

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe

**Desafíos para avanzar
hacia la cobertura sanitaria universal**

María Luisa Marinho
Daniela Sugg
Consuelo Farías



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

[Deseo registrarme](#)

Conozca nuestras redes sociales y otras fuentes de difusión en el siguiente link:



<https://bit.ly/m/CEPAL>



SERIE

SERIE POLÍTICAS SOCIALES

247

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe

Desafíos para avanzar
hacia la cobertura sanitaria universal

María Luisa Marinho
Daniela Sugg
Consuelo Farías



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Este documento fue preparado María Luisa Marinho, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y por Daniela Sugg y Consuelo Farías, ambas Consultoras de la misma División, en el marco del proyecto de la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo “Sistemas de salud resilientes con cobertura universal en América Latina y el Caribe”. Se agradecen los valiosos comentarios de Alberto Arenas de Mesa, Director de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, y de Nincen Figueroa, Pablo Herrera, Mariana Huepe, Daniela Huneus, Amalia Palma y Claudia Robles, de la misma División.

Las Naciones Unidas y los países que representan no son responsables por el contenido de vínculos a sitios web externos incluidos en esta publicación.

No deberá entenderse que existe adhesión de las Naciones Unidas o los países que representan a empresas, productos o servicios comerciales mencionados en esta publicación.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Los límites y los nombres que figuran en los mapas incluidos en este documento no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

Publicación de las Naciones Unidas
ISSN: 1680-8983 (versión electrónica)
ISSN: 1564-4162 (versión impresa)
LC/TS.2025/4
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2025
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.2500029[S]

Esta publicación debe citarse como: M. L. Marinho, D. Sugg y C. Farías, “La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal”, *serie Políticas Sociales*, N° 247 (LC/TS.2025/4), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2025.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solamente se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: la cobertura sanitaria universal	11
A. La salud y el desarrollo sostenible.....	11
B. La cobertura sanitaria universal (CSU): una meta central para garantizar el derecho a la salud.....	12
II. Análisis de la cobertura sanitaria universal en América Latina y el Caribe	17
A. La cobertura de los servicios de salud esenciales: un avance desigual interrumpido por la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)	17
B. Protección financiera en salud: una dimensión con retrocesos en la región	23
III. La importancia de la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud para incrementar la inversión en la salud y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal en 2030	29
A. Estimación de la inversión necesaria para aumentar el índice de cobertura de servicios de salud y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal	30
1. Aplicación del análisis comparativo (análisis de <i>benchmarking</i>)	31
2. Metodologías para estimar la inversión necesaria para avanzar a la CSU	33
B. Estimación del esfuerzo financiero para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal con sostenibilidad financiera	40
IV. La sostenibilidad financiera y opciones para ampliar el espacio fiscal para la salud	45
A. El espacio fiscal	45
B. El espacio fiscal para la salud: opciones para ampliarlo	46
1. Reformas fiscales que incrementen los ingresos públicos	46
2. Alternativas para el gasto público en salud	47
3. Mejoras en la gestión del gasto en salud	47
4. Utilización de financiamiento externo para las inversiones de manera estratégica y sostenible.....	47

C.	Las fuentes de financiamiento en salud	47
D.	La centralidad de la gestión financiera para alcanzar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.....	52
V.	Reflexiones finales	55
	Bibliografía	57
	Anexo A1	61
	Serie Políticas Sociales: números publicados	63
Cuadros		
Cuadro 1	Indicadores para construir el Índice de Cobertura de Servicios (SCI)	14
Cuadro 2	América Latina y el Caribe (20 países): tasa anual de crecimiento del índice de cobertura de servicios de salud y sus subcomponentes, entre 2019 y 2021	22
Cuadro 3	América Latina y el Caribe (20 países): gasto total en salud, índice de cobertura de servicios (SCI), gasto público en salud, 2021	32
Cuadro 4	Resultados modelo de datos de panel con efectos fijos.....	40
Cuadro 5	América Latina y el Caribe (19 países): aporte estimado respecto al aporte histórico para alcanzar la meta 3.8.2 del ODS	42
Cuadro 6	América Latina y el Caribe (7 países): participación del gasto en APS en el gasto público en salud, 2016-2021	50
Cuadro 7	América Latina y el Caribe (9 países): distribución del gasto público en salud por función, 2019 o último año disponible.....	51
Cuadro A1.1	América Latina y el Caribe (20 países): evolución del Índice de Cobertura de Servicio, 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021.....	62
Gráficos		
Gráfico 1	América Latina y el Caribe (20 países): evolución del índice de cobertura de servicios, por subcomponente, 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021.....	18
Gráfico 2	América Latina y el Caribe (20 países): número de países por rango de avance en el índice de cobertura de servicios, 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021	19
Gráfico 3	América Latina y el Caribe (20 países): tasa anual de crecimiento del índice de cobertura de servicios, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021	21
Gráfico 4	América Latina y el Caribe (20 países): tasa de crecimiento del índice de cobertura de servicios de salud por país, 2015-2021.....	21
Gráfico 5	América Latina (14 países): tasa de crecimiento anual de la proporción de la población con un gasto en salud superior al 10%.....	26
Gráfico 6	América Latina (14 países): tasa de crecimiento anual de la proporción de la población con un gasto en salud superior al 25%.....	27
Gráfico 7	América Latina y el Caribe (20 países): relación entre el índice de cobertura de servicios y el gasto total en salud como porcentaje del PIB, 2021.....	31
Gráfico 8	América Latina y el Caribe (20 países): correlación entre el gasto público en salud y el gasto de bolsillo, 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021	33
Gráfico 9	América Latina y el Caribe (17 países): estimaciones de aumento en el gasto para alcanzar un nivel muy alto equivalente del índice de cobertura de servicios y un gasto público en salud como mínimo del 6% del PIB.....	35
Gráfico 10	América Latina y el Caribe (17 países): estimación del gasto público necesario para avanzar hacia la CSU	36
Gráfico 11	América Latina y el Caribe (20 países): curva de costo medio del índice de cobertura de servicios (SCI), por país.....	37

Gráfico 12	América Latina y el Caribe (17 países): gasto público adicional anual para alcanzar la cobertura universal en 10, 15 y 20 años de plazo	41
Gráfico 13	América Latina y el Caribe (20 países): gasto total en salud según la fuente de financiamiento, 2021	48
Gráfico 14	América Latina y el Caribe (19 países): variaciones del gasto total en salud y gasto público en salud entre 2010 y 2021	49
Gráfico 15	América Latina y el Caribe (19 países): variaciones del gasto total en salud y gasto público en salud entre 2015 y 2021	50
Recuadros		
Recuadro 1	La estrategia de atención primaria de salud: enfoque necesario para avanzar hacia la salud universal.....	13
Recuadro 2	Experiencias regionales para reducir los elevados gastos de bolsillo y garantizar la protección financiera de los hogares en América Latina	27
Diagrama		
Diagrama 1	La gestión financiera en salud	53
Mapas		
Mapa 1	América Latina y el Caribe (20 países): índice de cobertura de servicios de salud según país, 2021	20
Mapa 2	América Latina y el Caribe (17 países): gasto catastrófico en salud, según umbral.....	24

Resumen

La salud es un derecho humano fundamental y un pilar esencial para el desarrollo social inclusivo y sostenible. La meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) insta a garantizar la cobertura sanitaria universal (CSU), asegurando el acceso a servicios de salud esenciales con protección financiera. Sin embargo, América Latina y el Caribe enfrenta múltiples desafíos estructurales en sus sistemas de salud en un contexto de una crisis del desarrollo marcada por tres trampas del desarrollo que limitan su avance. La CEPAL urge la necesidad de transformar los modelos de desarrollo de la región y fortalecer los sistemas de salud mediante un aumento sostenido y eficiente del financiamiento público. Si bien los países deben invertir al menos el 6% del PIB en salud pública según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para lograr un impacto significativo en protección financiera y reducir el gasto de bolsillo a menos del 20% del gasto total en salud, el ejercicio realizado en este documento sugiere la inversión de un 6,7% del PIB para ello. Garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud es clave para implementar exitosamente las inversiones requeridas para reducir las desigualdades, avanzar hacia la CSU y garantizar el derecho a la salud a todas las personas, sin dejar a nadie atrás.

Introducción

La salud es un derecho humano fundamental reconocido internacionalmente que implica que todas las personas tienen derecho al más alto nivel posible de salud física y mental (OMS, 2023a). Como todo derecho humano, el de la salud es interdependiente de los demás. Esto significa, por una parte, que se trata de un prerrequisito para otros derechos, como la educación y el trabajo, y, por otra parte, que su ejercicio depende de la garantía de los demás derechos. Esta interdependencia también se ve reflejada en los determinantes sociales de la salud, en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a través del rol central que juega la salud en la consecución del desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023).

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 se centra en la salud y el bienestar de las personas, planteándose el objetivo de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Para ello, los países acordaron diversas metas, siendo una de ellas alcanzar la cobertura sanitaria universal (CSU) (meta ODS 3.8) que llama a garantizar el acceso a los servicios de salud esenciales de calidad a todas las personas, incluyendo el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad, y resguardando la protección contra los riesgos financieros de los hogares.

En un escenario marcado por una crisis del desarrollo caracterizada por tres trampas: una baja capacidad para crecer, una alta desigualdad con baja movilidad y cohesión social, y una baja capacidad institucional y de gobernanza poco efectiva para abordar los desafíos del desarrollo (Salazar-Xirinachs, 2023; CEPAL, 2024a), los países de América Latina y el Caribe han realizado múltiples esfuerzos para avanzar hacia la CSU. Ello se da en un contexto en que los sistemas de salud presentan debilidades estructurales que limitan los resultados de sus esfuerzos, tales como un subfinanciamiento crónico, la fragmentación de la provisión de servicios y la segmentación de la población según su capacidad de pago (CEPAL, 2022). Estos elementos confluyen con los determinantes sociales de la salud, impactando de forma directa en el bienestar de las personas y profundizando las desigualdades en materia de salud y la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales (CEPAL, 2022; Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023; OCDE, 2020).

Ante este desafiante escenario, es urgente incrementar los esfuerzos que la región está realizando para garantizar la salud universal (CEPAL/OPS, 2024). En el marco del llamado de la CEPAL a los países a transformar el modelo de desarrollo, siendo una de las medidas la ampliación de la protección social y del Estado de bienestar (CEPAL, 2024a), se ha planteado la necesidad de avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes (CEPAL, 2022). Ello se traduce en sistemas de salud que

aseguren la protección financiera, la cobertura y el acceso bajo un enfoque de universalismo sensible a las diferencias; que sean capaces de responder las distintas demandas de la población y que estén en articulación con otros sectores; que tengan la capacidad de cumplir los compromisos de cobertura, suficiencia (calidad) y sostenibilidad financiera, tanto para las generaciones actuales como futuras; y que sean capaces de adaptarse de forma rápida a los cambios y responder eficientemente a las crisis (Arenas de Mesa, 2023).

Alcanzar la CSU en la región requiere optimizar y transformar los sistemas de salud. Ello implica, por una parte, aumentar la inversión en salud y, por otra, asignar y ejecutar de forma eficiente y estratégica los recursos disponibles. Invertir de manera sostenida en salud genera beneficios sociales, económicos y ambientales, reafirmando la conexión intrínseca entre la salud y el desarrollo sostenible. A cinco años del cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y ante la Segunda Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social a realizarse en 2025, resulta urgente que los países de la región prioricen el fortalecimiento de sus sistemas de salud, aumentando la inversión para reducir desigualdades y reasignando recursos de aquellos gastos que tienen menor prioridad (Savedoff y otros, 2023), para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y mejorar el bienestar general de las personas (CEPAL/OPS, 2024).

