subsidiado en 2020 es de 23,4 billones de pesos.

Los aportes de los afiliados al régimen contributivo son obligatorios y dependen básicamente de la situación laboral formal de la economía. Datos del estudio del Ministerio de Salud (2021) muestran que el volumen de recursos provenientes de las cotizaciones obligatorias varía directamente con los ingresos de los trabajadores, lo que a su vez está fuertemente correlacionado con la variación del producto de la economía (PIB). Estos recursos sustentan el régimen contributivo del SGSSS y también parte del régimen subsidiado. Según el estudio, en 2020, alrededor del 50% del total de los recursos destinados a financiar el sistema provienen de estos aportes. Así, la sostenibilidad financiera del sistema está fuertemente relacionada con el llamado Ingreso Básico de Cotización y el nivel de actividad económica.

ADRES también administra, en una cuenta única, los recursos del Sistema General de Participación en Salud, que son propiedad de los territorios para cumplir con sus compromisos de ofrecer servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado y que en 2020 ascendió a algo menos del 15% de los recursos totales. Cerca del 20% de los fondos administrados por ADRES se recaudan con base en una serie de porcentajes de impuestos que se han destinado exclusivamente a financiar el sistema de salud a lo largo del tiempo. Entre ellos destacan las transferencias del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT), que en 2020 ascendieron al 8,5% del total de fondos administrados por ADRES. También se incluye en esta partida el porcentaje de los impuestos sobre el juego, sobre las bebidas alcohólicas y el tabaco y sobre la venta de armas y municiones.

2.1.1 Sistema público de salud

El denominado sistema público en el diagrama presentado por el Observatorio Nacional de Salud (2019) hace referencia al régimen especial del SGSSS al que ya tenían acceso quienes ya estaban incorporados a la seguridad social en salud ofrecida por el Estado antes de la aprobación de la Ley 100 en 1993. Están afiliados miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, empleados de Ecopetrol y Ferrocarriles Nacionales, profesores de universidades públicas, profesores de magisterio y miembros del Congreso. Este régimen se financia exclusivamente con el aporte directo de los afiliados y por copagos en gastos de salud. Se estima que menos del 2% de la población está afiliada a este régimen.

2.1.2 Sistema privado de salud

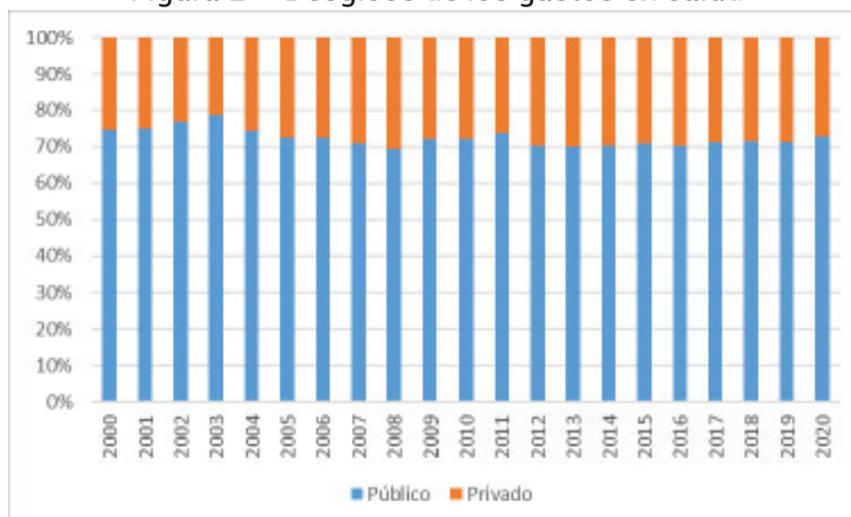
El sistema privado está integrado por tres componentes diferentes: gastos de bolsillo, seguro privado obligatorio y seguro privado voluntario. Son recursos que provienen directamente de los ingresos de los hogares y corresponden a menos de la mitad del gasto público (incluidas las cotizaciones sociales). En 2020 la estimación (OMS, 2023) es que el gasto privado total ascendió a 24 billones de pesos, es decir, la misma cantidad de gasto estimado en el régimen contributivo. Como se muestra en la siguiente sección, a pesar del aumento significativo del gasto público por la incorporación de las recomendaciones de la Sentencia T-760 de 2008 y la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1.751/2015), los gastos directos de las familias con salud siguen siendo significativos. Una parte se debe al pago de seguros privados voluntarios por parte de la población de altos ingresos con capacidad de pago, pero una parte de este total se compone de gastos aún no cubiertos por la seguridad social.

2.2 Distribución del presupuesto de salud

En términos per cápita, el gasto total en salud aumentó de USD 378 en 2019 a USD 1276 en 2000, considerando ajustes por paridad de poder adquisitivo según cálculos de la OMS. Los valores por persona casi se han cuadruplicado en 20 años, lo que refuerza la percepción de priorización de la salud en el gasto del país.

Cabe señalar que dicho crecimiento del gasto no se debió únicamente al aumento del gasto público. Considerando los años entre 2000 y 2020, la Figura 2 muestra que la composición del gasto entre gasto público y privado se mantuvo prácticamente constante, con pocas fluctuaciones en el tiempo. El gasto público representa algo más del 70% del gasto total, mientras que el gasto privado representa algo menos del 30% restante.

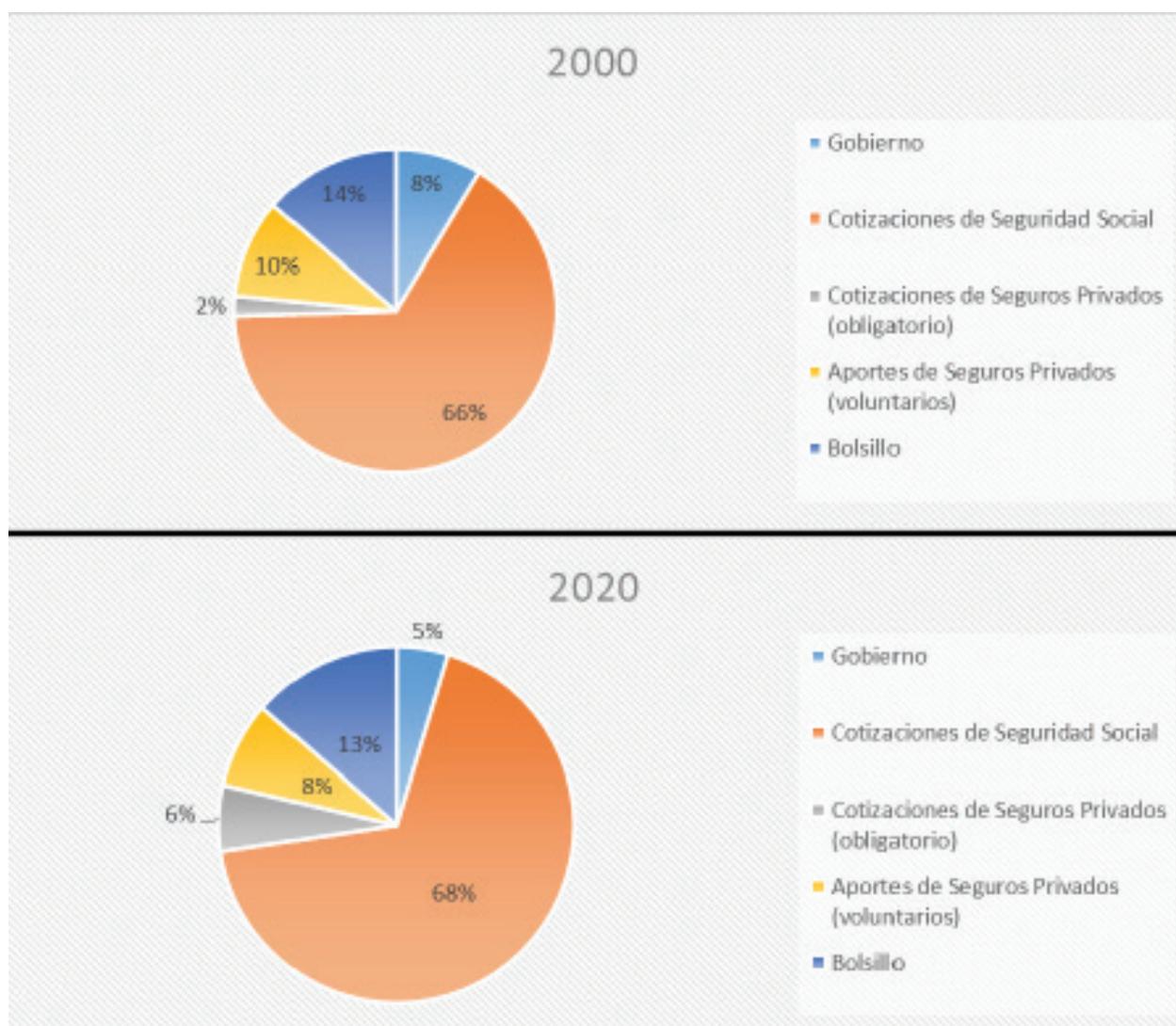
Figura 2 – Desglose de los gastos en salud



Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

La Figura 3 desglosa el gasto total en público (gobierno + aportes a la seguridad social) y privado (contribuciones obligatorias al seguro privado + aportes voluntarios al seguro privado + gastos de bolsillo) para los años 2000 y 2020. Se puede observar que, a pesar de pequeños cambios, la composición de los gastos se mantuvo prácticamente constante. La diferencia que se observa en la composición del gasto público es hacia una reducción del gasto público directo, generalmente asociado a políticas públicas básicas, y un aumento del gasto del programa de seguridad social, con la prestación de servicios a los afiliados. En cuanto al gasto privado, llama la atención el aumento del gasto en seguros privados obligatorios. El gasto directo de los hogares (bolsillo) se mantuvo cerca del 13% durante los 20 años.

Figura 3 – Desglose del gasto en salud



Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

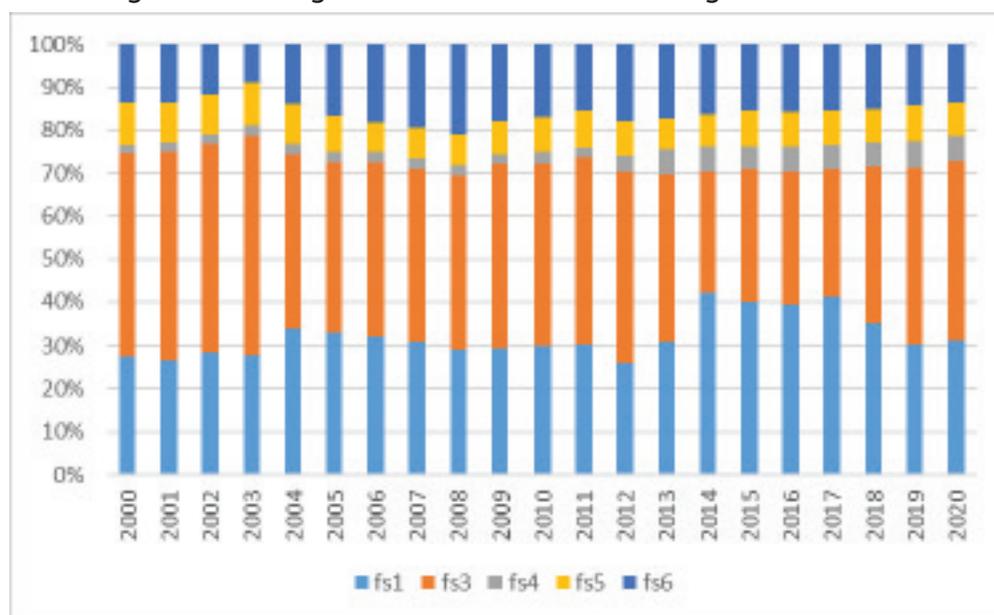
Los datos de la OMS muestran la composición de los gastos y también la evolución de la composición de la financiación de estos gastos desde el año 2000. Desde el punto de vista de la composición del financiamiento de los gastos de salud, es posible identificar algunos cambios durante este período que cubre por los datos de la OMS.

Hay cinco fuentes de financiación de los gastos identificados por la OMS: transferencias de ingresos del gobierno para gastos de salud (FS1), contribuciones a la seguridad social (FS3), prepagos obligatorios (FS4), pagos voluntarios (FS5) y los llamados otros ingresos del hogar (FS6).

La Figura 4 muestra la evolución de la composición del financiamiento de la salud en Colombia entre los años 2000 y 2020 con base en esta metodología. Considerando el período completo, se encuentra que, en promedio, alrededor del 32% del financiamiento proviene de transferencias de ingresos del gobierno, el 40% de las contribuciones a la seguridad social, el 4% de prepagos obligatorios, el 8% de pagos voluntarios y el 15% de otras fuentes internas.

Hay, sin embargo, algunos movimientos en esta distribución durante el período. Cuando consideramos los promedios de las dos décadas, podemos ver que el financiamiento a través de transferencias del gobierno (FS1) aumentó del 29,7% del financiamiento total al 34,5%. Es decir, con el tiempo ha habido un aumento en la participación del financiamiento de la salud pública en el país. Considerando el promedio de la primera década (2000/2009), el financiamiento público para la salud (FS1) totalizó 1,84% del PIB. En la segunda década (2010/2019), esta cifra fue del 2,54% del PIB. Este aumento se debe principalmente al aumento de las transferencias gubernamentales en los años 2014-2017. En 2018 y 2019, como se muestra en la Figura 5, los valores volvieron al promedio de la primera década. En términos reales (en pesos de 2020), el financiamiento a través de transferencias del gobierno ascendió a 11 billones de pesos en el promedio 2000-2009 y creció a 24 billones de pesos en el promedio 2010-2019.

Figura 4 – Desglose de la financiación del gasto sanitario



Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

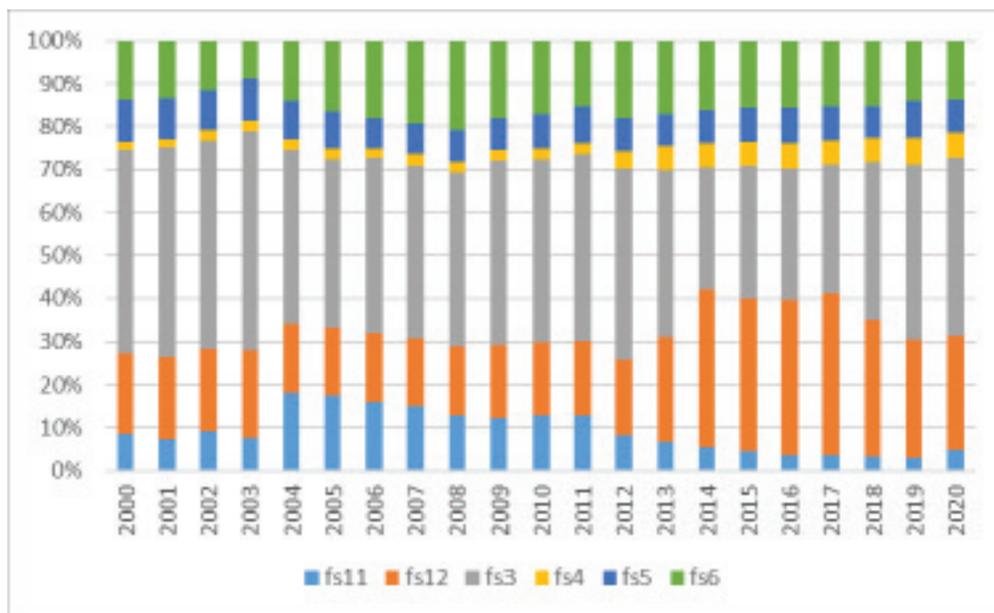
Las transferencias de ingresos gubernamentales a gastos de salud (FS1) se pueden descomponer en transferencias gubernamentales internas (FS11) y transferencias gubernamentales a grupos específicos (FS12). El primero de ellos se refiere al financiamiento de los programas de salud pública. Según Barón-Leguizamón (2022), este rubro incluye los ingresos destinados por el Sistema General de Participaciones (SGP) y las transferencias de coparticipación para cofinanciar las transferencias para la atención de la población pobre no asegurada (PPNA), con recursos de la SPG y del SGSSS (a través del Fosyga y de la ADRES), además de recursos provenientes de impuestos específicos, como el de juegos de azar. El segundo de ellos, FS12, se refiere al financiamiento del SGSS a través del presupuesto nacional y, a partir de 2014, los recursos derivados del impuesto a la renta para la equidad.

La Figura 5 representa el desglose del financiamiento de la salud, pero con más detalle. Las transferencias del gobierno ahora se separan en sus dos componentes, FS11 y FS12. El cambio en la composición es claro. La porción referida a transferencias a programas de salud pública, luego de un aumento significativo en 2004, se redujo sistemáticamente hasta el final del período. Parte de esta reducción puede deberse al aumento de la población afiliada al SGSSS y, por tanto, a la reducción de la porción de la PPNA a ser financiada por estos programas. Al inicio del período, representaba el 8,6% del financiamiento total de la salud. En 2019, solo el 3%. En términos de promedios, pasa de 12,4% del total en el período 2000-2009 a 6,5% en 2010-2019.

En contraste, la participación de las transferencias gubernamentales a grupos específicos (FS12), del 18,8% del financiamiento total en 2000 al 27,3% en 2019, representa el 37,6% del

financiamiento total en salud en 2017. El aumento significativo de las transferencias gubernamentales al SGSSS es un resultado directo de la mayor cobertura del sistema. Entre 2000 y 2020, la población afiliada pasó de alrededor del 55% de la población total a cerca del 99% (Mejía, 2022). La participación del régimen subsidiado sigue siendo alta, con poco menos de la mitad de los afiliados y gran parte del financiamiento de este grupo proviene de transferencias gubernamentales. En términos de porcentaje del PIB, esta cuenta crece del 1% en 2000 al 2,2% en 2019. El pico de recursos destinados al financiamiento de este grupo por parte del gobierno se dio en 2017, cuando sumó el 2,9% del PIB.

Figura 5 – Desglose de la financiación del gasto sanitario



Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

La mayor parte del financiamiento del sistema, sin embargo, proviene de las cotizaciones obligatorias al SGSSS por parte de los empleados, empleadores, cuentapropistas y jubilados. En promedio para el período entre 2000 y 2019, las contribuciones (FS3) representan alrededor del 40% del financiamiento total de la salud. En el año 2000, según datos de la OMS, las contribuciones ascendieron a más del 47% de la financiación total, descendiendo desde entonces hasta alcanzar el 28,4% del total en 2015, como se muestra en la Figura 5, llegando al 41% en 2019.

Como proporción del PIB, las cotizaciones obligatorias al SGSSS se mantuvieron en torno al 2,7%, con algunas variaciones en el período. Lo más destacable es que se produce un descenso en el período 2014-2017, pero en 2018 se vuelve a la media del período.

La participación de los aportes de los empleados ronda el 50% del total y la de los empleadores, cercana al 20%. El resto se reparte entre trabajadores por cuenta propia, jubilados y otros aportes, como los del Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL). Esta distribución es relativamente constante para el período 2013-2020, para el cual la OMS proporciona datos de cotizaciones obligatorias al sistema desglosadas por tipo de cotizante.

En términos per cápita, en valores reales para 2020, los aportes de los empleados ascienden a un promedio de 280.000 pesos anuales. Los patrones cotizan anualmente, en términos per cápita, con 107 mil pesos. Las otras dos categorías, con unos poco más de 80 mil pesos per cápita al año. En volumen total, también en pesos de 2020, hay, en promedio anual, 13 billones de aportes de empleados, 5 billones de aportes de empleadores y 4 billones para cada una de las otras dos categorías, cuenta propia y otros.

Como se destacó anteriormente, el aporte al seguro obligatorio (FS4), a pesar de representar una pequeña fracción del financiamiento total de la salud, ha crecido de manera constante durante el período 2000-2019. Según Barón-Leguizamón (2022), estos se refieren a los recursos provenientes de las primas pagadas por el SOAT. En 2000 estos pagos representaron menos del 2% de la financiación total; en 2019 representaron más del 6% de los recursos financiados.

Los dos últimos rubros (FS5 y FS6) suponen algo menos del 25% de la financiación sanitaria total. Se trata de recursos provenientes de pagos a seguros voluntarios (FS5), por parte de familias o empresas, y pagos directos a servicios de salud (FS6), principalmente por parte de las familias, los denominados gastos de bolsillo. Estos valores se mantienen relativamente constantes a lo largo del período, en términos de aporte porcentual a la financiación del sistema. En términos de porcentaje del PIB, los montos financiados aumentaron de 0,52% y 0,96% en promedio para el período 2000-2009 a 0,59% y 1,16% en promedio para el período 2010-2019, respectivamente. El gasto promedio anual per cápita, en pesos para 2020, aumentó de 148.000 pesos en 2000-2009 a 233.000 pesos en 2010-2019.

En resumen, los datos de la OMS muestran un aumento muy significativo en el gasto en salud entre 2000 y 2020. En términos reales, el monto gastado en salud se triplicó, a poco menos de 90 billones de pesos al final del período, de 5,6% en 2000 a 9% del PIB en 2020. En términos per cápita, en dólares por paridad de poder adquisitivo, casi se cuadruplicó, a poco más de 1200. Al mismo tiempo, se mantuvo la distribución del gasto entre los sectores público y privado, siendo el primero el responsable de alrededor del 70% del total.

Este incremento en el gasto fue mayormente financiado por transferencias del gobierno y aportes obligatorios al SGSSS. Hay un movimiento hacia la reducción de las transferencias gubernamentales a programas de políticas públicas (de 8,6% a 4,7% del financiamiento total) y el aumento de las transferencias gubernamentales al SGSSS (de 18,8% a 26,7%),

fundamentalmente para financiar el régimen subsidiado. Estos cambios reflejan el aumento de la cobertura poblacional por parte del SGSSS, junto con el mantenimiento de una parte importante (más del 45%) aún afiliada al régimen subsidiado.

Las cotizaciones obligatorias financian alrededor del 40% del gasto en salud en este período. El gasto familiar directo en servicios de salud financia poco más del 15% del gasto total. El resto, poco más del 10% en promedio del período, se financia mediante pagos de seguros, ya sean obligatorios o voluntarios.

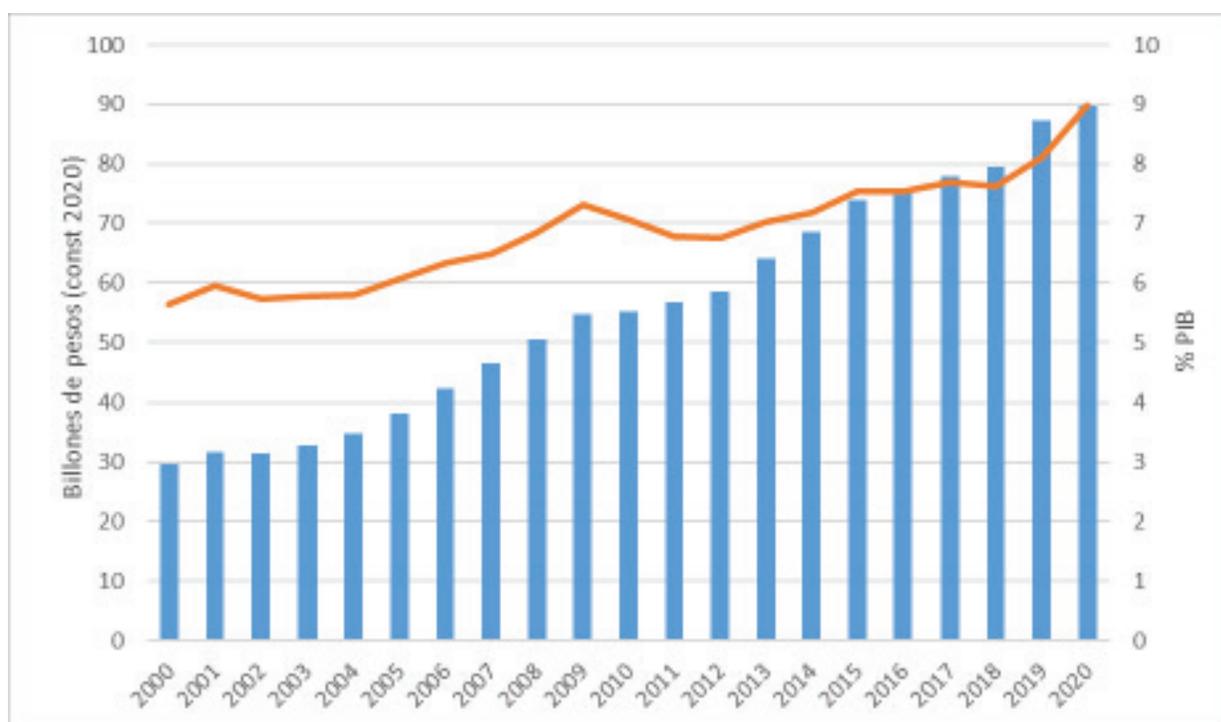
No hay registro en la OMS de recursos externos utilizados para financiar la salud en el país, ya sea distribuidos por el gobierno o aplicados directamente en el sistema.

2.3 Salud en el presupuesto público y prioridades de asignación de recursos

Desde el año 2000, a partir del cual se dispone de los datos consolidados de gasto y financiamiento del sistema de salud colombiano por parte de la OMS, se puede observar un aumento significativo del gasto en salud en el país. Este es el resultado directo de la reforma del sistema implementada luego de la aprobación de la Ley 100 en 1993. Como se mostró anteriormente, todos los esfuerzos en este período de 30 años estuvieron dirigidos a garantizar el acceso universal a los servicios de salud. Durante estos años hubo varios cambios legales e instrumentales que resultaron en un aumento sustancial de los gastos.

Como se muestra en la Figura 6, el gasto total en salud aumentó de 30 billones de pesos en 2000 a casi 90 billones de pesos en 2020, a precios de 2020. Debido a la pandemia de SARS-CoV-2, el gasto se triplicó en términos reales, un aumento real de casi 6% por año. Según los datos recopilados y analizados por Barón-Leguizamón (2007), este importante aumento estuvo precedido por un aumento igualmente significativo de los gastos. Según el análisis del autor, entre 1993 y 1999, hubo un incremento real del gasto total en salud de alrededor del 60%.

Figura 6 – Gastos totales en salud

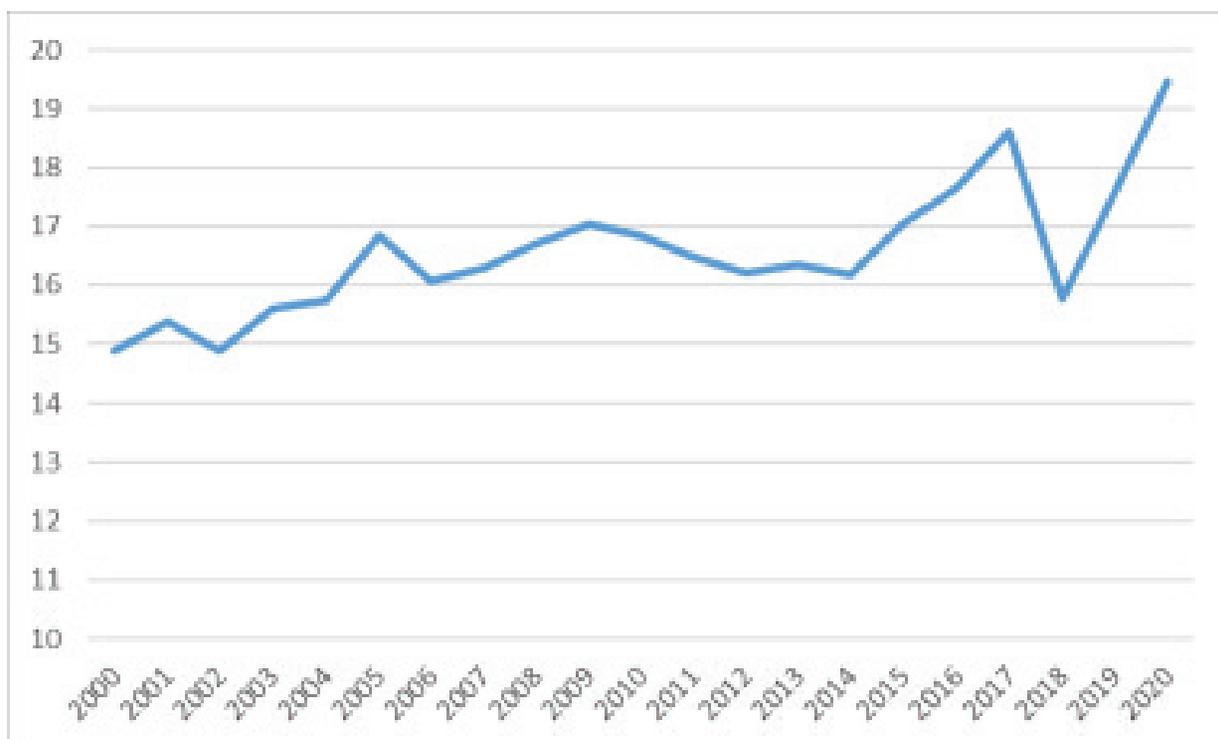


Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

Este aumento en el gasto total también se puede ver en el gasto como porcentaje del PIB. Como muestra la Figura 6, en 2000, el gasto total en salud ascendió al 5,6% del PIB. Hubo un crecimiento anual constante hasta 2009, cuando alcanzó el 7,3% del PIB. Tras oscilaciones en torno a este valor, el porcentaje volvió a crecer hasta situarse en el 9% en 2020. Aun descontando el año atípico de 2020, el crecimiento entre 2009 y 2019 fue de más de medio punto porcentual del PIB. En resumen, en 20 años, el gasto en salud ha aumentado 2 puntos porcentuales del producto total del país. El enfoque en aumentar el gasto en salud durante este período es claro.

La priorización del gasto en salud también se puede ver en la Figura 7. El gasto total en salud representó el 15% del gasto total del gobierno en 2000. El aumento fue constante durante los siguientes 20 años. En 2017, el gasto en salud representó el 18,6% del gasto público. Tras una fuerte caída en 2018, el porcentaje subió al 17,6% en 2019 y al 19,5% en el inusual año 2020.

Figura 7 – Gasto en salud como proporción del gasto público total



Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

Como se mostró de varias maneras anteriormente, la prioridad del gasto público en el área de salud fue garantizar el acceso universal al sistema construido a partir del SGSSS. Si bien la expectativa inicial era que el crecimiento económico y la reducción de la pobreza asegurarían que la mayoría de la población pudiera incorporarse al régimen contributivo, esto no fue lo que sucedió. Se estima que alrededor del 50% de los afiliados al sistema están afiliados al régimen subsidiado. Además, el progresivo aumento de la cobertura del sistema incrementó sustancialmente los costos de mantenimiento.

Como se muestra en la Figura 5, la proporción del gasto asignado a programas de salud pública se ha reducido sistemáticamente en la última década. La mayoría de estos gastos, según el Ministerio de Salud (2018), se destinaron a "Incremento de la vacunación en la población objetivo en todo el territorio nacional", seguido de proyectos con menores recursos, como "Implementación de estrategias de promoción de la salud y prevención enfermedad nacional" y "Aportes a programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores".

Como el gasto en programas de salud pública es muy bajo, las medidas de prevención y promoción de la salud de la población han pasado a ser responsabilidad de las EPS.

2.4 Desafíos a la sostenibilidad financiera del sistema de salud

Según el Ministerio de Salud (2021), en 2019 y 2020, los fondos recaudados no fueron suficientes para garantizar los objetivos del SGSSS, esto es, (i) la cobertura universal y la unificación del plan de beneficios de los diferentes regímenes de afiliación (Sentencia T-760 de 2008), (ii) administrar un plan de beneficios implícito (a partir de 2017 en línea con la Ley 1.751/2015) y (iii) calzar las primas de riesgo entre los esquemas. Por lo tanto, se necesitaba un aporte directo del Presupuesto General de la Nación para cerrar las cuentas del sistema. En 2019, este aporte fue responsable de poco más del 17,5% del total de recursos y, en 2020, del 16%.

Como muestra la Figura 7 anterior, hay un aumento sistemático en la proporción del gasto público en el sector de la salud. Cada vez más, el sector se financia mediante impuestos generales, con ingresos del Presupuesto Nacional. Por un lado, esto significa el apoyo de la sociedad a la política de acceso universal a la asistencia sanitaria. Por otro lado, ejerce presión sobre la recaudación y distribución de los recursos fiscales del gobierno nacional.

El presidente Gustavo Petro fue elegido con una plataforma muy amplia de reformas sociales, incluida la reforma del sistema de salud. La propuesta (Proyecto de Ley 339/2023) es de una reforma amplia, con cambios sustanciales en varios puntos del actual sistema de seguridad social. Sin embargo, es posible identificar algunos puntos principales con impacto potencial en el financiamiento del sistema, que se describen a continuación:

- (a) Creación de una red de Centros de Atención Primaria (CAP) en todo el país para brindar servicios de prevención y atención básica. Estos centros estarían distribuidos en todo el país con el fin de ampliar el acceso a los servicios de salud de la población que vive en las regiones menos pobladas. La propuesta es que haya un CAP por cada 25.000 personas, con equipos móviles para atender a las familias. El objetivo sería reducir la diferencia en el acceso y los resultados de salud entre las poblaciones urbanas y rurales.
- (b) Centralización de recursos en ADRES, con pagos directos a los prestadores de servicios, sin la intermediación de las EPS, como ocurre actualmente. El gobierno argumenta que muchos EPS son ineficientes, una fuente de desperdicio de recursos y corrupción. El Ministerio de Salud sería el encargado de administrar los recursos de las distintas fuentes de financiamiento, con especial incremento de los recursos provenientes directamente del Presupuesto General de la Nación.
- (c) Creación de un sistema único de afiliación, sin necesidad de utilizar la red de servicios vinculados a la EPS en la que se encuentra afiliado el individuo,

como en el sistema actual. También se incluyen en la propuesta la eliminación de varios copagos, preexistencias y faltantes que actualmente representan una parte importante del gasto de bolsillo de los usuarios.

Los objetivos de la reforma de reducir las disparidades en salud entre las zonas urbanas y rurales, aumentar la eficiencia del sistema y garantizar el acceso universal son, en principio, incuestionables y respaldados por gran parte de la sociedad colombiana. Sin embargo, existe mucha incertidumbre sobre la capacidad de financiamiento requerida para los nuevos gastos previstos. El aumento de gastos previsto por la propuesta de reforma del gobierno suma más de 114 billones de pesos (a valores de 2022) entre 2024 y 2033. Según Grupo Bancolombia (2023), esta cifra es casi seis veces el valor esperado de nueva recaudación con la reforma fiscal aprobada en 2022.