Es crucial que la inversión en salud sea sostenible, asegurando el equilibrio entre la cobertura y acceso universal, la suficiencia de las prestaciones y la sostenibilidad financiera del sistema, de tal modo que se implementen políticas estables en el tiempo y se cumplan los compromisos con las generaciones actuales y las futuras (CEPAL, 2018; Arenas de Mesa, 2019 y 2023). La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales han insistido que se requiere aumentar la inversión para alcanzar la CSU en los países de América Latina y el Caribe; específicamente, se propone que el gasto público para salud sea al menos de 6% del PIB, de tal forma que se garantice la cobertura de los servicios de salud esenciales y la protección financiera de los hogares (OPS/OMS, 2019). Para avanzar en los objetivos propuestos se requiere asignar más y de forma eficiente los recursos destinados al sector salud. En este escenario, habrá que analizar las restricciones fiscales y el espacio fiscal para la salud.

Para contribuir a esta tarea, este documento entrega un análisis desde la perspectiva de la sostenibilidad financiera en términos de definir cuántos recursos económicos serían necesarios para alcanzar la meta de CSU y a qué velocidad podrían ser implementados, junto a una evaluación del espacio fiscal para la salud que tienen los países para aumentar el gasto en salud. También aborda la centralidad de considerar la eficiencia en la gestión del gasto en salud.

Luego de esta introducción, el presente documento se organiza en cinco secciones. La primera sección entrega una breve discusión conceptual sobre la relación entre la salud y el desarrollo sostenible, en particular, el impacto que tiene la salud para la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la importancia sobre la meta de CSU. En la segunda sección se analiza la CSU en los países de la región, abordando tanto la cobertura de los servicios esenciales de salud como la proporción de los hogares que enfrentan grandes gastos en salud, revelando tendencias y estados de avance. La tercera sección se centra en la estimación tanto de la inversión como de los plazos requeridos para alcanzar la CSU en América Latina y el Caribe utilizando distintas métricas, mientras que en la cuarta sección se analiza el espacio fiscal para la salud y las fuentes de financiamiento, destacando la importancia de la gestión financiera eficiente en salud. Luego de ello, a modo de cierre, la última sección entrega algunas reflexiones finales centradas en la importancia de consolidar sistemas de salud que logren cumplir con la meta de CSU, tanto en términos de acceso a los servicios como en cuanto a la protección financiera de los hogares, garantizando la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

I. La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: la cobertura sanitaria universal

Sin salud, el desarrollo sostenible no será posible. La salud tiene un impacto gravitante sobre las tres dimensiones que lo componen: el desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental. Ello se refleja en la interdependencia del ODS 3 con otros ODS, así como también en el rol fundamental que tiene en el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A continuación, se desarrollan estos argumentos junto a una explicación de la medición de la meta 3.8 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

A. La salud y el desarrollo sostenible

La salud, reconocida como un derecho humano básico y elemento constitutivo del bienestar físico, mental y social (OMS, 1949), ha evolucionado desde una perspectiva centrada en la ausencia de enfermedades hacia una visión integral y multidimensional que considera el bienestar en todas sus dimensiones, y las interacciones de las personas con sus contextos socioculturales, económicos y ambientales. Este cambio de paradigma consolida a la salud como un pilar clave para alcanzar el desarrollo sostenible, y con ello, para la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, al incidir sobre sus tres componentes: el desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023).

El desarrollo sostenible se define como aquel modelo de desarrollo que permite satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las necesidades y posibilidades de las del futuro (Naciones Unidas, 1987). Para alcanzarlo, en 2015, los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, compuesta por 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Esta agenda está basada en los derechos y se guía por diversos principios, entre los que puede nombrarse la universalidad, no dejar a nadie atrás, interconexión e indivisibilidad, e inclusión (Naciones Unidas, 2018b). Específicamente, el ODS 3 aboga por garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos, en todas las edades, y se compone por nueve metas específicas que abarcan desde la reducción de la mortalidad materna e infantil hasta el logro de la CSU, entre otros.

Al considerar el ODS 3, es posible visibilizar con claridad el principio de la interdependencia entre los ODS. Numerosos estudios han demostrado la relación entre el ODS 3 con el ODS 1 (fin de la pobreza), ODS 2 (hambre cero) y el ODS 8 (trabajo decente y crecimiento económico) (Hughes y otros, 2021; Viana y otros, 2022; Nilsson y otros, 2018). Una población saludable promueve el desarrollo social inclusivo al fortalecer las condiciones para que las personas participen efectivamente de los procesos de enseñanza y aprendizaje, mejorar el rendimiento educativo y disminuir los niveles de ausentismo escolar; y al promover la inclusión laboral, a través de mayores niveles de participación laboral y menores niveles de ausentismo laboral, y la participación en las diversas esferas de la sociedad. De igual manera, la salud tiene un efecto de reducción de la pobreza y las diferentes desigualdades, siendo estas barreras fundamentales para el desarrollo social inclusivo. Asimismo, potencia el desarrollo económico al incrementar la productividad de las personas y favorece prácticas ambientalmente sostenibles, la seguridad alimentaria y el acceso a alimentos saludables, que contribuyen a la sostenibilidad de los ecosistemas (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023).

La vulneración del derecho a la salud tiene efectos negativos sobre otros derechos sociales. Ello se observó durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), cuando la crisis sanitaria gatilló una crisis social prolongada y una crisis económica en América Latina y el Caribe. Específicamente, en dicho periodo se registró la mayor caída de la actividad económica en 120 años, con una contracción de 7% del PIB, una crisis laboral con la disminución de la generación de nuevos puestos de trabajo y el deterioro de las condiciones laborales, retrocesos significativos en los niveles de pobreza y pobreza extrema, y una exacerbación de desigualdades educativas en materia de acceso y calidad, entre otros (CEPAL, 2022; CEPAL/OPS, 2021). Ello también se vio reflejado en el conjunto de la Agenda 2030, registrándose un retroceso de un 27% de las metas de los ODS (CEPAL, 2023), relacionadas con la salud, la pobreza, la desigualdad, la educación, el trabajo y la nutrición.

Lo anterior confirma, en primer lugar, el rol central que desempeña la salud como condición necesaria para alcanzar el desarrollo sostenible y, en segundo lugar, que el ejercicio del derecho a la salud condiciona el cumplimiento de otros derechos fundamentales, ya que, en última instancia, de él depende la vida y el bienestar de las personas (CEPAL/OPS, 2020). Estos elementos evidencian la importancia de invertir con sostenibilidad financiera en los sistemas de salud para alcanzar el desarrollo sostenible (CEPAL/OPS, 2024).

B. La cobertura sanitaria universal (CSU): una meta central para garantizar el derecho a la salud

La CEPAL ha reafirmado la necesidad de que los países de la región refuercen su compromiso con la salud universal, potenciando sus esfuerzos para construir sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes (CEPAL, 2022). Según el Informe de los ODS de 2023, los efectos adversos de la pandemia sobre el ODS 3 a nivel mundial persistían en 2023, manifestados en retrocesos de indicadores de salud como la disminución de las tasas de vacunación infantil y el estancamiento en la reducción de la mortalidad materna (Naciones Unidas, 2023). En América Latina y el Caribe, estas tendencias se explican, en gran parte, por el deterioro de los determinantes sociales de la salud como consecuencia de las crisis económica y social gatilladas por la pandemia, y por las elevadas desigualdades estructurales que caracterizan a los sistemas de salud de la región (CEPAL/OPS, 2024).

En este contexto, resulta imperativo atender el subfinanciamiento crónico de los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe junto a los diversos obstáculos para acceder a la salud y el elevado gasto de bolsillo en que incurren los hogares. Estos elementos afectan de forma directa la capacidad de alcanzar la meta 3.8 de la Agenda 2030 sobre CSU¹, que refiere a la garantía de acceso oportuno a servicios de calidad para toda la población, independientemente de su capacidad

¹ Disponible [en línea] <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.

de pago, y con protección financiera, abarcando una amplia gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación hasta los cuidados paliativos (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2023).

Para alcanzar la CSU, la OPS plantea que la atención primaria de salud (APS) es la estrategia más eficaz y costo eficiente para su logro, dado que garantiza que las necesidades de las personas sean priorizadas y abordadas de manera integral (véase el recuadro 1).

Recuadro 1

La estrategia de atención primaria de salud: enfoque necesario para avanzar hacia la salud universal

La estrategia de atención primaria en salud (APS) es fundamental para promover el bienestar de las personas y combatir la desigualdad. Su relevancia radica en que facilita un mayor acceso y contacto con los servicios de salud y reconoce la incidencia de las condiciones sociales y materiales como determinantes de la salud. La APS pone el foco en los individuos y las comunidades a lo largo de todo el ciclo de vida, abordando las barreras y obstáculos de acceso, al mismo tiempo que impulsa la participación activa. Por ende, una estrategia de desarrollo basada en la APS resulta más inclusiva y sostenible.

En 1978, a través de la Declaración de Alma-Ata, se reconoció que la APS es un elemento fundamental para alcanzar niveles adecuados de salud para toda la población y se enfatizó la necesidad de articular la salud con otros sectores para responder satisfactoriamente a las necesidades de salud de las personas (OMS/UNICEF, 1978). A cuarenta años de dicha declaración, los países se reunieron en 2018 en la Conferencia Global de APS en Astaná, adoptando un enfoque renovado que enfatiza el derecho a una atención primaria integrada y de calidad, comprendiendo la salud como un constructo multisectorial y reconociendo la importancia del compromiso y empoderamiento de la comunidad sobre su salud (OMS/UNICEF, 2018). Con base en ello, se definió la APS como:

“...un enfoque de la salud que abarca a toda la sociedad y cuyo objetivo es maximizar equitativamente el nivel y la distribución de la salud y el bienestar centrándose en las necesidades y preferencias de las personas (en tanto individuos y comunidades) lo antes posible a lo largo del proceso continuo desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y lo más cerca posible del entorno cotidiano de las personas” (OMS/UNICEF, 2018, pág.8).

La Declaración de Astaná plantea la centralidad que tiene la APS para alcanzar la cobertura sanitaria universal y las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Al ser una estrategia integral, multisectorial y con un enfoque de los determinantes sociales de la salud, la APS contribuye de manera directa a alcanzar el desarrollo social inclusivo y sostenible. Es así como en el Pacto 30.30.30 propuesto por la OPS en 2019 (OPS/OMS, 2019), los países se comprometieron a eliminar las barreras de acceso a la salud en un 30% como mínimo, aumentar el gasto público en salud a un 6% del PIB al 2030 e invertir al menos un 30% de esos recursos en la APS. Ello contribuiría a avanzar hacia la salud universal y el cumplimiento de los ODS.

Fuente: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS y UNICEF) (1978), “Declaración de Alma-Ata”, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 6-12 de septiembre. Ginebra: OMS; Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS y UNICEF) (2018), *A vision for primary care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva. WHO/HIS/SDS/2018.15; OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2019), *Pacto 30.30.30. APS para la Salud Universal*.

A nivel global, el progreso hacia la CSU enfrenta retos significativos. Por un lado, la cobertura de servicios esenciales presenta un estancamiento y, por otro, desde el año 2000 se registra un incremento sostenido en la proporción de personas que enfrentan gastos catastróficos en salud², tendencia que se replica en todas las regiones del mundo (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2023).

El Informe Mundial de Monitoreo de la Cobertura Universal de Salud (UHC GMR, por sus siglas en inglés) es la herramienta oficial de monitoreo de la CSU, que se prepara cada dos años por la OMS y el Banco Mundial, con el propósito de medir los avances sanitarios y de esta manera transformar la salud pública. En 2018, la OMS estableció como parte de su Decimotercer Programa General de Trabajo (GPW 13) para el período de cinco años 2019-2023, la estrategia del objetivo triple de 1.000 millones de personas (*Triple Billion Target*), que presenta los siguientes alcances³:

² Según la OMS, el gasto catastrófico refiere a “gastos de bolsillo en salud relativamente altos, es decir, aquellos que superan el 10% y el 25% del consumo o ingreso total del hogar o presupuesto” (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2021, pág.2).

³ Véase más [en línea] https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-sp.pdf?ua=1.

- Lograr la CSU para 1.000 millones más de personas.
- Garantizar la protección de 1.000 millones más de personas frente a emergencias sanitarias.
- Mejorar la salud y el bienestar de 1.000 millones más de personas.

El programa actualizado (GPW14) de la OMS para el periodo 2025-2028, aún en versión borrador, ha recalibrado los objetivos de términos relativos a absolutos. Los objetivos preliminares que se han dispuesto son los siguientes⁴:

- 6.000 millones de personas con mejor salud y bienestar;
- 5.000 millones de personas que se beneficien de la cobertura universal de salud sin dificultades financieras; y
- 7.000 millones de personas mejor protegidas de emergencias sanitarias.

El monitoreo de la CSU se realiza a través de la medición de los siguientes indicadores (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2023):

3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales, que hace referencia al acceso que tienen las personas a los servicios de salud que necesitan, independientemente de su capacidad económica.

3.8.2 Protección financiera medida a través de la proporción de la población que debe incurrir en grandes gastos sanitarios por hogar para acceder a la salud como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares.

Para medir el progreso hacia la CSU, la OMS ha elaborado el índice de cobertura de servicios de salud o *Service Coverage Index* (SCI), que mide específicamente el ODS 3.8.1. Este índice se calcula como la media geométrica de 14 indicadores, detallados en el cuadro 1⁵.

Cuadro 1
Indicadores para construir el Índice de Cobertura de Servicios (SCI)

Categoría	Indicadores	Cálculo
Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH)	1. Planificación familiar (FP) 2. Atención prenatal, 4+ visitas (ANC) 3. Inmunización DTP ₃ (DTP ₃) 4. Búsqueda de atención por sospecha de IRA (ARI)	$RMNCH = (FP * ANC * DTP_3 * ARI)^{1/4}$
Enfermedades infecciosas (ID)	5. Tratamiento de TB (TB) 6. Terapia antirretroviral (ART) 7. Redes tratadas con insecticida (ITN) 8. Saneamiento básico (WASH)	Si hay riesgo alto de malaria: $ID = (TB * ART * ITN * WASH)^{1/4}$ Si hay riesgo bajo de malaria: $ID = (TB * ART * WASH)^{1/3}$
Enfermedades no transmisibles (NCD)	9. Tratamiento de hipertensión (HP) 10. Prevalencia de diabetes (Diab) 11. No uso de tabaco (Tobacco)	$NCD = (HP * Diab * Tobacco)^{1/3}$
Capacidad y acceso al servicio (Capacidad)	12. Densidad de camas hospitalarias (Hospital) 13. Densidad de trabajadores de la salud (HWF) 14. Índice de capacidad central del RSI (IHR)	$SCA = (Hospital * HWF * IHR)^{1/3}$
Índice de Cobertura del Servicio de Salud Universal (SCI)		Índice de Cobertura del Servicio de Salud Universal (SCI) = $(RMNCH * ID * NCD * SCA)^{1/4}$

Fuente: Traducido de OMS, BIRF y Banco Mundial (2023), Tracking universal health coverage 2023 global monitoring report, página 4.

Nota: DTP₃ alude a tres dosis de la vacuna combinada contra difteria, tétanos y tos ferina; ARI es infección respiratoria aguda; VIH es la sigla del virus de inmunodeficiencia humana; TB, tuberculosis; RSI, Reglamento Sanitario Internacional.

⁴ Disponible [en línea] https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_16-en.pdf.

⁵ Para los países que no son endémicos de malaria (n=154), se excluye el indicador de cobertura de mosquiteros tratados con insecticida (ITN) y se calcula la media geométrica utilizando solamente 13 indicadores (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2023).

El índice deriva de una combinación de datos administrativos reportados por los países, estimaciones derivadas de encuestas (como Encuestas Demográficas y de Salud y Encuestas de Múltiples Indicadores realizadas por países y agencias) y estimaciones modeladas por la OMS. Se cuenta con estimaciones para los siguientes años de referencia: 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021 (OMS, 2023b).

Cabe especificar que no se cuenta de forma pública con la medición de cada indicador, sino que se reporta por el componente y el total. Además, es importante mencionar que el índice de cobertura de servicios de salud no puede interpretarse directamente como el porcentaje de la población cubierta por un conjunto de servicios esenciales. Sólo si se considera que representa la cobertura promedio dentro de la población, podría convertirse en un porcentaje que indique cuántas personas reciben servicios de salud esenciales.

Una de las limitaciones del índice de cobertura de servicios de salud, en revisión por la OMS en 2024, es que sólo mide la proporción de las poblaciones objetivo que reciben intervenciones, sin evaluar si estas fueron de calidad y en cantidad suficiente para alcanzar los resultados esperados. Por tanto, no ofrece una visión integral de la meta establecida. No obstante, mientras no se reformule, continúa siendo la mejor medida disponible para analizar la CSU, y es la razón por la que se utilizó en el presente análisis.

En cuanto a la medición de la meta 3.8.2 de la Agenda 2030 referente a la proporción de la población con grandes gastos sanitarios del hogar como proporción de los ingresos totales de los hogares, se alude principalmente al gasto de bolsillo en salud, que refiere al gasto en que incurren los hogares al acceder y atenderse en los servicios de salud. Este gasto incluye medicamentos y productos sanitarios, servicios de atención ambulatoria y hospitalaria, incluyendo atención dental, servicios de diagnóstico y laboratorio, y los servicios de transporte y rescate de emergencia (Naciones Unidas, 2018a).

El gasto catastrófico en salud, indicador central de seguimiento del ODS 3.8.2, refiere a la proporción de la población que gasta entre un 10% o el 25% del ingreso familiar en salud. Complementariamente, se han diseñado otras medidas como el empobrecimiento derivado del gasto en salud, que pretende identificar cuántas personas caen en pobreza derivado del gasto que efectúan en este ítem, y utilizan como punto de referencia varias líneas de pobreza (como la global), línea de pobreza extrema y una línea de pobreza relativa⁶ (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2021).

Para avanzar en la CSU se requiere que la cobertura en servicios y la protección financiera mejoren; por lo tanto, para medir el objetivo de “1.000 millones más de personas que tengan CSU” para fines del año 2023, la OMS definió un indicador compuesto entre cobertura de servicios y protección financiera (OPS/OMS, 2018). La estimación, que es global para todos los países, es decir, sin desagregar por sus componentes, se genera por medio del porcentaje de servicios recibidos sin incurrir en dificultades financieras. Esto corresponde, en primer lugar, a la estimación del promedio del índice de cobertura de servicios, que agrupa el índice de las cuatro categorías (SCI). La cobertura promedio de servicios (promedio del índice de cobertura de servicios) se multiplica por la población sin dificultades financieras, y posteriormente, este porcentaje se multiplica por la población mundial de un año (número de personas) y se obtiene el valor en personas que reciben cobertura universal, tal como se observa en la ecuación 1.

Cálculo de la población con CSU

$$Población\ con\ CSU = SCI * \left(1 - \frac{Población\ con\ Gasto\ Catastrófico}{Total\ Población}\right) * Población \quad (1)$$

De esta forma se construye un solo indicador agregado de CSU medido en términos absolutos, cuya unidad de medida corresponde al número de personas que cuentan con cobertura sanitaria. Así, la diferencia entre dos periodos de tiempo de esta estimación permite evaluar el avance en número de personas que acceden a los servicios de salud sin incurrir en gastos catastróficos⁷.

⁶ Véase más [en línea] <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>. Además, la línea de pobreza absoluta corresponde a un umbral de US\$2.15 diarios por persona (dólares PPP de 2017), y la relativa al 60% del consumo medio de la población.

⁷ Disponible [en línea]: <https://www.who.int/data/stories/the-triple-billion-targets-a-visual-summary-of-methods-to-deliver-impact>.

II. Análisis de la cobertura sanitaria universal en América Latina y el Caribe

Para estimar los esfuerzos que deben realizar los países de la región para avanzar hacia la CSU garantizando la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, es central contar con un panorama de la situación actual de la CSU en América Latina y el Caribe. Para ello, la presente sección analiza el estado de avance de la CSU en la región, específicamente a través de un análisis de veinte países. En primer lugar, se aborda el indicador 3.8.1, que monitorea la cobertura de los servicios de salud y luego, se analiza el indicador 3.8.2, que mide la población expuesta a riesgos financieros ante los elevados gastos de bolsillo en que deben incurrir para acceder a la atención sanitaria. El monitoreo de las tendencias, evolución y patrones de la CSU de los países de la región pretende entregar evidencia que contribuya al acceso efectivo a la salud universal de todas las personas, sin dejar a nadie atrás.

A. La cobertura de los servicios de salud esenciales: un avance desigual interrumpido por la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)

La OMS define la cobertura de los servicios de salud esenciales como “la cobertura promedio de servicios esenciales basada en intervenciones trazadoras que incluyen salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y capacidad y acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida” (OMS, 2024a). Para su monitoreo, se utiliza el Índice de Cobertura de Servicios o *Service Coverage Index* (SCI) desarrollado por la OMS, que establece un puntaje del 1 a 100, formado por cuatro subcomponentes: i) salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH); ii) enfermedades infecciosas (ID); iii) enfermedades no transmisibles (NCD); y iv) capacidad y acceso al servicio (SCA).

El análisis realizado en este documento se basa en los datos más recientes del índice de cobertura de servicios, correspondientes a 2021 y reportados en 2023, utilizando los rangos definidos por la OMS. Además, se evalúa la evolución en el tiempo mediante tasas de crecimiento anualizadas y entre períodos. La OMS ha establecido, con base en el índice de cobertura de servicios de salud (SCI), cinco rangos⁸ para caracterizar el avance en la CSU, los que se aplican en el presente análisis:

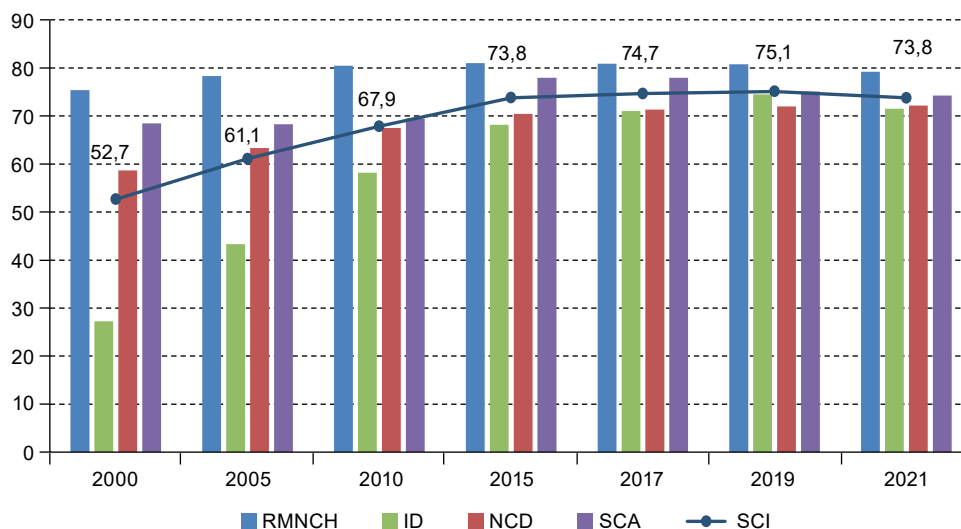
⁸ El índice de cobertura de los servicios de salud esenciales utiliza una escala de medición del 0 a 100 (OMS, 2024a).

- Cobertura de servicios de salud **muy alta** (SCI de 80 o más)
- Cobertura de servicios de salud **alta** (SCI entre 60 y 79)
- Cobertura de servicios de salud **media** (SCI entre 40 y 59)
- Cobertura de servicios de salud **baja** (SCI entre 20 y 39)
- Cobertura de servicios de salud **muy baja** (SCI menor a 20)

Los registros disponibles permiten analizar 20 países de América Latina y el Caribe⁹, con información para 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021. Considerando que no se cuenta con datos desagregados del índice de cobertura de servicios de salud según género, edad, nivel socioeconómico o discapacidad, entre otros ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social de la región (CEPAL, 2016), el presente documento no analiza la distribución de este índice al interior de los países.