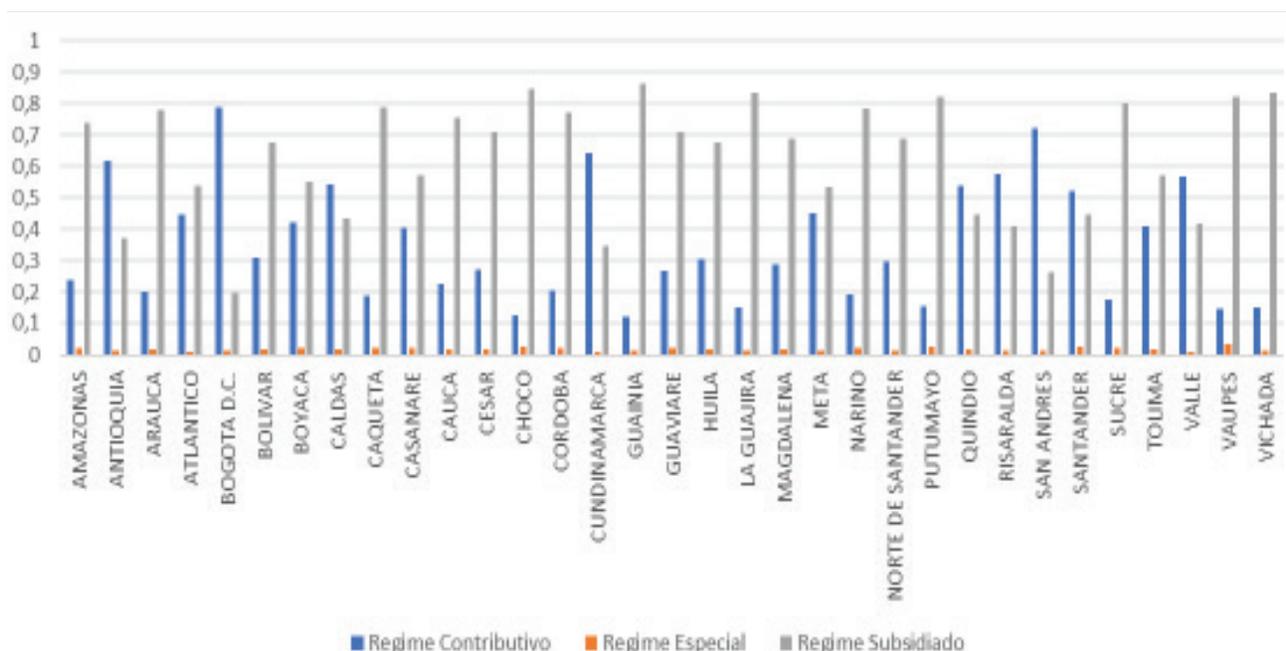
El gran temor con respecto a la reforma propuesta es que los logros obtenidos en términos de acceso y universalización de la salud en el país en los 30 años posteriores a la aprobación de la Ley 100 se vean amenazados con la expansión del sistema sin la necesaria contrapartida de financiamiento. Como se puede observar en los datos presentados, la sostenibilidad financiera del sistema ya es bastante frágil debido al aumento significativo en los gastos de salud y la participación persistente de afiliados al régimen subsidiado.

3. Impacto del gasto en el acceso a la atención sanitaria

La Ley Estatutaria de Salud de 2015, junto con la afiliación de casi el 100% de la población, apunta a la universalización del acceso a la salud en Colombia. Durante mucho tiempo los planes de beneficios estuvieron diferenciados por régimen, tanto con listados explícitos de cobertura de servicios como con el acceso a determinados servicios únicamente a través de tutelas judiciales. Actualmente, el SGSSS garantiza un plan integral de salud, con cobertura implícita de todos los servicios de salud, ahora con un listado de exclusiones tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. Este fue el objetivo de la Ley 100 de 1993 en materia de acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, la afiliación universal no garantiza necesariamente el acceso a los servicios de salud. Incluso con la convergencia de los planes de beneficios entre los regímenes contributivo y subsidiado, la red de proveedores de servicios puede ser sustancialmente diferente. La siguiente figura muestra cómo la distribución de la membresía entre los dos regímenes difiere entre departamentos y, por lo tanto, conduce a una posible desigualdad regional en el acceso a la atención médica.

Figura 8 – Distribución de la afiliación por departamento (abril 2022)

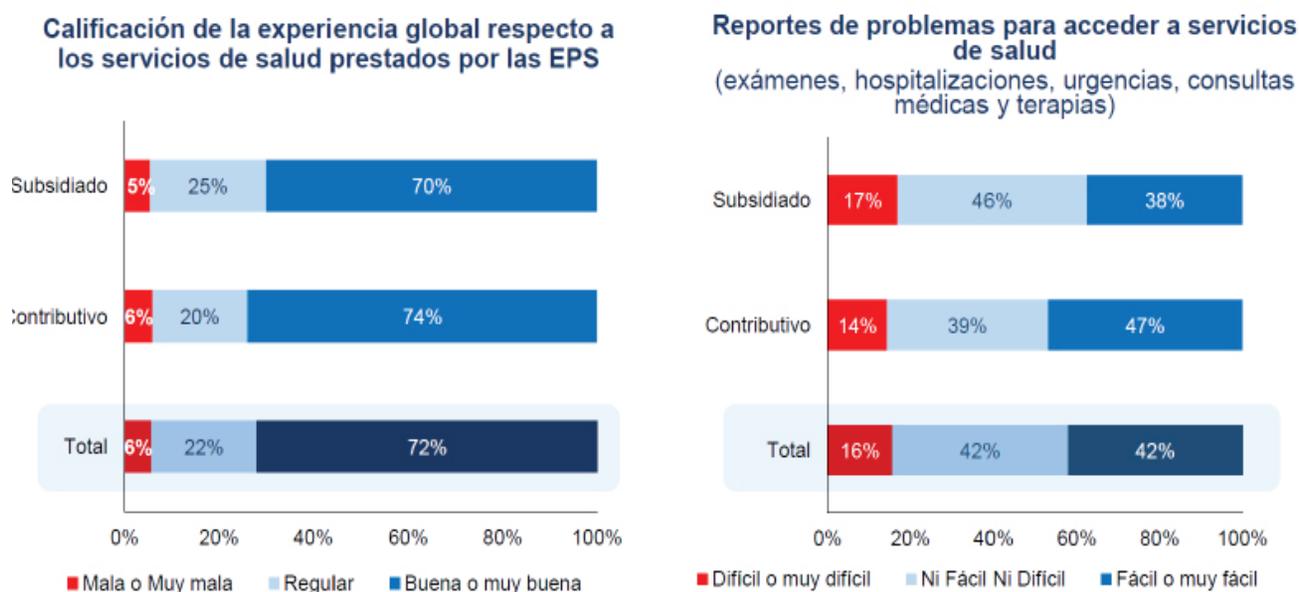


Fuente: Elaborado por la autora con base en datos del Ministerio de Salud (2023).

Como se puede apreciar, existe una clara heterogeneidad de afiliación por departamento. En Bogotá D.C., por ejemplo, casi el 80% de la población está afiliada al régimen contributivo. En Arauca, Caquetá, Chocó, Guainía, La Guajira, Nariño, Putumayo, Sucre, Vaupés y Vichada, al menos el 80% de la población está afiliada al régimen subsidiado. Aun considerando las diferencias poblacionales, es claro que existe una gran desigualdad entre los servicios potencialmente accesibles en todo el país. Cuando consideramos el total nacional, tenemos que la distribución en la afiliación a los dos regímenes es prácticamente igual (49%).

Por otro lado, según datos de la Encuesta de Ranking de EPS (2018) del Ministerio de Salud organizados por ANIF, la percepción de los afiliados a los dos regímenes sobre la calidad de los servicios que brinda la EPS, así como los informes de problemas para acceder a los servicios de salud es bastante similar. La Figura 9 muestra que el 5% de los afiliados al régimen subsidiado y el 6% de los afiliados al régimen contributivo consideran "Mala o Muy mala" la prestación del servicio por parte de las EPS. En cuanto a los problemas para acceder a los servicios de salud, alrededor del 17% de los afiliados al régimen subsidiado reportan haber sido "Difícil o Muy difícil", mientras que este porcentaje es del 14% de los afiliados al régimen contributivo.

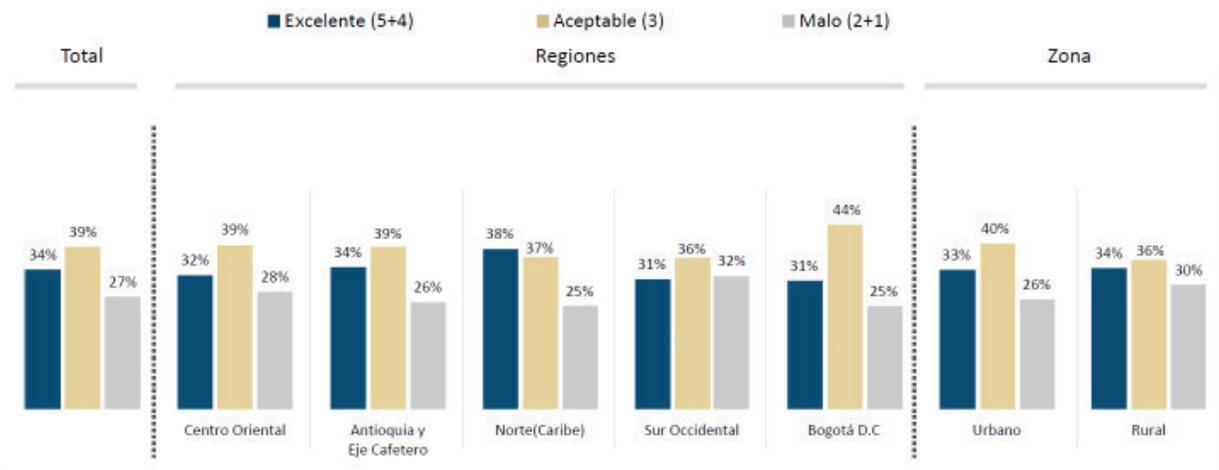
Figura 9 – Satisfacción con los servicios prestados por la EPS



Fuente: ANIF (2022).

Un resultado similar se puede observar con datos de La Gran Encuesta de Sistema de Salud en Colombia, realizada en 2023 por la Asociación Nacional de Empresarios (ANDI) con la empresa de investigación y consultoría Invamer. La siguiente figura muestra las respuestas a la pregunta “Según su experiencia, ¿cómo califica los servicios de salud en general?”. A pesar de la heterogeneidad en las respuestas, no existe una gran disparidad en el porcentaje que respondió “Malo”, ya sea entre regiones o considerando zonas urbanas/rurales.

Figura 10 – “Según su experiencia, ¿cómo califica los servicios de salud en general?”



Fuente: La Gran Encuesta de Sistema de Salud en Colombia, ANDI (2023).

Definir y medir el acceso potencial y real a los servicios de salud son desafíos importantes. El acceso a los servicios depende no solo de la provisión de infraestructura de servicios, sino también de la gestión de estos servicios y de cómo la población logra llegar a esta estructura. Payan y Olaya (2019) realizan una revisión sistemática de la literatura académica y muestran cómo las barreras para acceder a los servicios de salud son diversas e impactan a la población de diferente manera.

En el informe técnico del Observatorio Nacional de Salud (2019), se construyen índices de acceso potencial y real a los servicios de salud para todos los municipios colombianos en el período 2016-2018:

Dentro de las características de los servicios de salud, como parte del acceso potencial, se encuentran los 1) recursos y la 2) organización. Los recursos incluyen el volumen y la distribución de recursos sanitarios en un área. La organización describe la forma en que se usan estos recursos. Es decir, la manera en que el personal médico y las instalaciones se coordinan y controlan en el proceso de prestación de los servicios de salud. Los componentes de la organización son la entrada y la estructura. La entrada se refiere al proceso de entrada a los servicios (tiempo de viaje, tiempo de espera, etc.) y la estructura se refiere a las características del sistema que determina lo que le sucede con las personas después de ingresar a los servicios (a quien ve, cómo es tratado) (ONS, 2019, p. 13).

El acceso real se refiere al uso de los servicios de salud y a la satisfacción del usuario. Este uso puede caracterizarse en términos de su tipo, sitio, propósito e

intervalo de tiempo involucrado. El tipo de utilización se refiere al tipo de servicio recibido y quién lo prestó: hospital, médico, odontólogo, farmacéutico, etc. El sitio del encuentro de atención médica se refiere al lugar donde se recibió la atención: consultorio del médico, departamento de atención ambulatoria del hospital, sala de emergencias, etc. El propósito de la utilización hace referencia a si esta fue para atención preventiva, relacionada con la enfermedad o de "custodia", que es aquella donde no se trata la enfermedad, pero cubre las necesidades personales de los pacientes como los hogares de ancianos (ONS, 2019, p. 14).

En el indicador relativo al acceso potencial, se incluyen variables asociadas a la prestación de servicios (camas por 10.000 habitantes, profesionales de medicina general por 10.000 habitantes, profesionales de enfermería por 10.000 habitantes y proporción de población afiliada al régimen subsidiado), características de la población (Proporción de población menor de 5 años, Prevalencia de discapacidad y Proporción de población mayor de 65 años) y la oportunidad (Oportunidad (días promedio) de citas en medicina general y Proporción de población en zona rural). La siguiente figura muestra los resultados de este indicador por departamento, donde los municipios se clasifican como de acceso "Muy bajo", "Bajo", "Intermedio", "Alto" y "Muy alto".

Se puede observar un acceso potencial desigual entre departamentos y municipios colombianos. De los 1.122 municipios, 934 (83%) tienen acceso potencial "Muy bajo" o "Bajo", mientras que solo 27 (2,4%) tienen acceso potencial "Alto" o "Muy alto". Como la población del país no está distribuida equitativamente entre los municipios, considerando el diferencial poblacional entre departamentos (utilizando datos del Censo de Población 2018), se puede decir que alrededor del 66% de la población colombiana tiene acceso potencial a los servicios de salud "Muy bajo" o "Bajo". Solo se consideran dos municipios con acceso potencial "Muy alto", siendo Bogotá D.C. uno de ellos. Esto significa que casi el 20% de la población nacional tiene un acceso potencial considerado "Muy alto" a los servicios de salud.

Figura 11 – Indicador de acceso potencial a los servicios de salud

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy alto		Total Municipios	Población
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Amazonas	10	90,9	1	9,1	0	0	0	0	0	0	11	66056
Antioquia	65	52	43	34,4	14	11,2	2	1,6	1	1	125	5974788
Arauca	6	85,7	1	14,3	0	0	0	0	0	0	7	239503
Atlántico	1	4,3	6	26,1	14	60,9	2	8,7	0	0	23	2342265
Bogotá DC	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	7181469
Bolívar	31	67,4	11	23,9	3	6,5	1	2,2	0	0	46	1909460
Boyacá	43	35	54	43,9	25	20,3	1	0,8	0	0	123	1135698
Caldas	7	25,9	13	48,1	6	22,2	1	3,7	0	0	27	923472
Caquetá	14	87,5	1	6,3	1	6,3	0	0	0	0	16	359602
Casanare	12	63,2	6	31,6	1	5,3	0	0	0	0	19	379892
Cauca	35	83,3	6	14,3	1	2,4	0	0	0	0	42	1243503
Cesar	14	56	9	36	2	8	0	0	0	0	25	1098577
Chocó	27	90	2	6,7	1	3,3	0	0	0	0	30	457412
Córdoba	18	60	11	36,7	1	3,3	0	0	0	0	30	1555596
Cundinamarca	47	40,5	39	33,6	27	23,3	3	2,6	0	0	116	2792877
Guainía	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0	9	44431
Guaviare	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	4	73081
Huila	28	75,7	6	16,2	2	5,4	1	2,7	0	0	37	1009548
La Guajira	11	73,3	4	26,7	0	0	0	0	0	0	15	825364
Magdalena	22	73,3	5	16,7	2	6,7	1	3,3	0	0	30	1263788
Meta	20	69	6	20,7	3	10,3	0	0	0	0	29	919129
Nariño	31	48,4	28	43,8	4	6,3	1	1,6	0	0	64	1335521
Norte de Santander	28	70	6	15	5	12,5	1	2,5	0	0	40	1346806
Putumayo	9	69,2	4	30,8	0	0	0	0	0	0	13	283197
Quindío	0	0	7	58,3	4	33,3	1	8,3	0	0	12	509640
Risaralda	2	14,3	4	28,6	6	42,9	2	14,3	0	0	14	839597
San Andrés	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	2	48299
Santander	42	48,3	31	35,6	11	12,6	3	3,4	0	0	87	2008841
Sucre	13	50	10	38,5	2	7,7	1	3,8	0	0	26	864036
Tolima	20	42,6	15	31,9	10	21,3	2	4,3	0	0	47	1228763
Valle del Cauca	3	7,1	22	52,4	15	35,7	2	4,8	0	0	42	3789874
Vaupés	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	6	37690
Vichada	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	4	76642

Fuente: Elaborado por la autora con datos de ONS (2019) y DANE.

La construcción del indicador de acceso real a los servicios de salud utilizó datos de acceso efectivo primario (Porcentaje de partos atendidos por personal calificado, Proporción de embarazos adolescentes y Cobertura de vacunación (DTP en menores de 1 año)), datos de acceso efectivo especializado (Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen con el estándar de 30 días para realizarse una colposcopia y Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en servicios de salud mental (ONSM)) y datos de satisfacción (Proporción de usuarias que recomendaría su IPS a una familia miembro o amigo).

Los resultados (Figura 12) son algo diferentes a los observados para el acceso potencial, pero persiste la heterogeneidad. El acceso actual de 880 municipios (78% del total) se puede considerar "Muy bajo" o "Bajo". En términos poblacionales, este porcentaje es de aproximadamente el 61% de la población nacional, valor menor si se considera el acceso potencial. En 212 municipios (19% del

total de municipios o 20% de la población nacional), el acceso real a los servicios de salud puede ser considerado "Alto" o "Muy alto".

Figura 12 – Indicador de acceso real a los servicios de salud

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy alto		Total Municipios	Población
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Amazonas	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	66056
Antioquia	77	61,6	34	27,2	5	4,0	5	4,0	4	3,2	125	5974788
Arauca	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	239503
Atlántico	2	8,7	3	13,0	0	0,0	6	26,1	12	52,2	23	2342265
Bogotá DC	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	7181469
Bolívar	24	52,2	13	28,3	3	6,5	4	8,7	2	4,3	46	1909460
Boyacá	88	71,5	23	18,7	3	2,4	5	4,1	4	3,3	123	1135698
Caldas	19	70,4	5	18,5	1	3,7	2	7,4	0	0,0	27	923472
Caquetá	13	81,3	2	12,5	0	0,0	0	0,0	1	6,3	16	359602
Casanare	13	68,4	5	26,3	0	0,0	1	5,3	0	0,0	19	379892
Cauca	30	71,4	9	21,4	1	2,4	0	0,0	2	4,8	42	1243503
Cesar	5	20,0	6	24,0	2	8,0	3	12,0	9	36,0	25	1098577
Chocó	26	86,7	3	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	30	457412
Córdoba	13	43,3	8	26,7	2	6,7	4	13,3	10	33,3	30	1555596
Cundinamarca	71	61,2	21	18,1	8	6,9	11	9,5	5	4,3	116	2792877
Guainía	7	77,8	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	11,1	9	44431
Guaviare	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	73081
Huila	25	67,6	8	21,6	1	2,7	2	5,4	1	2,7	37	1009548
La Guajira	7	46,7	3	20,0	0	0,0	3	20,0	2	13,3	15	825364
Magdalena	20	66,7	4	13,3	1	3,3	1	3,3	4	13,3	30	1263788
Meta	26	89,7	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	919129
Nariño	10	15,6	10	15,6	1	1,6	6	9,4	37	57,8	64	1335521
Norte de Santander	33	82,5	1	2,5	0	0,0	2	5,0	4	10,0	40	1346806
Putumayo	1	7,7	2	15,4	0	0,0	1	7,7	9	69,2	13	283197
Quindío	6	50,0	5	41,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12	509640
Risaralda	4	28,6	7	50,0	0	0,0	3	21,4	0	0,0	14	839597
San Andrés	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	48299
Santander	71	81,6	4	4,6	2	2,3	5	5,7	5	5,7	87	2008841
Sucre	5	19,2	7	26,9	3	11,5	4	15,4	7	26,9	26	864036
Tolima	34	72,3	9	19,1	0	0,0	3	6,4	1	2,1	47	1228763
Valle del Cauca	10	23,8	10	23,8	2	4,8	7	16,7	13	31,0	42	3789874
Vaupés	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	37690
Vichada	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	76642

Fuente: Elaborado por la autora con datos de ONS (2019) y DANE.

Otra forma de medir el impacto del aumento observado en el gasto en salud en las últimas décadas en el acceso a los servicios de salud es a través de indicadores de salud. Si bien no siempre podemos decir que la variación en el resultado observado en los indicadores de salud esté directamente relacionada con la variación en el gasto en salud, sin duda existe alguna relación causal.

Un indicador más directo del éxito de la política sanitaria es la cobertura de vacunación infantil. La Figura 13 a continuación muestra la evolución de la cobertura de vacunación por departamento entre 2000 y 2019. Se puede observar una evolución muy positiva en la cobertura de vacunación infantil. Además del aumento de la cobertura nacional, hay una reducción significativa de la heterogeneidad de la cobertura. Los departamentos con una cobertura significativamente inferior a la nacional en 2000, como Amazonas, Arauca, Cauca, Guainía, Guaviare, Putumayo y Vaupés, tienen una cobertura mucho mayor en 2019, cercana a la cobertura nacional. También hay excepciones, como Vichada, con coberturas de vacunación infantil reducidas.

Figura 13 – Coberturas de vacunación por biológicos y departamento

	Polio (3.dosis)		BCG		Hepatitis B (3.dosis)	
	2000	2019	2000	2019	2000	2019
Amazonas	29,6	91,1	55,4	84	32,7	74,8
Antioquia	85,1	95,1	101,0	93,9	83,1	93,1
Arauca	57,7	115,1	63,3	113,7	47,2	112,1
Atlántico	98,7	101,5	98,8	106,7	95,4	104,8
Bogotá DC	73,4	89,3	90,5	101	70,8	101,3
Bolívar	77,5	85,4	83,2	45,4	73,4	44,3
Boyacá	79,8	98,0	94,8	95,4	70,2	94,7
Caldas	76,1	96,2	78,1	90	75,9	89,9
Caquetá	94,9	90,8	98,7	95,6	84,2	93,6
Casanare	87,5	96,5	91,9	97,7	77,5	96,6
Cauca	61,7	90,4	69,5	72	55,8	70,5
Cesar	92,1	101,4	98,6	95,5	75,7	92,5
Chocó	63,7	82,8	91,0	79,5	62,8	60,4
Córdoba	102,2	87,0	102,1	79,7	99,6	79,1
Cundinamarca	90,4	97,1	102,5	56,3	93,2	56,1
Guainía	52,7	109,0	77,3	123,6	37,5	100,5
Guaviare	47,0	102,9	67,9	99,6	42,7	97,7
Huila	101,6	92,3	106,5	92,5	85,8	92,3
La Guajira	80,6	95,7	97,9	110,5	74,0	101,8
Magdalena	88,2	93,5	92,9	75,5	87,8	73,2
Meta	85,7	92,1	91,2	98,7	78,7	99,3
Nariño	69,0	86,1	72,1	85,6	63,6	83,8
Norte de Santander	72,7	99,5	90,4	87,6	66,0	86,8
Putumayo	58,5	98,0	64,7	87	53,7	85
Quindío	80,2	92,4	88,2	97,4	80,2	97,2
Risaralda	92,8	98,7	101,1	104,2	89,1	103,1
San Andrés	96,5	90,0	81,4	85,9	90,5	85,7
Santander	68,0	86,3	81,7	83,9	63,2	84,1
Sucre	82,0	102,2	87,3	100,1	67,1	100,2
Tolima	106,6	94,6	110,1	84,4	98,4	83,4
Valle del Cauca	85,5	99,6	70,1	87,4	91,1	87,4
Zapés	42,2	74,4	84,3	96,3	35,6	75,9
Zichada	80,3	68,1	103,3	86,1	88,4	54
Total Nacional	81,3	93,6	89,5	89	77,5	87,6

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Ministerio de Salud.

También se puede observar una mejora persistente en los indicadores generales de salud de la población colombiana. Si bien no podemos decir que la evolución positiva entre 2000 y 2019 se debió únicamente al aumento del gasto en salud, muy probablemente la universalización del acceso a la salud y el aumento de la cobertura de los planes (principalmente en el régimen subsidiado) tuvieron un impacto positivo en la calidad de salud de la población.

Figura 14 – Indicadores de salud

	2000	2019
Esperanza de vida al nacer, total (años)	71	77
Mortalidad por ECV, cáncer, diabetes o ERC entre los 30 y 70 años exactos (%)	15	10
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	21	12
Tasa de fertilidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	95	62
Causa de muerte, por enfermedades transmisibles y condiciones maternas, prenatales y nutricionales (% del total)	14	10
Prevalence of anemia among pregnant women (%)	33	22
Prevalencia de anemia entre los niños (% de niños de 6 a 59 meses)	30	22
Bebés con bajo peso al nacer (% de nacimientos)	10	11

Fuente: World Development Indicators.

4. Conclusiones

Es incuestionable que el sistema de salud implementado con la Ley 100 de 1993 logró incrementar sustancialmente los gastos con salud de la población colombiana. Se estima que en 1993 el gasto total en salud ascendió a alrededor del 6% del PIB. En 2000, la OMS estima que los gastos de salud en el país fueron del 5,8% del PIB y aumentaron al 8,1% del PIB en 2019. Los gastos de salud aumentaron en gran parte de América del Sur durante este período. Sin Venezuela, el gasto promedio en salud de la región pasó de 6,4% del PIB en 2000 a 8,1% en 2019. Es decir, el crecimiento llevó a Colombia al promedio de América del Sur, muy por encima del promedio de los países de ingreso medio-alto (6,7% del PIB en 2019).

Al considerar el gasto en términos per cápita (en USD considerando paridad de poder adquisitivo), hubo un aumento de casi cuatro veces entre 2000 y 2019 (de 378 USD a 1276 USD). El promedio per cápita en América Latina (excluyendo nuevamente a Venezuela) creció de USD 572 a USD 1425. Colombia pasó del 65% del promedio de América del Sur a casi el 90% del promedio, una evolución sustancial, cuando el promedio creció más de tres veces. Considerando todos los países de ingresos medios-altos, Colombia pasa de un valor por debajo del promedio en 2000 (396 USD) a un valor por encima del gasto per cápita promedio en salud de estos países en 2019 (1112 USD).

Este crecimiento del gasto total y per cápita se distribuyó por igual entre los sectores público y privado. Como muestran las estadísticas de la OMS, la distribución del gasto entre 2000 y 2019 se ha mantenido prácticamente constante. Los gastos de bolsillo representan alrededor del 14% de los gastos per cápita en el país, tanto en 2000 como en 2019. Esta cifra es sustancialmente más baja

que la proporción de gastos directos de los hogares en salud en América del Sur y en los países de ingresos medios altos, que están cerca al 30%.

El aumento del gasto en salud desde 1993 ha sido consistente, acercando al país a los montos gastados en salud de los países de la región y de ingreso medio-alto. Este aumento del gasto estuvo asociado a la afiliación universal de la población al sistema de seguridad social en salud, que ahora implícitamente garantiza el acceso a todos los servicios de salud. En otras palabras, el aumento de los gastos no se produjo a costa de un aumento de los gastos directos del hogar.

La financiación del gasto exigió un esfuerzo fiscal que, en los últimos años, ha resultado insuficiente para mantener el nivel de gasto alcanzado. La recaudación mediante cotizaciones obligatorias garantiza el financiamiento del régimen contributivo, pero no alcanza para cubrir todos los gastos del régimen subsidiado. El financiamiento del régimen subsidiado depende de la recaudación de impuestos generales y aportes directos del Presupuesto General de la Nación. Con el tiempo, el sistema pasó a depender cada vez más de estos recursos fiscales.

La expectativa inicial al momento de la aprobación de la Ley 100 en 1993 era que el régimen subsidiado tendría cada vez menos importancia en el sistema de seguridad social. La proyección de una reducción en el porcentaje de pobres y trabajadores del sector informal llevó a diseñar un futuro en el que el sistema de salud sería financiado principalmente por aportes obligatorios de empleados y empleadores. Pero eso no es lo que pasó. Hoy el sistema se divide por igual entre los afiliados al régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado.

A pesar del aumento de los gastos, el acceso a los servicios de salud sigue siendo muy desigual en el país. Las diferencias de ingresos, urbanización y densidad de población implican una red de prestación de servicios que puede considerarse excelente en términos internacionales, como en Bogotá, pero que también deja a muchos con muy bajo acceso a los servicios básicos de salud. Sin embargo, los avances en términos de indicadores de salud en las últimas dos décadas son inequívocos.

Uno de los puntos principales de la reforma propuesta por el gobierno de Petro en 2023 es la ampliación de la red de prestación de servicios básicos de salud para garantizar que las regiones escasamente pobladas tengan acceso a estos servicios. La reforma va acompañada de la centralización de ingresos y gastos en ADRES, bajo la dirección del Ministerio de Salud. Se estima que la reforma propuesta resultará en un aumento aún mayor en el gasto total en salud. Aunque deseable para una parte de la población, la cuestión abierta es su financiación. La sostenibilidad financiera del SGSSS no está garantizada.

En las últimas tres décadas, ha habido avances significativos en términos de aumento del gasto en salud a través de un sistema inclusivo, aunque todavía es bastante desigual. La búsqueda de una mejor distribución de estos beneficios no puede ser a expensas de reducir el acceso general a los servicios actualmente disponibles para la gran mayoría de los colombianos. También debe

garantizarse la sostenibilidad financiera del sistema. El movimiento paulatino hacia la expansión de la financiación a través de impuestos generales y recursos directos del Presupuesto General implica que hay una decisión del conjunto de la sociedad de invertir en un sistema sanitario universal. La pregunta es si hay recursos financieros y técnicos para garantizar la expansión y profundización del sistema actual.

5. Referencias

- ASOCIACIÓN NACIONAL DE EMPRESARIOS DE COLOMBIA – ANDI. La Gran Encuesta del Sistema de Salud en Colombia. 2023. Disponible en: <https://bit.ly/3kj5auj>. Acceso en: 16 jul. 2023.
- ANIF. Centro de Estudios Económicos. Aseguramiento: la base para proteger la salud de los colombianos. 2022.
- BÁRON-LEGUIZAMÓN, G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. *Rev. Salud Pública, Bogotá*, v. 9, n. 2, p. 167-179, 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000200002. Acceso en: 5 jul. 2023.
- BARÓN-LEGUIZAMÓN, G. Composición y evolución del gasto en salud de Colombia y su financiamiento en el período 2013-2018. *Rev. Salud Pública, Bogotá*, v. 24, n. 1, p. 1-9, 2022. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v24n1/0124-0064-rsap-24-01-1h.pdf>. Acceso en: 5 jul. 2023.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>. Acceso en: 15 jul. 2023.
- ESPINAL-PIEDRAHITA, J. J.; RESTREPO-ZEA, J. H. Financiamiento del sistema de salud colombiano: tendencias y desafíos. *Rev. Salud Pública, Bogotá*, v. 24, n. 1, p. 1-8, 2022. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/103057/83626>. Acceso en: 5 jul. 2023.
- GRUPO BANCOLOMBIA. Reforma a la salud: puntos clave y aspectos a evaluar de las propuestas en Colombia. 2023. Disponible en: <https://www.bancolombia.com/empresas/capital-inteligente/actualidad-economica-sectorial/puntos-clave-reforma-salud-2023>. Acceso en: 20 jul. 2023.
- MEJÍA, L. F. Sostenibilidad fiscal y financiera del sistema de salud colombiano. Bogotá: Fedesarrollo, 2022. Disponible en: <https://www.anif.com.co/wp-content/uploads/2022/08/luis-fernando-mejia-fedesarrollo.pdf>. Acceso en: 5 jul. 2023.
- MENDIETA, D.; ELENA, C. ¿Qué ha pasado con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia del sistema general de seguridad social en salud de Colombia? *Revista Brasileira de Políticas Públicas, Brasília*, v. 10, n. 1, p. 87-102, 2020. Disponible en: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/6487/pdf>. Acceso en: 5 jul. 2023.

- MINISTERIO DE SALUD. Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2020. 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/estudio-sostenibilidad-2020.pdf>. Acceso en: 15 jul. 2023.
- MINISTERIO DE SALUD. Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/estructura-gasto-salud-publica-colombia.pdf>. Acceso en: 17 jul. 2023.
- MINISTERIO DE SALUD. Número de afiliados por departamento, municipio y régimen. 2023. Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Protecci-n-Social/N-mero-de-afiliados-por-departamento-municipio-y-r/hn4i-593p>. Acceso en: 20 jul. 2023.
- OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD – NOS. Acceso a servicios de salud en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, 2019. (Informe técnico 11). Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>. Acceso en: 23 jul. 2023.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD GLOBAL – OMS. Health Expenditure Database. 2023. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database>. Acceso en: 8 mayo 2023.
- PAYAN, N. C.; OLAYA, S. M. M. Barreras de acceso al servicio de salud en el contexto colombiano a partir de la promulgación del derecho a la salud en la legislación colombiana. Cali: Universidad Santiago de Cali. 2019. Disponible en: https://adccraneofacial.org/Media/adccraneofacial/Clientes/blog/2019_BARRERAS-DE-ACCESO.pdf. Acceso en: 17 jul. 2023.
- RESTREPO-ZEA, J. H. Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? Rev. Salud Pública, Bogotá, v. 24, n. 1, p. 1-10, 2022. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v24n1/0124-0064-rsap-24-01-1f.pdf>. Acceso en: 5 jul. 2023.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

Maria Antonieta Del Tedesco Lins

Resumen

Para definir en pocas palabras el sistema de salud mexicano, hay que decir que está conformado por una compleja estructura de instituciones y reglas. El objetivo de lograr la cobertura universal en salud se encuentra entre las prioridades políticas del Estado mexicano, como lo demuestra la larga serie de reformas que ha sufrido desde principios del siglo XX. Este trabajo busca presentar de manera sintética la estructura, formas de funcionamiento y alcances del sector salud en México. Los indicadores relacionados con el gasto público, la cobertura poblacional del sistema y las condiciones de salud del país muestran que ha habido un avance innegable en los últimos veinte años. Sin embargo, a pesar de las constantes transformaciones, el sistema sigue fragmentado y aún no alcanza la cobertura de los grupos más necesitados de la población.