Es posible observar una progresión en el índice de cobertura de servicios de salud entre 2000 y 2021, aumentando de 52,7 puntos a 73,8, tal como se ilustra en el gráfico 1. Si bien este aumento fue pronunciado entre 2000 y 2015, a partir de dicha fecha el indicador ha permanecido relativamente estable, con una caída de 1,5 puntos entre 2019 y 2021, como consecuencia de la pandemia de COVID-19 y su impacto negativo en los sistemas de salud. En dicho período, la caída más pronunciada corresponde al subcomponente de enfermedades infecciosas, seguido por la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, y por el acceso a servicios asistenciales. Esta caída en la cobertura está estrechamente relacionada con el efecto de desplazamiento que tuvo lugar durante la pandemia, fenómeno a raíz del cual las necesidades de atención de salud distintas a las asociadas al COVID-19 fueron postergadas (CEPAL/OPS, 2020).

Gráfico 1
América Latina y el Caribe (20 países)^a: evolución del índice de cobertura de servicios, por subcomponente, 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021
(En índices)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

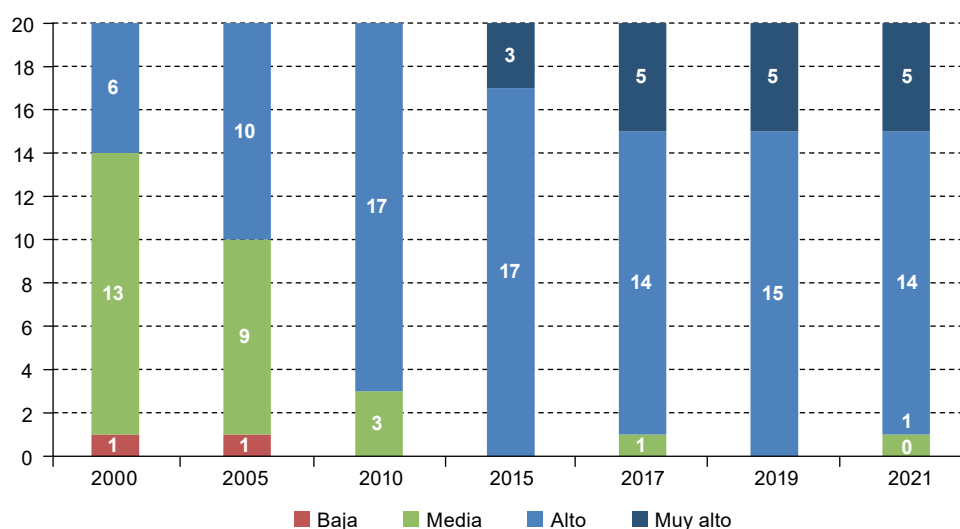
Nota: RMNCH: Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; ID: Enfermedades infecciosas; NCD: Enfermedades no transmisibles; SCA: acceso y servicios asistenciales; SCI: Índice de cobertura de servicios de salud.

^a Argentina, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

⁹ Los siguientes países cuentan con datos disponibles para realizar el análisis: Argentina, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Al considerar el nivel de alcance de cobertura universal según los rangos definidos por la OMS, también se evidencia un avance significativo por país entre 2000 y 2021¹⁰. Como se observa en el gráfico 2, en 2021, cinco países alcanzaron el rango “muy alto” del índice de cobertura de servicios de salud (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Uruguay), antes de 2015 no había ningún país en esta categoría. Además, se ha registrado una transición de países desde rangos “bajos” a “medios” y de “medios” a “altos”. Los últimos registros de 2021 indican que 14 países alcanzaron un nivel “alto” (Argentina, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Ecuador, El Salvador, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela (Rep. Bol. de) y 1 país tuvo un nivel “bajo” (Guatemala). Cabe destacar que ningún país presentó una cobertura “muy baja” (SCI entre 0 y 20) entre 2000 y 2021.

Gráfico 2
América Latina y el Caribe (20 países)^a: número de países por rango de avance en el índice de cobertura de servicios, 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Nota: Ningún país reportó un índice “muy bajo” de cobertura de servicios de salud (SCI menor a 20).

^a Argentina, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Al considerar la situación en 2021, se observa que el rango del índice de cobertura de servicios de salud oscila entre 59 y 82, dejando entrever una gran desigualdad entre los países de la región. El Uruguay, Chile, el Brasil, Colombia y Costa Rica son los más avanzados en términos de cobertura de los servicios esenciales de salud, con puntajes iguales o superiores a 80 (véase el mapa 1). En contraste, Belice, el Estado Plurinacional de Bolivia, Suriname y Honduras, enfrentan mayores desafíos, registrando puntajes del índice por debajo de 70. Por su parte, Guatemala es el país que presenta el índice más bajo para 2021, correspondiente a 59.

El avance hacia la CSU fue significativo y acelerado durante el período 2000-2010, con una tasa anual de crecimiento del 3,1%. Sin embargo, aunque el crecimiento continuó posteriormente, lo hizo a tasas decrecientes, registrando un retroceso entre 2019 y 2021 producto de la pandemia de COVID-19, con una tasa anual de crecimiento de -1,9%, como se observa en el gráfico 3. Asimismo, la evolución de los cuatro subcomponentes del índice de cobertura de servicios sigue una tendencia similar a la del indicador general, de crecimiento a tasas decrecientes. No obstante, el indicador del subcomponente acceso y servicios asistenciales experimentó un crecimiento acelerado hasta 2015, seguido de una desaceleración y contracción desde 2015 hasta 2019 (véase el gráfico 3). Esto es relevante, ya que indica una pérdida de capacidad productiva en la red asistencial previo a la pandemia de COVID-19.

¹⁰ Para consultar el detalle de los países por cada categoría, véase el anexo A1.

Mapa 1
América Latina y el Caribe (20 países)^a: índice de cobertura de servicios de salud según país, 2021

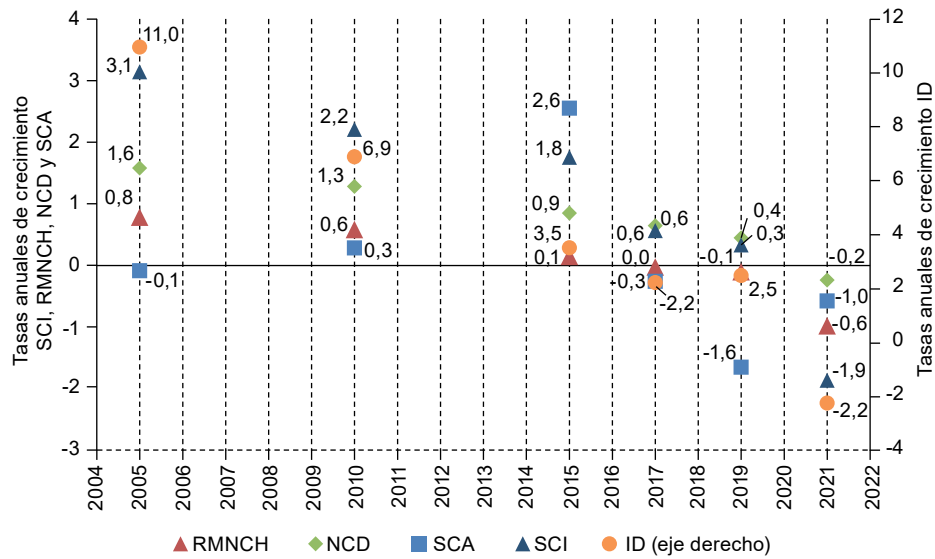


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

^a Argentina, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Al considerar la situación entre los países de América Latina y el Caribe, se observa que los cambios en la cobertura de los servicios esenciales de salud no han sido uniformes entre ellos. En algunos países se observa una gran dispersión o variabilidad a lo largo de los años, mientras que, en otros, el retroceso o estancamiento se observa desde el bienio previo a la pandemia COVID-19, como en el Perú, Honduras y el Brasil (véase el gráfico 4). De igual manera, se puede evidenciar que, en el período de la pandemia, entre 2019 y 2021, hubo un retroceso general en la cobertura de los servicios esenciales de salud. Específicamente, un 85% de los 20 países analizados experimentaron un retroceso en la cobertura de los servicios de salud, con la excepción del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia y El Salvador, que no experimentaron cambios en esta dimensión. Si bien se requiere un análisis más profundo por país para comprender lo sucedido en este periodo, la estabilidad del indicador en estos países podría estar asociados a mayores niveles de resiliencia de sus sistemas de salud.

Gráfico 3
América Latina y el Caribe (20 países)^a: tasa anual de crecimiento del índice de cobertura de servicios, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021
 (En porcentajes)

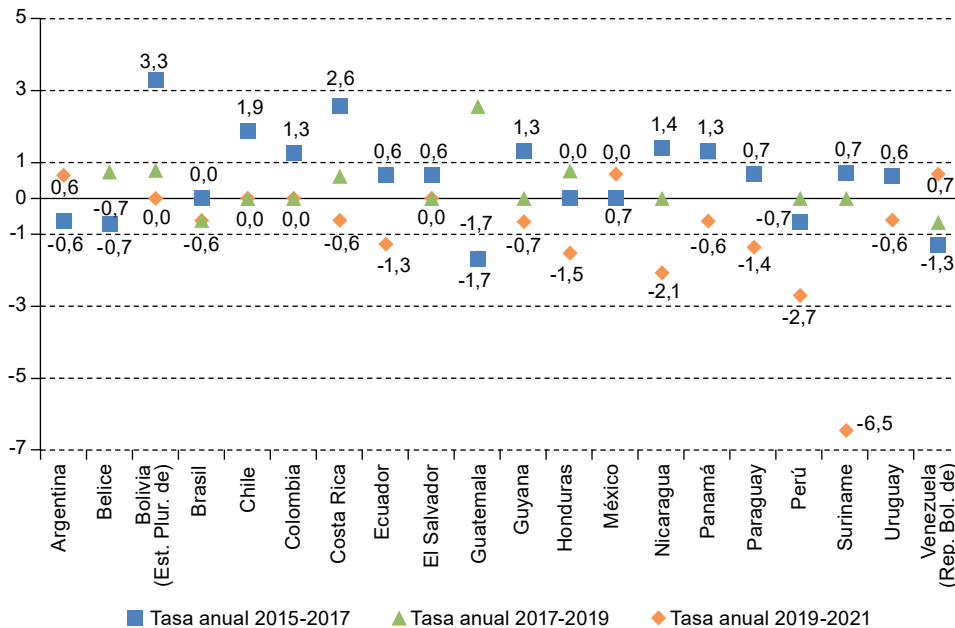


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Nota: RMNCH: Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; ID: Enfermedades infecciosas; NCD: Enfermedades no transmisibles; SCA: acceso y servicios asistenciales; SCI: índice de cobertura de servicios de salud. El eje derecho presenta los valores correspondientes al SCI y a los subcomponentes RMNCH, NCD y SCA, mientras que el eje izquierdo indica los valores del subcomponente ID, dado que sus valores se encuentran fuera de rango respecto a los demás subcomponentes.

^a Argentina, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Gráfico 4
América Latina y el Caribe (20 países): tasa de crecimiento del índice de cobertura de servicios de salud por país, 2015-2021
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El retroceso general en el avance de la cobertura de servicios de salud en pandemia destaca la necesidad de revisar los subcomponentes y la situación de cada país entre 2019 y 2021. En promedio, el mayor retroceso en la región se observó en el subcomponente de enfermedades infecciosas (ID) (-4,19%), seguido por la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH) (-1,93%) y por el acceso a servicios asistenciales (SCA) (-1,10%). A su vez, se registró un leve aumento en el subcomponente de enfermedades no transmisibles (NCD) (0,22%). Ahora bien, existe una alta heterogeneidad entre los países, tanto en el nivel de variaciones como en los subcomponentes, tal como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2
América Latina y el Caribe (20 países): tasa anual de crecimiento del índice de cobertura de servicios de salud y sus subcomponentes, entre 2019 y 2021
(En porcentajes)

País	SCI Total		Subcomponentes			
		RMNCH	ID	NCD	SCA	
Suriname	-12,50	-1,35	-37,68	...	-7,69	
Perú	-5,33	-5,26	-7,69	1,43	-6,67	
Nicaragua	-4,11	-2,56	-8,96	...	-1,52	
Guatemala	-3,28	-1,39	-5,48	...	-7,14	
Honduras	-3,03	-2,47	-5,71	...	2,44	
Paraguay	-2,70	-5,88	...	...	-1,56	
Ecuador	-2,53	-3,66	-3,80	...	-7,14	
Belice	-1,45	-3,70	-9,86	...	5,36	
Guyana	-1,30	-2,47	-7,79	...	2,30	
Panamá	-1,27	-3,61	...	...	...
Brasil	-1,23	...	-2,44	...	...
Costa Rica	-1,22	1,14	-2,60	...	-2,56	
Uruguay	-1,20	-1,08	3,66	1,54	-7,45	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	...	-1,37	3,51	...	-3,33	
Chile	...	...	...	1,52	-1,10	
Colombia	...	-1,23	2,67	...	...
El Salvador	...	1,27	-5,48	...	4,94	
Argentina	1,28	-1,15	2,44	...	2,35	
México	1,35	-1,22	-1,37	...	2,63	
Argentina	1,35	-2,67	2,82	...	4,23	
América Latina y el Caribe	-1,86	-1,93	-4,19	0,22	-1,10	



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Nota: RMNCH: Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; ID: Enfermedades infecciosas; NCD: Enfermedades no transmisibles; SCA: acceso y servicios asistenciales; SCI: Índice de Cobertura de Servicios.

En el subcomponente de enfermedades infecciosas y de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, un 80% de los países analizados experimentaron retrocesos; en acceso a servicios asistenciales, un 50%; mientras que en enfermedades no transmisibles no se registraron retrocesos. Suriname destaca por presentar los mayores retrocesos en el subcomponente de enfermedades infecciosas (-37,68%) y en acceso a servicios asistenciales (-7,69%).

La situación de Suriname representa un caso extremo; sin embargo, se evidencia que en el subcomponente acceso a servicios asistenciales enfrenta una contracción significativa no solo en este país, sino también en el Uruguay, Guatemala y el Ecuador. En el subcomponente de enfermedades infecciosas los países con mayor retroceso están bastante alejados del caso extremo, pero presentan un retroceso de más de un 7% en el Perú, Nicaragua, Belice y Guyana.

Estos antecedentes resultan fundamentales, ya que destacan, por una parte, la desigualdad que existe entre los países de la región y, por otra, la importancia de analizar la situación particular de cada país para elaborar su hoja de ruta, considerando que el estado de cada subcomponente definirá la línea base sobre la que se proyectará el futuro.

El análisis del panorama regional respecto a la cobertura de servicios muestra que, si bien el índice promedio de la región es positivo, la tendencia desde 2015 a 2021 ha sido estable, con un avance casi nulo que fue interrumpido por la pandemia de COVID-19. Junto a ello, se observan persistentes desigualdades entre los países de la región, observándose algunos que aún se encuentran muy rezagados en esta dimensión. Ello pone de manifiesto las brechas que existen entre los países de América Latina y el Caribe en términos de cobertura, lo que se replica también respecto al acceso y los resultados en salud (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023; OCDE, 2020). A pesar de que no se puede realizar el análisis al interior de los países, investigaciones anteriores muestran evidencia de que los grupos en situación de vulnerabilidad son quienes tienen mayores dificultades para acceder a los servicios de salud (OMS, BIRF, Banco Mundial, 2023). En este contexto, los países deberán realizar un importante esfuerzo financiero para alcanzar la cobertura universal, sin dejar a nadie atrás y asegurando la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

B. Protección financiera en salud: una dimensión con retrocesos en la región

El segundo ámbito de medición de la CSU corresponde al indicador 3.8.2 que mide la población expuesta a riesgos financieros debido a los elevados gastos de bolsillo en que deben incurrir para acceder a la atención sanitaria. En ese sentido, la subdimensión relacionada con la protección financiera de la CSU se cumple cuando no existen barreras financieras para acceder a los servicios de salud necesarios, y el gasto directo en salud o gasto de bolsillo no es una fuente de dificultad financiera (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2023).

La OMS define el gasto catastrófico en salud como la proporción de hogares que destinan más del 10% o del 25% de su presupuesto a gastos directos en salud, y monitorea su variación en el tiempo. De acuerdo con la definición de la OMS, la protección financiera en términos del gasto en salud se clasifica en tres categorías: i) mejora; ii) sin cambio; y iii) empeora. La medida se determina en función de la media de variación anual del porcentaje de la población afectada, considerándose que no hay cambio si la variación es menor a 0,1 puntos porcentuales (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2023).

Para este análisis, el indicador de gasto catastrófico en salud en los países de América Latina y el Caribe presenta registros para un total de 17 países¹¹. Siguiendo la metodología que usa la OMS y la OPS, desarrollada por Wagstaff y otros (2018), se utilizó el registro más reciente disponible por país, y

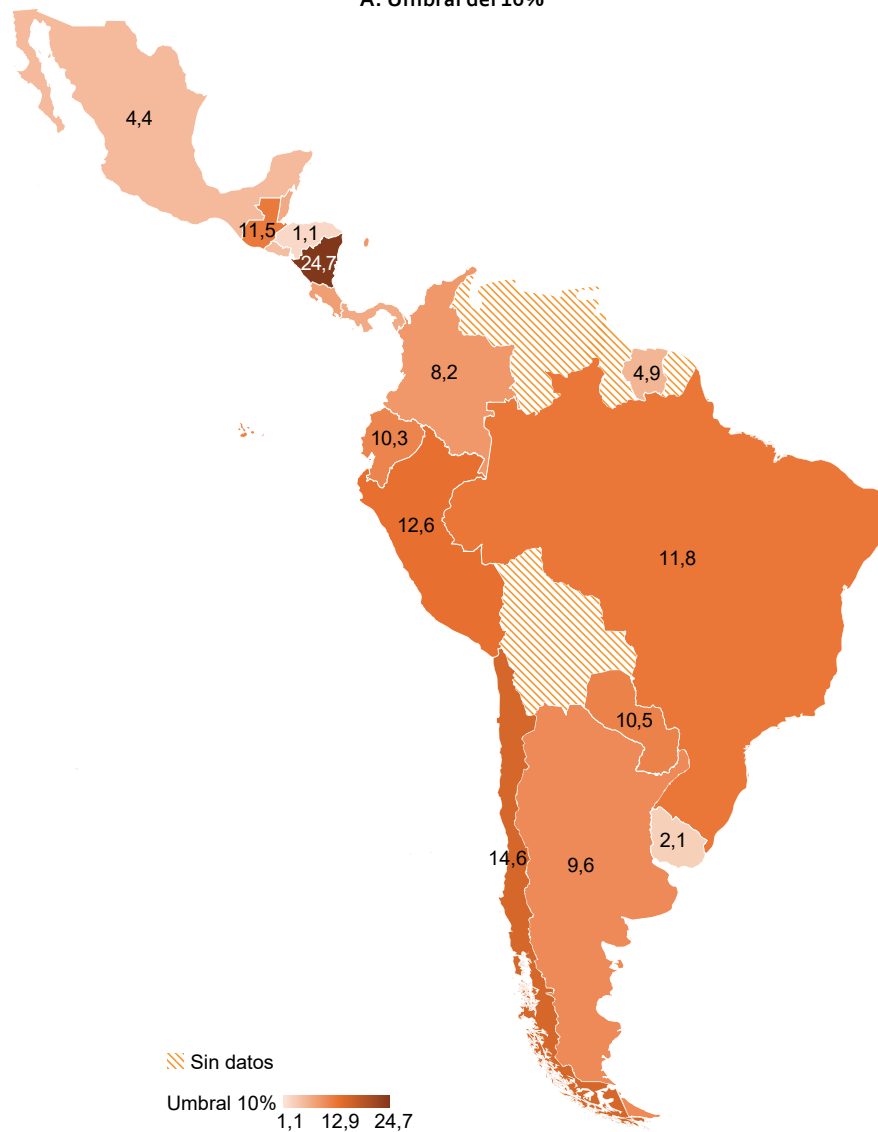
¹¹ Los siguientes países cuentan con datos disponibles para realizar el análisis: Argentina, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay.

para evaluar la variación en el tiempo se consideraron aquellos países que cuentan con al menos dos mediciones en el periodo 2000-2022¹². Debe considerarse que algunos registros son de más de una década y, por tanto, dichos resultados y tendencias deberían analizarse con precaución.

El panorama regional muestra que en 7 de los 17 países más del 12% de los hogares enfrenta un gasto catastrófico en salud, destinando más del 10% de su presupuesto a este ítem de gasto¹³. El mapa 2 muestra el panorama del gasto catastrófico en salud (umbrales de 10% y 25%) en América Latina y el Caribe, considerando el último registro disponible por país.

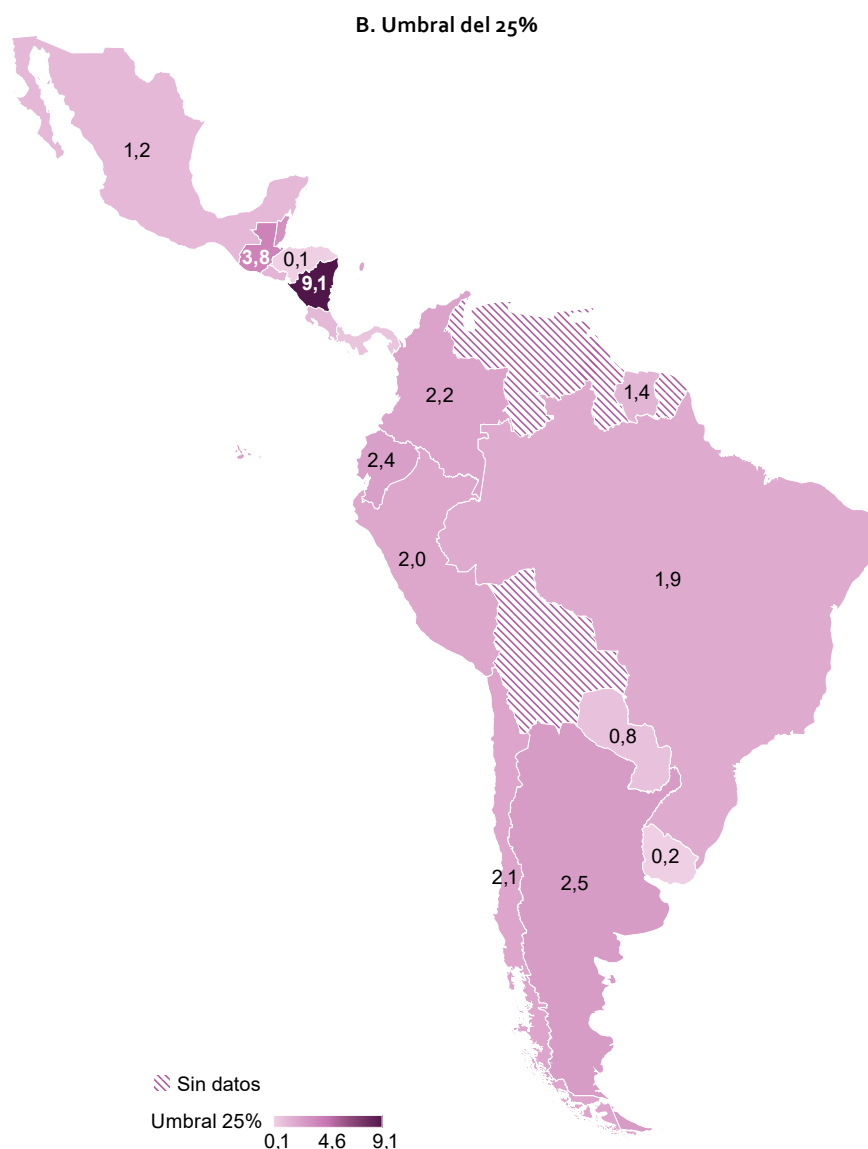
Mapa 2
América Latina y el Caribe (17 países)³: gasto catastrófico en salud, según umbral
(En porcentajes)

A. Umbral del 10%



¹² La base de datos utilizada corresponde a OMS, The global health observatory (<https://www.who.int/data/gho>).