1. Introducción

La ley garantiza a los ciudadanos mexicanos el acceso a la salud. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4, dice que

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

El propósito de este artículo es presentar un panorama del sector salud mexicano, con especial atención al proceso de financiamiento y acceso a la salud de la población en su conjunto. Para ello, es fundamental comprender cómo se crearon las instituciones encargadas de garantizar la salud, la división de atribuciones entre el Estado y el sector privado, así como la provisión de atención y prevención en salud que ofrece el sistema y el acceso efectivo de los ciudadanos a estos cuidados.

Los gastos en salud no deben ser considerados gastos ordinarios, sino deben ser vistos como inversión. La inversión en salud es indispensable para el desarrollo sostenible y el progreso de cualquier nación. Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todos sus ciudadanos.

La inversión en salud es vital para los gobiernos por distintas razones: (1) permite la mejora de la calidad de vida, lo que a su vez contribuye al desarrollo humano y al bienestar general; (2) actúa reduciendo la carga de enfermedades. La inversión en programas de prevención, detección temprana y tratamiento de enfermedades ayuda a reducir esta carga, mejorando la salud de la población y reduciendo los costos asociados con el tratamiento de enfermedades evitables; (3) puede ayudar a cerrar las brechas de salud entre diferentes grupos de la sociedad, garantizando que todos tengan acceso a servicios de salud de calidad, independientemente de su origen socioeconómico, género, etnia o ubicación geográfica; (4) fortalece la resiliencia sanitaria, de manera a preparar a los gobiernos para hacer frente a crisis sanitarias, como epidemias y pandemias; (5) es una base sólida para el crecimiento económico al reducir los costos asociados con la enfermedad y la discapacidad, y al aumentar la productividad laboral; (6) además de todos los factores ya mencionados, mejora la imagen y la legitimidad del gobierno.

Luego de esta introducción, se realizará una breve retrospectiva de las medidas que constituyeron la estructura institucional de las políticas de salud en México. Una tercera sección está dedicada a describir la organización del sistema de salud mexicano y sus fuentes de financiamiento. Luego, una sección dedicada al gasto en salud busca mostrar el compromiso del Estado con esta política y su evolución de 2000 a 2020. Habiendo presentado el sistema y su estructura de financiamiento, la quinta sección busca identificar el acceso a la salud con el apoyo de indicadores de cobertura —por distribución de la población beneficiaria y atendida— y de algunos indicadores nacionales de salud. Finalmente, se hacen consideraciones finales, buscando comprender la lógica del sistema, sus puntos de éxito y eventuales debilidades.

2. La construcción institucional del sistema de salud mexicano: breve historia

El tema de la salud ha sido una prioridad en las políticas públicas desde la Revolución Mexicana (1910-1917). Al considerar el conjunto de transformaciones institucionales implementadas en el sector salud desde principios del siglo XX, entre los principales factores que se destacan están: la consolidación de las políticas de salud entre las prioridades de política pública, la importancia de distribuir atribuciones y responsabilidades entre el Estado —y, dentro del sector público, la división de tareas entre la federación, los estados y municipios— y los actores privados.

Al tratar de comprender la organización estructural del sistema mexicano de salud y bienestar, llama la atención la cantidad de reformas y cambios institucionales establecidos a lo largo del tiempo, así como la complejidad del conjunto de instituciones que conforman el sistema. Si bien no es responsabilidad de este trabajo hacer un historial detallado de las transformaciones sufridas por el sistema, es importante señalar algunos de los pasos implementados con respecto a las instituciones involucradas a fin de comprender mejor su estructura actual.

Rodríguez de Romo y Pérez (1998) enfatizan la situación paradójica que caracterizó la situación de salud del país a principios del siglo XX, en el que la extrema desigualdad social y la esperanza de vida en la marca de los 27,5 años convivieron con un proceso de desarrollo científico notable, que absorbió las innovaciones en curso en Europa. Los problemas relacionados con la calidad de vida de los trabajadores y los efectos de la fuerte desigualdad social y de ingresos estuvieron en el origen de los movimientos revolucionarios y debieron ser abordados desde las primeras décadas de ese siglo. De esta forma, la lucha contra las epidemias, el hambre y la precariedad de las condiciones sanitarias estuvieron en el punto de mira de las principales medidas adoptadas en ese período, con énfasis en la protección de los trabajadores, el desarrollo de vacunas, así como el aumento del acceso a agua potable y saneamiento (Rodríguez de Romo y Pérez, 1998).

En 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública, que inauguró la atención de la salud en el país, distinguiendo entre políticas federales, estatales y municipales, comenzando con las campañas de vacunación y atendiendo la salud en las fronteras. El impulso al desarrollo de la salud pública persistió en la década de 1920, con la inauguración, en 1922, de la Escuela de Salubridad, predecesora de la Escuela de Salud Pública, creada en 1954. Las décadas de 1920 y 1930 estuvieron marcadas por la continuidad de las políticas de la salud, con la intención de ampliar el acceso más allá de programas específicos y promovidos por asociaciones benéficas hasta ese momento. El período incluyó iniciativas como la creación de hospitales, el establecimiento de leyes para la protección del trabajo¹, el avance de la atención a la salud y la expansión de las políticas de salud para las zonas rurales. Vale la pena mencionar la creación, en 1937, de la Secretaría de Asistencia cuyo objetivo fue ampliar la atención de la salud a diferentes segmentos sociales, creando una política de salud estatal, además de las actividades caritativas promovidas por instituciones religiosas². Según Bustamante (1983, p. 466),

La declaración presidencial introdujo en la naciente asistencia pública el sistema de coordinación de los servicios del gobierno federal con los de los estados y de los municipios, sistema establecido experimentalmente en 1932 y convertido en ley de agosto de 1934 para regir la coordinación y cooperación de los servicios sanitarios en la República.

La década de 1940 trajo importantes hitos institucionales, configurando las bases del sistema de salud pública en México. El decreto presidencial del 15 de octubre de 1943 determinó la fusión del Departamento de Salubridad Pública con la Secretaría de Asistencia Pública, dando origen a la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) (Rodríguez de Romo y Pérez, 1998, p. 9;

¹ El 18 de agosto de 1931 se promulgó la Ley Federal del Trabajo (Rodríguez de Romo y Pérez, 1998, p. 8).

² Decreto del 31 de diciembre de 1937, bajo el gobierno de Lázaro Cárdenas.

Bustamante, 1983). En el mismo año se crean el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)³, el Hospital Infantil de México y la Sociedad Mexicana de Higiene⁴ (Gómez-Dantés y Frenk, 2019).

Las décadas de 1950 y 1960 continuaron con el fortalecimiento de la idea de que las políticas de salud son instrumentos fundamentales para el proceso de modernización de la economía y la sociedad. Importantes instituciones creadas en el período son el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE⁵) y el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI). Ambos están ahora fusionados en el Sistema Nacional DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia⁶). En 1973, se inició el Plan Nacional de Salud, proyectando la política para diez años. Por ello, diez años después, en 1983, una reforma constitucional introdujo el derecho a la salud, que sería reconocido en 2011 como un derecho humano (González Block et al., 2020). En marzo de 1985, la SSA se transformó en la Secretaría de Salud (SSa). Bajo un plan de desarrollo, el Plan Nacional de Desarrollo (1983-88), se creó un plan nacional para el sector salud. Se inició un proceso de descentralización a mediados de la década de 1980. La ley general de salud de 1984⁷, que sufrió numerosas reformas a lo largo del tiempo hasta 2023, es el documento principal en el que se describen todos los objetivos de la política de salud, las competencias y las instituciones que participan en el sistema. Según Krasniak et al. (2019), las reformas de la década de 1980 formaron parte del conjunto de negociaciones con organismos multilaterales —el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial— en el marco de las políticas de ajuste propuestas por estos tras la crisis financiera del país en 1982.

Acercándose al período actual, se destaca la reforma de 2003, que estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que involucra a los gobiernos federal y estatal y es operado por el Seguro Popular (Gómez-Dantés et al., 2011; Krasniak et al., 2019; González Block et al., 2020), un plan de salud con subsidio del gobierno dirigido a la población sin seguridad social. El objetivo del SPSS era llevar al país hacia la cobertura universal de salud mediante el fortalecimiento de los mecanismos de financiamiento del acceso a la salud de una porción muy importante de la población, que realiza actividades informales o por cuenta propia —lo que, a principios de la década de 2000, representaba cerca de la mitad de la población económicamente activa— y que deberá incorporarse paulatinamente al Seguro Popular. El SPSS no pretendía incluir a estos grupos en el sistema general de salud (González Block et al., 2020).

³ Dedicado a cubrir a los trabajadores del sector privado que participan en la economía formal.

⁴ Gobierno de México, Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/78-anos-de-la-secretaria-de-salud>.

⁵ Fundada el 30 de diciembre de 1959 por el presidente Adolfo López Mateos

⁶ Creado por ley en 1986, a partir de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) y el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) en 1977 (ver: <https://www.gob.mx/difnacional#13746>).

⁷ Ley General de la Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0.

En 2006, el gobierno de Felipe Calderón lanzó una estrategia de portabilidad y convergencia, buscando alcanzar la cobertura universal a través de la coordinación de los servicios públicos, por parte de las instituciones federales y las secretarías de salud estatales. En esta política, la portabilidad otorgaba a los ciudadanos la posibilidad de utilizar los servicios públicos de la entidad pública responsable de financiar el servicio. A su vez, la convergencia significaba facilitar el acceso a los servicios para garantizar la portabilidad.

Más precisamente, el objetivo era lograr que hubiera un uso más equilibrado de las instituciones de salud, como hospitales y puestos de servicio, tanto los federales más antiguos (especialmente en el IMSS y el ISSSTE), que operaban a su máxima capacidad, como los hospitales nuevos creados por el Seguro Popular, que fueron infrautilizados. Con esto también se buscó hacer más eficiente la gestión de estas instituciones y reducir costos. En 2014, se implementó una reforma para aumentar las responsabilidades del SPSS.

El gobierno de Peña Nieto (2012-2018) continuó con la estrategia de portabilidad y convergencia, aún con problemas de gestión. En 2018, el gobierno de López Obrador reemplazó el SPSS por una política de servicios de salud y medicamentos gratuitos (González Block *et al.*, 2020).

En julio de 2019, se envió al parlamento un proyecto de decreto para reformar la Ley General de Salud. A partir de la constatación de que, en sus quince años de actividad, el Seguro Popular no había logrado garantizar la cobertura universal a la población mexicana, el proyecto propuso la creación de un organismo desconcentrado, vinculado a la Secretaría de Salud, para llevar a cabo las funciones asignadas a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). De esta reforma nacería el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI⁸), cuyo objetivo es promover y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, de medicamentos a las personas sin acceso a la seguridad social, además de, en el trabajo coordinado con la Secretaría de Salud, buscar una mejor integración y articulación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud⁹.

Otros cambios a la institucionalidad vendrían en 2022 y 2023¹⁰, a través de un proyecto que reforma la Ley General de Salud, extinguiendo formalmente al INSABI y creando otro modelo para atender a la población sin acceso a estructuras de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social Bienestar, IMSS-BIENESTAR. Reconociendo el fracaso del INSABI, el cambio es una iniciativa más para federalizar la atención en salud y dispone que las entidades federativas, mediante convenios de colaboración, podrán transferir su infraestructura física y humana al

⁸ INSABI reemplazó al Seguro Popular en 2020, poco antes del inicio de la pandemia.

⁹ La Ley General de Salud (LGS) fue reformada el 29 de noviembre de 2019, misma fecha en que se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) por Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

¹⁰ El 23 de abril de 2023 se aprobó otra modificación, cancelando INSABI.

IMSS, que será el encargado de brindar los servicios a la población desatendida por la seguridad social (Cortés Adame, 2022¹¹).

Según el propio IMSS en su página web,

IMSS Bienestar es un modelo que se llama Beveridge o de medicina socializada, donde tanto el pagador como el prestador del servicio de salud son públicos. [...] Fundamentalmente [...] IMSS Bienestar es un modelo con un proveedor de atención médica centralizado y que deja atrás la idea de un pagador público que financiaba al menos 32 prestadores públicos y privados que generaban desigualdades en el acceso a servicios.

A lo largo del período descrito y de las transformaciones institucionales, el objetivo anunciado del sistema siempre ha sido alcanzar la cobertura universal en salud, lo que aún aparece como una meta incumplida. La larga y compleja secuencia de reformas instauradas en el sistema de salud mexicano no parece haber logrado resolver profundos problemas estructurales comunes a varios países emergentes de América Latina, como son, entre otros: (i) el establecimiento de una estructura de financiamiento estable; (ii) la adecuada focalización de las políticas y garantía de acceso a los grupos de población objetivo; y (iii) la dificultad en la comunicación entre los diferentes programas e instituciones dedicadas a la atención de la salud. En la evaluación de González Block *et al.* (2020), el Sistema Nacional de Salud mexicano no es un conjunto integrado, sino la suma de medidas coordinadas entre instituciones federales, estados y el sector privado.

3. Estructura del sistema de salud

El sistema de salud mexicano está compuesto por tres componentes principales que operan en paralelo: 1) esquemas de seguro social, 2) servicios de asistencia pública para los no asegurados, apoyados por un esquema de protección financiera y 3) un sector privado compuesto por proveedores de servicios, compañías de seguros y fabricantes y distribuidores de dispositivos médicos y farmacéuticos. Los esquemas de seguridad social son administrados por instituciones nacionales centralizadas, mientras que la cobertura para los no asegurados es operada por autoridades y proveedores estatales y federales (González Block *et al.*, 2020).

En México, el acceso a la salud está condicionado a la situación laboral del individuo. Los empleados de los sectores formales de la economía tienen derecho a la seguridad social, que les garantiza el acceso a la atención médica gratuita. La población que realiza actividades informales

¹¹ Información disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/imss-bienestar-como-vamos>.

y los trabajadores por cuenta propia pueden acudir a los servicios que brinda la SSa y los servicios públicos de salud, pero hay ocasiones en que la oferta de estos servicios es insuficiente, lo que los obliga a pagar los servicios médicos y medicamentos (gastos de bolsillo). Una parte importante de la población económicamente activa está empleada en el sector informal: según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el primer trimestre de 2023, la tasa de informalidad en el mercado laboral era de 55,2%¹².

Cuadro 1 – Organización del sistema de salud mexicano

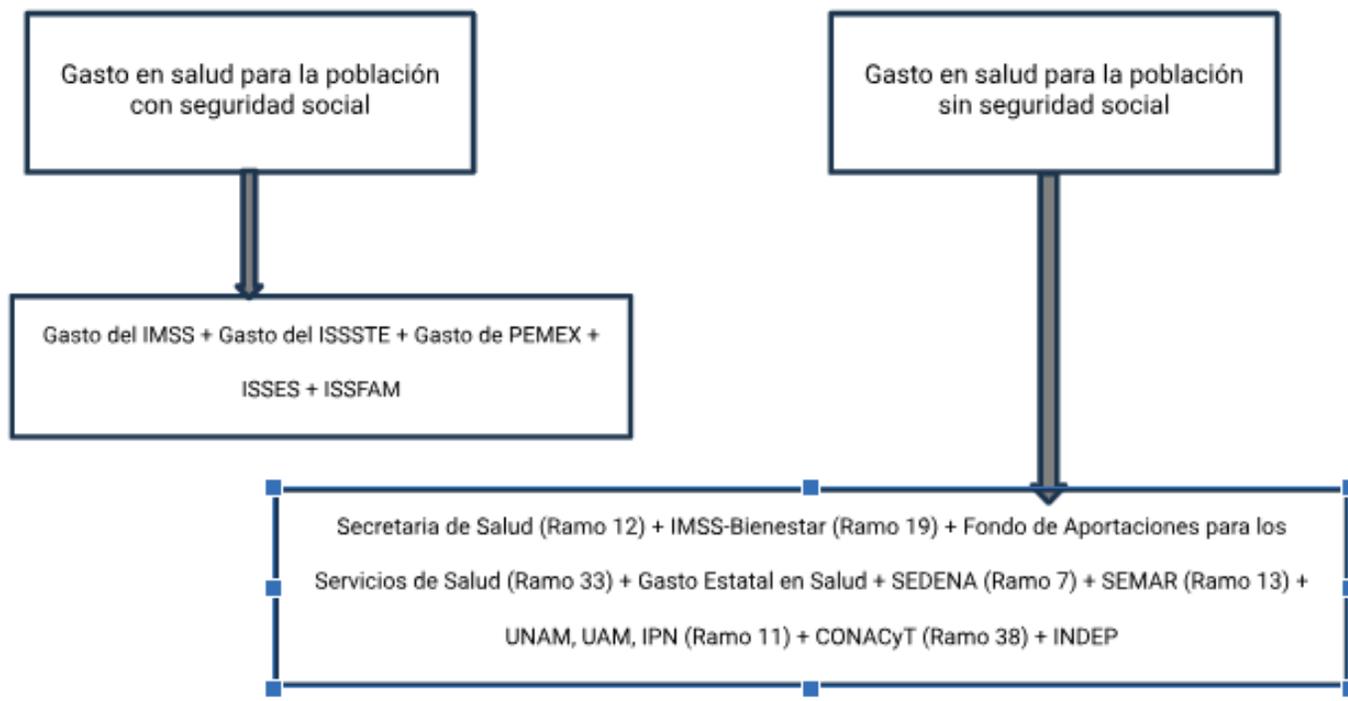
	Seguridad social de salud			Salud corporativa		Salud pública / Asistencia	Prácticas laborales
Agencia / Sector	IMSS	ISSSTE	ISSSTEs estatales	PEMEX	Fuerzas armadas	Gobiernos federal y estatales	Sector privado
Funding	Contribuciones tripartites	Contribuciones bipartites	Contribuciones bipartites	Presupuesto	Presupuesto	Impuestos / gastos de bolsillo	Gastos de bolsillo, seguridad privada
Provisión	- IMSS para mayoría - Secretaría de Salud y privado si necesario	- ISSSTE para mayoría. - Secretaría de Salud y privado si necesario	- ISSSTE federal, propio y privado	PEMEX, privado y IMSS	Propio	- Proveedores federales y estatales - Secretaría de Salud y Proveedores privados para servicios especiales - IMSS separado para pobres rurales	- Proveedores privados - Secretaría de Salud para cuidados terciarios
Cobertura	Sector privado com seguridad	Burocracia estatal	Burocracia federal	Trabajadores	Cuerpo	Sin seguridad	Sin seguridad, autoasegurado, disatisfecho

Fuente: González Block *et al.*, 2020, p. 33. Nota: El ancho de las columnas indica el tamaño aproximado de la financiación, provisión y cobertura.

La estructuración de la política de salud en México es bastante compleja y fragmentada, especialmente en lo que se refiere al desempeño del sector público, que agrupa a las instituciones que atienden a la población vinculada a la seguridad social y sin acceso a ella. Así, el gasto público total en salud incluye los gastos con estos dos segmentos de la población. Las notas metodológicas presentadas por la SSa en la publicación de la Base del Gasto Público en Salud 2003-2021 resumen el sistema, como se muestra a continuación, según los componentes de los dos gastos.

¹² Datos disponibles en: <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/>.

Cuadro 2 – Composición del gasto público en salud



Fuente: Elaboración de la autora con base en la Secretaría de Salud (2023).

4. Financiación del sistema de salud

4.1 Fuentes

El sistema de salud mexicano está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público incluye instituciones de seguridad social, como se vio anteriormente¹³, que brindan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, e instituciones que protegen o brindan servicios a la población sin seguridad social. El sector privado brinda servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: aportes gubernamentales, aportes patronales —que en el caso del ISSSTE, de PEMEX, de la SEDENA y de la SEMAR es el mismo gobierno— y aportes de los trabajadores. Estas instituciones brindan sus servicios y sus propias instalaciones y personal. La SSa se financia con recursos del gobierno federal y estatal, además de un pequeño aporte que pagan los usuarios cuando reciben la atención (tasas de recuperación). La población a cargo de la SSa es atendida en las instalaciones de estas instituciones, las cuales cuentan con su propio personal. El ex-SPS se financiaba con cuotas federales, estatales y familiares y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa (y,

¹³ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), *inter alia*.

en algunas ocasiones, a proveedores privados). El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de la atención y las primas de seguros médicos privados, y brinda servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez-Dantés *et al.*, 2011).

Los documentos que acompañan a la base de datos de salud de México brindan una descripción detallada de las fuentes de financiamiento de la salud por parte del Estado. Basado en la Secretaría de Salud (2023)¹⁴, a continuación, se enumeran todas las fuentes de financiamiento para la atención y otras actividades relacionadas con la salud y la seguridad social en México. La variedad de fuentes y el gran número de instituciones involucradas en los servicios de salud confirman, una vez más, la complejidad del sistema. Los organismos responsables del financiamiento son los siguientes:

1. Secretaría de Salud (SSa): recibe fondos del gobierno federal y los transfiere a sus unidades centrales, y órganos descentralizados (Ramo 12 del gobierno federal).

2. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA): pertenece al Ramo 33 del gobierno (“Aportaciones Federales para Entidades y Municipios”) y está destinado a atender poblaciones en los treinta y dos estados de la federación sin acceso a otros programas de salud.

3. Programa IMSS-BIENESTAR (IMSS-B): financia su funcionamiento con recursos federales provenientes del Ramo 19 (“Aportaciones a Seguridad Social”), los cuales se utilizan para brindar servicios de salud a poblaciones en zonas rurales, con alta marginación. Hasta 2019, el IMSS-B también recibía recursos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), provenientes de la Subdirección 12 de la SSa para apoyar programas de desarrollo en zonas desfavorecidas.

4. Gasto del Estado en Salud (GE): realizado por las entidades federativas con recursos propios.

5. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): recibe fondos de las contribuciones de los trabajadores, patrones y el gobierno federal. Brinda atención médica a los trabajadores del sector formal de la economía.

6. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE): recibe recursos del gobierno federal y de aportes de los servidores públicos. Es responsable de los servicios de salud y seguridad social a los empleados del Estado.

7. Petróleos Mexicanos (PEMEX): ofrece asistencia a sus empleados con recursos de la empresa.

8. Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR): son financiadas por el gobierno federal (Ramo 7 y Ramo 13 respectivamente) con fines de defensa, con el

¹⁴ Documentos y datos disponibles en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sicuentas_gobmx.html.

propósito de contribuir a los programas de protección ambiental y apoyo social en regiones con la más alta pobreza y de difícil acceso.

9. Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM): recibe fondos del gobierno federal y de las fuerzas armadas para brindar servicios médicos y de seguridad social.

10. Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES): reciben aportes de los gobiernos estatales y cuotas de los servidores públicos y brindan atención médica a los empleados estatales.

11. Presupuesto de las Universidades (Ramo 11): se destinan del presupuesto recursos para la prestación de servicios de salud e investigación.

12. Presupuesto del Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACYT-Sede 38): se utiliza para investigación en salud.

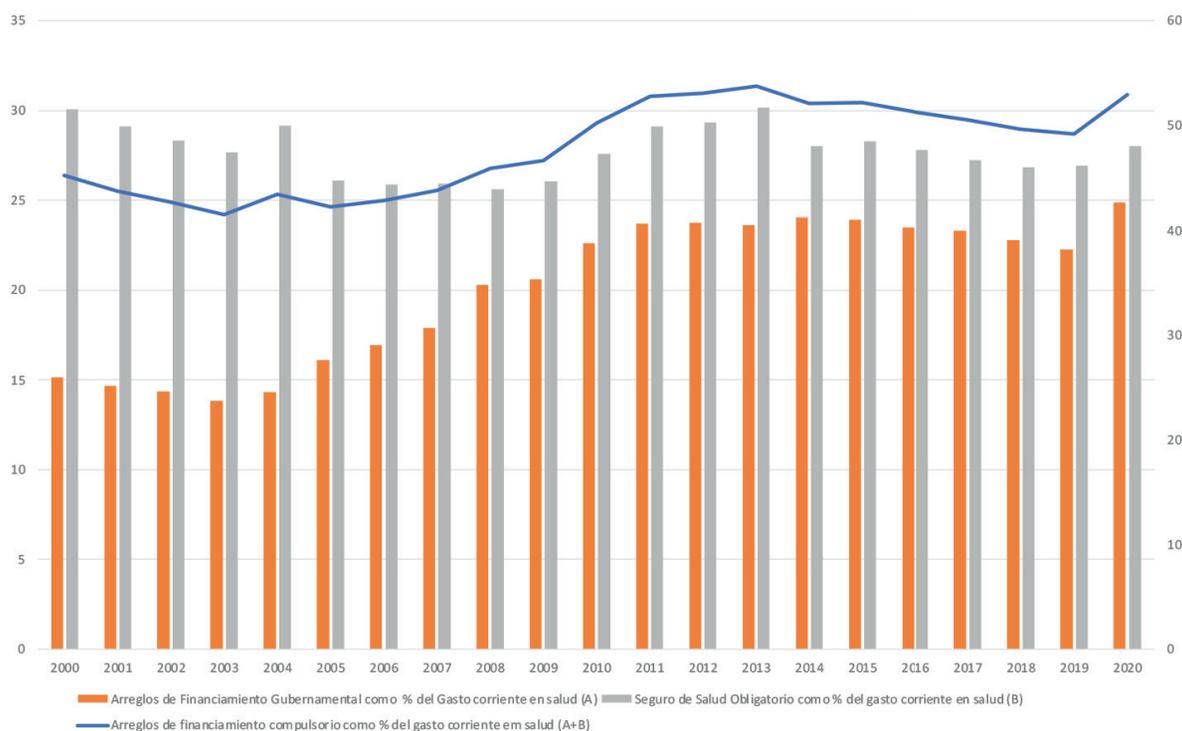
Hasta el momento, solo se ha presentado la estructura del financiamiento público para la salud. Durante la pandemia, hubo un movimiento de cooperación entre el sector público y privado de la salud, con el objetivo de atender la creciente demanda. Por el lado privado, se creó la Alianza de Prestadores Privados de Servicios en Salud (APPSS), integrada por: Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP), Consejo Mexicano de Empresas de Diagnóstico Médico (Comed), Consorcio Mexicano de Hospitales (CMH) y Asociación Mexicana del Sector Óptico (AMSO) (Ramírez Coronel, 2022).

4.2 Distribución del presupuesto de salud

Luego de conocer la estructura del sistema y las formas en que se financia la salud pública, esta sección busca brindar evidencia sobre el comportamiento del gasto en salud en México, analizando primero el gasto total y luego verificando la distribución entre gasto público y privado, así como el patrón de gasto del sector público.

Desglosando la composición del gasto público según los esquemas de financiamiento obligatorio establecidos por el gobierno, se observa un crecimiento más expresivo en los esquemas de financiamiento directo del gobierno que en las estructuras de seguridad social obligatoria, lo que se explica por el mantenimiento de las reglas de seguro obligatorio. Los recursos recaudados en esta categoría tuvieron una participación relativamente estable, en torno al 30% del gasto total en salud, mientras que otros mecanismos de financiación pública ganaron importancia, pasando del 15% del gasto corriente total en 2000 al 25% en 2020.

Gráfico 1 – Distribución del gasto público actual en salud



Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

4.3 Prioridades del gasto en salud

En México, las áreas priorizadas de gasto en salud incluyen:

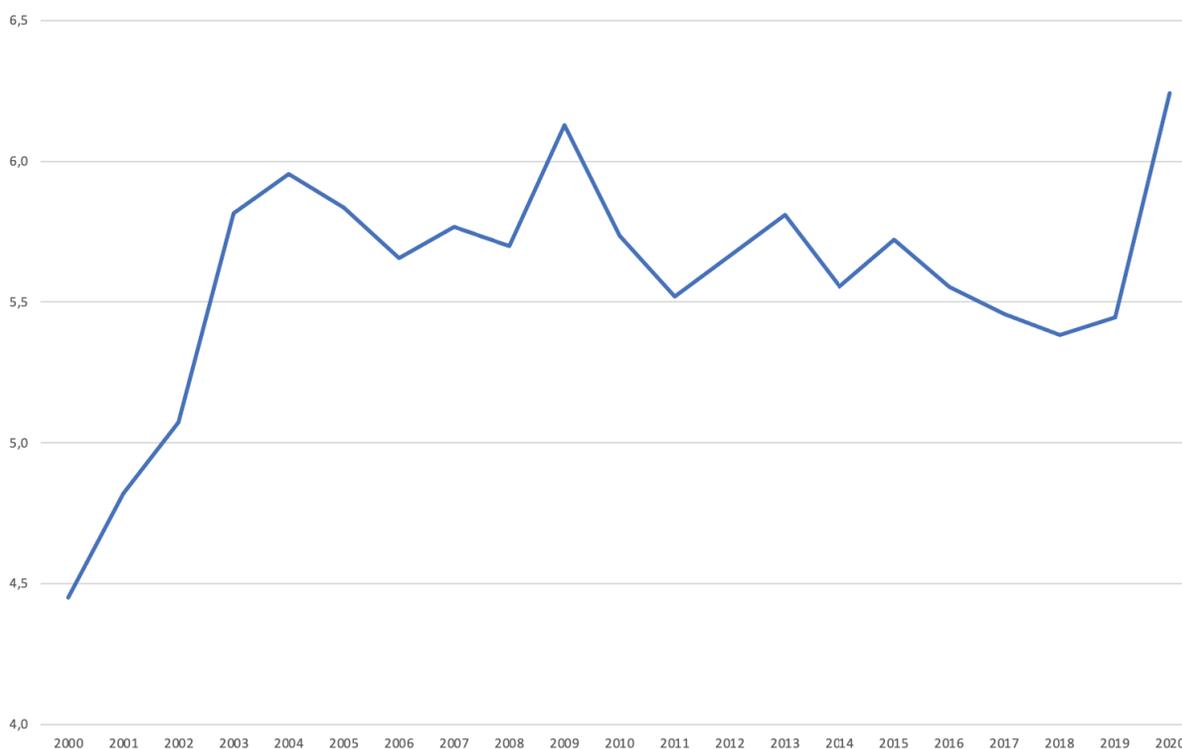
1. Acceso a medicamentos: acciones para garantizar que la población tenga acceso a medicamentos esenciales y de calidad a precios accesibles, así como políticas para combatir la falsificación y garantizar la seguridad de los medicamentos.
2. Atención médica: se refiere a la provisión de servicios de salud, tanto en términos de atención primaria como especializada, con énfasis en la accesibilidad para los ciudadanos.
3. Prevención y promoción de la salud: políticas para prevenir enfermedades a través de programas de vacunación, educación en salud, campañas de prevención de enfermedades crónicas, entre otros.
4. Infraestructura y capital humano: gastos con el objetivo de mejora y expansión de la infraestructura de salud, incluyendo la construcción y equipamiento de hospitales, centros de salud y unidades médicas. Se incluyen también gastos en formación y capacitación del personal de salud.

5. Investigación y desarrollo: esfuerzos de inversión en investigación y desarrollo en el ámbito de la salud de manera a impulsar la innovación, mejorar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y fortalecer la capacidad científica y tecnológica en el sector salud.

4.4 Salud en el presupuesto público y la economía

El gasto total, medido como proporción del producto interno bruto (PIB), ha evolucionado favorablemente en las últimas dos décadas, pasando de 4,4% en 2000 a 6,2% del PIB en 2020, como se muestra en el Gráfico 2. El año 2009 muestra un crecimiento en relación con el patrón de la década, que debe entenderse como resultado de la fuerte caída de la actividad económica producto de la crisis financiera mundial, particularmente fuerte para la economía mexicana, que tuvo una caída de 5,4% en ese año. También vale la pena mencionar 2020, ya que el PIB cayó un 8%. Así, aun considerando la variedad de canales de financiamiento del sector salud, su complejidad y una clara dirección para atender a la población sin acceso a esquemas formales de salud, el gasto público agregado no creció de manera muy significativa.

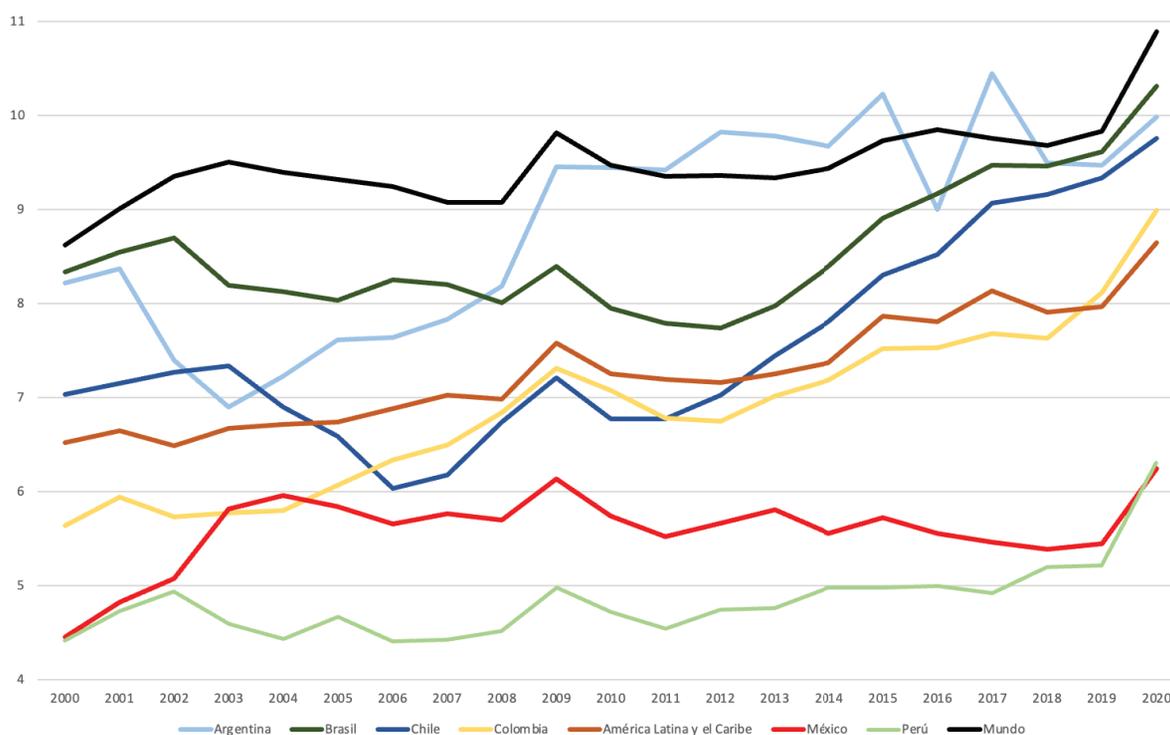
Gráfico 2 – Gasto corriente en salud como % del PIB



Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

Si bien el gasto total en salud muestra una tendencia creciente, su magnitud, en comparación con otros países de América Latina, muestra que los gastos en México son muy inferiores a los de otras grandes economías de la región, así como a su promedio.

Gráfico 3 – Evolución del gasto en salud como % del PIB en países seleccionados de América Latina y el mundo



Fuente: Elaborado por la autora con datos del Banco Mundial (2023).

El Gráfico 3 muestra que, en 2020, primer año de la pandemia de COVID-19, para un gasto promedio de 8,7% en América Latina, México gastó 6,2%, mientras que Argentina, Brasil y Chile tuvieron un gasto de 10%, cerca del gasto medio mundial, que ese año fue del 10,9% del PIB.

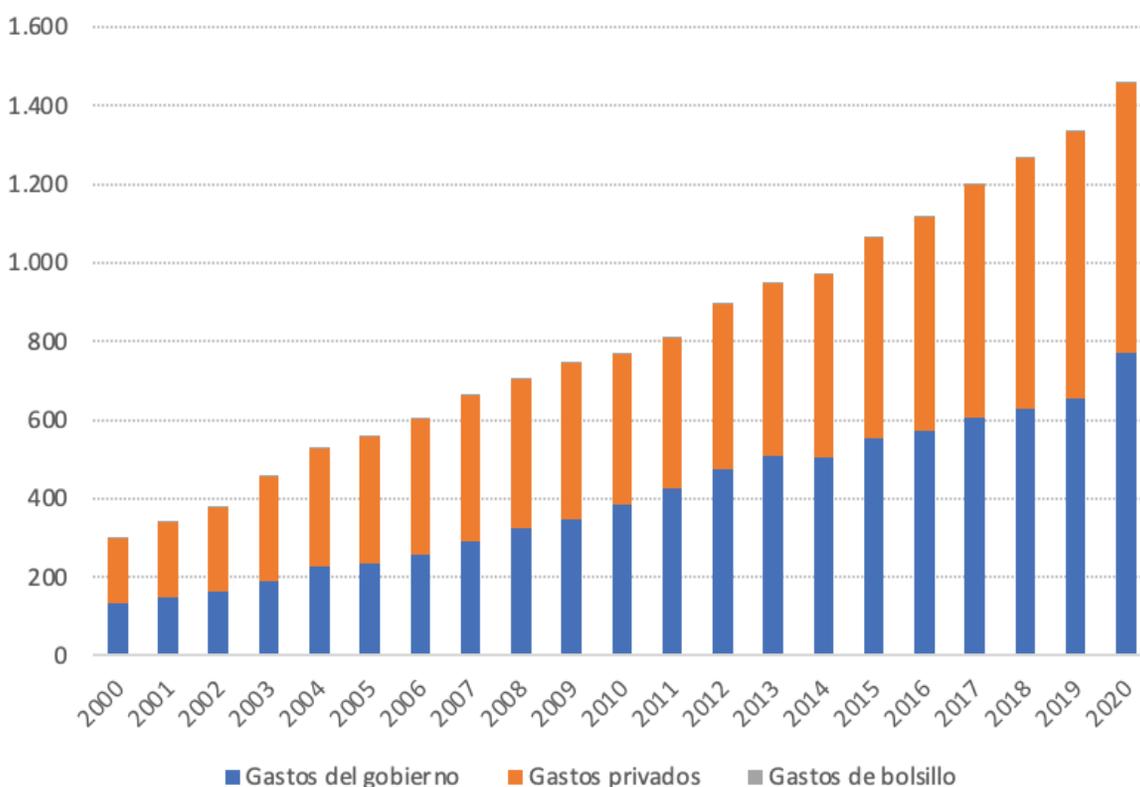
En un análisis del presupuesto de salud mexicano, el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) (2024), tras revisar los cambios institucionales llevados a cabo en el sector salud mexicano durante los últimos diez años, concluye que hay mucho por hacer para lograr una adecuada cobertura de atención a la población. En su introducción, el texto afirma:

El bajo nivel de gasto en el sector salud ha dado lugar a una brecha presupuestaria de aproximadamente tres puntos del Producto Interno Bruto (PIB) y sostenida durante dos décadas. El Sistema Público de Salud en México no sólo destina menos de la mitad del presupuesto que

sugieren organismos internacionales o de lo que destinan países latinoamericanos como Argentina, Brasil o Costa Rica; y que comparten características de gobiernos subnacionales (CIEP, 2024, p. 2)¹⁵.

Aún para delimitar el cuadro general de los gastos, se puede observar la evolución en dólares corrientes del gasto doméstico en salud en el Gráfico 4. Si bien los datos no están corregidos por la variación de precios, se ve claramente que hubo un incremento en los gastos per cápita. Para una inflación de alrededor de 140% en México durante el período de veinte años, el gasto per cápita del gobierno creció en términos nominales en alrededor de 470%, el gasto privado aumentó 320%, mientras que el gasto de bolsillo aumentó solo 24%.

Gráfico 4 – Gastos domésticos per cápita en miles de dólares corrientes

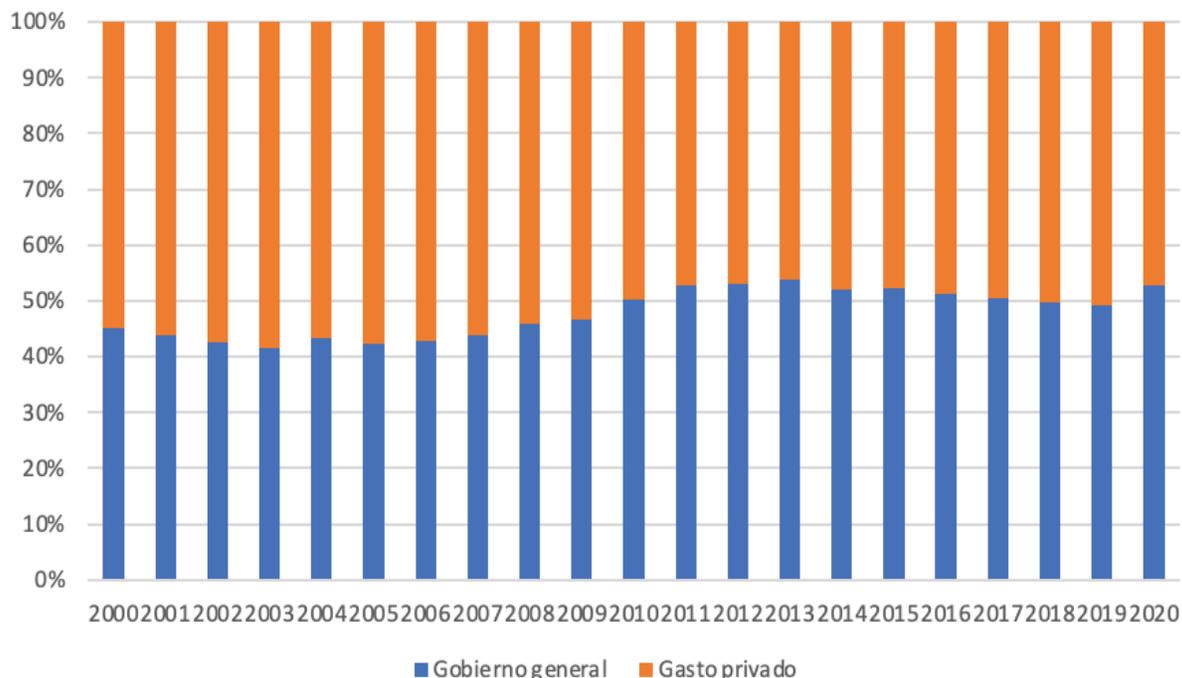


Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

En cuanto a la participación del sector privado en el gasto total en salud, el Gráfico 5 muestra que, a partir de la década de 2010, se estableció una distribución prácticamente equitativa entre el gasto público y privado, con una ligera tendencia al aumento de la participación pública, que debió intensificarse a partir de 2020, aún como efecto de la pandemia del COVID-19.

¹⁵ Disponible en: <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2024/04/Analisis-de-presupuesto-en-salud-rumbo-a-2030.pdf>.

Gráfico 5 – Distribución porcentual del gasto corriente en salud



Fuente: Elaborado por la autora con datos de la OMS (2023).

La información recopilada hasta el momento muestra un crecimiento efectivo del gasto público en salud en México, lo que indica una mayor prioridad otorgada al área por parte del gobierno, lo que también se verifica con los numerosos cambios institucionales impulsados. Sin embargo, aún es imposible decir que este aumento en los gastos trajo más eficiencia al sector en el funcionamiento de las múltiples organizaciones de salud y aseguró una mayor cobertura de la población mexicana en su conjunto. Tampoco puede concluirse, hasta el momento, que los cambios institucionales adoptados conduzcan al cumplimiento de sus objetivos. El sistema de salud mexicano parece estar todavía en transformación.

4.5 Desafíos económicos, demográficos y políticos para el gasto en salud

El gasto en salud está estrechamente vinculado a una variedad de factores económicos, demográficos y políticos, y cada país debe tener en cuenta estas interrelaciones e interdependencias para diseñar políticas efectivas de salud pública y sistemas de atención médica.

Entre los factores económicos se destaca el crecimiento, por la razón directa de que la recaudación y los gastos dependen de los recursos generados en el país. En períodos de crisis, la presión sobre los gastos públicos puede afectar el sector salud. La distribución del ingreso es otro factor fundamental, por los efectos de la desigualdad sobre la cobertura de salud, y la

calidad de la atención. Cuanto mayor es la brecha entre los grupos de mayores y menores ingresos, mayor es la necesidad de que el Estado proporcione servicios de salud a grupos sociales que no pueden costear la atención de proveedores privados.

En cuanto a los factores demográficos, el envejecimiento de la población aumenta la demanda de servicios de salud, especialmente para enfermedades crónicas y cuidados a largo plazo. También los cambios en la estructura de la población, como el crecimiento poblacional, la urbanización y los patrones de migración, actúan sobre la distribución geográfica de los recursos de salud y en las necesidades de atención médica.

Aunque los cambios en la estructura social y económica de un país actúan como factores determinantes en la definición del patrón de gasto en salud, el proceso de planificación e implementación de políticas de salud es eminentemente político. Las decisiones sobre el gasto en salud dependen de las prioridades políticas de los gobiernos y los partidos políticos en el poder. Eso es visible en la elección de las formas de financiación y organización del sistema de salud, de la combinación entre recursos públicos y privados y la distribución de la atención.

5. Impacto del gasto en indicadores de salud

5.1 Cobertura en salud

Un informe de 2018 elaborado por el CIEP propone un enfoque para medir la cobertura efectiva de salud, cuyos resultados son la información más reciente obtenida. Según el informe:

La cobertura efectiva de los servicios de salud es una métrica para evaluar el avance de la cobertura universal de los servicios de salud. Su cálculo refleja el porcentaje de la población que ante una necesidad de atención de salud utiliza servicios de calidad. El componente de calidad en este trabajo se mide por el tiempo de espera y la percepción de calidad de los servicios recibidos. Aunque existe una cobertura por afiliación a las instituciones públicas federales de salud del 89.5% y una cobertura universal del sistema público de salud del 22.5%, la cobertura efectiva por tiempo de espera es de 17.3% y por percepción de calidad es de 18.9%¹⁶.

Cortés Adame (2022) cita datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) según los cuales el 54% de la población mexicana recibió atención médica privada en el año 2021, y, para la población no afiliada al seguro social, la porción va a 66%. En este artículo, el autor

16 Disponible en: <https://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>. Acceso en: 28 jul. 2023.

discute las profundas diferencias regionales tanto en términos de acceso a la atención como en los montos asignados al sector.

Los datos del año 2020 del INEGI, presentados en la Tabla 1, ilustran la distribución de la población mexicana en términos de acceso a diversos programas e institutos de salud. Según estos datos, el IMSS abarca a más del 51% de la población afiliada en el país. Si sumamos otras instituciones públicas como el ISSTE, el ISSTE estatal, el PEMEX y las Secretarías de Defensa y Marina, este porcentaje supera el 60%.

Tabla 1 – Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución, 2020

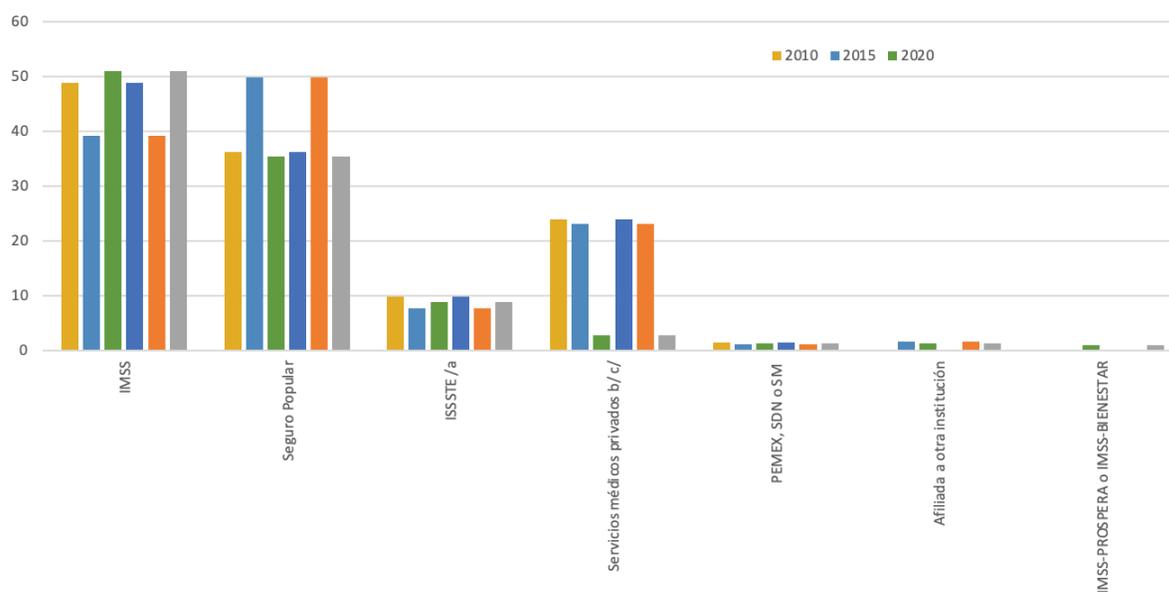
Entidad federativa	Total	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	Pemex, Defensa o Marina	Instituto de Salud para el Bienestar
Estados Unidos Mexicanos	92.582.812	47.245.909	7.165.164	1.041.534	1.192.255	32.842.765
Aguascalientes	1.161.139	780.525	92.771	3.786	3.196	271.996
Baja California	2.905.265	1.995.530	152.274	86.380	14.012	515.855
Baja California Sur	664.122	408.856	101.745	2.549	10.772	139.342
Campeche	719.677	288.186	62.638	2.070	32.088	327.334
Coahuila de Zaragoza	2.540.708	2.085.705	193.655	6.136	8.001	181.821
Colima	605.947	362.244	49.082	1.259	11.047	179.704
Chiapas	3.698.663	672.681	212.030	46.562	38.656	2.538.415
Chihuahua	3.156.294	2.043.251	172.774	28.073	10.831	688.684
Ciudad de México	6.689.012	3.881.545	1.128.554	12.484	104.474	1.203.824
Durango	1.366.665	744.664	185.483	7.012	8.406	404.554
Guanajuato	4.874.661	2.259.062	280.660	15.670	45.080	2.181.882
Guerrero	2.632.004	506.026	293.979	12.943	38.016	1.744.754
Hidalgo	2.149.373	744.201	221.985	10.312	34.160	1.097.048
Jalisco	5.835.710	4.149.528	222.298	9.792	23.536	1.213.421
México	11.267.677	5.983.389	828.041	359.266	141.504	3.449.337
Michoacán de Ocampo	2.954.556	1.207.045	282.942	11.393	15.176	1.372.093
Morelos	1.416.884	616.556	148.496	4.263	11.688	618.457
Nayarit	960.563	464.297	122.902	6.565	6.392	346.383
Nuevo León	4.681.465	3.596.116	178.747	41.527	28.744	558.212
Oaxaca	2.904.703	583.455	263.783	12.030	60.888	1.901.352
Puebla	4.650.982	1.445.433	218.559	97.861	34.972	2.721.081
Querétaro	1.873.160	1.121.262	92.561	4.022	7.753	587.007
Quintana Roo	1.365.328	827.522	106.142	6.087	10.764	383.986
San Luis Potosí	2.327.452	1.116.471	163.446	6.235	8.967	961.896
Sinaloa	2.447.515	1.516.933	252.973	12.432	17.561	629.386
Sonora	2.391.479	1.579.466	154.084	129.718	14.380	465.170
Tabasco	1.645.089	498.783	104.707	67.073	96.613	794.894

Tamaulipas	2.803.407	1.670.262	221.675	13.270	83.736	735.690
Tlaxcala	964.599	322.989	79.441	5.438	6.488	531.286
Veracruz de Ignacio de la Llave	5.825.533	2.266.970	350.652	9.661	240.294	2.828.959
Yucatán	1.810.121	980.491	116.856	4.944	19.019	628.098
Zacatecas	1.293.059	526.465	109.229	4.721	5.041	640.844

Fuente: INEGI Censo de Población y Vivienda 2020.

Información de acceso similar, la de derechohabientes, da cuenta de la concentración de beneficiarios de programas públicos. El Gráfico 6 presenta estos indicadores, confirmando la importancia de los programas estatales para atender a la población. Cabe señalar, al igual que para otras variables, que la reducción de la afiliación a los servicios privados de salud en 2020 también puede ser un reflejo de las políticas de aislamiento social.

Gráfico 6 – Porcentaje de la población total según condición de derechohabientes



Fuente: Elaborado por la autora con base en el INEGI Censo de Población y Vivienda 2020.

Notas:

La suma de los porcentajes puede ser mayor a cien por la población que es derechohabiente en dos o más instituciones.

/a Incluye ISSSTE estatal.

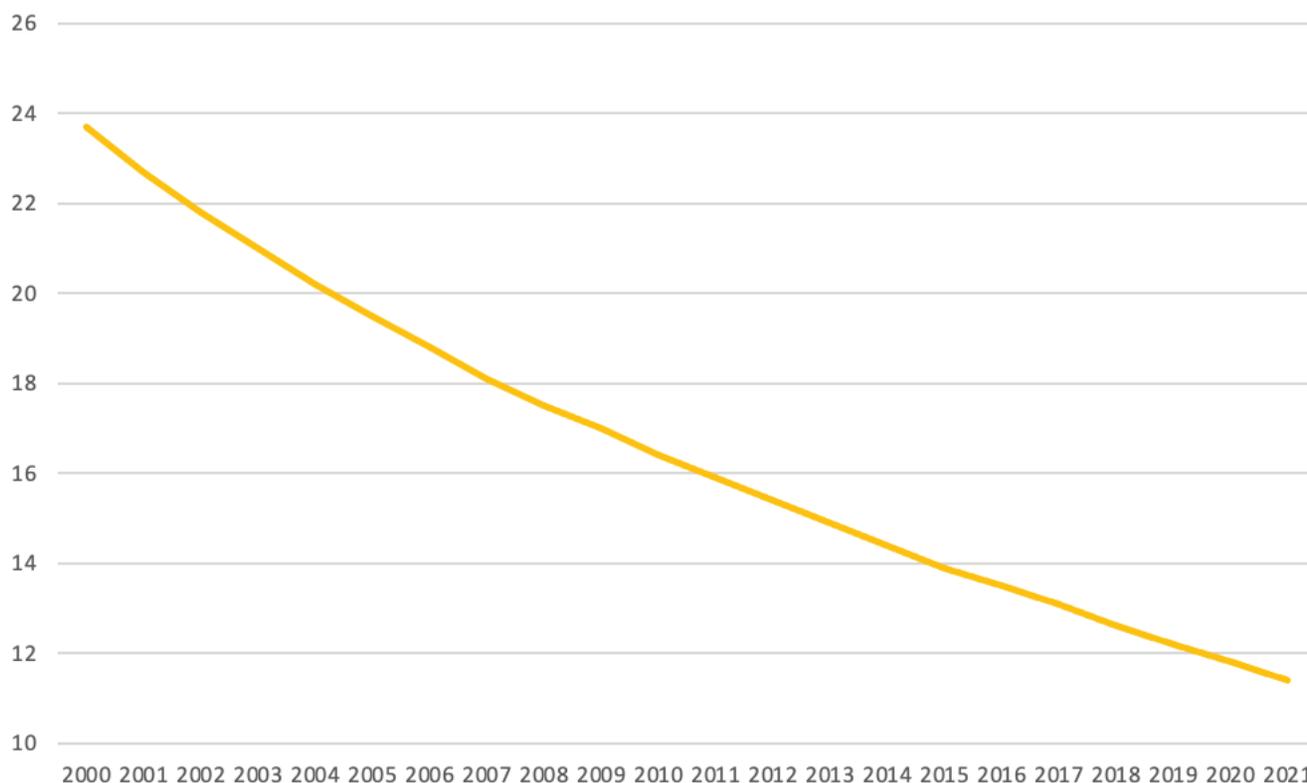
/b Comprende a la población usuaria de consultorios, clínicas y hospitales privados, así como de consultorios de farmacia.

/c Comprende a la población usuaria de consultorios, clínicas y hospitales privados.

5.2 Otros indicadores

Indicador de primera importancia, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de manera sostenida durante el período analizado, como se ilustra en el Gráfico 7. Este desempeño es reflejo de diversas políticas de salud, como atención prenatal, atención del parto, acceso a medicamentos y hospitales, además de nutrición y saneamiento para las poblaciones de los estratos de menores ingresos.

Gráfico 7 – Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Elaborado por la autora con datos del Banco Mundial (2023).

Aun haciendo uso de indicadores generales de salud, la Tabla 2 muestra mejoras, como la ampliación de la gama de tratamientos para el enfrentamiento de enfermedades crónicas y endémicas. Cabe destacar el crecimiento de la cobertura de la terapia retroviral para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) causante del sida, así como para el tratamiento de la hipertensión arterial, cuya mortalidad es bastante elevada. Indicadores como la esperanza de vida y el control de enfermedades casi erradicadas, como la malaria, cambian en períodos de tiempo más prolongados.

Tabla 2 – Algunos indicadores generales de salud

	2000	2010	2020	2021
Esperanza de vida al nacer, total (años)	73,57	74,19	70,13	70,21
Incidencia de tuberculosis (por 100.000 personas)	23	22	23	25
Mortalidad por ECV, cáncer, diabetes o ERC entre las edades exactas de 30 y 70 años (%)	16,7	15,9	15,6	--
Cobertura de la terapia antirretroviral (% de personas que viven con el VIH)	8	28	57	61
Incidencia de la malaria (por 1.000 habitantes en riesgo)	3,56	0,51	0,13	0,09
Prevalencia de hipertensión (% de adultos de 30 a 79 años)	34	35	32,1	
Tratamiento para la hipertensión (% de adultos de 30 a 79 años con hipertensión)	29,6	41,2	49,9	--
Causa de muerte, por enfermedades transmisibles y condiciones maternas, prenatales y nutricionales (% del total)	17,9	11,6	10,0	9,1

Fuente: Elaborado por la autora con datos del Banco Mundial (2023).

La Tabla 3 muestra las altas coberturas de vacunación, factor de suma importancia para la población infantil. El año 2020 es atípico para todos los indicadores y países ya que, con la llegada de la pandemia y el aislamiento social, la vacunación disminuyó considerablemente.

Tabla 3 – Cobertura de inmunización

	2000	2010	2020	2021
Sarampión (% de niños de 12 a 23 meses de edad)	96	95	92	99
BCG (% de niños de un año)	99	98	28	99
DPT (% de niños de 12 a 23 meses de edad)	97	95	27	78
HepB3 (% de niños de un año)	97	93	77	80
Hib3 (% de niños de 12 a 23 meses de edad)	97	95	72	78

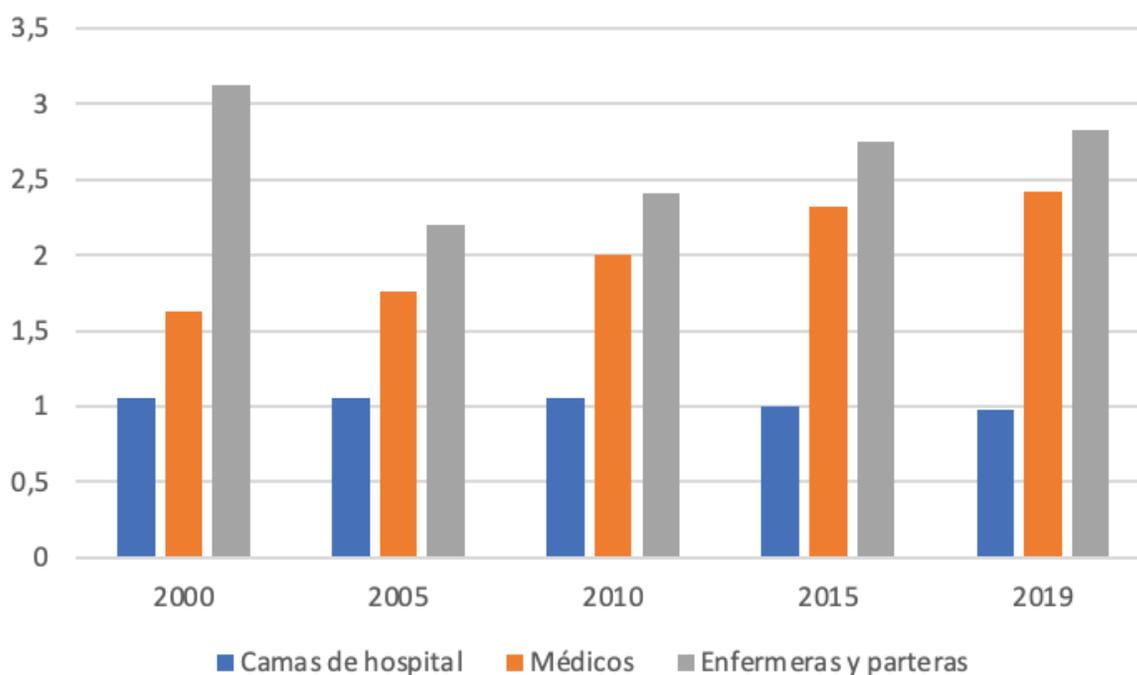
Pol3 (% de niños de un año)	97	95	72	78
Recién nacidos protegidos contra el tétanos (%)	81	88	96	98

Fuente: Elaborado por la autora con datos del Banco Mundial (2023).

5.3 Disponibilidad de infraestructura física y humana en salud

En cuanto a los recursos físicos y humanos para la salud, el diagnóstico es menos favorable, como se observa en los datos que se muestran en el Gráfico 8. En veinte años y a pesar del aumento de los recursos destinados al sector, parece que no ha habido un crecimiento significativo en la disponibilidad de camas hospitalarias, así como el número de enfermeras y parteras, que incluso se redujo en la comparación entre 2000 y 2019.

Gráfico 8 – Recursos para la atención de la salud: disponibilidad por cada mil habitantes

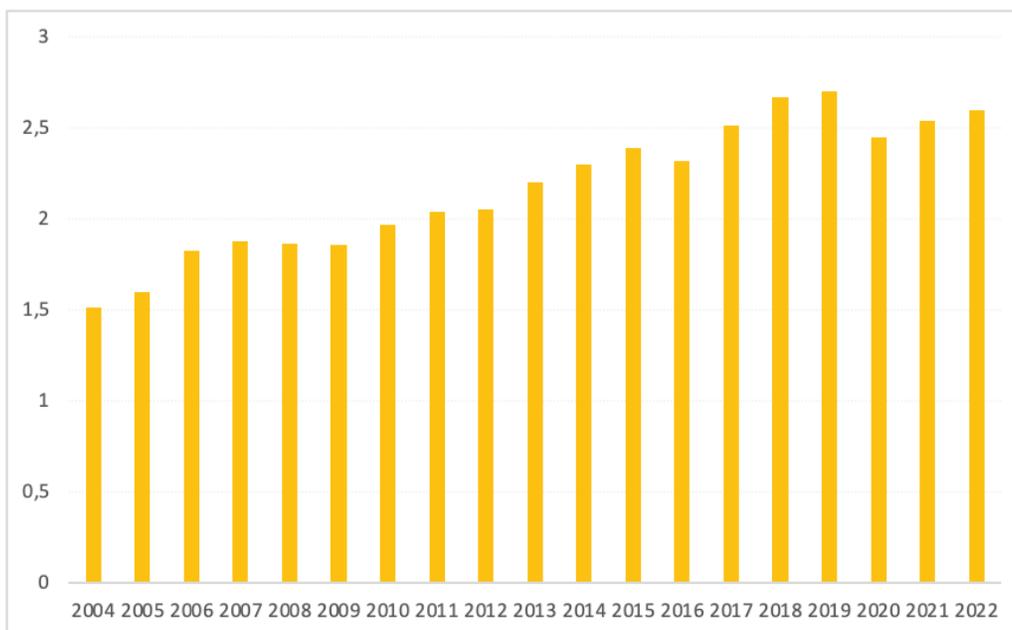


Fuente: Elaborado por la autora con datos del Banco Mundial (2023).

En el sector privado, la disponibilidad de médicos por cama hospitalaria creció en el período analizado. Si bien el indicador general de número de médicos por cada mil habitantes no puede

compararse con la información sobre disponibilidad de médicos por cama hospitalaria descrita en el Gráfico 9, se observa una evolución favorable de este indicador.

Gráfico 9 – Número de médicos en contacto directo con el paciente por cama censable



Fuente: Elaborado por la autora con base en el INEGI – Salud en Establecimientos Particulares.

Un análisis en profundidad del volumen manejado por el sistema se presenta en Bautista-Arredondo *et al.* (2023). Con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (Ensanut 2022), los autores muestran desigualdades en la atención efectiva brindada por el sistema de salud. El estudio arrojó que el 44% de la población que necesitó atención en salud la recibió en instituciones públicas, lo que significó un aumento con relación a años anteriores. Sin embargo, el uso de servicios privados se mantuvo alto incluso durante la pandemia (Bautista-Arredondo *et al.*, 2023).

6. Conclusiones

Este estudio presentó la organización institucional del sistema de salud mexicano y sus numerosas transformaciones a lo largo del tiempo, así como su estructura operativa y patrón de financiamiento. Luego, se intentó evaluar el alcance de la política y algunos indicadores generales de salud en el país, sujetos a comparación internacional. Centrándose en el período de 2000 a 2020, el análisis llevó a algunas conclusiones generales:

I. Las numerosas reformas implantadas en el sector no han podido resolver su característica central, que es la fragmentación y la complejidad.

II. El sistema parte de la idea de otorgar subsidios y crear estructuras de atención diferenciadas de acuerdo con la población atendida, lo que lleva a preguntarse en qué medida esta estructura no constituyó un obstáculo *per se* para el logro del objetivo principal, que es la cobertura universal.

III. Existe un gran número de instituciones que brindan atención compartimentada a diferentes grupos de población, principalmente segmentados en función de su situación en el mercado laboral.

IV. La población ocupada en el mercado formal se beneficia claramente de la estructura del sistema.

V. El problema de las desigualdades en la distribución geográfica de la atención de la salud y la atención a los diferentes grupos poblacionales sigue presente y agudo, afectando principalmente a los segmentos de menores ingresos y a los trabajadores del sector informal.

VI. Ha habido un aumento en el volumen de recursos públicos dedicados al sector, pero este volumen aún es insuficiente para enfrentar los múltiples desafíos de la salud pública en el país.

VII. En comparación con otros países de la región, México todavía gasta relativamente menos en salud.

VIII. Hubo una mejora en varios indicadores de salud pública, y la cobertura de vacunación también está cerca de la universalización.

IX. Los recursos físicos y humanos para la atención de la salud crecieron modestamente en las dos décadas consideradas.

Ante estos hallazgos, parece relevante cuestionar la pertinencia de mantener un sistema tan fragmentado y complejo.

Al mismo tiempo, los nuevos cambios institucionales también tendrían costos de implementación, y sus resultados en términos de mayor eficiencia son difíciles de evaluar *a priori*.

Referencias

- BAUTISTA-ARREDONDO, S.; VARGAS-FLORES, A.; MORENO-AGUILAR, L. A.; COLCHERO, M. A. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 65, supl. 1, p. S15-S22, 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/14813>. Acceso en: 20 jun. 2023.
- BUSTAMANTE, M. E. Hechos sobresalientes en la historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 25, n. 5, sept.-oct. 1983. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/579/567>. Acceso en: 20 jun. 2023.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA – CIEP. **Sistema Universal de Salud**: retos de cobertura y financiamiento. 2018. Disponible en: <https://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>. Acceso en: 10 jul. 2023.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA – CIEP. **Análisis del presupuesto en salud rumbo a 2030**. 2024. Disponible en: <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2024/04/Analisis-de-presupuesto-en-salud-rumbo-a-2030.pdf>. Acceso en: 20 may0 2024.

- CORTÉS ADAME, L. J. El acceso a los servicios de salud en las distintas regiones de México. **Nexos**, 14 sept. 2022. Disponible en: <https://federalismo.nexos.com.mx/2022/09/el-acceso-a-los-servicios-de-salud-en-las-distintas-regiones-de-mexico/>. Acceso en: 15 jul. 2023.
- ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. 1917. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646405/CPE-UM_28-05-21.pdf. Acceso en: 5 sept. 2024.
- GÓMEZ-DANTÉS, O.; FRENK, J. Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 61, n. 2, p. 202-211, 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10122>. Acceso en: 15 jul. 2023.
- GÓMEZ-DANTÉS, O.; SESMA, S.; BECERRIL, V. M.; KNAUL, F. M.; ARREOLA, H.; Frenk, J. Sistema de salud de México. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53 supl. 2, p. s220-s232, 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es. Acceso en: 14 mar.2023.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A.; REYES MORALES, H.; CAHUANA HURTADO, L., BALANDRÁN, A.; Méndez E. Mexico Health System Review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 22, n. 2, p. i-222, 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA – INEGI. **Censo de Población y Vivienda**. 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>. Acceso en: 12 mar. 2023.
- KRASNIAK, L. C.; CATAPAN, S. C.; MEDEIROS, G. A. R.; CALVO, M.C.M. Análise do Seguro Popular de Saúde Mexicano: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Río de Janeiro, v. 43, número especial 5, p. 273-285, dic. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S522>. Acceso en: 10 jul. 2023.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD – OMS. **Global Health Expenditure Database**. 2023. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database>. Acceso en: 20 jul. 2023.
- RAMÍREZ CORONEL, M. Vislumbrando el futuro sistema mexicano de salud. **El Economista**, 21 sept. 2022. Disponible en: <https://www.economista.com.mx/opinion/Vislumbrando-el-futuro-sistema-mexicano-de-salud-20220921-0006.html>. Acceso en: 5 jul. 2023.
- RODRÍGUEZ de ROMO, A. C.; RODRÍGUEZ PÉREZ, M. E. Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Río de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-310, 1998. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>. Acceso en: 10 jul. 2023.
- SECRETARÍA DE SALUD (México). Dirección General de Información en Salud (DGIS). Datos Abiertos. **SICUENTAS**. 2023. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sicuentas_gobmx.html. Acceso en: 20 oct. 2023.
- WORLD BANK. **World Development Indicators**. 2023. Disponible en: <http://data.worldbank.org/>. Acceso en: 20 jul. 2023.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA EN PERÚ

Flavia Mori Sarti

Resumen

El financiamiento de la atención de salud se fundamenta principalmente en gastos de bolsillo de la población y financiación gubernamental basada en impuestos y contribuciones para diversos sistemas de seguro social de salud. La falta de distribución equitativa de infraestructura y recursos humanos en todo el territorio del país resulta en una carga financiera para la población debido a la búsqueda de asistencia en el sector privado y la adquisición de medicamentos, diagnóstico u otros equipos de salud para el tratamiento de enfermedades crónicas.