¹³ Estos países son el Brasil, Chile, el Ecuador, Guatemala, Nicaragua, el Paraguay y el Perú.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

^a Con base en el último registro disponible; no se incluye a Bolivia (Est. Plur. de), Guyana y Venezuela (Rep. Bol. de). En detalle: Argentina/2017; Belice/2018; Brasil/2017; Chile/2016; Colombia/2016; Costa Rica/2018; Ecuador/2013; El Salvador/2019; Guatemala/2014; Honduras/2004; México/2020; Nicaragua/2014, Panamá/2017; Paraguay/2011; Perú/2021; Suriname/2016; y Uruguay/2016.

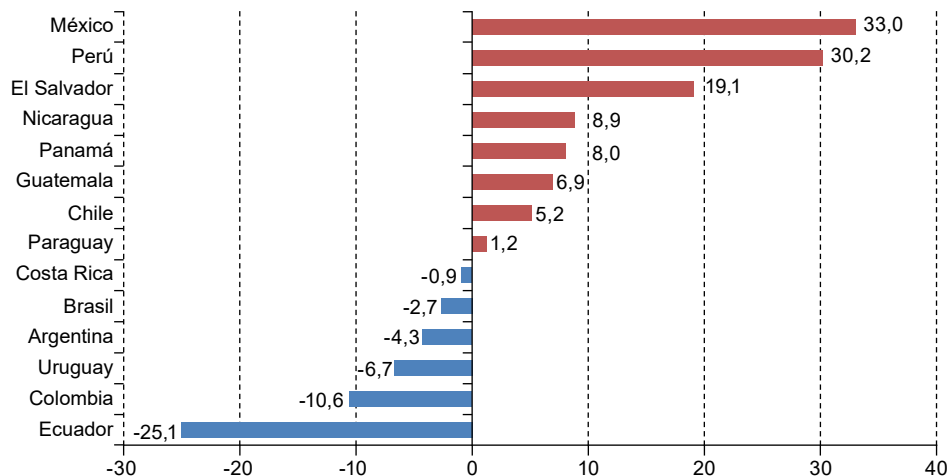
Al aplicar el umbral más alto, se observa que más del 3% de los hogares en Belice, Guatemala y Nicaragua incurren en más del 25% de su presupuesto a gastos en salud. En específico, Nicaragua es el país con el mayor gasto catastrófico en salud en ambos umbrales (10% y 25%). Ahora bien, este registro corresponde a 2014, donde el 27,7% de sus hogares destinaba más del 10% de su presupuesto a salud, y el 9,1% gastaba más del 25%.

El análisis de la variación del indicador de gasto catastrófico se realizó en 14 países¹⁴, ya que requiere de al menos dos registros, para lo que se establece el intervalo definido entre los años 2000 y 2021, seleccionando los dos últimos registros disponibles para cada país. Con base en el umbral del 10%,

¹⁴ Países considerados: Argentina/2017 y 2004; Brasil/2017 y 2008; Chile/2016 y 2011; Colombia/2016 y 2008; Costa Rica/2018 y 2012; Ecuador/2013 y 2011; El Salvador/2019 y 2018; Guatemala/2014 y 2011; México/2020 y 2018; Nicaragua/2014 y 2009; Panamá/2017 y 2008; Paraguay/2011 y 2000; Perú/2021 y 2020; y Uruguay/2016 y 2005.

seis países muestran una mejora, mientras que el resto experimenta un deterioro (véase el gráfico 5). Los avances más acelerados se observan en el Ecuador (entre 2011 y 2013) y Colombia (entre 2016 y 2008), con una disminución anual de la población con gastos catastróficos en salud superior al 10%, del 25% y 11%, respectivamente. Por su parte, los retrocesos más significativos se registran en México (entre 2016 y 2018) y el Perú (entre 2020 y 2021), con una tasa de crecimiento del gasto catastrófico superior al 30% anual. En promedio, se observa un incremento anual de un 4,5% en la proporción de población con un gasto en salud superior al 10%.

Gráfico 5
América Latina (14 países): tasa de crecimiento anual de la proporción de la población con un gasto en salud superior al 10%
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Nota: Los años considerados para cada país son los siguientes: Argentina/2017 y 2004; Brasil/2017 y 2008; Chile/2016 y 2011; Colombia/2016 y 2008; Costa Rica/2018 y 2012; Ecuador/2013 y 2011; El Salvador/2019 y 2018; Guatemala/2014 y 2011; México/2020 y 2018; Nicaragua/2014 y 2009; Panamá/2017 y 2008; Paraguay/2011 y 2000; Perú/2021 y 2020; y Uruguay/2016 y 2005.

Al analizar el gasto catastrófico en salud con un umbral superior al 25%, se observa que 8 de 14 países registraron una mejora en términos de protección financiera en salud, mientras que el resto experimentó un empeoramiento (véase el gráfico 6). Ahora bien, los países que presentaron una mejora en este indicador lo realizaron a una tasa menor que la observada para el umbral del 10%. Por su parte, los países que empeoraron presentaron tasas de deterioro más elevadas fueron México y el Perú, con una tasa de crecimiento del gasto catastrófico superior al 40% anual. En promedio, se reportó un crecimiento anual del 8,7%.

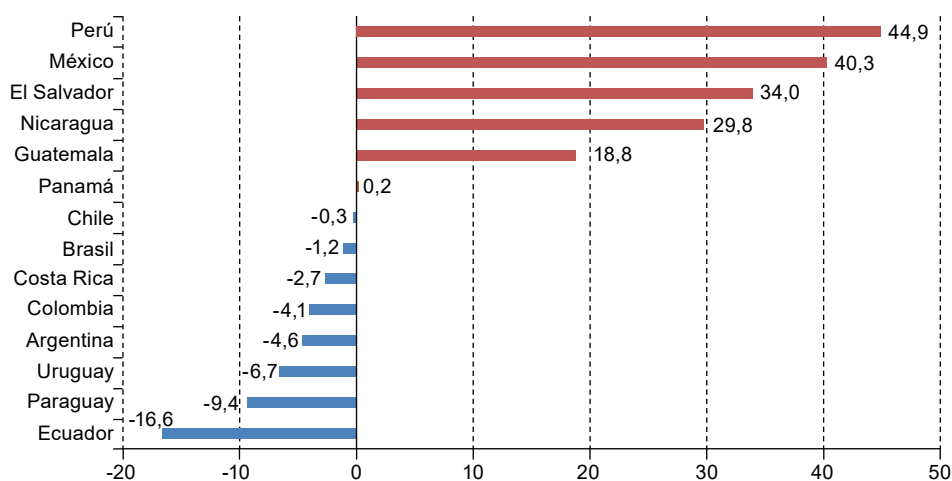
En general, los indicadores de gasto catastrófico considerando ambos umbrales muestran una tendencia similar, con la excepción del Paraguay y Chile, donde se observa un retroceso con el umbral del 10%, pero una mejora con el umbral del 25%.

Al considerar las tendencias anteriores, se observa que hubo un deterioro en la capacidad de los sistemas de salud en otorgar protección financiera suficiente para su población en los países de América Latina y el Caribe¹⁵. Como resultado de ello, una gran parte del acceso a servicios sanitarios sigue siendo financiada directamente por los hogares a través del gasto de bolsillo. Ello puede generar barreras económicas que impiden a los hogares acceder a servicios de salud de calidad y de forma oportuna, así como también interferir con su capacidad de acceder a otros servicios esenciales como el acceso a la educación, vivienda y alimentación, entre otros (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2023). La desprotección

¹⁵ Dado que los datos por países son para años diferentes que se encuentran muy alejados entre sí, no es posible estimar un promedio regional.

financiera por salud varía según las características sociodemográficas de los hogares y es más frecuente en hogares pobres, dado que deben reducir su consumo de artículos de primera necesidad debido al gasto directo en salud, lo que a su vez puede llevar a un círculo vicioso perpetuo de mala salud y pobreza (OMS, BIRF y Banco Mundial, 2023). No obstante, es importante señalar que algunos países de la región han implementado leyes y reformas que buscan precisamente reducir el gasto de bolsillo en salud de los hogares e incrementar la protección financiera (véase el recuadro 2).

Gráfico 6
América Latina (14 países): tasa de crecimiento anual de la proporción de la población con un gasto en salud superior al 25%
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Nota: Los años considerados para cada país son los siguientes: Argentina/2017 y 2004; Brasil/2017 y 2008; Chile/2016 y 2011; Colombia/2016 y 2008; Costa Rica/2018 y 2012; Ecuador/2013 y 2011; El Salvador/2019 y 2018; Guatemala/2014 y 2011; México/2020 y 2018; Nicaragua/2014 y 2009; Panamá/2017 y 2008; Paraguay/2011 y 2000; Perú/2021 y 2020; y Uruguay/2016 y 2005.

Recuadro 2
Experiencias regionales para reducir los elevados gastos de bolsillo y garantizar la protección financiera de los hogares en América Latina

En América Latina destacan reformas y políticas que han transformado los sistemas de salud para reducir los elevados gastos de bolsillo de los hogares. Un ejemplo emblemático es la reforma del sistema de salud en el Uruguay, iniciada en 2005, que estableció el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) mediante la Ley N°18.211. Este modelo unificó a prestadores públicos y privados bajo un financiamiento basado en la mancomunación de recursos a través del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), un fondo único, público y obligatorio, con el objetivo de ampliar la cobertura nominal de la población con protección financiera (OPS/OMS, 2021).

Uno de los principales logros de esta reforma ha sido la mejora en la protección financiera de los hogares en el país. Al reducir significativamente el gasto de bolsillo mediante el financiamiento solidario, se disminuyó la carga económica de enfermedades y tratamientos, en particular para las familias en situación de mayor vulnerabilidad (OPS/OMS, 2021). Además, el sistema ha promovido un acceso más equitativo a servicios de calidad, evitando que problemas de salud se traduzcan en empobrecimiento o endeudamiento catastrófico de los hogares. Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), entre 2005 y 2019 el gasto de bolsillo disminuyó del 23% al 15%, y el gasto público en salud aumentó del 3,81% al 6,58% del PIB entre 2005 y 2017 (CERES, 2024). Estos avances posicionan al Uruguay dentro de los parámetros recomendados por la OMS: un gasto público superior al 6% del PIB y un gasto de bolsillo inferior al 20% del gasto total en salud. Cabe recalcar que el gasto de bolsillo ha permanecido constante en los últimos años, rondando los UYU \$10.000 por persona (equivalentes a 220 dólares) anuales, que se destina principalmente a pagos directos (como productos o consultas particulares) y a tasas moderadoras (como órdenes y tickets).

Por su parte, Chile ha realizado esfuerzos significativos para avanzar en esta dirección, destacándose políticas orientadas a la protección financiera en salud. Entre ellas, la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES) de 2004 (Ley N°19.966), que establece un plan de beneficios con garantías de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera para los sistemas públicos y privados (excluyendo las fuerzas armadas y de orden). Actualmente, esta ley beneficia a más de 20 millones de personas. Posteriormente, en 2015 se promulgó la Ley N°20.850, conocida como "Ley Ricarte Soto," que otorga protección financiera del 100% y de carácter universal (independiente del sistema de aseguramiento de la persona) para tratamientos, diagnósticos, alimentos y dispositivos de alto costo. Hasta 2024, esta ley ha beneficiado a más de 65.000 personas (Fonasa, 2024). En 2022, se agrega la implementación de la iniciativa "Copago Cero", que asegura gratuidad total en las atenciones de salud para los usuarios de los tramos C y D de Fonasa, sumándose a los tramos A y B que ya contaban con gratuidad. Esta medida elimina los pagos directos por prestaciones en la red pública, beneficiando a más de 16 millones de personas, con un enfoque especial en los hogares de ingresos medios y bajos de los tramos C y D, que representan a 1.601.800 personas (Gobierno de Chile, 2024). Aunque su impacto real aún está por evaluarse, la política apunta a fortalecer la protección financiera de los hogares y promover mayor igualdad en el acceso a la salud.