En las últimas décadas, el aumento del gasto gubernamental en salud con priorización de servicios de salud en la atención primaria y promoción de cobertura universal ha promovido reducción de problemas de salud graves, como desnutrición y muertes perinatales. Sin embargo, los indicadores poblacionales muestran la ocurrencia de transición demográfica y epidemiológica incompleta en Perú con crecimiento de problemas de salud crónicos. Además, los pacientes con problemas de salud crónicos y los profesionales de salud se han visto afectados por la pandemia de COVID-19.

Las inversiones en infraestructura, recursos humanos e investigación y desarrollo en salud comprenden estrategias importantes para abordar los gastos de bolsillo excesivos en Perú, reduciendo el riesgo de gastos catastróficos en salud de la población. Además, las inversiones gubernamentales en salud y programas sociales en el país son estrategias basadas en la formación de capital humano que tienen potencial para mejorar las condiciones estructurales para el desarrollo social y el crecimiento económico sostenible a largo plazo.

1. Organización del sistema de salud peruano

El sistema de salud peruano está organizado en dos sectores (público y privado) y cinco subsistemas de prestación de servicios de salud: Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Integral de Salud (SIS), Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA), Policía Nacional de Perú (PNP) y sector privado (Cosavalente-Vidarte *et al.*, 2019).

La prestación de atención de salud dentro del sector público se produce a través de la red de establecimientos de atención de salud del MINSA y los gobiernos regionales. El sistema de seguridad social en salud abarca dos subsistemas: la prestación de atención de salud a través de proveedores privados de atención de salud (Entidades Prestadoras de Salud, EPS) y el seguro social (EsSalud), que brinda atención médica a los trabajadores formales y sus familias.

El personal de las FFAA y la PNP y sus familiares están cubiertos a través de un subsistema de atención de salud propio, integrado por el Servicio de Salud de las FFAA y de la PNP (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011; Lazo-Gonzales, 2016).

La atención médica para personas sin seguro se brinda a través del SIS o a cambio del pago de cuotas de recuperación variables, a discreción de la organización de atención médica. Los trabajadores informales, los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores rurales, los desempleados y sus familias dependen de la atención de salud del MINSA. Además, la atención de salud informal puede obtenerse a través de proveedores que ejecutan prácticas tradicionales, por ejemplo, chamanes, curanderos y parteras (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011; Alcalde-Rabanal *et al.*, 2019).

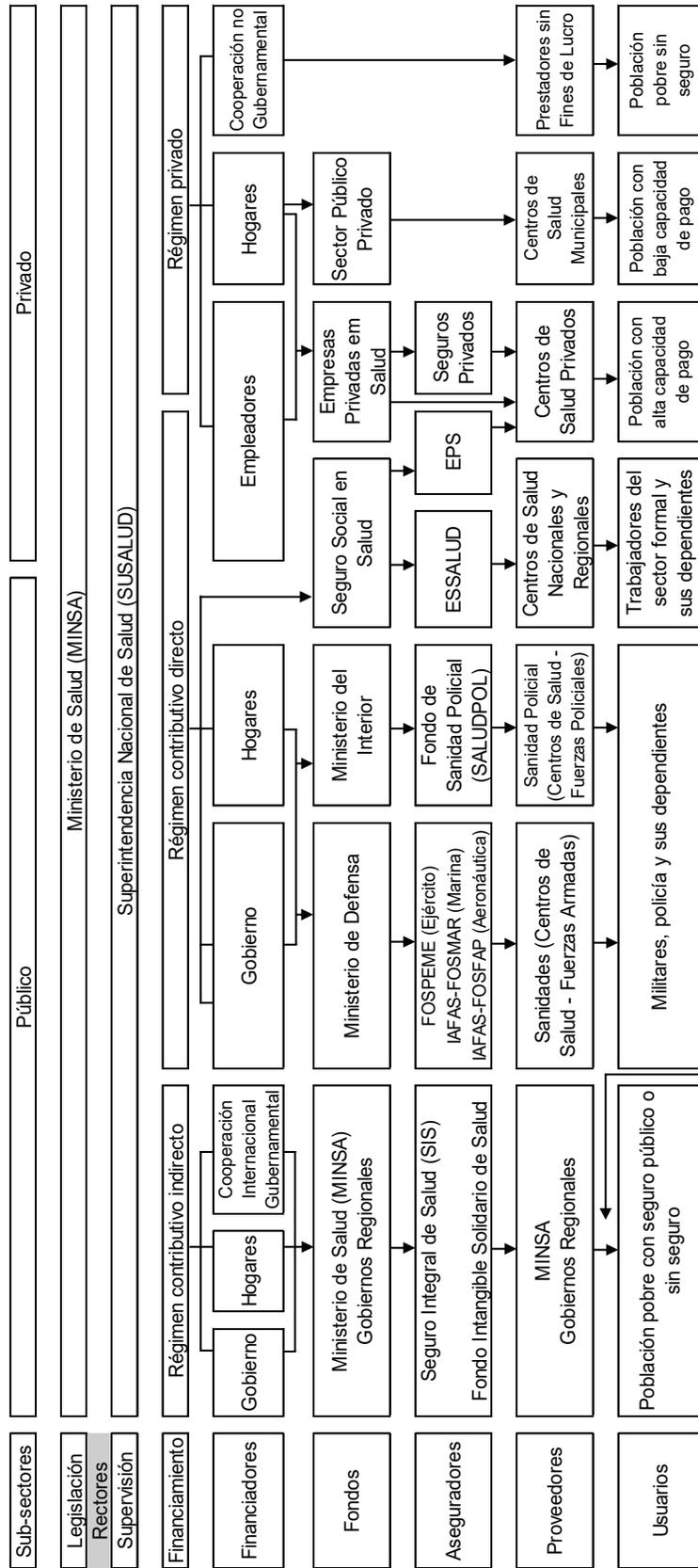
Finalmente, el sector privado de salud en Perú abarca las organizaciones privadas con fines de lucro y las organizaciones privadas sin fines de lucro: las privadas con fines de lucro incluyen las EPS, las compañías de seguros privadas, los establecimientos de salud privados y los establecimientos de atención de salud de ciertas empresas mineras, petroleras y azucareras; mientras que las organizaciones sin fines de lucro incluyen asociaciones civiles sin fines de lucro (Figura 1). En general, las organizaciones sin fines de lucro se centran en la prestación de atención primaria de salud (Lazo-Gonzales, 2016; Alcalde-Rabanal *et al.*, 2019).

El sistema de salud peruano presenta características de sistemas de salud fragmentados, similar a diversos sistemas de salud de América Latina. Además, la atención en salud está marcada por una segmentación con baja integración horizontal en términos de definición de responsabilidades y oferta de servicios de salud (Ministerio de Salud, 2019). Desde finales de la década de 1970 se han propuesto esfuerzos hacia la integración de tales sistemas en Perú, fomentando acciones de organización y coordinación intersectorial de los prestadores de servicios de salud locales y nacionales (Cosavalente-Vidarte *et al.* 2019; Llanos-Zavalaga *et al.*, 2020b).

Además, desde finales del decenio de 1990, se han debatido propuestas para la institución de redes de atención de salud y el fortalecimiento de la atención primaria de salud, lo que dio lugar a la aprobación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en 2002. Sin embargo, en 2018 se aprobaron las bases legales para la implementación adecuada de las Redes Integradas de Salud (RIS) dentro de los establecimientos del sector público, luego de intentos fallidos de garantizar la operacionalización de las RIS en 2011 y 2013 (Cosavalente-Vidarte *et al.*, 2019).

El gobierno peruano propuso la estrategia del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) para fomentar la atención primaria de salud a través de la cobertura universal de salud en el país, particularmente a partir de 2013 (Llanos-Zavalaga *et al.*, 2020b). Llanos-Zavalaga *et al.* (2020a) sugieren que la implementación efectiva de las RIS en Perú debe comprender una atención integrada más allá de la salud materno infantil, centrándose en las tendencias epidemiológicas de la población, considerando particularmente las diferencias entre las áreas urbanas y rurales del país.

Figura 1 – Estructura del sistema de salud peruano



ESSALUD = Seguro Social de Salud; EPS = Entidades Prestadoras de Salud

Fuente: Adaptado de Alcalde-Rabanal et al. (2019).

Otra iniciativa para mejorar la cobertura de atención de salud en Perú se refiere a la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), establecida por el gobierno peruano en 2009. La AUS determina el acceso universal a la atención de salud concentrándose en un conjunto de intervenciones de atención de salud para diversas condiciones de salud y enfermedades, estableciendo derechos progresivos que garantizan servicios de salud para las personas, independientemente de su situación laboral (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011).

El acceso a servicios de salud en el sistema de salud peruano se ha proporcionado predominantemente a través de mecanismos de seguro de salud con el fin de evitar que el gobierno asuma roles de financiamiento y provisión de atención de salud. Así, el gobierno peruano se centra en el financiamiento del sistema de salud al tiempo que promueve la competencia entre proveedores privados, públicos y sin fines de lucro para garantizar la atención médica de la población (Jumpa-Armas, 2019).

Las personas cubiertas por EsSalud, Servicio de Salud de las FFAA (Sanidades de las FFAA) y de la PNP podrán acceder a una amplia gama de servicios de salud, incluyendo cualquier condición de salud. Sin embargo, dadas las limitaciones estructurales en la prestación de tales servicios, los beneficiarios suelen acceder a proveedores privados con fines de lucro en las zonas urbanas o a establecimientos públicos de atención de salud en las zonas rurales.

Los servicios de salud brindados a través de EsSalud se concentran principalmente en atención de salud de alta complejidad para el tratamiento de enfermedades crónicas, por ejemplo, hemodiálisis y trasplantes de órganos, considerando que gran parte de sus beneficiarios incluyen personas con condiciones crónicas; mientras que las personas cubiertas por el SIS tienden a acceder a servicios de salud de menor complejidad (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011).

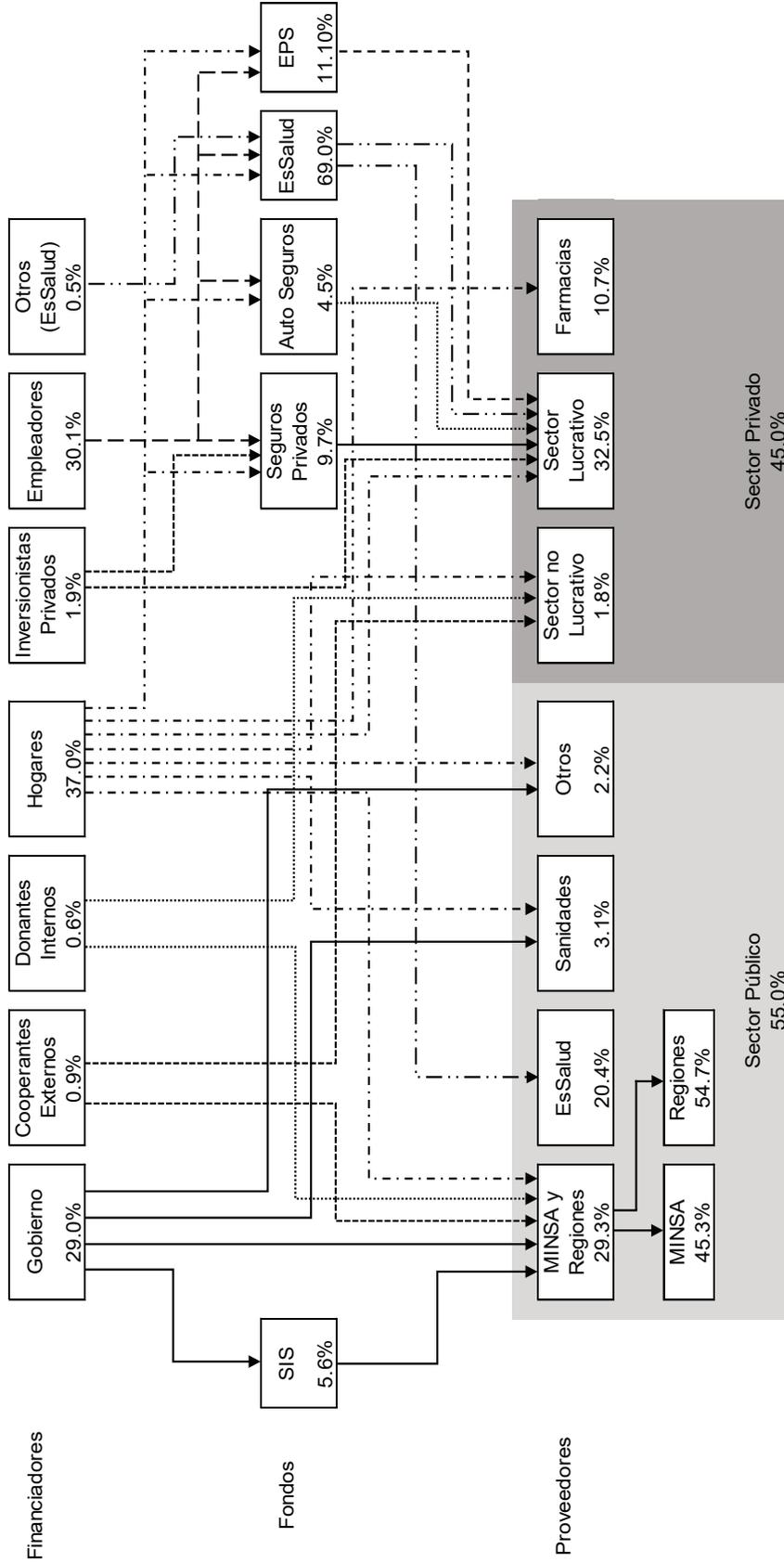
La regulación y supervisión de la oferta y el financiamiento de la atención de salud en el sistema de salud peruano han ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas (Del Carmen Sara, 2019). Inicialmente, la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) era responsable de la función de supervisión de la asistencia sanitaria en Perú, esto desde 1997. En 2009, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) amplió el rol de la SEPS. En 2013, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) inició sus actividades basándose en el rol que anteriormente asumía la SUNASA (Del Carmen Sara, 2019).

2. Inversiones y financiamiento en salud en Perú

2.1 Fuentes de financiamiento

El financiamiento del sistema de salud en Perú ocurre principalmente a través de gastos de bolsillo, aunque los gastos de salud del gobierno han aumentado a lo largo del tiempo. La financiación del sector público de salud ocurre por regímenes de contribución directa (subsidiada) o indirecta (seguridad social) (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011; Alcalde-Rabanal et al., 2019; Lazo-Gonzales, 2016) (Figura 2).

Figura 2 – Estructura de financiamiento del sistema de salud peruano. 2012



SIS = Seguro Integral de Salud; ESSALUD = Seguro Social de Salud; EPS = Entidades Prestadoras de Salud
 Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud (2019).

Los impuestos generales, las cuotas de recuperación, las donaciones y las transferencias constituyen la mayor parte de los recursos del MINSA de Perú. El SIS se financia principalmente a través del presupuesto gubernamental, mientras que EsSalud se financia mediante pagos de los empleadores (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011).

Los gastos con seguro social de salud a nivel nacional representan aproximadamente entre el 25% y el 31% de los gastos corrientes en salud, mostrando un aumento de 2000 a 2005, seguido de una evolución desigual a un nivel más bajo a partir de 2006. Se produjeron tendencias similares en los gastos de seguros de salud voluntarios, aunque representaron una proporción sustancialmente menor de los gastos de salud actuales. La mayor parte del pago de las cotizaciones a la seguridad social lo asumen los individuos (50%) entre 2000 y 2020, mientras que los empleadores suelen asumir aproximadamente el 49% de las cotizaciones (Tabla 1).

Tabla 1 – Gasto en seguros de salud y aportes a la seguridad social en Perú por año. 2000-2020

Año	Seguro de salud		Seguridad social		
	Social	Voluntario	Personas	Empleadores	Otros
	%GCS	%GCS	PPC pp	PPC pp	PPC pp
2000	28,42	5,25	61,18	60,25	0,93
2001	29,83	5,12	70,16	69,02	1,13
2002	30,26	7,15	79,13	77,69	1,43
2003	30,62	8,46	79,01	77,53	1,48
2004	30,42	8,26	80,40	79,76	0,65
2005	30,02	8,07	89,44	88,73	0,71
2006	26,18	7,18	81,88	81,20	0,69
2007	24,88	6,59	87,57	87,12	0,45
2008	25,41	6,33	101,73	101,38	0,35
2009	25,50	6,37	113,34	113,03	0,31
2010	25,78	6,39	118,60	118,31	0,29
2011	25,78	6,56	121,03	120,77	0,25
2012	24,85	6,48	125,96	125,63	0,33
2013	27,41	7,15	146,81	146,43	0,38
2014	26,91	7,22	154,02	153,63	0,39
2015	27,60	7,61	159,11	158,70	0,41
2016	27,89	7,50	168,18	164,75	3,43

2017	27,87	7,70	173,02	169,07	3,95
2018	26,83	7,60	183,45	179,26	4,19
2019	28,22	7,53	197,19	192,73	4,46
2020	26,96	7,16	196,25	192,84	3,41

GCS = gastos corrientes en salud; PPC pp = paridad del poder de compra per persona.

Fuente: WHO [2023b].

La responsabilidad de la operacionalización del SIS se abordó mediante la creación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) en 2002. El FISSAL comprende una institución para la gestión del seguro de salud (Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud, IAFAS) con autonomía limitada, diseñado para financiar la atención médica de pacientes con enfermedades crónicas de alto costo. FISSAL depende de decisiones del Ministerio de Economía y Finanzas de Perú para obtener recursos para la ejecución del SIS, que cubre aproximadamente el 46% de la población peruana en 2018 (Wilson; Velásquez; Ponce, 2009; Del Carmen Sara, 2019).

Además de los impuestos, contribuciones, donaciones y pagos de bolsillo, el financiamiento del sistema de salud peruano también incluye el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). El sector privado se financia mediante pagos de particulares para adquirir seguros de salud (primas y copagos) y gastos de bolsillo. Las organizaciones sin fines de lucro generalmente reciben fondos de organizaciones internacionales, donantes nacionales, gobiernos y hogares (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011).

2.2 Distribución del presupuesto en salud

El presupuesto público de salud a nivel nacional en Perú ha presentado crecimiento en el período reciente, especialmente desde 2012; mientras tanto sigue como uno de los más bajos presupuestos en salud de América Latina y el Caribe (ALC) debido al poco esfuerzo de aumentar la recaudación del Estado (Lavado, 2007; Calderón Díaz, 2021). Sin embargo, la presión tributaria en Perú era 15,3% del Producto Interno Bruto (PIB), mientras el promedio en países de la OCDE es cerca de 33,7%, y en otros países de ALC hay presiones tributarias dispares, entre 13,8% (Paraguay) y 32,3% (Brasil) (Calle-Pérez, 2020).

El MINSA recibe alrededor del 10,7% del presupuesto público en Perú (Calle-Pérez, 2020). Las inversiones en el sector de salud en el país representan el 5% del PIB, inferiores al promedio de otros países de ALC, que están entre el 7% y el 9%. Cerca del 65% del presupuesto del sector de salud proviene del sector privado y el 35%, del sector público en el período de 2010 a 2016 (Calderón Díaz, 2021; Javier-Jara y Cuadros-Salazar, 2022). Mientras tanto, la ejecución presupuestaria

es inferior al 93% del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) entre 2010 y 2021, escenario inesperado especialmente por de la situación de emergencia sanitaria de la pandemia de COVID-19 en 2020 y 2021 (Javier-Jara y Cuadros-Salazar, 2022).

A su vez, Calle-Pérez (2020, p. 41) señala en su estudio que

El sistema de asignación presupuestal en el Perú se realiza mediante la aplicación de diversos procesos secuenciales, los mismos que son ejecutados en tres años, cuyas actividades del primer año es la Programación Multianual, Formulación Presupuestal, aprobación por el Congreso de la República que concluye con la emisión en diciembre de la Ley de Presupuesto Público para el año fiscal siguiente su ejecución y tercer año la evaluación.

Además, el Ministerio de Economía y Finanzas de Perú emplea la estrategia de gestión pública llamada presupuesto por resultados, que requiere vinculación de “la asignación de recursos presupuestales para bienes y servicios (productos) y de ello obtener resultados a favor de la población (metas físcas), con la característica que estos puedan ser medibles es decir físicos, visibles y verificables” (Calle-Pérez, 2020, p. 41). Así que las unidades ejecutoras del presupuesto de salud deben planear actividades, informar sobre el cumplimiento de metas y presentar datos de costos del sector de salud por lograr la eficiencia técnica en la entrega de servicios públicos a la población.

Por lo tanto, informaciones del estudio de Javier-Jara y Cuadros-Salazar (2022) indican que las tasas de crecimiento del presupuesto de salud a nivel departamental en Perú son dependientes de las necesidades de salud de las poblaciones locales. Regiones como Áncash, Huánuco y Amazonas mostraron variaciones mayores que el 30% desde 2020, mientras Madre de Dios, Tumbes y Callao tuvieron variaciones menores que el 10% en el período. Además, el presupuesto del MINSA de Perú presentó desigualdades en la distribución según regiones del país en 2018 (Tabla 2): Amazonas y Apurímac tuvieron recursos correspondientes a más de mil soles por persona, mientras otras regiones, como Lambayeque y Piura, tuvieron menores recursos por persona (Calle-Pérez, 2020).

Tabla 2 – Presupuesto del Ministerio de Salud por región en Perú. 2018

Región	Presupuesto de salud			Población	
	Total (S)	%	Per persona (S)	Total	%
Perú	20.069.137.137	100,0	623,90	32.167.026	100,0
Amazonas	587.326.365	2,9	1379,24	425.832	1,3
Áncash	602.647.683	3,0	516,77	1.166.180	3,6
Apurímac	472.228.904	2,4	1016,46	464.583	1,4

Arequipa	742.381.682	3,7	558,27	1.329.801	4,1
Ayacucho	611.341.048	3,0	859,76	711.058	2,2
Cajamarca	742.484.744	3,7	482,13	1.540.009	4,8
Callao	611.915.099	3,0	581,10	1.053.028	3,3
Cusco	813.574.765	4,1	607,65	1.338.897	4,2
Huancavelica	301.150.934	1,5	595,75	505.495	1,6
Huánuco	457.561.320	2,3	521,02	878.196	2,7
Ica	389.583.742	1,9	480,84	810.214	2,5
Junín	705.494.308	3,5	511,25	1.379.934	4,3
La Libertad	813.542.198	4,1	421,61	1.929.593	6,0
Lambayeque	491.043.548	2,4	380,47	1.290.617	4,0
Lima	8.019.958.516	40,0	778,60	10.300.509	32,0
Loreto	559.998.662	2,8	524,28	1.068.130	3,3
Madre de Dios	131.999.212	0,7	898,83	146.857	0,5
Moquegua	154.398.946	0,8	829,94	186.036	0,6
Pasco	235.253.380	1,2	757,47	310.577	1,0
Piura	688.413.746	3,4	364,78	1.887.212	5,9
Puno	624.551.345	3,1	428,33	1.458.093	4,5
San Martín	456.448.709	2,3	522,50	873.591	2,7
Tacna	332.210.267	1,7	938,03	354.157	1,1
Tumbes	153.503.407	0,8	623,87	246.049	0,8
Ucayali	370.124.607	1,8	722,37	512.378	1,6

Fuente: Adaptado de Calle Pérez (2020).

El estudio de Calderón Díaz (2021) muestra que la combinación del reducido presupuesto público anual en salud con baja recaudación fiscal y ausencia de cobertura universal de salud en Perú son factores limitantes por la distribución presupuestaria en el sistema de salud del país. Calderón Díaz (2021) propone recomendaciones para la mejoría del monitoreo y evaluación económico del sistema de salud peruano, incluso la necesidad del desarrollo de sistemas de información con datos para estimación del costo de atención por paciente, distribución presupuestaria de salud, indicadores de eficiencia y calidad de servicios de salud para una mejor gestión del gasto público en salud.

Además, Calle-Pérez (2020) indica que la mayor parte del presupuesto peruano es invertido en adquisición de activos (27,4%), gastos con personal y obligaciones sociales (23,9%) y

adquisición de bienes y servicios (21,4%). Asimismo, la distribución del presupuesto entre niveles de gobierno tiene mayor concentración de recursos en el nivel nacional (59,6%), mientras los niveles regionales (20,2%) y locales (20,2%) tienen una pequeña participación en el presupuesto público.

2.3 Prioridades de gastos en salud

Las prioridades de inversiones del gobierno en el sistema de salud peruano deben centrarse en buscar disminuir la fragmentación de la estructura para la prestación de servicios de salud, así como promover la integración en el financiamiento y prestación de servicios de salud. Además, la descentralización del sistema de salud peruano en el primer nivel de atención es necesario para garantizar el acceso a los servicios de salud para la población (Javier-Jara y Cuadros-Salazar, 2022).

Diversos estudios muestran que la población de Perú es susceptible a los gastos catastróficos en salud, especialmente debido a gastos de bolsillo en medicamentos (Knaut et al., 2011). Así que inversiones en distribución de fármacos para tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas podrían conducir a una mejoría de la situación de salud y bienestar de la población, reduciendo también pérdidas de productividad por absentismo o presentismo y apoyando otras estrategias de fomento al crecimiento y desarrollo socioeconómico.

Otras prioridades de gastos de salud en Perú incluyen inversiones en promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas, especialmente en el primer nivel de salud. Las políticas públicas de promoción y prevención conducen a avances de largo plazo en salud de la población por la reducción de la prevalencia de enfermedades crónicas. Igualmente, recursos financieros destinados a investigación e innovación para desarrollo de bienes de salud, incluso productos y servicios, basada en la formación de recursos humanos expertos, tiene el potencial de generar avances en tecnología e indicadores económicos por medio de transacciones con otros países, además de las contribuciones en salud poblacional.

Acceso a medicamentos

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001) recomienda que los sistemas nacionales de salud establezcan una política farmacéutica nacional para apoyar el acceso oportuno a medicamentos de calidad y el uso racional de los medicamentos sin comprometer el nivel de vida de las personas, especialmente entre los grupos de bajos ingresos. Restrepo-Betancur (2023) indica que sistemas de salud eficientes seleccionan los mejores medicamentos para distribución a la población basados en estrategias de control de calidad. El Programa de Administración

Compartida de Farmacias (PACFARM), establecido en Perú en 1994, fue diseñado para asegurar el suministro de medicamentos esenciales para la población a precios razonables.

El programa se basó inicialmente en un financiamiento rotatorio y un sistema de distribución descentralizado, para luego centralizarse mediante la creación del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos (SISMED), en 2002, para permitir la unificación de los stocks de medicamentos con otros programas nacionales (Yupanqui Aza, 2019). Sin embargo, la evidencia muestra un alta heterogeneidad en la implementación del programa según las regiones peruanas (Romero, 2002).

La adquisición corporativa de medicamentos en Perú dentro de PACFARM se inició en 2003, presentando beneficios en relación con menores valores de compra, control de calidad de los medicamentos y promoción de la equidad en el acceso a los productos farmacéuticos. Así, en 2006, se incorporaron al programa otros socios institucionales, por ejemplo, EsSalud, Sanidades de las FFAA y de la PNP. La adquisición anual planificada comprende un modelo de gestión de existencias para el suministro público de medicamentos basado en la definición de la demanda anual de medicamentos para su compra al precio más bajo. Sin embargo, existe una variación sustancial en la demanda farmacéutica, lo que resulta en períodos de escasez o exceso de medicamentos (Yupanqui Aza, 2019).

Salazar Araujo (2014) destaca que la adquisición pública de medicamentos mediante la modalidad de subasta inversa estableció precios de compra bajos; sin embargo, también redujo el interés de las empresas farmacéuticas en proporcionar medicamentos al gobierno peruano. Los precios de referencia de los medicamentos para las subastas inversas están determinados por la última compra, por lo tanto, la falta de compras debido a la ausencia de bajo interés de los proveedores es una consecuencia predecible de la modalidad de subasta inversa dentro de los mercados oligopólicos.

Según Yupanqui Aza (2019), ciertos cambios en el programa, como los siguientes, minimizarían eventuales problemas en la provisión de medicamentos esenciales:

- Organización de planes de mejoramiento de los almacenes especializados y sistemas de distribución y transporte de medicamentos, coordinados por el MINSA, los gobiernos regionales, EsSalud, Sanidades de las FFAA y PNP;
- Mejoras en los sistemas de adquisición, distribución, control y seguimiento de stocks de medicamentos mediante el desarrollo de los registros electrónicos, contratación de recursos humanos especializados con conocimiento de procedimientos burocráticos y gestión estratégica de compras;
- Esfuerzos conjuntos de organizaciones públicas y privadas para cumplir con las leyes sanitarias peruanas a través de la adquisición anual programada de medicamentos esenciales y la

demanda continua de la población para su adecuada provisión en los almacenes especializados, lo que debe promover una gestión continua de inventarios.

Salazar Araujo (2014) enfatiza que la industria farmacéutica peruana puede ser capaz de suministrar la mayor parte de los medicamentos esenciales necesarios para el tratamiento de la población, considerando el aumento y la baja utilización de la capacidad local desde 2004. Adicionalmente, una inversión sustancial en el desarrollo de medicamentos contra el cáncer, neurológicos y de alta tecnología ha sido realizado en Perú por compañías farmacéuticas multinacionales.

El estudio de Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda (2011) indica que en el año 2005 había aproximadamente 15.000 medicamentos disponibles en Perú, siendo 65% medicamentos de especialidad farmacéutica, 33% agentes de diagnóstico, 2% medicamentos biológicos y 1% medicamentos genéricos. En 2007 la proporción de medicamentos genéricos aumentó al 20%. Las farmacias y droguerías son responsables de la mayor parte de la distribución de productos farmacéuticos, aunque su papel se ha ido reduciendo desde mediados de los años 1990 (83% en 1995 a 70% en 2005) debido al aumento de la participación de EsSalud y el MINSA de Perú en la adquisición de medicación (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011).

Asistencia médica

El sistema de salud peruano presenta fragmentación de la estructura para la prestación de servicios de salud y una baja integración en términos de definición de responsabilidades en el financiamiento y prestación de servicios de salud. Los recientes aumentos en la cobertura del SIS fueron seguidos por un crecimiento en el presupuesto del FISSAL.

Sin embargo, los recursos adicionales dirigidos al FISSAL han sido insuficientes para permitir el mantenimiento de la asistencia sanitaria para las demandas de salud de sus beneficiarios. La mayor parte de su presupuesto se destina al tratamiento de enfermedades renales crónicas (aproximadamente el 74%) y el cáncer (aproximadamente el 21%), mientras que los trasplantes de órganos y las enfermedades raras y huérfanas reciben un volumen reducido de fondos (alrededor del 2% y 1%, respectivamente).

Francke (1998) indicó desigualdades de salud por datos de encuestas en Perú: 70%-80% de personas que tenían necesidad de una consulta médica no lo hacían por falta de dinero. La distribución gratuita de medicinas fue un factor importante en la demanda de servicios de salud, y tarifas cobradas por servicios de salud (especialmente operaciones quirúrgicas y hospitalizaciones) tienen criterios variados e influyen en la búsqueda por atención en salud. Así, la financiación del gobierno a los servicios de salud podría focalizar estandarización de las exoneraciones y subvenciones de bienes de salud, incluso internaciones, consultas y medicinas, por la reducción de desigualdades de salud en el país.

La población de Perú es bastante susceptible a gastos catastróficos en salud debido a la baja cobertura de servicios de salud con financiación del gobierno, aunque los niveles de pobreza extrema en ciertas partes del país tienden a subestimar la prevalencia de gastos catastróficos en salud por falta de condiciones para acceder a cualquier diagnóstico y tratamiento (Knaul et al., 2011).

Mientras las instituciones internacionales de salud recomiendan que los sistemas nacionales busquen una distribución equitativa de recursos en atención de salud, los indicadores en Perú muestran ausencia de justicia en el acceso a la asistencia médica en el país. La mayor parte del gasto de salud privado es destinado a consultas médicas y adquisición de medicamentos, especialmente entre hogares de áreas urbanas y hogares con mayores ingresos (Restrepo-Betancur, 2023).

Javier-Jara y Cuadros-Salazar (2022) destacan que hay necesidad de mejoramiento de la cobertura de servicios de salud en el interior de Perú basada en aumento del financiamiento del gobierno para promoción del desarrollo y regulación del sistema de salud. Simultáneamente, Caparó (2017) muestra que hay saturación del sistema de salud debido a una estimación equivocada de la demanda de asistencia de salud en Perú, afectando el bienestar social. Por lo tanto, el análisis comparativo de la infraestructura y recursos humanos de salud con relación al perfil demográfico y epidemiológico de la población en Perú es importante para estimar la necesidad adicional de profesionales de salud (médicos y enfermeros), camas y otros elementos importantes para inversiones de salud en el país (Caparó, 2017).

Infraestructura de atención de salud

La infraestructura de atención de salud en Perú presenta una distribución desigual según las regiones (Tabla 3): Moquegua, Ica y La Libertad presentan mayores concentraciones de hospitales por cada 10.000 habitantes, a diferencia de Callao y Huánuco; mientras que Apurímac, Huancavelica (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2022; 2023b). Pasco muestra un mayor número de otros establecimientos de atención médica por cada 10.000 habitantes; y Callao, Cusco, Lima y Tacna tienen mayor concentración de clínicas de profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes, incluidas clínicas de dentistas, mientras que Pasco, Huánuco, Puno y Ucayali presentan concentraciones más bajas.

Hubo un ligero aumento en la infraestructura del sistema de salud peruano por cada 10.000 habitantes en la mayoría de las regiones peruanas entre 2016 y 2021, impulsado por el crecimiento de otros establecimientos, que incluyen los institutos especializados, las clínicas médicas, clínicas de otros de profesionales de la salud y clínicas odontológicas.

Los hospitales por cada 10.000 habitantes presentaron disminución entre 2016 y 2021. Gran parte de las regiones peruanas mostraron reducción en la cobertura hospitalaria en el período,

excepto Huancavelica (+35%), Huánuco (+28%), Arequipa (+19%), Puno (+15%), Cusco (+13%) y Tacna (+7%).

Tabla 3 – Infraestructura de atención de salud por cada 100.000 habitantes en Perú por región y año. 2016-2021

Región	Hospitales		Centros de salud		Puestos de salud		Otros establecimientos		
	2016	2021	2016	2021	2016	2021	2016	2021	%
Perú	0,199	0,179	0,755	0,822	2,630	2,695	2,485	2,973	0,199
Amazonas	0,292	0,187	1,920	2,474	10,060	9,731	0,267	1,634	0,292
Áncash	0,222	0,177	0,843	0,892	2,991	3,332	0,346	0,328	0,222
Apurímac	0,213	0,186	1,728	1,788	17,845	8,639	0,899	1,324	0,213
Arequipa	0,155	0,183	0,656	0,662	0,965	2,221	3,168	3,138	0,155
Ayacucho	0,185	0,164	1,019	1,358	4,075	5,523	0,000	0,507	0,185
Callao	0,107	0,087	0,322	0,174	2,564	1,242	4,582	5,245	0,107
Cusco	0,148	0,168	0,969	1,599	1,289	2,153	2,797	3,175	0,148
Huancavelica	0,103	0,140	1,810	2,149	12,618	10,269	0,336	0,502	0,103
Huánuco	0,093	0,119	0,957	0,963	3,868	3,929	0,186	0,224	0,093
Ica	0,276	0,230	0,586	0,481	2,103	1,863	0,931	0,942	0,276
Junín	0,199	0,197	0,904	1,015	8,117	3,696	2,077	2,133	0,199
La Libertad	0,286	0,249	0,620	0,742	4,122	1,416	0,771	0,781	0,286
Lambayeque	0,212	0,196	0,979	0,679	2,397	1,539	2,169	2,051	0,212
Lima	0,209	0,189	0,406	0,426	0,387	1,342	4,731	5,559	0,209
Loreto	0,175	0,125	1,031	1,302	2,536	4,281	0,278	0,636	0,175
Madre de Dios	0,268	0,111	0,805	0,723	27,844	5,565	2,550	3,228	0,268
Moquegua	0,334	0,307	1,727	1,537	21,782	3,894	0,279	0,769	0,334
Pasco	0,259	0,222	1,072	1,735	12,082	9,637	0,074	0,222	0,259
Piura	0,164	0,144	0,744	0,828	0,422	2,374	1,487	1,960	0,164
Puno	0,219	0,251	1,234	1,476	0,325	3,503	0,187	0,397	0,219
San Martín	0,216	0,164	1,034	1,008	2,416	3,714	1,190	1,194	0,216
Tacna	0,148	0,159	0,889	0,768	0,889	2,408	6,486	8,178	0,148
Tumbes	0,260	0,156	0,867	0,939	0,867	1,564	0,347	0,782	0,260
Ucayali	0,152	0,066	0,701	0,764	0,701	3,536	0,227	0,216	0,152

Considerando que los establecimientos de salud de EsSalud ofrecen atención médica de alta complejidad para el tratamiento de enfermedades crónicas, las tendencias en la distribución de los establecimientos de EsSalud en todo el país pueden representar una cobertura de atención de salud especializada (Tabla 4).

Datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática indican mayor concentración de hospitales de EsSalud por cada 100.000 habitantes en Moquegua (1,20 en 2009 a 1,02 en 2021) y Pasco (1,06 en 2009 a 1,11 en 2021) en el período 2009 a 2021; mientras que Lima y Callao (0,11 en 2009 a 0,10 en 2021) y Ayacucho (0,15 de 2009 a 2021). En relación con otros establecimientos de salud, hay mayor concentración en Pasco (3,89 en 2009 a 4,06 en 2021) y Tumbes (1,98 en 2009 a 1,85 en 2021), mostrándose las menores concentraciones en Lima y Callao (0,29 en 2009 a 0,23 en 2021) y San Martín (0,52 en 2009 a 0,66 en 2021).

Tabla 4 – Establecimientos de salud de EsSalud por cada 100.000 habitantes en Perú por región y año. 2009-2021

Centros de salud de EsSalud	2009		2016		2021	
	Hospitales	Otros centros	Hospitales	Otros centros	Hospitales	Otros centros
Amazonas	0,74	1,47	0,73	1,70	0,70	1,63
Áncash	0,27	1,46	0,27	1,42	0,25	1,35
Apurímac	0,46	1,16	0,47	1,42	0,46	1,39
Arequipa	0,41	1,90	0,37	1,77	0,33	1,57
Ayacucho	0,15	1,70	0,15	1,39	0,15	1,34
Cajamarca	0,35	1,81	0,42	1,90	0,41	1,79
Cusco	0,33	0,90	0,31	1,02	0,36	0,95
Huancavelica	0,22	1,34	0,26	1,55	0,28	1,67
Huánuco	0,26	1,41	0,27	1,46	0,26	1,45
Ica	0,53	1,46	0,57	1,38	0,50	1,20
Junín	0,39	1,33	0,38	1,30	0,37	1,24
La Libertad	0,24	1,83	0,48	1,45	0,44	1,32
Lambayeque	0,43	1,65	0,49	1,63	0,53	1,51
Lima y Callao	0,11	0,29	0,11	0,30	0,10	0,23
Loreto	0,11	0,76	0,21	0,72	0,19	0,67

Madre de Dios	0,83	1,67	0,67	1,34	0,56	1,11
Moquegua	1,20	1,20	1,11	1,11	1,02	2,05
Pasco	1,06	3,89	1,11	4,06	1,11	4,06
Piura	0,29	0,86	0,26	0,84	0,24	0,77
Puno	0,31	1,17	0,32	1,38	0,32	1,38
San Martín	0,52	0,52	0,48	0,48	0,44	0,66
Tacna	0,33	1,98	0,30	2,07	0,26	1,85
Tumbes	0,48	1,43	0,43	1,30	0,39	1,17
Ucayali	0,22	1,09	0,19	1,14	0,17	1,00
Total	0,27	1,02	0,29	0,99	0,27	0,91

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023a, 2023b).

Según Valdivia (2002), históricamente, los esfuerzos del gobierno hacia la expansión de la infraestructura de atención de salud en Perú han sido insuficientes para fomentar la equidad en la cobertura de atención de salud, particularmente considerando el acceso a la asistencia de salud en las zonas rurales del país. Los costos relacionados con las consultas y la adquisición de medicamentos pueden constituir barreras para la utilización de la atención médica entre las personas de bajos ingresos.

La evolución de la disponibilidad de recursos humanos en Perú también muestra desigualdades entre regiones (Tabla 5): Lima (3,70 en 2010 a 4,66 en 2020) y Tacna (2,17 en 2010 a 3,37 en 2020) presentan mayores concentraciones de enfermeras por cada 1.000 personas, y San Martín muestra una menor cobertura de enfermeras (0,51 en 2010 a 0,70 en 2020) y médicos (0,66 en 2010 a 1,17 en 2020).

Tabla 5 – Recursos humanos en atención de salud por cada 1.000 habitantes en Perú por región y año. 2010-2020

Recursos humanos en salud	2010		2016		2020	
	Enfermeros	Médicos	Enfermeros	Médicos	Enfermeros	Médicos
Perú	1,97	2,01	2,46	2,71	2,76	2,96
Amazonas	0,48	1,48	0,60	2,81	0,64	1,64
Áncash	0,87	1,39	1,26	2,43	1,46	2,96
Apurímac	0,72	2,35	1,08	3,80	1,14	4,47
Arequipa	3,39	3,56	3,97	4,46	4,22	4,72

Ayacucho	0,52	1,66	0,68	2,49	0,75	2,83
Cajamarca	0,40	0,96	0,58	1,53	0,68	2,21
Callao	2,28	2,02	2,25	2,94	2,03	3,00
Cusco	1,25	1,91	1,79	2,67	2,18	2,87
Huancavelica	0,52	1,32	0,79	2,32	0,87	2,93
Huánuco	0,58	2,00	0,91	3,08	1,16	3,82
Ica	2,16	2,30	2,38	3,42	2,44	3,52
Junín	0,97	1,94	1,43	2,61	1,71	2,86
La Libertad	1,77	1,80	2,66	2,36	3,27	2,49
Lambayeque	1,54	1,92	2,08	3,06	2,55	3,52
Lima	3,70	2,72	4,30	3,25	4,66	3,43
Loreto	0,77	1,00	1,03	1,24	1,09	1,46
Madre de Dios	1,04	1,26	1,23	1,71	1,13	1,94
Moquegua	1,61	2,59	1,81	3,26	1,83	3,44
Pasco	0,64	2,18	0,92	2,88	1,00	3,16
Piura	0,83	0,71	1,10	1,17	1,30	1,30
Puno	0,65	1,58	1,09	2,52	1,45	2,92
San Martín	0,51	0,66	0,60	0,94	0,70	1,17
Tacna	2,17	2,50	3,06	3,13	3,37	3,15
Tumbes	0,81	1,56	0,94	2,36	0,94	2,44
Ucayali	0,65	1,28	0,87	1,61	1,07	1,76

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023a, 2023b).

Uno de los desafíos en el sistema de salud de Perú se refiere a la desigualdad en la distribución de los recursos humanos en salud entre regiones del país (WHO, 2021). Del Carmen Sara (2019) enfatiza que el sistema de salud peruano debe centrarse en la calidad para mejorar la cobertura universal de salud para promover el bienestar de la población. En el estudio se destacan requisitos de inversiones en recursos humanos especializados en atención de salud, incluida la fuerza laboral de salud calificada, el liderazgo en la gestión del sistema de salud y la participación de la comunidad para fomentar una atención de alta calidad bajo una cobertura sanitaria universal.

2.4 Gastos públicos y economía en salud

Los gastos corrientes en salud en Perú han ido creciendo continuamente durante el siglo XXI, de 215 dólares por persona en 2000 a 753 dólares en 2020, expresado en paridad del poder de compra (PPC). La mayor parte del gasto actual en salud en Perú es asumida por el gobierno: la proporción del gasto público aumentó del 53% en 2000 al aproximadamente 68% en 2020 (Tabla 6).

Tabla 6 – Gasto en salud en Perú por año. 2000-2020

Año	Gasto en salud								
	Capital	Corriente (GCS)		Bolsillo		Nacional	Gobierno	Privado	Seguro de salud voluntario
	%PIB	%PIB	PPC pp	%PIB	%GCS	%GCS	%GCS	%GCS	%GCS
2000	0,36	4,41	215,25	1,78	40,28	99,76	53,02	46,74	5,25
2001	0,22	4,72	235,15	1,92	40,65	99,45	52,44	47,01	5,12
2002	0,15	4,94	261,52	1,97	39,94	99,42	51,08	48,34	7,15
2003	0,14	4,59	258,04	1,72	37,49	97,67	50,92	46,75	8,46
2004	0,16	4,43	264,31	1,63	36,69	98,00	52,00	46,00	8,26
2005	0,20	4,67	297,95	1,59	34,02	97,90	54,99	42,91	8,07
2006	0,16	4,41	312,76	1,78	40,33	98,20	50,26	47,94	7,18
2007	0,33	4,43	351,95	1,88	42,54	99,00	48,67	50,33	6,59
2008	0,43	4,52	400,33	1,96	43,35	99,26	48,09	51,17	6,33
2009	0,61	4,97	444,41	2,00	40,28	98,13	50,36	47,76	6,37
2010	0,50	4,72	459,99	1,86	39,51	98,84	51,90	46,94	6,39
2011	0,42	4,54	469,40	1,83	40,33	98,99	50,97	48,02	6,56
2012	0,42	4,74	506,83	1,84	38,87	99,35	52,49	46,86	6,48
2013	0,45	4,76	535,51	1,67	35,09	99,52	55,85	43,68	7,15
2014	0,41	4,98	572,31	1,57	31,56	99,72	59,55	40,17	7,22
2015	0,45	4,98	576,41	1,49	29,93	99,76	60,88	38,88	7,61
2016	0,36	4,99	602,96	1,46	29,33	99,79	61,66	38,13	7,50
2017	0,33	4,92	620,83	1,41	28,64	99,76	62,17	37,59	7,70
2018	0,33	5,19	683,64	1,53	29,41	99,80	61,50	38,30	7,60
2019	0,34	5,21	698,80	1,47	28,13	99,80	62,89	36,91	7,53
2020	0,41	6,30	753,30	1,44	22,76	99,78	67,91	31,87	7,16

GCS = gastos corrientes en salud; PPC = paridad del poder de compra

Fuente: WHO (2023b).

Los gastos privados en salud representaron aproximadamente entre el 43% y el 50% de los gastos actuales en salud hasta 2012; sin embargo, su proporción ha ido disminuyendo en los últimos años, mientras que el pago anticipado voluntario presentó incremento de 5% a 8% hasta 2005, tendencias potencialmente asociadas con la implementación del AUS. De manera similar, los gastos de bolsillo en salud han ido disminuyendo desde 2012, aunque todavía representan una proporción considerable de los gastos en salud actuales (alrededor del 23%).

El crecimiento de la participación del gobierno peruano en gastos de salud es un reflejo de los cambios promovidos en la estructura y financiamiento del sistema de salud en las últimas décadas —presentados previamente—, que han generado incrementos en expensas del sector público con miras a la reducción de desigualdades de salud y transformaciones de las condiciones de salud en el país:

- Creación y expansión de seguros de salud con apoyo del gobierno para aumento de la cobertura poblacional de salud en Perú (SIS y AUS);
- Estrategias de desarrollo del primer nivel de salud basadas en prevención de enfermedades crónicas y promoción de salud (RIS y MAIS-BFC);
- Formulación de programas de promoción de salud y acceso a servicios y productos de salud con financiamiento gubernamental (PACFARM y SISMED).

2.5 Desafíos del financiamiento sostenible del sistema de salud

El foco de la gestión pública en la estrategia de presupuesto por resultados tiene potencial de ecuación de cuestiones fiscales del gobierno en conjunción con promoción de mejoría de las condiciones de salud de la población. El requerimiento de planeamiento de actividades de las unidades ejecutoras del presupuesto de salud y monitoreo de indicadores de resultados de las entidades responsables por el sector de salud a corto plazo permite el análisis de eficiencia, efectividad y eficacia de las organizaciones del sistema sanitario (Calle-Pérez, 2020).

Así que los fundamentos del financiamiento sostenible del sistema de salud peruano están en curso por la adopción de normas basadas en el presupuesto por resultados en conjunción con reformas recientes del sistema de salud desde el 2000 (Romero, 2002; Knaul *et al.*, 2011; Salazar Araujo, 2014; Cosavalente-Vidarte *et al.*, 2019; Yupanqui Aza, 2019; Llanos-Zavalaga *et al.*, 2020a, 2020b; Javier-Jara y Cuadros-Salazar, 2022).

Los principales desafíos del financiamiento sostenible están relacionados con la implementación adecuada de las reformas y otros avances en la consolidación del sistema de salud peruano. Diversas acciones pueden reducir las fragilidades en indicadores de salud y riesgos financieros de la población, incluyendo:

- Continuación de propuestas de transformación del primer nivel de salud por inversiones en promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas a partir del fortalecimiento de las RIS y el MAIS-BFC;
- Búsqueda por robustecimiento de la cobertura universal de salud con financiación pública de seguros de salud para garantizar el amplio acceso a servicios de salud a la población, independientemente de niveles de ingresos, a través del SIS y de la AUS;
- Refuerzo de los programas direccionados al tratamiento integral de los pacientes en el sistema de salud peruano, representado por el PACFARM y el SISMED, así como exoneraciones y subvenciones de bienes de salud;
- Disminución de la fragmentación de la estructura organizativa y composición del financiamiento del sistema de salud juntamente con descentralización del primer nivel de atención para inserción y diseminación de servicios de salud por el país, incluso áreas rurales y regiones socioeconómicamente vulnerables;
- Mejoría de la distribución geográfica de infraestructura de salud, incluso establecimientos y recursos humanos especializados en salud, para reducción de desigualdades en el acceso a servicios de salud, así como incentivos a la investigación e innovación para el desarrollo de bienes de salud, avances en tecnología e indicadores socioeconómicos por medio de transacciones con otros países.

2.6 Impacto de factores demográficos, económicos y políticos en gastos de salud

Los indicadores demográficos, económicos y políticos de Perú presentan un cuadro de país en desarrollo marcado por cambios en la composición poblacional e históricas desigualdades económicas y políticas. Las mudanzas recientes en el escenario demográfico con el envejecimiento de las personas generan mayores riesgos de enfermedades crónicas, con aumento de demandas por recursos de salud y potencial comprometimiento del presupuesto gubernamental (Calle Pérez, 2020).

Asimismo, las históricas desigualdades económicas y políticas entre diferentes regiones geográficas y áreas urbanas y rurales del país son cristalizadas en prácticas institucionales que deben ser combatidas gradualmente en largo plazo, como muestran las recientes iniciativas de reformas del sistema de salud (Romero, 2002; Knaul *et al.*, 2011; Salazar Araujo, 2014; Cosavante-Vidarte *et al.*, 2019; Yupanqui Aza, 2019; Llanos-Zavalaga *et al.*, 2020a, 2020b; Javier-Jara y Cuadros-Salazar, 2022).

Datos previos de encuestas en Perú indican que bajos ingresos o un menor acceso a la infraestructura de salud reducen la demanda por servicios en el primer nivel de salud, operaciones quirúrgicas y hospitalizaciones, en cuanto la distribución gratuita de medicinas promueve

incentivos a la demanda de servicios de salud (Francke, 1998). Así, desigualdades económicas y geográficas en el país son reproducidas dentro del sistema de salud peruano.

Además, Hernández-Vásquez *et al.* (2018) mostraron que las personas con mayor nivel educativo que vivían en áreas urbanas con enfermedades crónicas y mayores gastos de salud per cápita tenían una mayor probabilidad de incurrir en gastos de bolsillo en salud. Ser beneficiario del SIS redujo la probabilidad de realizar gastos de bolsillo en salud en comparación con personas sin cobertura de seguro de salud, hallazgo respaldado por la evidencia de Petrerá Pavone y Jiménez Sánchez (2018).

Un estudio anterior sobre gastos en salud en 12 países de ALC mostró que Perú presenta una prevalencia intermedia de gastos catastróficos en salud considerando la relación entre los gastos de bolsillo en salud y los gastos netos de los hogares en alimentos y la relación entre los gastos de bolsillo en salud y los gastos netos de los hogares en el umbral internacional de pobreza. Los gastos catastróficos en salud se concentraron entre los hogares de mayores ingresos, considerando las altas tasas de pobreza absoluta en Perú (Knaul *et al.*, 2011).

Magallanes Quevedo (2019) identificó un aumento en los gastos de bolsillo con medicamentos y equipo médico en Perú de 2007 a 2016. Los niños, personas mayores, mujeres con mayor nivel educativo y alto nivel de ingresos que viven en las regiones costeras del país presentaron mayores gastos con medicamentos y equipo médico. Además, Hernández-Vásquez *et al.* (2020) mostraron que los gastos de bolsillo en medicamentos y suministros médicos aumentaron entre 2007 y 2016 entre los niños, las personas sin seguro, los beneficiarios del SIS y las Fuerzas Armadas y las personas sin enfermedades crónicas.

3. Impacto del gasto en salud sobre indicadores de salud

3.1 Cobertura de salud

La cobertura del seguro de salud aumentó de aproximadamente el 33% al 76% de la población entre 2000 y 2018, siendo la mayor parte de la población cubierta por el SIS en 2018 (Tabla 7).

Tabla 7 – Cobertura de atención de salud (%) en Perú por tipo y año. 2000-2018.

Año	Seguro de salud			Personas sin seguro de salud
	EsSalud	SIS	Otros	
2000	20	–	13	67
2003	16	21	5	58
2004	17	15	5	63
2005	17	14	5	64

2006	19	15	4	62
2007	20	17	6	58
2008	20	28	6	46
2009	21	34	6	40
2010	22	36	6	37
2011	23	36	6	36
2012	24	31	6	38
2013	24	35	6	35
2014	25	39	5	31
2015	25	43	5	27
2016	25	46	5	24
2017	23	47	5	23
2018	24	46	6	24

Fuente: Wilson; Velásquez; Ponce (2009); Del Carmen Sara (2019).

La proporción de personas sin ninguna protección social en salud disminuyó de aproximadamente el 67% al 24% entre 2000 y 2018 (Wilson Velásquez; Ponce 2009; Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018; Del Carmen Sara, 2019). Sin embargo, existen desigualdades en la cobertura del seguro de salud en Perú según regiones: Huancavelica, Apurímac, Ayacucho, Amazonas y Loreto presentan una cobertura superior al 85% de la población; mientras que Junín, Madre de Dios, Arequipa, Puno y Tacna muestran coberturas inferiores al 70% de la población (Ministerio de Salud, 2019).

El crecimiento en la cobertura del seguro de salud fue sustancial después de la implementación del AUS en 2009, especialmente considerando la cobertura del seguro de salud entre las mujeres a través del SIS (del 34% en 2009 al 47% en 2017) y EsSalud (del 23% en 2009 al 26% en 2017), de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Hogares (Mezones-Holguín et al., 2019). El MINSA de Perú hizo esfuerzos, a partir de 2012, para aumentar los fondos para el SIS.

Además, el gobierno estableció el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) a finales de la década de 2000 para garantizar la cobertura de atención médica básica, incluida la lista de condiciones de salud prioritarias con intervenciones obligatorias para el seguro de salud en las organizaciones públicas y privadas en Perú. El PEAS asegura el tratamiento de gran parte de las condiciones de salud que componen la carga de enfermedad en el país (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011).

3.2 Indicadores de salud

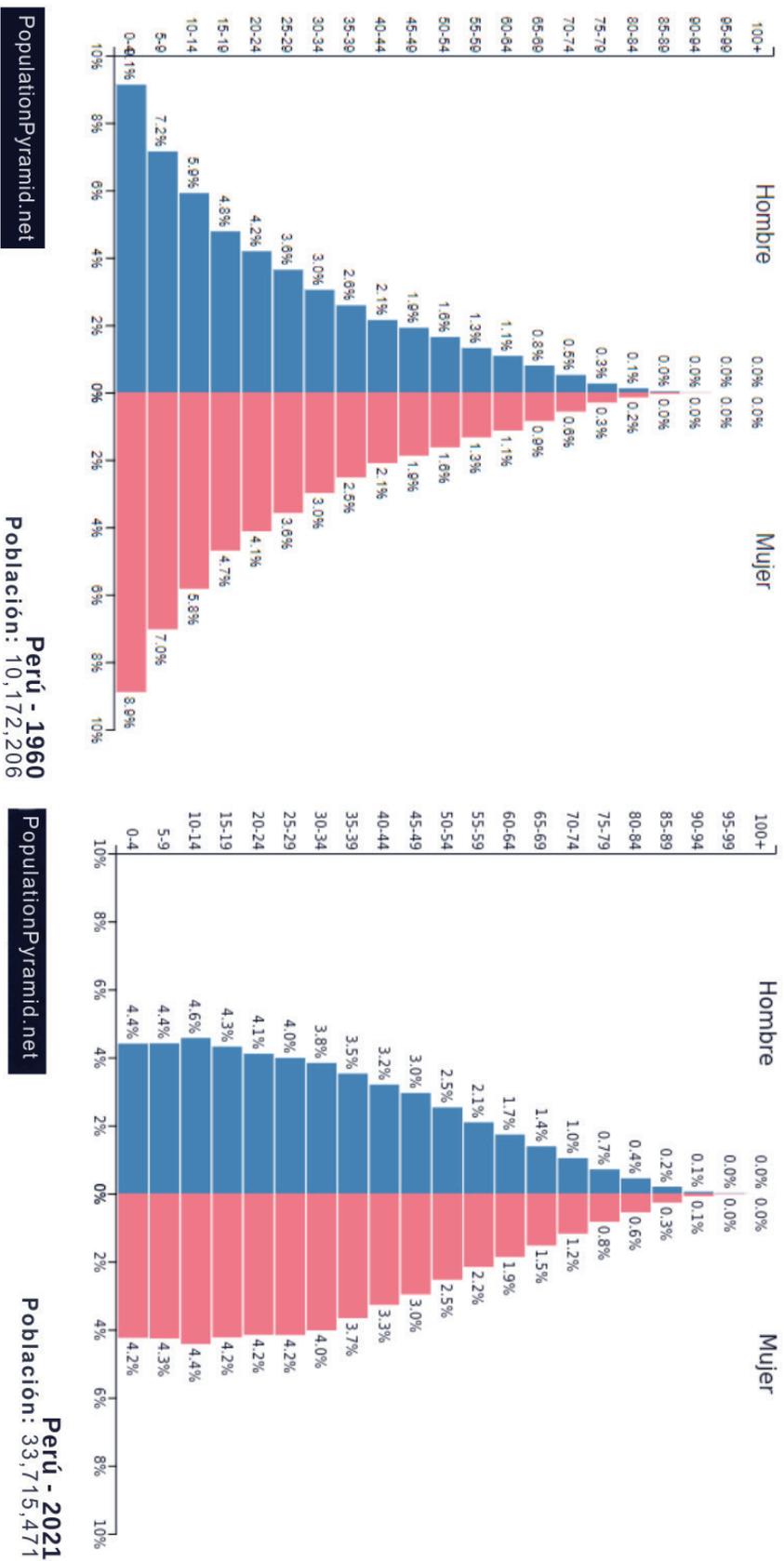
La población peruana aumentó de 10,2 millones de personas en 1960 a 33,7 millones en 2021 (+23,5 millones, crecimiento medio del 2,0% anual) según datos del Banco Mundial (World Bank, 2023). La transición demográfica en Perú a lo largo del período muestra una disminución sustancial de la población más joven (<20 años) y un aumento de la población adulta y anciana (Figura 3).

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer en Perú mostró mejoras en las últimas dos décadas, al pasar de 74,4 años en 2000 a 79,9 años en 2019 (crecimiento medio de 5,48 años), mientras que la esperanza de vida saludable al nacer aumentó de 64,9 a 69,5 años en el mismo período (crecimiento medio de 4,59 años). Sin embargo, hubo un mayor aumento en la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable al nacer a nivel mundial (6,52 y 5,36 años, respectivamente) (World Bank, 2023; WHO, 2023a).

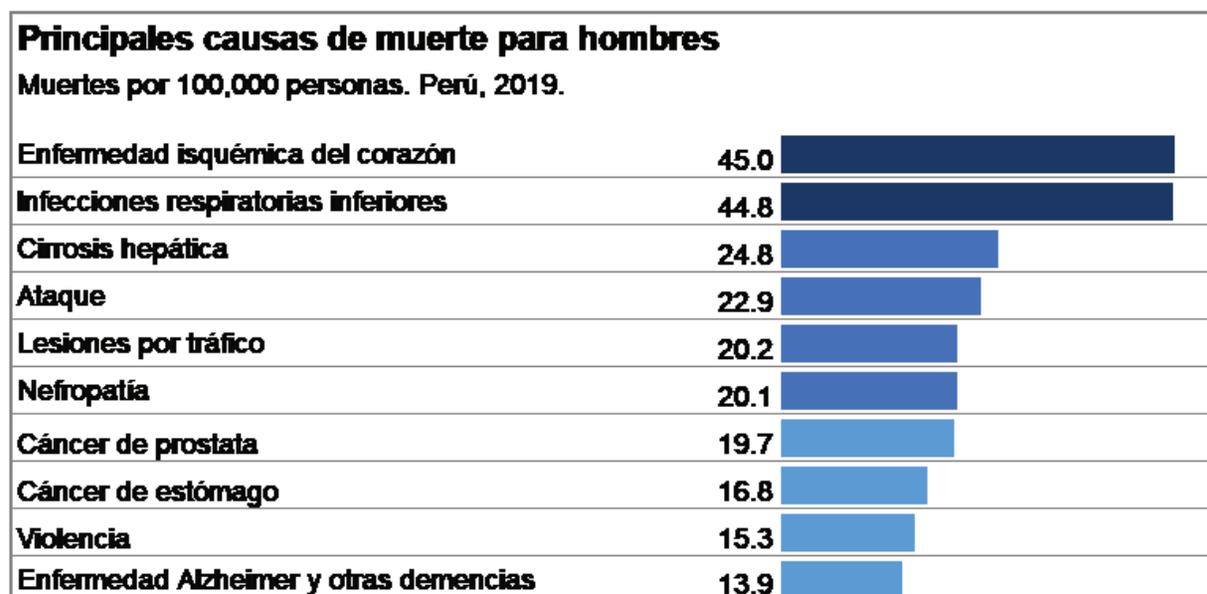
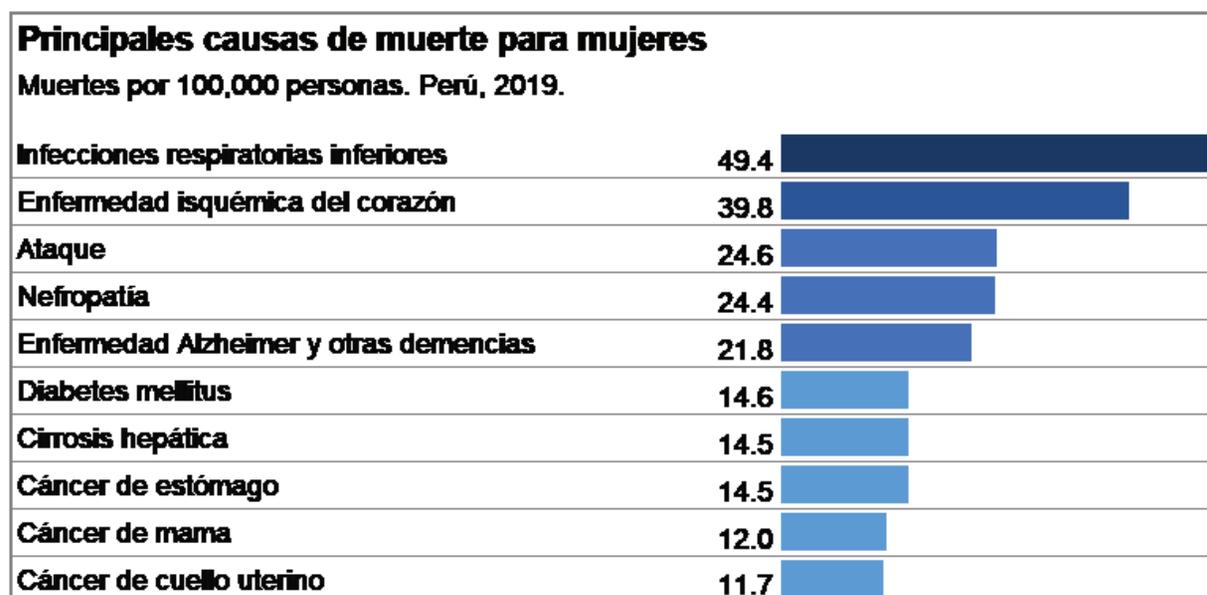
Las principales causas de muerte en 2019 reflejan la aparición de una doble carga de enfermedad en Perú, es decir, la coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, como infecciones de las vías respiratorias inferiores y cáncer (Figura 4). Sin embargo, hubo cambios sustanciales en comparación con las principales causas de mortalidad a principios de la década de 2000, considerando la reducción de las tasas de mortalidad por septicemia y problemas perinatales en ambos sexos, deficiencias nutricionales entre las mujeres y tuberculosis entre los hombres (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011; WHO, 2023a).

Figura 3 – Crecimiento poblacional en Perú. 1960-2021



Fuente: PopulationPyramid (2023).

Figura 4 – Las diez principales causas de muerte entre mujeres y hombres en Perú. 2019



Fuente: WHO (2023a).

Cáncer

Aunque las tendencias generales en la prevalencia del diagnóstico de cáncer en las regiones peruanas indican una reducción, es importante señalar que la falta de infraestructura, recursos humanos y equipos para el diagnóstico de cáncer en ciertas regiones puede comprometer la identificación de personas con enfermedades crónicas específicas, por ejemplo, el cáncer (Tabla 8).

La prevalencia de diagnóstico de cáncer por cada 1.000 habitantes en Perú mostró un aumento hasta 2016, seguido de una ligera disminución hasta 2019. Las regiones peruanas con mayor concentración de personas con este diagnóstico son Lima (0,61 en 2009 a 0,55 en 2019) y Callao (0,50 en 2009 a 0,46 en 2019), mientras que Puno (0,04 en 2009 a 0,06 en 2019) y Moquegua (0,15 en 2010 a 0,05 en 2019) presentan menor concentración de personas con esta enfermedad.