Fuente: Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social (CERES) (2024), Situación actual y propuestas para mejorar el Sistema de Salud de Uruguay, Informe Especial; Gobierno de Chile (2024), "Copago Cero cumple dos años: 1,6 millones de personas ya han sido beneficiadas", [en línea] <https://www.gob.cl/noticias/copago-cero-cumple-dos-anos-16-millones-personas-han-sido-beneficiadas/>; Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2021), Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay: principios, modelo de financiamiento, gestión y atención; Fonasa (Fondo Nacional de Salud) (2024), véase [en línea] <https://datosabiertos.fonasa.cl/>.

III. La importancia de la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud para incrementar la inversión en la salud y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal en 2030

Alcanzar la CSU en América Latina y el Caribe requiere la implementación de transformaciones a los sistemas de salud, lo que implica, entre otros factores, incrementar la inversión en esta área. Se trata de un gran desafío para los países de la región al considerar la situación de subfinanciamiento crónico de sus sistemas de salud en un contexto de alta incertidumbre (CEPAL/OPS, 2024). Por ello, es fundamental que la inversión en salud pueda mantenerse en el tiempo, a la vez que se resguarda el acceso y la cobertura universal de salud, así como la suficiencia de las prestaciones y la sostenibilidad financiera del sistema (Arenas de Mesa, 2019).

Los esfuerzos para avanzar hacia la salud universal deben considerar la sostenibilidad de los sistemas de salud. Ello significa abordar simultáneamente la cobertura, suficiencia de las prestaciones (calidad de la cobertura) y sostenibilidad financiera, buscando el equilibrio entre estas tres dimensiones de tal modo que se cumplan los compromisos con las generaciones actuales y las futuras (CEPAL, 2018; Arenas de Mesa, 2019 y 2023). Garantizar solamente una de estas dimensiones no es suficiente para asegurar la sostenibilidad de los sistemas; si alguna de ellas presenta niveles insuficientes para satisfacer las necesidades de la población, entonces su sostenibilidad se encuentra amenazada.

La estimación de los esfuerzos que deben realizar los países de América Latina y el Caribe en términos de inversión en salud para avanzar hacia la CSU debe tener en consideración, de manera constante, no solo la sostenibilidad financiera sino también la sostenibilidad general de los sistemas de salud. De este modo, mientras que esta sección se centra en estimar la inversión necesaria para aumentar el índice de cobertura de servicios e implementar la protección financiera, en la sección siguiente se analiza el espacio fiscal para la salud con que cuentan los países de tal forma que se considere la sostenibilidad financiera de dichos esfuerzos.

Estimar cuántos recursos son necesarios para alcanzar la CSU es un ámbito aún poco explorado y, por tanto, cuenta con una base de evidencia limitada. Ello se debe a la complejidad inherente a la pregunta, su forma de medición y la multiplicidad de factores que influyen en el progreso hacia la CSU.

La OPS ha establecido como meta para el año 2030 que el gasto público en salud represente al menos el 6% del PIB. Este objetivo se enmarca en el Pacto 30-30-30 de la OPS/OMS, el que propone reducir las barreras de acceso a la salud en un 30% y destinar el 30% del gasto público en salud al primer nivel de atención (OPS/OMS, 2020). McIntyre, Meheus y Rottingen (2017) desarrollaron una metodología que calcula los recursos públicos necesarios para avanzar hacia la CSU. A través de un análisis de correlación entre el gasto público en salud (como porcentaje del PIB) y diversos indicadores que, según la literatura revisada por dichos autores, tienen correlato con la salud universal, el estudio sugiere que los países deben destinar al menos un 5% del PIB. Además, proponen que los países de muy bajos ingresos consideren una meta adicional que contemple un aporte mínimo a nivel per cápita correspondiente a 86 dólares anuales.

Otro aporte relevante en la cuantificación y proyección de los recursos públicos necesarios para avanzar hacia la CSU es el estudio desarrollado por Dieleman y otros (2018). Dicho estudio proyecta el gasto público en salud de 188 países y establece un modelo de frontera estocástica¹⁶ para analizar la incidencia entre el gasto público y los resultados en cobertura sanitaria. El estudio proyecta el gasto en salud a 2040, pero sin establecer una meta específica en relación con la CSU, e identifica que entre los factores que explican el avance en la CSU sobresalen los derivados de los recursos públicos y las ganancias de eficiencia del gasto en salud.

De este modo, estas aproximaciones coinciden en que el foco del financiamiento debe centrarse en reducir el gasto de bolsillo y privado, y priorizar los recursos públicos, adoptando una visión mancomunada de los fondos destinados a la salud. A continuación, la sección presenta el cálculo del índice de cobertura de servicios de salud y la protección financiera necesaria para avanzar hacia la CSU.

A. Estimación de la inversión necesaria para aumentar el índice de cobertura de servicios de salud y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal

La determinación de la inversión necesaria para alcanzar la CSU puede tomar diversos caminos metodológicos y dependerá de la información disponible. Todo método implica definir una meta, prestación o resultado a alcanzar. En este caso, la primera pregunta fue respecto a qué nivel de cobertura debe alcanzar cada país, para luego plantear a qué costo.

El análisis comparativo (análisis de *benchmarking*), que es el primer enfoque abordado en esta sección, es una herramienta valiosa para evaluar y comparar el desempeño de distintas entidades o países en aspectos específicos, con el fin de identificar mejores prácticas y áreas de mejora. Una forma directa de aplicar este análisis en el sector salud es mediante la relación entre el gasto total en salud como porcentaje del PIB que destina cada país y su índice de cobertura de servicios de salud (SCI), y con ello definir, por ejemplo, una referencia media del costo con resultados para la región o para grupos de países. Esto corresponderá a la primera forma de estimar la inversión necesaria. Al establecer una regla de medida o estándar predefinido para evaluar el desempeño de una organización, país o sistema, es posible aplicar como estrategia metodológica el *yardstick benchmarking*, que hace referencia a un tipo de análisis comparativo en el que se utiliza una métrica en lugar de centrarse únicamente en las mejores prácticas de los líderes del sector.

El segundo enfoque abordado en este estudio se centra en analizar la relación entre la inversión, representada por el gasto público en salud y los resultados en términos de cobertura. Este análisis permite estimar una elasticidad que, según la especificación del modelo utilizado, puede reflejar la relación

¹⁶ Es un método paramétrico que utiliza un enfoque econométrico para estimar la eficiencia. Supone que la producción tiene dos componentes de error: uno asociado con la ineficiencia y otro con factores aleatorios fuera del control de las unidades. Se especifica una función de producción y se separan las ineficiencias de las perturbaciones aleatorias, permitiendo considerar la incertidumbre (Dieleman y otros, 2018).

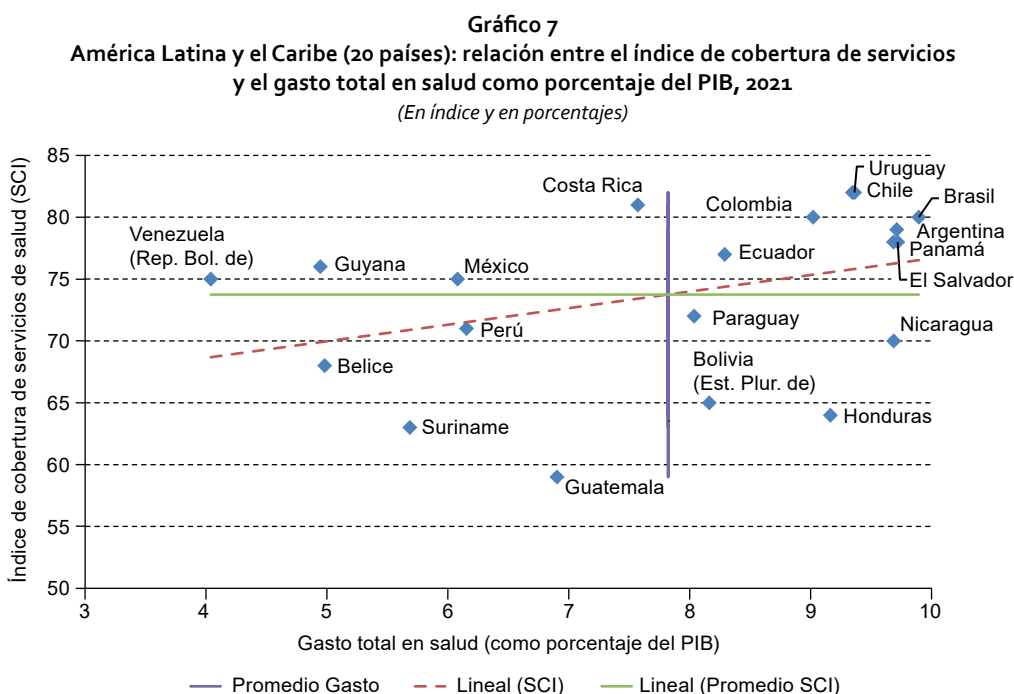
del cambio tanto a nivel regional como local. Esta metodología, al no requerir una meta de cobertura predefinida, proporciona flexibilidad en la estimación y facilita la identificación de los aportes e impactos marginales o graduales de las inversiones en salud.

1. Aplicación del análisis comparativo (análisis de *benchmarking*)

a) Relación entre la cobertura de servicios y el gasto en salud

El gráfico 7 presenta el promedio del gasto total en salud²⁷ (línea vertical), que incluye al sector público y privado y el promedio del índice de cobertura de servicios de salud (SCI) (línea horizontal), generando así cuatro cuadrantes que permiten clasificar a los países en: alto SCI y alto gasto (cuadrante 1); alto SCI y bajo gasto (cuadrante 2); bajo SCI y bajo gasto (cuadrante 3); y bajo SCI y alto gasto (cuadrante 4). Esta agrupación permite el análisis comparativo entre grupos y al interior de cada grupo, y así comprender diferencias y similitudes entre los países.

En primer lugar, es posible observar la heterogeneidad que existe entre los países de América Latina y el Caribe, al observar la dispersión de los países en ambos ejes del gráfico 7. Asimismo, se desprende que, si bien se requieren mayores recursos destinados a salud, ello es necesario, pero no es suficiente para alcanzar mayores índices de cobertura de servicios de salud; por ejemplo, los países en el cuadrante 4 (lado inferior derecho) tienen un gasto total en salud como porcentaje del PIB más alto que el promedio de la región, pero un índice de cobertura de servicios más bajo.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

²⁷ El gasto público en salud corresponde al gasto en salud del gobierno general en la nomenclatura de cuentas nacionales de salud y se refiere al gobierno general, gobierno estatal/provincial, gobierno local/municipal, y fondos de seguridad social (véase Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)/Organización Mundial de la Salud (OMS)/Eurostat, A System of Health Accounts: 2011 Edition, Paris, OECD Publishing, 2011). Ello difiere de las cifras de gasto público en salud presentadas en las diferentes versiones del Panorama Social de América Latina y el Caribe publicado por la CEPAL, que corresponden al gasto en salud del gobierno central.

Los 20 países analizados presentan un gasto total en salud promedio de 7,8% del PIB, con un gasto público en salud de 4,8% del PIB, y un puntaje promedio del índice de cobertura de servicios de 73,8, considerado un nivel alto de cobertura de servicios de salud. Respecto al grupo de países con mayores niveles del índice de cobertura de servicios esenciales, correspondientes al Brasil, el Uruguay, Colombia, Chile y Costa Rica, en el cuadrante I (superior a la derecha) del gráfico 7 se observa que, en promedio, su nivel de gasto total en salud corresponde a un 9% del PIB y, tal como se muestra en el cuadro 3B, su gasto público en salud es 6% del PIB.