Tabla 8 – Proporción de personas con diagnóstico de cáncer en Perú por región y año.
2009-2019

Región	Personas con diagnóstico de cáncer										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Perú	0,36	0,35	0,37	0,39	0,39	0,39	0,41	0,42	0,37	0,38	0,36
Amazonas	0,24	0,22	0,31	0,32	0,29	0,32	0,32	0,36	0,32	0,35	0,31
Áncash	0,42	0,43	0,41	0,50	0,52	0,47	0,49	0,51	0,42	0,45	0,46
Apurímac	0,22	0,23	0,25	0,32	0,30	0,34	0,39	0,44	0,40	0,40	0,34
Arequipa	0,19	0,14	0,12	0,13	0,15	0,10	0,12	0,13	0,11	0,09	0,09
Ayacucho	0,29	0,28	0,29	0,35	0,40	0,42	0,37	0,50	0,41	0,42	0,46
Cajamarca	0,24	0,26	0,26	0,30	0,31	0,31	0,31	0,35	0,30	0,33	0,33
Callao	0,50	0,52	0,50	0,47	0,50	0,46	0,50	0,48	0,45	0,46	0,46
Cusco	0,16	0,16	0,17	0,20	0,20	0,19	0,17	0,21	0,17	0,16	0,15
Huancavelica	0,16	0,17	0,21	0,25	0,26	0,24	0,28	0,37	0,42	0,33	0,38
Huánuco	0,26	0,23	0,26	0,36	0,41	0,40	0,40	0,42	0,43	0,49	0,47
Ica	0,47	0,43	0,51	0,44	0,53	0,49	0,50	0,52	0,50	0,39	0,36
Junín	0,32	0,35	0,35	0,38	0,36	0,35	0,39	0,39	0,38	0,35	0,33
La Libertad	0,15	0,16	0,19	0,25	0,20	0,16	0,14	0,15	0,12	0,13	0,12
Lambayeque	0,36	0,33	0,37	0,37	0,34	0,28	0,35	0,30	0,28	0,31	0,29
Lima	0,61	0,59	0,61	0,61	0,59	0,63	0,68	0,65	0,57	0,58	0,55
Loreto	0,13	0,13	0,15	0,17	0,20	0,21	0,22	0,26	0,21	0,21	0,19
Madre de Dios	0,22	0,15	0,16	0,18	0,26	0,19	0,17	0,25	0,18	0,21	0,16
Moquegua	0,15	0,09	0,04	0,08	0,13	0,11	0,06	0,08	0,06	0,14	0,05

Región	Personas con diagnóstico de cáncer										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pasco	0,29	0,25	0,25	0,39	0,33	0,32	0,31	0,47	0,42	0,39	0,34
Piura	0,28	0,25	0,26	0,29	0,32	0,31	0,32	0,33	0,26	0,28	0,28
Puno	0,04	0,05	0,04	0,05	0,06	0,04	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06
San Martín	0,19	0,20	0,24	0,29	0,33	0,29	0,30	0,33	0,34	0,31	0,31
Tacna	0,19	0,16	0,11	0,10	0,13	0,18	0,22	0,23	0,14	0,14	0,10
Tumbes	0,33	0,37	0,34	0,36	0,29	0,34	0,34	0,50	0,29	0,40	0,34
Ucayali	0,18	0,21	0,23	0,27	0,24	0,24	0,26	0,28	0,24	0,28	0,23

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023a, 2023b).

Desnutrición

Las tendencias de la desnutrición entre niños menores de cinco años muestran una reducción de la prevalencia de problemas nutricionales en el país. Aunque la incidencia de la desnutrición siguió siendo menor en las zonas urbanas (del 14,2% en 2009 al 6,8% en 2021), hubo una fuerte disminución de deficiencia nutricional entre los niños de las zonas rurales (del 40,3% en 2009 al 24,4% en 2021). Las regiones de Huancavelica (53,6% en 2009 a 27,1% en 2021) y Cajamarca (39,8% en 2009 a 20,9% en 2021) presentan mayor prevalencia de niños diagnosticados con desnutrición, mientras que Moquegua (5,1% en 2009 a 2,9% en 2021) y Tumbes (2,1% en 2009 a 1,5% en 2021) muestran una menor incidencia durante todo el período (Tabla 9).

Tabla 9 – Proporción de niños menores de cinco años con desnutrición en Perú por región y año. 2009-2021

Desnutrición en niños < 5 años	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Perú	23,8	23,2	19,5	18,1	17,5	14,4	13,1	12,9	12,2	12,2	12,1	11,5
Área												
Urbana	14,2	14,1	10,1	10,5	10,3	9,2	7,9	8,2	7,3	7,6	7,2	6,8
Rural	40,3	38,8	37,0	31,9	32,3	27,7	26,5	25,3	25,7	24,5	24,7	24,4
Región												
Amazonas	26,8	27,5	29,2	27,1	30,8	22,7	19,3	17,1	20,4	17,9	17,5	19,2
Áncash	28,2	27,0	24,7	22,0	20,5	18,7	17,1	16,1	16,4	16,2	16,8	16,5
Apurímac	34,8	39,3	32,2	29,0	27,3	22,3	20,0	20,9	20,1	16,1	17,5	19,4
Arequipa	12,2	9,0	7,3	8,7	7,3	7,5	6,3	4,9	5,3	6,1	6,0	4,9
Ayacucho	41,4	35,3	29,5	28,0	26,3	21,7	18,9	20,0	20,2	17,3	18,1	16,0

Desnutrición en niños < 5 años	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cajamarca	39,8	37,6	34,2	35,6	32,2	23,9	26,0	26,6	27,4	25,6	24,4	20,9
Callao	–	–	–	–	7,0	6,5	5,9	5,2	6,0	3,8	5,6	4,4
Cusco	38,4	29,9	24,3	20,0	18,2	16,7	14,6	13,4	14,0	14,0	13,5	12,7
Huancavelica	53,6	54,2	50,2	42,4	35,0	34,0	33,4	31,2	32,0	30,7	31,5	27,1
Huánuco	39,2	34,3	30,9	29,0	24,8	24,2	19,2	19,6	22,4	19,4	19,2	17,8
Ica	10,3	8,9	7,7	7,7	6,9	6,7	7,1	8,3	5,0	5,5	5,9	4,4
Junín	33,7	26,7	24,4	24,2	22,1	19,8	20,5	17,3	19,2	18,7	17,5	14,3
La Libertad	27,2	23,2	21,0	22,1	19,9	15,9	12,2	15,6	14,8	12,7	13,4	14,9
Lambayeque	18,2	16,2	14,0	14,2	14,3	14,1	11,8	10,5	9,3	11,2	9,5	9,2
Lima	–	–	–	–	10,0	9,7	5,9	9,6	6,7	9,5	8,6	6,3
Loreto	29,1	34,2	32,3	27,7	24,6	23,2	23,6	23,8	20,0	23,7	25,2	23,6
Madre de Dios	12,5	11,9	12,1	11,6	9,8	10,2	8,3	7,3	7,0	8,4	8,5	6,2
Moquegua	5,1	5,7	4,4	4,1	4,2	3,5	4,5	3,4	2,3	2,5	2,2	2,9
Pasco	38,4	24,8	26,0	26,5	24,9	22,4	24,8	22,8	19,3	16,0	18,0	16,7
Piura	23,0	20,9	21,7	24,9	21,7	20,3	15,3	15,9	13,1	13,0	13,0	16,4
Puno	27,3	21,5	20,0	19,0	17,9	14,5	16,4	16,1	15,0	12,6	14,2	12,5
San Martín	28,2	22,8	16,8	15,5	16,0	16,3	12,1	12,1	10,5	11,5	10,8	11,7
Tacna	2,1	3,7	3,1	2,9	3,7	2,6	2,3	3,2	1,3	2,4	1,9	1,5
Tumbes	13,5	11,0	10,1	9,1	8,3	9,1	7,4	8,2	8,1	7,5	7,3	7,7
Ucayali	29,9	31,4	24,7	24,5	26,1	24,0	24,8	19,4	17,8	17,7	17,4	17,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023a, 2023b).

El gobierno peruano aborda la desnutrición a través de diversos programas sociales de alimentación, con dos programas principales establecidos a finales del siglo XX, y reformados hasta el siglo XXI, incluido el programa Vaso de Leche, establecido en 1985, y el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA), establecido en 1992, rebautizado Qali Warma en 2012 (Trivelli y Urrutia, 2022).

El crecimiento en la proporción de hogares con uno o más beneficiarios de programas alimentarios (Tabla 10) puede haber influido en la prevalencia de la desnutrición

entre los niños menores de 5 años en Perú. Los programas de alimentación presentan mayor cobertura en Huancavelica (61,1% en 2011 a 49,1% en 2021), Loreto (52,9% en 2011 a 55,0% en 2021) y Pasco (42,3% en 2011 a 53,6% en 2021). La región con menor cobertura de programas alimentarios durante gran parte del período es el Callao (20,9% en 2009 a 27,1% en 2021).

Tabla 10 – Proporción de hogares con beneficiarios de programas alimentarios en Perú por región y año. 2011-2021

Hogares con beneficiarios	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Perú	29,4	27,4	26,4	25,9	28,6	32,4	32,7	33,0	32,5	33,2	33,6
Área											
Urbana	21,2	19,7	19,8	19,7	22,2	26,9	27,8	28,3	28,0	27,1	30,0
Rural	51,3	49,0	45,0	43,8	47,8	48,6	47,1	47,0	46,8	54,9	45,9
Región											
Amazonas	50,2	48,7	40,4	49,3	52,3	53,8	52,7	52,3	48,9	51,2	48,6
Áncash	30,6	31,2	32,3	31,2	32,5	39,0	39,1	37,5	38,5	42,9	37,2
Apurímac	57,7	48,1	42,1	40,5	43,8	46,7	44,9	43,1	45,4	48,9	41,2
Arequipa	24,2	19,4	18,2	20,1	25,1	23,9	23,9	26,2	26,1	24,3	28,9
Ayacucho	42,9	40,4	38,0	41,3	40,0	43,9	41,3	43,4	38,2	45,5	41,4
Cajamarca	40,5	42,2	41,5	38,6	41,6	43,7	41,5	39,9	38,7	48,9	42,6
Callao	20,9	21,3	19,4	16,8	11,3	20,7	22,2	24,5	23,3	20,2	27,1
Cusco	31,2	30,6	28,8	28,7	34,6	34,9	36,3	37,6	35,5	38,5	34,0
Huancavelica	61,1	59,1	49,0	47,0	49,2	47,5	46,2	46,6	46,1	51,5	49,1
Huánuco	50,8	41,8	39,5	43,2	47,8	48,0	47,1	44,7	45,8	49,2	47,3
Ica	21,2	20,9	22,2	15,9	19,5	23,7	26,0	25,6	31,0	29,9	38,5
Junín	28,1	26,2	26,9	26,8	33,5	32,5	30,9	32,3	31,0	42,3	37,4
La Libertad	23,1	19,3	17,9	19,6	30,2	33,1	32,7	34,2	32,5	33,9	33,1
Lambayeque	22,0	21,6	19,5	19,6	20,3	24,3	27,6	27,6	27,3	25,6	28,0
Lima	22,7	20,0	21,5	17,7	20,8	30,9	32,0	29,9	31,8	24,7	32,2
Loreto	52,9	53,2	47,4	52,7	53,8	59,9	56,4	58,7	57,2	56,1	55,0
Madre de Dios	43,4	37,9	38,6	35,2	41,0	44,1	39,7	40,2	44,3	41,7	35,3
Moquegua	22,9	29,9	25,7	19,1	26,1	31,9	30,3	31,0	27,3	33,6	29,6
Pasco	42,3	44,1	41,2	49,1	45,1	50,5	44,3	47,0	48,3	53,4	53,6
Piura	20,1	19,0	21,9	24,0	31,2	40,9	36,9	39,1	41,2	46,0	45,7

Hogares con beneficiarios	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Puno	37,8	31,5	32,9	28,9	35,5	35,3	34,0	35,1	33,6	34,3	34,4
San Martín	39,8	31,9	28,8	34,0	42,7	45,9	52,1	47,3	44,9	53,7	45,0
Tacna	24,0	20,6	19,7	25,3	29,2	31,7	30,5	30,1	27,9	29,0	27,9
Tumbes	42,2	37,7	40,0	37,4	38,5	44,0	42,5	45,8	42,1	34,2	42,0
Ucayali	42,3	44,2	44,7	40,2	34,8	49,0	52,0	51,4	53,7	39,0	50,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023a, 2023b).

Sin embargo, los programas sociales de alimentación en Perú han estado bajo escrutinio debido a problemas en su implementación y valoraciones negativas sobre su efectividad y eficiencia para abordar la desnutrición (Trivelli y Urrutia, 2022). Aunque existen varias críticas con relación a los programas alimentarios del gobierno peruano, datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023a, 2023b) muestran un aumento en la cobertura de los programas alimentarios, particularmente en las zonas rurales del país. Además, las iniciativas hacia la aplicación del presupuesto de resultados en políticas alimentarias y de salud en Perú muestran evidencia de mejora de las metas de los programas alimentarios (Dale et al., 2020).

COVID-19

En 2020, Perú fue uno de los primeros países de América Latina en establecer el estado de emergencia debido a la pandemia de COVID-19, adoptando medidas relacionadas con el cierre de fronteras y cuarentena de la población para evitar la propagación del virus, además de la formación de un grupo de trabajo para promover el aumento de la capacidad de respuesta del sistema de salud. Sin embargo, las desigualdades socioeconómicas y sanitarias en el país, incluida la falta de acceso al agua potable, podrían comprometer los esfuerzos del gobierno para contener la pandemia (Pugley, 2020).

Perú fue uno de los cinco países de las Américas responsables del 83,5% del exceso de mortalidad por COVID-19, junto con Brasil, Colombia, México y Estados Unidos de América. Perú presentó una de las tasas de mortalidad por millón de habitantes más altas en 2021; sin embargo, también mostró una de las coberturas más altas de vacunación completa contra la enfermedad hasta septiembre de 2022 (PAHO, 2022). La evidencia reciente indicó que los factores de riesgo de exceso de mortalidad debido a COVID-19 incluían un menor ingreso per cápita y una tasa de desempleo, mientras que los factores protectores se referían a un mayor gasto en salud per cápita, acceso a la atención médica y seguro médico (Cajachagua-Torres et al., 2022).

Hubo un alta concentración de casos de COVID-19 entre médicos y enfermeras en Perú, aunque el gobierno proporcionó mejoras en las condiciones laborales (incluidas bonificaciones y aumentos salariales) y seguros de vida para los trabajadores de la salud durante la pandemia. Los recursos para incrementar la respuesta del sistema de salud ante la aparición de la enfermedad se obtuvieron de los presupuestos corrientes y de inversión del gobierno (WHO, 2021).

Además, la referida pandemia también impactó pacientes con cáncer, enfermedades raras y huérfanas, quienes presentaron mayor susceptibilidad a la mortalidad por el virus o no pudieron continuar con el tratamiento debido a las restricciones impuestas durante la emergencia sanitaria creada por la propagación del SARS-CoV-2 (Astigueta-Pérez et al., 2020). Hubo disminución del 70% en tratamientos para pacientes con cáncer entre marzo y junio de 2020 y disminución del 56% en tratamientos para pacientes con enfermedades raras y huérfanas entre febrero y junio de 2020 (ALAFARPE, 2021).

Enfermedades crónicas

La proporción de personas que reportan enfermedades crónicas aumentó desde 2009 hasta 2019, mostrando una reducción en 2020 en relación con 2019, potencialmente debido al período de pandemias. La prevalencia de personas que indicaban enfermedades crónicas se mantuvo más alta en las zonas urbanas de Perú en comparación con las zonas rurales durante todo el período. Las regiones de Huancavelica y Madre de Dios presentaron una menor incidencia de individuos con condiciones crónicas, mientras que Moquegua mostró una mayor prevalencia de individuos en la población que reportaron condiciones crónicas (Tabla 11).

Tabla 11 – Proporción de personas que reportaron enfermedades crónicas en Perú por región. 2009-2021

Personas con enfermedades crónicas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Perú	25,4	31,8	36,3	36,7	35,4	35,8	34,9	36,2	37,0	38,3	39,4	37,7	39,6
Área													
Urbana	27,6	34,7	39,2	39,8	37,7	37,6	36,4	38,2	39,0	40,2	41,3	39,7	41,1
Rural	19,5	23,8	27,8	27,7	28,3	29,9	30,0	29,7	30,1	31,3	32,5	30,0	33,7
Región													
Amazonas	29,5	34,2	35,0	36,5	34,4	32,6	36,3	40,7	41,7	42,4	41,5	41,2	42,9
Áncash	25,4	30,6	38,6	40,5	43,7	41,5	41,4	41,2	42,7	41,4	47,1	46,8	49,7

Personas con enfermedades crónicas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Apurímac	17,6	20,7	30,2	28,9	30,3	35,3	36,9	38,1	40,6	40,2	41,7	39,8	47,2
Arequipa	30,7	34,9	37,0	31,5	28,0	32,3	29,8	33,8	34,1	33,1	38,2	36,7	42,4
Ayacucho	15,1	19,8	27,9	28,1	24,0	23,1	22,3	23,0	26,1	29,7	33,6	31,1	35,6
Cajamarca	18,5	23,0	22,0	19,5	20,7	27,0	25,8	24,6	26,1	28,3	32,0	29,7	30,8
Callao	26,8	34,9	45,2	42,0	40,9	39,1	39,6	43,7	42,7	45,4	44,5	41,3	42,3
Cusco	18,3	20,8	26,1	27,3	27,7	30,2	32,8	31,6	33,6	33,4	32,9	27,8	34,9
Huancavelica	12,7	16,5	21,9	20,0	22,7	20,5	21,1	20,1	16,0	17,8	18,4	17,0	20,4
Huánuco	19,2	24,8	25,6	29,5	32,3	30,9	32,2	31,4	32,2	31,9	31,6	32,1	33,1
Ica	39,9	42,0	42,2	41,4	43,9	44,6	39,7	40,2	41,9	41,5	39,8	37,1	39,1
Junín	21,4	29,3	34,7	36,5	33,6	33,6	35,8	35,3	35,1	35,1	35,1	32,3	33,5
La Libertad	26,2	29,5	30,1	36,3	33,5	38,0	42,0	42,6	42,7	42,3	39,6	39,4	40,9
Lambayeque	36,9	39,7	41,5	36,9	36,7	36,6	34,8	39,5	41,2	40,5	42,0	36,2	39,5
Lima	26,8	36,8	43,3	43,7	40,8	39,9	37,0	39,0	40,2	42,9	43,1	42,6	42,6
Loreto	23,9	29,2	31,4	34,0	31,4	29,4	26,8	29,7	27,4	29,6	27,6	25,9	26,3
Madre de Dios	13,4	17,8	20,8	23,5	22,4	22,5	15,6	16,6	18,6	21,4	21,2	21,4	27,3
Moquegua	33,6	34,7	41,3	44,3	42,6	43,9	51,5	50,2	47,9	47,5	47,1	47,4	53,4
Pasco	24,2	26,0	33,4	37,0	39,0	40,8	43,2	44,0	41,8	40,0	43,8	38,7	33,2
Piura	25,1	33,4	34,0	32,3	30,9	30,6	27,8	29,9	31,6	33,6	36,8	32,7	36,3
Puno	27,0	31,5	35,8	36,5	39,2	40,3	42,9	40,5	40,3	40,6	47,6	46,4	46,5
San Martín	25,0	25,6	33,4	38,1	34,0	33,7	32,5	36,5	35,3	36,6	37,8	39,0	41,6
Tacna	29,8	28,6	35,9	45,2	40,2	39,2	37,2	34,6	39,7	39,7	43,4	40,3	41,3
Tumbes	29,6	39,1	37,2	39,7	39,3	36,7	36,8	39,4	36,6	36,3	39,8	33,4	40,6
Ucayali	22,4	31,8	34,9	34,4	33,0	31,1	30,0	30,6	30,5	31,7	32,5	25,9	28,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023a, 2023b).

La evolución reciente de indicadores de salud poblacionales muestra el cambio del perfil de enfermedades en Perú marcado por la transición epidemiológica incompleta con doble carga de enfermedad, o sea, manutención de altos niveles de enfermedades infecciosas asociados al crecimiento de la prevalencia de enfermedades crónicas. El escenario de doble carga de enfermedad es dañino en términos de gastos de salud y desarrollo económico debido al mayor riesgo

de morbosidad y mortalidad en la población, que reducen la productividad en el trabajo y los ingresos de hogares.

SIDA/VIH y otras enfermedades

La incidencia de infecciones por SIDA/VIH presentó aumento de 9.551 para 15.568 casos de morbilidad en Perú hasta 2016, después de un período con reducidos niveles de incidencia en el primer decenio del siglo XXI. Sin embargo, la proporción de casos de SIDA/VIH es relativamente bajo en comparación con otros grupos de enfermedades (Tabla 12).

Tabla 12 – Tasas de morbilidad en la población de Perú por año. 2002-2016

Grupo de enfermedades	2002	2010	2016
Enfermedades infecciosas (excluido SIDA/VIH)	15,78	12,52	9,31
SIDA/VIH	0,04	0,03	0,05
Cáncer	0,38	0,47	0,72
Anemias	1,45	1,22	2,07
Diabetes	0,19	0,35	0,72
Desnutrición y deficiencias nutricionales	3,20	1,25	3,42
Obesidad	0,24	1,26	3,38
Trastornos mentales y del comportamiento	1,06	1,48	2,57
Enfermedades cardíacas y circulatorias	1,04	1,27	1,72
Enfermedades respiratorias	30,14	30,16	21,41
Enfermedades del sistema digestivo	13,12	13,36	18,81
Infecciones de la piel y sistemas osteomusculares	7,26	9,03	9,42
Enfermedades del sistema genitourinario	5,83	6,15	6,14
Parto y trastornos perinatales	1,98	3,06	3,47
Causas externas	0,84	0,61	0,65
Otras enfermedades y traumatismos	17,44	17,82	16,14

Fuente: Perú (2024).

En Perú se han puesto en marcha programas de suministro de medicamentos específicos con altas tasas de éxito. Un estudio reciente sobre la implementación del Programa de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en Perú indicó que la política ejecutada por el MINSA tuvo éxito en reducir la aparición de casos de SIDA. El TARGA se basó en la capacitación de

recursos humanos, la provisión de tratamiento antirretroviral universal gratuito, pruebas de VIH y asesoramiento psicológico a la población (Enríquez Canto; Díaz Gervasi; Menacho Alvirio, 2020).

Otros grupos de enfermedades con alta morbilidad en la población de Perú incluyen las enfermedades respiratorias e infecciosas (excluido SIDA/VIH), que presentaron disminución de participación en el escenario de morbilidad peruano de 30% a 21% y 16% a 9% en el período de 2002 a 2016, respectivamente, en cuanto las enfermedades del sistema digestivo tuvieron aumento de proporción de 13% a 19% en el mismo período.

La evolución reciente del cuadro de morbilidad en Perú muestra la transición epidemiológica incompleta marcada por doble carga de enfermedades infecciosas y crónicas de la población. El fenómeno es responsable por el crecimiento de gastos en salud con tratamientos de largo plazo para enfermedades crónicas, a pesar de mantener alta incidencia de enfermedades infecciosas que comprometen el bienestar y la calidad de vida de la población.

3.3 Desafíos por la mejoría de indicadores de salud

Los desafíos por mejoría de los indicadores de salud de la población están conectados a las reformas del sistema de salud recientemente propuestas en Perú. Estrategias de políticas públicas favorables a cambios del estilo de vida y reducción de desigualdades de salud a través de promoción de salud y prevención de enfermedades en el primer nivel de salud, así como garantía del acceso universal a salud y tratamiento integral del paciente con bajo riesgo de gastos catastróficos, componen la base estructural de un sistema de salud social y económicamente sostenible para lograr el bienestar poblacional.

4. Impactos de inversiones en salud en el desarrollo socioeconómico

Las inversiones en salud constituyen la base del desarrollo sostenible de las naciones, considerando la evidencia sólida sobre los resultados relacionados con la formación de capital humano (Etienne, 2018). El capital humano representa el conjunto de conocimientos y habilidades acumulados por los individuos, que presentan potencial para aumentar la productividad de la fuerza laboral (Schultz, 1961; Becker, 1962; León Mendoza 2019).

Las inversiones destinadas a aumentar el capital humano, incluidas las inversiones en salud, generan un impacto directo en el crecimiento económico a través de incrementos en la productividad y un impacto indirecto en el desarrollo económico mediante la inducción del progreso tecnológico. Además, las externalidades positivas vinculadas a la formación de capital humano indican potencialmente rendimientos de escala crecientes (Schultz, 1961; Becker, 1962; León Mendoza, 2019).

4.1 Impacto de gastos de salud en productividad y crecimiento económico

El Índice de Capital Humano (ICH) del Banco Mundial muestra que, en Perú, los niños con educación completa y plena salud pueden ser 61% más productivos en la edad adulta, índice superior al índice medio de la región de ALC y los países de ingresos medios altos. Hubo un aumento en el ICH peruano de 0,55 a 0,61 entre 2010 y 2020 debido, principalmente, a mejoras en los componentes educativos del ICH. Por lo tanto, las inversiones en salud deberían ser el foco de una mayor mejora en la formación de capital humano en el país (World Bank, 2020).

Cortez (2000) demostró que hay retornos sustanciales de las inversiones en salud en Perú: reducir 1 día de ausentismo por mes en el país debería aumentar la tasa salarial de las mujeres en un 3,4% en las zonas urbanas y un 6,2% en las rurales, respectivamente, mientras que la tasa salarial de los hombres presenta retornos más altos del 4,7% y del 14,2% en las zonas urbanas y rurales. Un estudio reciente de León Mendoza (2019) muestra que los años adicionales de logro educativo y esperanza de vida reducen la prevalencia de la pobreza en 8,7 y 3,1 puntos, respectivamente. Así, las inversiones públicas y privadas en salud deben ser reconocidas por su contribución en el país, priorizándose las políticas para fomentar el desarrollo socioeconómico.

4.2 Impacto de gastos de salud en innovación

Expertos en el sistema de salud peruano señalan que existen retrasos sustanciales en la incorporación de terapias innovadoras en el país. Ciertos medicamentos aprobados para uso en otros países por sus agencias reguladoras —por ejemplo, la Food and Drug Administration en los Estados Unidos de América y la Agencia Europea de Medicamentos— vieron retrasada su introducción al sistema de salud peruano en 18 años. Es importante resaltar que ha habido una reducción de ensayos clínicos en Perú durante las últimas décadas. Según información del Instituto Nacional de Salud, los ensayos clínicos realizados en Perú disminuyeron de 143 en 2009 a 43 en 2019, previo al escenario de pandemia (Instituto Nacional de Salud, 2020).

Los procesos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) involucrados en la evaluación del registro de medicamentos y la aprobación de la inclusión de medicamentos en el Petitorio Nacional en Perú han venido postergando el acceso a terapias innovadoras y de menor costo que las intervenciones tradicionales para la población. La falta de protocolos consistentes, transparentes y oportunos para la ETS en el país desafía los esfuerzos para reducir los gastos catastróficos en salud y el empobrecimiento debido a la necesidad de tratamiento de enfermedades crónicas (Knaul et al., 2011). Los mecanismos de apelación, consulta pública y participación social en los procesos de toma de decisiones deben reforzar la medicina basada en valores en el país, favoreciendo la racionalización en el uso de recursos limitados dentro del sistema nacional de salud (Instituto Nacional de Salud, 2020).

4.3 Impacto de gastos de salud en bienestar social

Caparó (2017) argumenta que el sistema de salud peruano presenta efectos importantes en el país debido a su influencia en el bienestar de la población. Inversiones del sector público en salud están relacionadas con resultados en cinco dimensiones del país: económica, social, física, gobernabilidad y equidad (Caparó, 2017; Restrepo-Betancur, 2023).

Los gastos públicos de salud reducen los niveles de mortalidad, especialmente mortalidad infantil (Caparó, 2017). Además, la mala gestión de sistemas de salud afecta directamente las condiciones económicas de los hogares, reduciendo el acceso a los alimentos, la educación y otras necesidades básicas de las personas. Peores resultados del sistema de salud implican mayor vulnerabilidad entre hogares cuyos jefes son mujeres con bajos ingresos (Restrepo-Betancur, 2023).

Shocks negativos de salud tienen el potencial de reducción del bienestar general de personas y hogares por endeudamiento y bancarrota, reduciendo el consumo de otros bienes y comprometiendo horas laborales, ingresos y la escolarización. Así que bajos ingresos en salud pueden reducir la formación de capital humano del país a corto, medio y largo plazo, especialmente si el jefe del hogar es la persona afectada por un problema de salud grave (Saavedra García, 2021).

Resultados del estudio de Saavedra García (2021) muestran que shocks de salud generan incrementos de 7%-12% en el gasto por persona de los hogares en Perú, así como reducen los dispendios con otros bienes de consumo de los hogares. Además, personas en hogares afectados por shocks de salud buscan complementar los ingresos con otras actividades en 6%-11% para compensación parcial de las reducciones de ingresos laborales debido a gastos de salud.

De acuerdo con estudios en Economía de Salud, la creación del SIS que otorga atención gratuita en el primer nivel de salud presentó efectos de reducción de la vulnerabilidad a la pobreza, aumentó la utilización de los servicios de salud básicos y pruebas de diagnóstico y desarrolló la tasa de medicación, especialmente con medicamentos pagos del bolsillo (Bernal; Carpio; Klein, 2017; Neelsen y O'Donnell, 2017; Torres, 2018). Además, los trabajadores de los sectores informales tienen mayor proporción de presupuestos afrontados con gastos de bolsillo debido a problemas de salud en Perú (Saavedra García, 2021).

Según Restrepo-Betancur (2023, p. D23),

gobiernos que implementan medidas preventivas de salud y alimentación a favor de la población infantil ven recuperada esta inversión a futuro con un mejor rendimiento académico y una economía más efectiva. [...] incrementar el número de personas vinculadas al sector salud puede mejorar la economía de un país.

En Perú los años adicionales de educación y los años adicionales de esperanza de vida reducen la proporción de personas que viven en la pobreza en 8,7 y 3,1 puntos porcentuales, respectivamente (León Mendoza, 2019), lo que demuestra el importante papel de las inversiones en educación y atención médica en la disminución de la pobreza.

Las inversiones en salud han crecido sustancialmente desde los años 1990 en Perú; sin embargo, aún es uno de los países con menores inversiones en el sector de salud de Sudamérica. Altos gastos públicos de salud basados en principios de eficiencia, eficacia y efectividad presentan efectos en mayor calidad de vida y menor inequidad y pobreza de la población del país. Además, la priorización adecuada de gastos de salud promueve mejores condiciones de formación del capital humano en niveles físico, mental y emocional, generando mayor productividad del trabajo traducida en mayores tasas de crecimiento económico.

Según Restrepo-Betancur (2023, p. D23),

Históricamente se ha observado que el mejor bienestar económico de un país va de la mano de una mejora sustancial en los sistemas de salud [...] Una mayor inversión económica en el campo de la salud implica mejores estadísticas macroeconómicas.

Simultáneamente, los gastos sociales del gobierno (incluso gastos públicos de salud) deben ser mayores en momentos de crisis económicas para garantizar la manutención del bienestar de la población en situaciones de pérdida de ingresos.

Los resultados del estudio de Yanet-Delina, Carina-Maribel, Cruz-Grety (2018) muestran que hay una reducción más que proporcional de los gastos fiscales sociales en situaciones de caída del Producto Interno Bruto (PIB) de Perú. En el período de 2006 a 2015, cada punto porcentual de reducción del PIB resultó en una disminución del gasto social del gobierno en más del 4%. Así, es necesaria la mejora de priorización de recursos públicos en programas sociales para la adopción de políticas fiscales contracíclicas que resulten en aumento de protección social de la población durante las crisis económicas en Perú.

5. Conclusiones y recomendaciones

La fragmentación del sistema de salud peruano comprende una característica preocupante que puede comprometer el logro de una cobertura universal de salud basada en la equidad, la eficiencia y la eficacia de la asistencia en salud a la población (Cetrángolo et al., 2013). Las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de la implementación de las RIS y el MAIS-BFC deben ser primordiales en el escenario de transiciones demográficas, nutricionales y epidemiológicas que se vive en el país.

El enfoque de la atención primaria de salud se centró en prioridades establecidas en las comunidades locales con participación social (Cosavalente-Vidarte et al., 2019; Llanos-Zavalaga et al., 2020b), que apoyaron la adopción de intervenciones de bajo costo (por ejemplo, actividad física, educación nutricional, programas alimentarios y atención preventiva) conectadas al fomento del bienestar de la población a largo plazo y reducción la necesidad de atención de alta complejidad. Es importante resaltar el papel del gobierno en la financiación, organización y coordinación de las redes de atención de salud en todo el país, lo que debería mejorar el acceso equitativo a una atención de salud de excelencia para promover la calidad de vida de la población.

Teniendo en cuenta la evidencia sobre menores gastos de bolsillo y protección financiera y un aumento de la cobertura universal de atención médica entre los beneficiarios de seguros médicos (Wilson; Velásquez; Ponce, 2009; Petrera et al., 2013; Hernández-Vásquez et al., 2018; Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018; Petrera Pavone y Jiménez Sánchez, 2018; Del Carmen Sara, 2019), se debe apuntar a una cobertura de seguro social adecuada para la inclusión de personas de bajos ingresos, particularmente en entornos desfavorecidos.

Además, deben hacerse esfuerzos para fomentar las inversiones hacia el aumento y la distribución equitativa de la infraestructura y los recursos humanos en salud en todo el territorio peruano (Cetrángolo et al., 2013). El papel del gobierno para garantizar una prestación adecuada de atención de salud en Perú debe enfatizarse dentro del contexto del derecho humano a la salud, considerando el alto nivel de gastos de bolsillo en salud y el bajo nivel de inversiones gubernamentales en salud, particularmente en infraestructura y formación de capital humano.

También se ha demostrado que los programas sociales dirigidos a la seguridad alimentaria, la educación y las transferencias monetarias condicionadas mejoran el acceso a los servicios de salud en Perú (Petrera et al., 2013; Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2023a, 2023b), además de promover la formación de capital humano para abordar las desigualdades socioeconómicas, aumentar la productividad y apoyar el desarrollo nacional.

Los altos gastos de bolsillo en medicamentos y diagnósticos, los incentivos hacia la cobertura del seguro social de salud, particularmente incluyendo la atención de alta complejidad proporcionada por el SIS y EsSalud, fueron diseñados para brindar protección financiera adicional con respecto a la cobertura de tratamientos de alto costo de enfermedades crónicas. La mejora de la regulación del sector privado y la revisión de las políticas de copago de los seguros de salud, particularmente en lo que respecta a la prevención y el diagnóstico, también pueden colaborar con la reducción a largo plazo del surgimiento de enfermedades crónicas en la población (Cetrángolo et al., 2013).

Los programas de asistencia farmacéutica en Perú deben mejorarse para centrarse en los medicamentos de alto costo (OPAS, 2009) mediante el desarrollo de políticas integradas para el acceso a los medicamentos y la innovación; gestión de la propiedad intelectual orientada a

contribuir a la innovación y promoción de la salud pública; evaluación continua de tecnologías sanitarias para la incorporación de terapias innovadoras con menores costos; financiación del acceso a medicamentos; negociación de precios, regulación y gestión de compras a nivel gubernamental; e incentivos para la utilización racional de los medicamentos.

La gestión de la asistencia farmacéutica en Perú debe abarcar los beneficiarios de diversos esquemas de seguro de salud (SIS, EsSalud, Salud de las FFAA y de la PNP), permitiendo beneficiarse de economías de escala y brindar tratamientos de alto costo a la población sin incurrir en gastos externos, gastos de bolsillo en salud, garantizando así la protección financiera de las personas con enfermedades crónicas. Mejorar los procesos de compra de medicamentos del sector público hacia mecanismos de adquisición diferenciales basados en procesos de toma de decisiones fundamentadas en evidencia con información sobre rentabilidad y análisis de impacto presupuestario podría mejorar el acceso de la población a terapias efectivas sin riesgo de una carga financiera excesiva.

En conclusión, el desarrollo del sector farmacéutico en Perú puede mejorar la autonomía en relación con las importaciones. El ciclo de innovación 3D (discover, develop, and deliver, o sea, descubrimiento, desarrollo y entrega) puede ser una herramienta importante para apoyar el desarrollo de estrategias de inversión en el sector farmacéutico a nivel nacional, fomentando el desarrollo nacional, el empleo y la incorporación de terapias innovadoras en Perú (OPAS, 2009).

Impulsar la inversión en investigación y desarrollo, incluyendo incentivos a ensayos clínicos y reducción de barreras burocráticas a los estudios en el país, conduciría a ganancias en innovación y avances tecnológicos en Perú, promoviendo el acceso a terapias avanzadas a costos razonables para la población y generando intercambio de conocimiento para fomentar la formación de recursos humanos especializados para el sistema nacional de salud y la comunidad científica peruana.

Calderón Díaz (2021) ha reforzado la necesidad de mayores inversiones en salud, así como la ampliación de la cobertura y el monitoreo de calidad y eficiencia de los servicios de salud en Perú como inversión destinada a la mejoría de los indicadores sociales, económicos y de salud de la población peruana. La utilización de la recaudación fiscal en el mejoramiento del sector es una oportunidad para la formación de capital humano en el país debido a la importancia de aportes en la salud poblacional por la mejoría de calidad de vida y productividad, aumento de oportunidades de trabajo, reducción de desigualdades económicas y sociales, y crecimiento económico del país.

6. Referencias

ALCALDE-RABANAL, J.; LAZO-GONZALES, O.; MACIAS, N.; CONTRERAS-OCHOA, C.; ESPINOSA-HENAO, O. Sistema de salud en el Perú: situación actual, desafíos y perspectivas. *Rev Int Salud Materno Fetal*, Lima, v. 4, n. 3, p. 8-18, 2019.

- ALCALDE-RABANAL, J. E.; LAZO-GONZÁLEZ, O.; NIGENDA, G. The health system of Peru. *Salud Pública de México, Cuernavaca*, v. 53, supl. 2, p. S243-S254, 2011. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800019&script=sci_abstract&tlng=en. Acceso en: 24 ago. 2024.
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS – ALAFARPE. Nota técnica de política pública – Recomendaciones para un mayor acceso a innovación en el sistema de salud peruano. Lima: ALAFARPE, 2021.
- ASTIGUETA-PÉREZ, J.; ABAD-LICHAM, M.; CHÁVEZ-CHIRINOS, C.; BERAUN-MILLA, L.; LACHOS-DÁVILA, A.; DIAZ-PÉREZ, E.; PORTUGAL-VALDIVIA, K.; PILCO CASTAÑEDA, P.; PÉREZ ALFÉREZ, I.; MEZONES-HOLGUÍN, E. Cancer disease progression and death during the COVID-19 pandemic: a multidisciplinary analysis for the Peruvian setting. *ecancermedicalsecience*, v. 14, 1098, 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7532026/>. Acceso en: 21 ago. 2024.
- BECKER, G. S. Investment in human capital: a theoretical analysis. *Journal of Political Economy*, Chicago, v. 70, n. 5, part. 2, p. 9-49, 1962.
- BERNAL, N.; CARPIO, M. A.; KLEIN, T. J. The effects of access to health insurance: Evidence from a regression discontinuity design in Peru. *Journal of Public Economics*, [S. l.] v. 154, p. 122-136, 2017.
- CAJACHAGUA-TORRES, K.N.; QUEZADA-PINEDO, H. G.; HUAYANAY-ESPINOZA, C. A.; OBESOMANRIQUE, J. A.; PEÑA-RODRÍGUEZ, V. A.; VIDAL, E.; HUICHO, L. COVID-19 and drivers of excess death rate in Peru: a longitudinal ecological study. *Heliyon*, [S. l.], v. 8, n. 12, p. e11948, 2022.
- CALDERÓN DIAZ, O. M. G. Factores determinantes para mejorar la calidad del sector salud en el Perú (2010-2016). 2021. Tesis (Doctorado en Economía) – Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas Universidad de Lima, Lima, 2021.
- CALLE-PÉREZ, L. E.. Análisis de la descentralización en la asignación presupuestal para el cierre de brechas sociales en el Perú. Tesis (Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad) – Escuela de Posgrado, Programa Académico de Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad, Universidad César Vallejo, Chiclayo, 2020.
- CAPARÓ, R. Estimación de la demanda oculta de servicios de salud: un apoyo al seguro social peruano. *Revista IECOS*, Lima, v. 18, p. 9-39, 2017.
- CETRÁNGOLO, O.; BERTRANOU, F.; CASANOVA, L.; CASALÍ, P. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: OIT, 2013.
- CORTEZ, R. Health and productivity in Peru: estimates by gender and region. In: SAVEDOFF, W. D.; SCHULTZ, T. P. *Wealth from health: linking social investment to earnings in Latin America*. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2000. capítulo 6.
- COSVALENTE-VIDARTE, O.; ZEVALLOS, L.; FASANANDO, J.; CUBA-FUENTES, S. Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, v. 36, n. 2, p. 319-325, 2019.

- DALE, E.; PRIETO, L.; SEINFELD, J.; PESCIOTTO, C.; BARROY, H.; MONTAÑEZ, V.; CID, C. Presupuesto por resultados de salud: características, logros y retos clave en el Perú. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020.
- DEL CARMEN SARA, J. C. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, v. 36, n. 2, p. 288-295, 2019.
- ENRÍQUEZ CANTO, Y.; DÍAZ GERVASI, G. M.; MENACHO ALVIRIO, L. A. Impacto del Programa TARGA en el sistema de salud peruano en la disminución de casos de sida, 1983-2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 44, p. e27, 2020.
- ETIENNE, C. F. Investing in universal health in the Americas. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, v. 42, p. e90, 2018.
- FRANCKE, P. Focalización del gasto público en salud en el Perú: situación y alternativas. San Miguel: Pontificia Universidad Católica del Perú, 1998. (Documento de trabajo 155).
- HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, A.; ROJAS-ROQUE, C.; SANTERO, M.; PRADO-GALBARRO, F. J.; ROSSELLI, D. Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2017. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, v. 35, n. 3, p. 390-399, 2018.
- HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, A.; VARGAS-FERNÁNDEZ, R.; MAGALLANES-QUEVEDO, L.; BENDEZU-QUISPE, G. Out-of-pocket expenditure on medicines in Peru in 2007 and 2016. *Medwave*, [S. l.], v. 20, n. 2, p. e7833, 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Población afiliada a algún seguro de salud. Lima: INEI, 2018. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1587/libro01.pdf. Acceso en: 22 ago. 2024.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Establecimientos del sector salud – Infraestructura del sector salud, según departamento, 2016-2021. Lima: INEI, 2022. Disponible en: <https://m.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/health-sector-establishments/>. Acceso en: 23 ago. 2024.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Estadísticas sociales. Lima: INEI, 2023a. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>. Acceso en: 23 ago. 2024.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Población estimada al 30 de junio, por años calendario y sexo, según departamento. Lima: INEI, 2023b. Disponible en: https://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/indices_tematicos/proy_04_3.xls. Acceso en: 23 ago. 2024.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Registro peruano de ensayos clínicos (REPEC). Búsqueda de ensayos clínicos. 2020. Disponible en: <https://ensayosclnicos-repec.ins.gob.pe/acerca-del-repec/busqueda-de-ensayos-clinicos>. Acceso en: 23 ago. 2024.
- JAVIER-JARA, J. J.; CUADROS-SALAZAR, D. Situación del sistema de salud en el Perú al 2021 y agenda pendiente. *Revista científica Sociedad & Tecnología*, Provincia de El Oro, v. 5, n. 3, p. 474-490, 2022.
- JUMPA-ARMAS, D. Universal insurance in health in Peru: an approximation to 10 years of its

- implementation. *Revista de la Facultad de Medicina Humana, Lima*, v. 19, n. 3, p. 75-80, 2019.
- KNAUL, F. M.; WONG, R.; ARREOLA-ORNELAS, H.; MÉNDEZ, O. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública de México, Cuernavaca*, v. 53, supl. 2, p. S85-S95, 2011.
- LAVADO, P. *Desigualdad en los programas sociales en el Perú*. Washington, DC: World Bank, 2007. Disponible en: <https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/dyp-34.pdf>. Acceso en: 23 ago. 2024.
- LAZO-GONZALES, O.; ALCALDE-RABANAL, J.; ESPINOSA-HENAO, O. *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos*. Lima: Colegio Médico del Perú, 2016. Disponible en: <https://repositorio.cmp.org.pe/bitstream/handle/20.500.12971/32/libroSistemaSaludPeru.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 24 ago. 2024.
- LEÓN MENDOZA, J. C. Capital humano y pobreza regional en Perú. *Región y Sociedad, Hermosillo*, v. 31, p. e1058, 2019.
- LLANOS-ZAVALAGA, L. F.; ARENAS SILLES, D.; VALCARCEL, B.; HUAPAYA HUERTAS, O. Historia de la atención primaria de salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. *Revista Médica Herediana, Lima*, v. 31, n. 4, p. 266-273, 2020a.
- LLANOS-ZAVALAGA, L. F.; CASTRO QUIROZ, J. A.; ORTIZ FERNÁNDEZ, J.; RAMÍREZ ATENCIO, C. W. Cuando crear sinergia no siempre es salud: análisis y propuesta en la evolución del Sistema de Salud en Perú. *Revista Médica Herediana, Lima*, v. 31, n.1, p. 56-69, 2020b.
- MAGALLANES QUEVEDO, L. M. *Estudio comparativo del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en salud. Perú 2007-2016*. 2019. Tesis (Maestría en Gerencia de Servicios de Salud) – Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2019.
- MEZONES-HOLGUÍN, E.; AMAYA, E.; BELLIDO-BOZA, L.; MOUGENOT, B.; MURILLO, J. P.; VILLEGAS-ORTEGA, J.; DEL CARMEN SARA, J. C. Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Lima*, v. 36, n. 2, p. 196-206, 2019.
- MINISTERIO DE SALUD. *Análisis de Situación de Salud del Perú, 2019*. Lima: Ministerio de Salud, 2019. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf. Acceso en: 23 ago. 2024.
- NEELSEN, S.; O'DONNELL, O. Progressive universalism? The impact of targeted coverage on health care access and expenditures in Peru. *Health Economics, [S. l.]*, v. 26, n. 12, p. e179-e203, 2017.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS. *El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas*. Washington, DC: OPAS, 2009.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. *Health in the Americas 2022. The COVID-19 pandemic: challenges and perspectives*. Washington, DC: PAHO, 2022.
- PERÚ. *Plataforma nacional de datos abiertos. Salud – Tasas de morbilidad*. Lima: Secretaría de Gobierno Digital, 2024. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/morbilidad>. Acceso en: 23 ago. 2024.
- PETRERA PAVONE, M.; JIMENEZ SANCHEZ, E. *Determinantes del gasto de bolsillo en salud de*

- la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S. l.], v. 42, p. e20, 2018.
- PETRERA, M.; VALDIVIA, M.; JIMENEZ, E.; ALMEIDA, G. Equity in health and health care in Peru, 2004-2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 131-136, 2013.
- POPULATIONPYRAMID. Population pyramids of the world from 1950 to 2100. 2023. Disponible en: <https://www.populationpyramid.net/peru/2021/>. Acceso en: 23 ago. 2024.
- PUGLEY, D. D. La COVID-19 en el Perú: una pequeña tecnocracia enfrentándose a las consecuencias de la desigualdad. *Análisis Carolina* 26/2020. Madrid: Fundación Carolina, 2020.
- RESTREPO-BETANCUR, L. F. Inversión económica en salud en América en los últimos veinte años. *Universidad y Salud*, San Juan de Pasto, v. 25, n. 2, p. D22-D26, 2023.
- ROMERO, C. P. Reforma del sector salud y la política farmacéutica en Perú. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1121-1138, 2002.
- SAAVEDRA GARCÍA, W. A. Shock de salud: evidencia peruana 2015-2018. 2021. Tesis (Maestría en Econometría) – Facultad de Economía, Universidad Nacional de Piura, Piura, 2021.
- SALAZAR ARAUJO, J. F. La gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano: nuevos modelos de gestión. *Sinergia e Innovación*, Lima, v. 2, n. 1, p. 160-228, 2014.
- SCHULTZ, T.W. Investment in human capital. *The American Economic Review*, [S. l.], v. 51, n. 1, p. 1-17, 1961.
- TRIVELLI, C.; URRUTIA, C.E. Changes in food programs and consumption patterns in Peru between 2004 and 2018. In: LE COQ, J.-F.; GRISA, C.; GUENEAU, S.; NIEDERLE, P. (ed.). *Public policies and food systems in Latin America*. Versailles: Quae, 2022. capítulo 10.
- TORRES, J. ¿El seguro integral de salud reduce la vulnerabilidad de los hogares peruanos? Análisis usando data panel de 2004 a 2017. Perú: Universidad Del Pacífico, 2018.
- VALDIVIA, M. Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Peru. *Health Policy and Planning*, [S. l.], v. 17, Suppl 1, p. 12-19, 2002.
- WILSON, L.; VELÁSQUEZ, A.; PONCE, C. La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, v. 26, n. 2, p. 207-217, 2009.
- WORLD BANK. Peru – Human capital index 2020. Washington, DC: World Bank, 2020. Disponible en: https://databankfiles.worldbank.org/public/ddpext_download/hci/HCI_2pager_PER.pdf. Acceso en: 23 ago. 2024.
- WORLD BANK. World development indicators. Washington, DC: World Bank, 2023. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=world-development-indicators#>. Acceso en: 23 ago. 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. How to develop and implement a national drug policy. Updates and replaces: Guidelines for developing national drug policies (1988). Geneva: WHO, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Impact of COVID-19 on human resources for health

and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Health data overview for the Republic of Peru. In: WHO. The Global health observatory – countries. Geneva: WHO, 2023a. Disponible en: <https://data.who.int/countries/604>. Acceso en: 24 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global health expenditure database. Geneva: WHO, 2023b. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>. Acceso en: 24 ago. 2024.

YANET-DELINA, A. R.; CARINA-MARIBEL, R. D.; CRUZ-GRETY, V. El gasto social como mecanismo compensatorio de la política fiscal en el Perú 2006-2015. 2018. Tesis (Licenciatura en Economía) – Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, Huánuco, 2018.

YUPANQUI AZA, M. N. Gestión del abastecimiento de los medicamentos esenciales en almacenes especializados y su regulación en Perú 2017. 2019. Tesis (Especialización en Gestión Farmacéutica y Asuntos Regulatorios) – Facultad de Ciencias Farmacéuticas, Bioquímicas y Biotecnológicas, Universidad Católica de Santa María, Arequipa, 2019.

CONSIDERACIONES GENERALES Y FINALES

Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari

Guillermo Aponte Reyes Ortiz

El análisis de la estructura y del financiamiento de la salud pública en Argentina¹, Brasil², Colombia³, Chile⁴, Perú⁵ y México⁶, en el marco constitucional de cada país⁷ y el entorno demográfico y económico de la región latinoamericana⁸, permite remarcar algunas consideraciones sobre la salud como inversión, la gobernanza del sistema, el desigual acceso a la atención sanitaria, las barreras para alcanzar la cobertura universal, los recursos financieros destinados a la salud, las fuentes de financiamiento (público, privado, gasto de bolsillo) y también identificar algunos desafíos que se deben enfrentar para la efectividad del ejercicio del derecho a la salud sin discriminación alguna.

Salud como inversión

Más que un gasto, los recursos financieros destinados al cuidado, a la prevención y a la atención de la salud son una inversión que mejora la calidad de vida de la gente, contribuye al desarrollo fisiológico, optimiza la capacidad de aprendizaje y las habilidades laborales, permite una mayor esperanza de vida saludable y es condición imprescindible para lograr el crecimiento económico.

Una mejora de 10% en la esperanza de vida al nacer se asocia con un aumento de 0,3 a 0,4 puntos porcentuales por año en el crecimiento económico, tal como señala Daniela Schettini en

¹ Los datos de Argentina han sido extraídos del artículo elaborado por Daniela Schettini.

² Los datos de Brasil han sido extraídos del artículo elaborado por Marislei Nijishima.

³ Los datos de Colombia han sido extraídos del artículo elaborado por Adriana Schor.

⁴ Los datos de Chile han sido extraídos del artículo elaborado por Natalia Dus Poiatti.

⁵ Los datos de Perú han sido extraídos del artículo elaborado por Flavia Mori Sarti.

⁶ Los datos de México han sido extraídos del artículo elaborado por Maria Antonieta Lins.

⁷ Artículo elaborado por Pedro B. A. Dallari.

⁸ Artículo elaborado por Guillermo Aponte Reyes Ortiz.

la investigación del financiamiento de la salud pública en Argentina, sobre la base de los modelos de crecimiento de Barro y Sala-i-Martin (1995), Bloom y Sachas (1998) y Bhargava et al. (2001).

El trabajador que goza de buena salud utiliza más plenamente sus capacidades, habilidades y conocimientos, reflejados en mayor productividad laboral y en la generación de ingresos para el sustento familiar. A nivel agregado, incide favorablemente en la generación de excedente económico y el consecuente incremento del Producto Interno Bruto (PIB).

La situación de salud es desigual entre las personas, pues depende de sus ingresos, su nivel de educación, la actividad física regular, la alimentación, el estado nutricional, la exposición a factores de riesgo, como el consumo de alcohol y cigarrillos, y su acceso a la atención sanitaria. El estado de salud de la población es consecuencia de las condiciones económicas de cada país, del financiamiento público y también de la eficiencia, eficacia y funcionamiento del sistema sanitario.

Estructura y gobernanza del sistema

Una característica común de la estructura de los sistemas de salud en América Latina — tal como se observa en mayor o menor grado en los países estudiados— es su fragmentación, con débiles mecanismos de coordinación entre los subsectores y sensible vulnerabilidad a las condiciones económicas de cada país. El régimen es desequilibrado en los riesgos financieros, con incentivos negativos para el acceso y positivos para aumentar el gasto.

La organización de la prestación de servicios debe seguir avanzando hacia redes de atención integral, con el fortalecimiento de la capacidad resolutive en cada eslabón de la cadena, priorizándose la atención primaria.

La estructura del sistema de salud cuenta con multiplicidad de instituciones y, en muchos casos, con la falta de definiciones claras de reglas y responsabilidades, que sobreponen y duplican funciones, encarecen el servicio y traen como resultado la heterogeneidad entre y dentro de los subsistemas, provocando inequidad en el acceso y una asignación no óptima de recursos financieros.

El problema de la desigualdad en la distribución geográfica de la atención de salud a los diferentes grupos poblacionales sigue presente y agudo, afectando principalmente a los segmentos de menores ingresos. La población ocupada en el mercado formal se beneficia de la estructura del sistema, pero no todos los trabajadores que pertenecen al sector informal tienen acceso.

Acceso a la salud

La equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias constituye una preocupación prioritaria para la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹. Garantizar un acceso equitativo significa ejercer el derecho a la protección de la salud y contar con adecuada cobertura de las necesidades sanitarias, con la prestación de servicios oportunos, de calidad y costo/efectivos para todo aquel que los necesite.

La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias se relaciona con la necesidad de atención y también con la dificultad de completar tratamientos médicos como consecuencia de dificultades económicas, de la disparidad en los tiempos de espera y del uso de servicios oportunos.

Lograr equidad supone eliminar diferentes obstáculos en al menos tres dimensiones: 1) población con necesidades sanitarias no cubiertas por el sistema; 2) insuficiencia de recursos públicos para financiar las prestaciones; y 3) alto porcentaje de participación del gasto de bolsillo destinado a la salud.

El acceso efectivo a la utilización de los servicios de salud está relacionado con los mecanismos de protección financiera que a su vez están vinculados a la dinámica del mercado laboral y a desigualdades socioeconómicas y geográficas. En muchos casos, la población con menor nivel de ingresos no tiene acceso a la salud.

La lejanía a los puntos de atención se ha ido reduciendo progresivamente a medida que los centros de salud se han extendido al área rural y también con la urbanización generada por la migración rural-urbana. No obstante, el equitativo acceso geográfico no se sustenta fundamentalmente en nuevos incrementos de oferta de servicios, sino más bien en la asignación suficiente de personal médico y fondos públicos en función de la población y sus necesidades, así como en la estructura del sistema y en la articulación de los mecanismos de financiamiento para la asistencia de los pacientes.

Cobertura universal

La estrategia para el acceso y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone: "aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en

⁹ OMS. The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal health coverage. Geneva: 2010, p.106.

el momento de la prestación de servicios”¹⁰. Se derivan tres líneas de acción interrelacionadas¹¹: 1) Aumentar la protección financiera eliminando el pago directo, 2) Aumentar el Gasto Público en Salud y 3) Aumentar la eficiencia en el sistema de salud.

La clasificación elaborada por Filguera¹² con base en los trabajos de Esping-Andersen propone caracterizar los modelos de política social orientados a otorgar cobertura universal de salud incorporando variables de cuanto invierten en salud medida como porcentaje del PIB y la capacidad del gasto público. Los países que lograron la cobertura universal destinan a la salud el 10% o más del PIB, y el gasto público en salud es más del 75% del gasto total en salud.

Recursos financieros destinados a la salud

Según datos del Banco Mundial, el gasto en salud medido como proporción del PIB ha evolucionado favorablemente en Latinoamérica desde el 6,52% hasta el 8,65% durante las últimas dos décadas, aunque sigue siendo inferior al 10,34% a nivel mundial¹³. La creciente preocupación social incorporada al derecho en la región, que se refleja en la ampliación de normas constitucionales y legales orientadas a la protección de la salud, ayuda a comprender esta evolución.

En 2020, el gasto corriente en salud en la República Argentina representó el 10,1% del PIB, desde el 8% en 2000. El gasto en salud en Brasil el mismo año equivalió al 10,3% del PIB, con un incremento desde el 8,3% en el año 2000. La OMS estima que, en Colombia, ascendió a alrededor del 5,8% en 2000 y aumentó al 8,1% del PIB en 2019. En tanto que el gasto corriente en salud en Chile es aproximadamente dos veces mayor al valor promedio de los países latinoamericanos —pero tres veces menor que el valor promedio de los países de altos ingresos—, alcanzó a 7,04% en 2000 y llegó a 9,75% del PIB en 2020. En Perú, el gasto corriente en salud subió de 4,41% a 6,30% en el mismo periodo; y, en México, este indicador, medido como proporción del PIB, ha evolucionado favorablemente en las últimas dos décadas, pasando de 4,4% en 2000 a 6,2% del PIB en 2020.

¹⁰ Línea estratégica tres de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>. 2014. Acceso en: 22 ago. 2024.

¹¹ APONTE R. O., G. et al. Nuestra salud por todos y para todos. Bolivia: Colegio Médico de Bolivia, 2019. p. 70. Disponible en: <https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/consulta/registro.cmd?id=167676>. Acceso en: 22 ago. 2024.

¹² FILGUERA, F. Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada. En: Reforma do Estado e mudança institucional no Brasil. Recife: Massangana, 1999. p. 123-158.

¹³ Información disponible en World Bank Open Data | Data (bancomundial.org) y coinciden con los datos de la Organización Mundial de la Salud disponible en <https://apps.who.int/nha/database> de 7 abril 2023.

Comparar los recursos financieros destinados a la salud con la actividad económica medida a través del PIB es un indicador habitualmente aceptado, pero también es relevante señalar el gasto en salud promedio por persona.

Considerando el promedio de 2018 a 2020, Argentina tiene el sexto gasto per cápita más alto en salud (pública y privada) en la región, con USD 2.084 para 2020 (PPP¹⁴), detrás de Panamá, Cuba, Chile, Bahamas y Uruguay. Si se considera únicamente el gasto público per cápita, sube al cuarto lugar en el ranking de países latinoamericanos, detrás de Cuba, Panamá y Uruguay.

En Brasil, entre el 2000 y el 2020, el gasto en salud per cápita prácticamente se ha duplicado, pasó de USD 466,8 a USD 700,7. La evolución del PIB por persona y del gasto sanitario per cápita entre 2017 y 2020¹⁵ revela que ha habido una caída del PIB per cápita, pero la disminución del gasto sanitario promedio personal ha sido proporcionalmente menor que la caída del PIB per cápita.

En Colombia hubo un aumento de casi cuatro veces entre 2000 y 2019. El gasto per cápita en salud en ese periodo pasó de USD 378 a USD 1.276, cuando el promedio de América Latina, excluyendo Venezuela, creció de USD 572 a USD 1.425. Este gasto per cápita tuvo una evolución sustancial, pasó del 65% del promedio de América del Sur a casi el 90% del promedio.

El gasto en salud per cápita en Chile ha aumentado a un ritmo más rápido que el promedio de América Latina, pero a un ritmo más lento que el promedio de los países de altos ingresos. Aumentó de USD 357 en 2000 a USD 1.479 en 2021, más del doble del valor de USD 640 para los países latinoamericanos, pero aproximadamente tres veces menos que el valor promedio para los países de altos ingresos.

En México el gasto per cápita en salud prácticamente se cuadruplicó, desde USD 466 en 2000 hasta USD 1.667 en 2020, en tanto que el gasto en salud en Perú ha ido creciendo continuamente desde el año 2000, cuando alcanzaba a USD 215 por persona hasta USD 753 en 2020¹⁶.

Fuentes de financiamiento

Salvo las excepciones identificadas en el análisis de los países seleccionados, a pesar del incremento del PIB per cápita en salud, en general no se dispone de suficientes recursos públicos financieros ni tampoco de personal e infraestructura necesaria para cubrir la prestación del servicio a toda la población en la región latinoamericana con la oportunidad y calidad deseada.

¹⁴ Medido en *purchasing power parity* (PPP), que significa la paridad de poder de compra.

¹⁵ Medido a precios de 2020.

¹⁶ Expresado en paridad de poder de compra PPP.

En muchos casos el sistema no se enfoca en la gestión del riesgo, sino en la presión del gasto, aunque en etapas de crisis financiera todos los sectores de la economía se ven afectados y la salud no es una excepción.

En el análisis de cada país, se examinan las fuentes de financiamiento del presupuesto de salud, tales como el tesoro nacional, los recursos propios, las transferencias internas, el crédito interno y el aporte externo en el sistema público, el subsistema de la seguridad social y el sistema de salud privado. A continuación, se sintetizan algunas cifras al respecto.

Gasto público

El compromiso del Estado con la salud se manifiesta en el financiamiento suficiente y sostenible de los recursos humanos necesarios, así como en la infraestructura sanitaria, número de camas, equipamiento, medicamentos, unidades de terapia intensiva y otros equipos e insumos que fortalezcan la capacidad de resolución de los centros médicos para lograr que la población atendida cuente con una adecuada y oportuna oferta de servicios.

La importancia que el gobierno asigna a la salud se refleja en el porcentaje de gasto corriente que se registra en el presupuesto público destinado y ejecutado para el sector y, en consecuencia, en la ponderación que tiene sobre el gasto total en salud.

A pesar del aumento de los recursos públicos destinados al sector durante las dos últimas décadas en los países estudiados, en algunos casos, no ha habido un crecimiento significativo en el acceso universal a medicamentos ni en la disponibilidad de camas hospitalarias, así como en el número de médicos y enfermeras.

En 2020 la participación del gasto público en salud sobre el gasto total en salud en Argentina alcanzaba al 66%; en Brasil llegaba al 44,9%; en Colombia, el gasto en salud se distribuyó por igual entre los sectores público y privado, pero, si se incluye la seguridad social, llegó alrededor del 70%; en Chile, se situó en el 51%; en Perú, en el 55%; y, en México, alcanzó al 52,9%.

Gasto privado

En el sistema privado, las personas acuden a consultorios, clínicas y hospitales privados pagando con sus propios recursos por los servicios en forma directa o previo pago de una prima de seguros o una tarifa anticipada a compañías de seguros y a entidades de prepago de servicios de salud¹⁷.

El gasto del sector privado es financiado por particulares y por instituciones que no pertenecen a la administración pública ni a la seguridad social, pero que buscan una cobertura sanitaria alternativa o complementaria a la del servicio público. A continuación, se muestra la información de la gestión 2020 que corresponde a los países estudiados.

En Argentina los seguros de salud privados equivalen al 1% del PIB, los gastos de bolsillo superan el 2,4%, mientras que el 7% restante se divide en 3%, que corresponde al subsistema público; en 3%, relacionado con las Obras Sociales (financiadas con aportes patronales y laborales); y en 1%, vinculado al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

El sistema de salud privado en Brasil representa el 55,1% del total del gasto en salud. Si bien es mayor en términos de gasto, es menor en términos de cobertura poblacional porque solo atiende a empleados del sector formal y a empresarios. El servicio de salud privado se ofrece predominantemente bajo la forma de plan de salud o seguro de salud. El sector ha ganado protagonismo en los últimos años, especialmente a partir de 2015 con el cambio de orientación del gobierno federal hacia la reducción del tamaño del Estado en la provisión de bienes públicos.

Según anota Marislei Nijishima en la investigación sobre financiamiento de la salud pública en Brasil: "Cabe señalar, sin embargo, que, si bien los gastos privados en salud son mayores que los públicos, una parte importante de estos son financiados por el sector público a través de complejos mecanismos de financiamiento indirecto del sector público al sector privado de la salud —que no están controlados por la ANS (Ocké, 2015)—, que van desde exenciones tributarias hasta créditos subsidiados (Gomes y Maciel, 2020; Briones y Souza, 2020)."

En Colombia, algo más del 70% del gasto en salud corresponde a financiamiento público, en tanto que el gasto privado conformado por los recursos que provienen directamente de los ingresos de los hogares corresponden a menos de la mitad del gasto público si se incluyen las cotizaciones al sistema de seguridad social de salud.

El 28,9% del financiamiento de atención médica en Chile se realiza a través de gasto privado, los beneficiarios más pobres están financieramente limitados a ser atendidos principalmente por proveedores públicos del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), mientras que los que cuentan con mayores ingresos tienen la opción de acudir a proveedores privados a través de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).

¹⁷ Denominados gastos de bolsillo.

En México, a partir de la década de 2010, la participación del sector privado y del sector público en el gasto total de salud son equivalentes, con una ligera tendencia al aumento de la participación pública como efecto de la pandemia.

En Perú, el 67,91% del gasto en salud corresponde a financiamiento público, 31,8% al gasto privado y 7,16% a seguros voluntarios de salud. Los gastos privados han disminuido en el tiempo al igual que los gastos de bolsillo, aunque todavía representan una proporción considerable de los gastos de salud actuales.

Algunos desafíos

1. La voluntad política para encarar el desafío de disminuir la proporción de gastos de bolsillo de la población de bajos ingresos se expresa en la adecuada asignación y ejecución de presupuesto público suficiente destinado a la salud. Los altos gastos de bolsillo¹⁸ en relación con los ingresos familiares reflejan la presencia de una barrera financiera para el acceso de las personas a los servicios de salud, que es mayor mientras más bajos son los ingresos percibidos por la población vulnerable.

2. Para lograr un sistema universal con acceso equitativo a los sistemas de salud, el Estado debe enfrentar de manera integral los desafíos que emergen de los determinantes de la salud, de los factores económicos y demográficos y también del funcionamiento del sistema de salud.

3. El desarrollo humano sostenible requiere de una suficiente asignación de recursos financieros destinados a los factores determinantes de la salud. En efecto, para lograr el pleno ejercicio de los derechos humanos, se debe invertir en protección social, inclusión social, acceso a servicios sanitarios, educación, vivienda adecuada, agua potable, alimentos nutritivos, empleo digno y oportunidades para el desarrollo personal que contribuyan al bienestar físico, mental y emocional de las personas.

4. Es importante asignar presupuesto y encarar acciones para garantizar que la población tenga acceso a medicamentos esenciales y de calidad a precios accesibles, así como políticas para combatir la falsificación y garantizar la seguridad de los medicamentos.

5. El crecimiento económico depende en gran medida de los ingresos públicos obtenidos por la recaudación fiscal y una adecuada asignación del gasto e inversión en contratación, pago y capacitación del personal de salud, provisión de productos farmacéuticos, infraestructura de atención médica, tecnología avanzada, contribuciones para seguros sociales de salud y para reducir la barrera financiera que impide el acceso de la población vulnerable.

¹⁸ El gasto de bolsillo es el que pagan las familias y ocurre cuando el individuo necesita pagar por los servicios médicos.

6. En la medida que el presupuesto público en salud sea suficiente, se puede contribuir al desarrollo de programas de salud pública, prevención de enfermedades, oportunos programas de inmunización y una política adecuada de provisión de medicamentos. Es un elemento fundamental para lograr la equidad, pues en tanto exista mayor cantidad de población vulnerable, la responsabilidad del Estado adquiere mayor importancia para asignar recursos que garanticen el acceso al sistema de salud con oportunidad y calidad.

7. La distribución del ingreso tiene un impacto significativo en el acceso a la atención médica. Si existe desigualdad en la distribución del ingreso, las personas de bajos ingresos tendrán dificultad para pagar los servicios, pagar seguros de salud, copagos, medicamentos o tratamientos médicos, y ello trae consigo disparidades en la atención médica, donde aquellos con mayores recursos tienen mejor acceso a servicios de salud de calidad, mientras que los más vulnerables enfrentan barreras financieras para recibir servicios de salud preventiva y curativa.

8. La inversión en salud debe considerar una característica demográfica mundial cada vez más importante y que la región no es una excepción: el envejecimiento de la población, que aumenta de manera considerable la demanda de servicios de salud, especialmente para enfermedades crónicas y cuidados a largo plazo.

9. También se deben tomar en cuenta los cambios en la estructura de la población, como el crecimiento poblacional, la urbanización y los patrones de migración, que actúan sobre la distribución geográfica de los recursos de salud y las necesidades de atención médica.

10. Aunque los cambios en la estructura social y económica de un país actúan como factores determinantes en la definición del patrón de gasto en salud, el proceso de planificación e implementación de políticas de salud depende de la voluntad política de los gobernantes y de un acuerdo que debe existir entre todos los participantes del sistema para acordar soluciones con visión de Estado para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que los países de las Naciones Unidas se han comprometido a cumplir hasta el año 2030.

ISBN: 978-85-69229-06-3



Instituto de Relações Internacionais
Universidade de São Paulo

Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues, s/n, Trav. 4 e 5
05508-020 - Cidade Universitária - São Paulo - SP
Tel / Fax: (11) 3091 1898
www.iri.usp.br