Cuadro 3
América Latina y el Caribe (20 países)^a: gasto total en salud, índice de cobertura de servicios (SCI), gasto público en salud, 2021
(En porcentajes del PIB y en índices)

A. América Latina y el Caribe (20 países)			
Total	Gasto total en salud <i>(En porcentajes del PIB)</i>	Índice de cobertura de servicios (SCI)	Gasto público en salud <i>(En porcentajes del PIB)</i>
Mediana	8,2	75,5	4,9
Promedio	7,8	73,8	4,8
Máximo	9,0	82,0	7,1
Mínimo	4,0	59,0	1,4

B. Nivel muy alto de índice de cobertura de servicios (SCI>80): Uruguay, Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica (5 países)			
Total	Gasto total en salud <i>(En porcentajes del PIB)</i>	Índice de cobertura de servicios (SCI)	Gasto público en salud <i>(En porcentajes del PIB)</i>
Mediana	9,3	81,0	5,9
Promedio	9,0	81,0	6,0
Máximo	10,0	82,0	7,1
Mínimo	7,6	80,0	4,5

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

^a Argentina, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Considerando el gráfico 7 y la información del cuadro 3 que permite visualizar el gasto total (público más privado), gasto público y el índice de cobertura de servicios, es claro que existen excepciones a la regla en términos de alto gasto público y bajo desempeño, tales como el Estado Plurinacional de Bolivia y Honduras o al revés, como el caso de Guyana, México y la República Bolivariana de Venezuela. No obstante, al considerar que la meta del índice de cobertura de servicios es mayor a 80 para alcanzar un nivel alto, en promedio se requiere un 6% del PIB en gasto público en salud. A partir de este análisis comparativo (*benchmarking*) es posible concluir que la meta por alcanzar es de un índice de cobertura de servicios de al menos 80 y un gasto público en salud de 6% del PIB.

b) Relación entre el gasto catastrófico y el gasto en salud

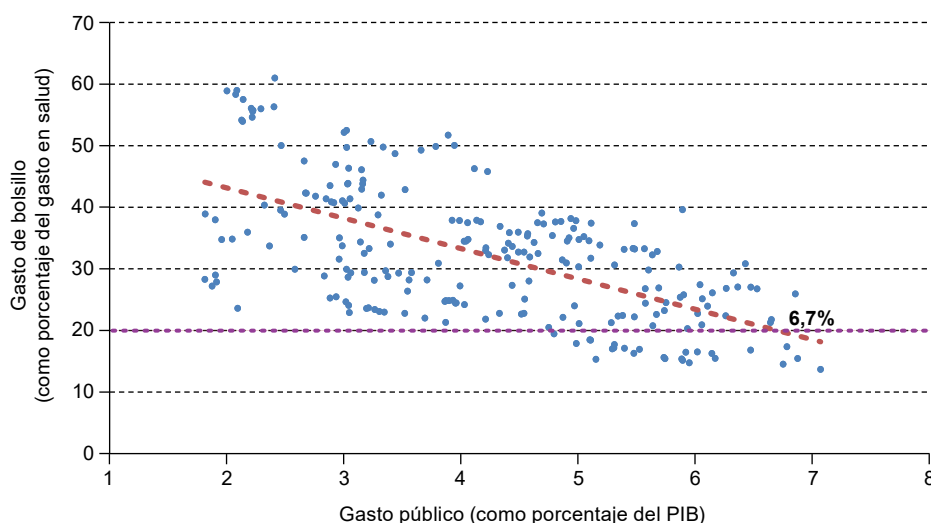
El Informe Mundial de la Salud de 2010 indicó que la incidencia del gasto catastrófico y del empobrecimiento disminuye de forma significativa cuando los pagos directos, correspondientes al gasto de bolsillo, representan entre el 15% y el 20% del gasto total en salud (OMS, 2010).

Aplicando la metodología de análisis comparativo (*benchmarking*) para el gasto de bolsillo (como porcentaje del gasto total en salud) y gasto público en salud (como porcentaje del PIB), el gráfico 8 muestra la relación para los 20 países en los años con datos disponibles¹⁸. En primer lugar, se observa

¹⁸ Correspondientes a 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021.

una correlación negativa entre el gasto público en salud y el gasto de bolsillo, toda vez que a medida que aumenta el gasto público en salud disminuye el gasto de bolsillo. Asimismo, al trazar una línea horizontal en el punto donde el gasto de bolsillo constituye el 20% del gasto total en salud, se observa que dicha línea intercepta el eje vertical por sobre el 6% del PIB (en específico, 6,7% del PIB). Esto sugiere que para avanzar en la protección financiera se requerirían esfuerzos financieros aún mayores de los que se requieren para aumentar la CSU.

Gráfico 8
América Latina y el Caribe (20 países)^a: correlación entre el gasto público en salud
y el gasto de bolsillo, 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021
(En porcentajes del PIB y en porcentaje del gasto total en salud)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

^a Argentina, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Si bien, como se mencionó anteriormente, un mayor gasto público en salud es necesario, pero no suficiente para garantizar un nivel más alto de cobertura de servicios de salud, la evidencia provista por el análisis comparativo de gasto sobre las dos dimensiones de cobertura universal indica que el gasto público en salud debe ser de al menos 6% del PIB (OPS/OMS, 2020). Este nivel mínimo de gasto público en salud contribuye no solo a aumentar la cobertura de los servicios, sino también a mejorar la protección financiera de los hogares.

2. Metodologías para estimar la inversión necesaria para avanzar a la CSU

a) Evaluación comparativa con referencia estándar

Luego de revisar brevemente la situación de los países y presentar los resultados de la estimación de los recursos necesarios para avanzar en la CSU de acuerdo con el análisis comparativo (de *benchmarking*), es fundamental establecer metas. Para ello, el presente documento propone y analiza dos umbrales que se derivan del *benchmarking* realizado anteriormente.

La primera consiste en alcanzar al menos 80 puntos en el índice de cobertura de servicios para alcanzar un nivel muy alto de avance, independiente de la fuente de financiamiento, estimando el gasto como porcentaje del PIB de cada país. La segunda métrica implica alcanzar un gasto público en salud de al menos 6% del PIB.

Para la primera estimación, el primer paso es estimar el costo medio (Cme) de cada punto del índice cobertura de servicios (SCI) para cada país (j) (véase la ecuación 2). En base a los puntos restantes que cada país necesita para alcanzar la meta, se calculan los recursos necesarios, tal como se indica en las ecuaciones a continuación (véanse las ecuaciones 3 y 4). En caso de que el país ya haya alcanzado los 80 puntos del índice de cobertura de servicios, no se considera en el cálculo.

$$CmeSCI_j = \frac{GastoTotal\ Salud_j (\%PIB)}{SCI_j} \quad (2)$$

$$PuntosSCI_j = (80 - SCI_j) \quad (3)$$

$$GastoSalud_j = PuntosSCI_j * CmeSCI_j \quad (4)$$

El segundo paso consiste en definir los puntos del PIB necesarios para alcanzar la meta del 6% (véase la ecuación 5), aplicable sólo a los países que actualmente se encuentran por debajo de ese umbral.

$$Adicional_j = 6\% - GastoPúblicoSalud_j(\%PIB) \quad (5)$$

Luego, se determina el valor necesario de inversión como el máximo de los aportes entre ambas medidas (véase la ecuación 6).

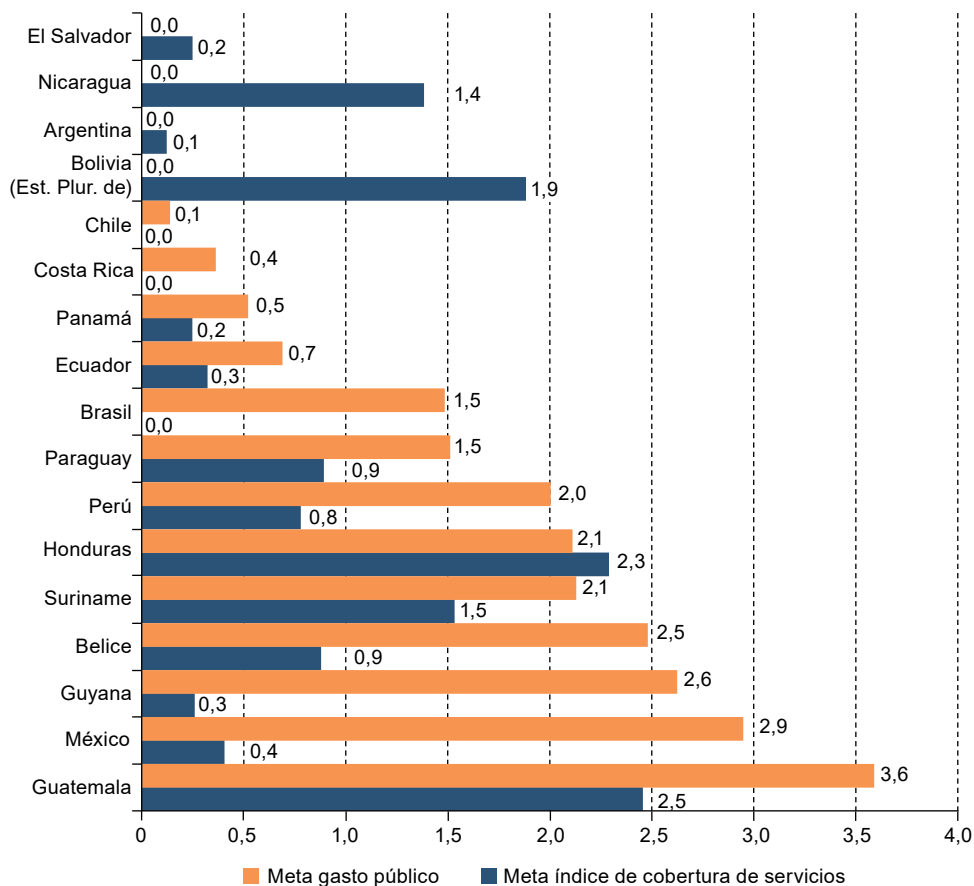
$$Aporte_j = Max\{GastoSalud_j ; Adicional_j\} \quad (6)$$

En la primera fase de la estimación de este ejercicio (ecuación 5), se identificó que el Uruguay, Colombia, el Brasil, Chile y Costa Rica no requieren de recursos adicionales, ya que alcanzan la meta de referencia de un índice de cobertura de servicios (SCI) mayor o igual a 80. En cambio, el resto de los países analizados, equivalente a 15 países, deberían destinar mayores recursos al sector salud para avanzar en la cobertura de los servicios de salud, en promedio, un 1% del PIB.

En la segunda fase (ecuación 6), donde se estiman los requerimientos para alcanzar el aporte financiero público de al menos un 6% del PIB, sólo seis países (Argentina, Bolivia (Est. Plur. de), Colombia, El Salvador, Nicaragua y Uruguay) de los 20 analizados no requerirían recursos adicionales. Para los países restantes, correspondientes a 12, se estima un aporte adicional promedio de 1,7% del PIB.

El gráfico 9 muestra los resultados de esta estimación (ecuaciones 5 y 6) y distingue el aporte estimado para alcanzar el nivel del índice de cobertura de servicios (barras azules) del gasto público en salud faltante para alcanzar como mínimo un 6% del PIB (barras naranjas). Por ejemplo, en los casos de Brasil y Colombia no se requieren recursos adicionales para alcanzar la meta de índice de cobertura de servicios esenciales (nivel alto correspondiente a 80). Por el contrario, México requiere aumentar 0,4% del PIB para alcanzar la meta de un índice de cobertura de servicios equivalente o superior a 80 y aumentar en 3% del PIB para alcanzar la meta mínima de aporte público del 6% del PIB.

Gráfico 9
América Latina y el Caribe (17 países)^a: estimaciones de aumento en el gasto para alcanzar un nivel muy alto equivalente del índice de cobertura de servicios^b y un gasto público en salud como mínimo del 6% del PIB
(Puntos porcentuales del PIB)



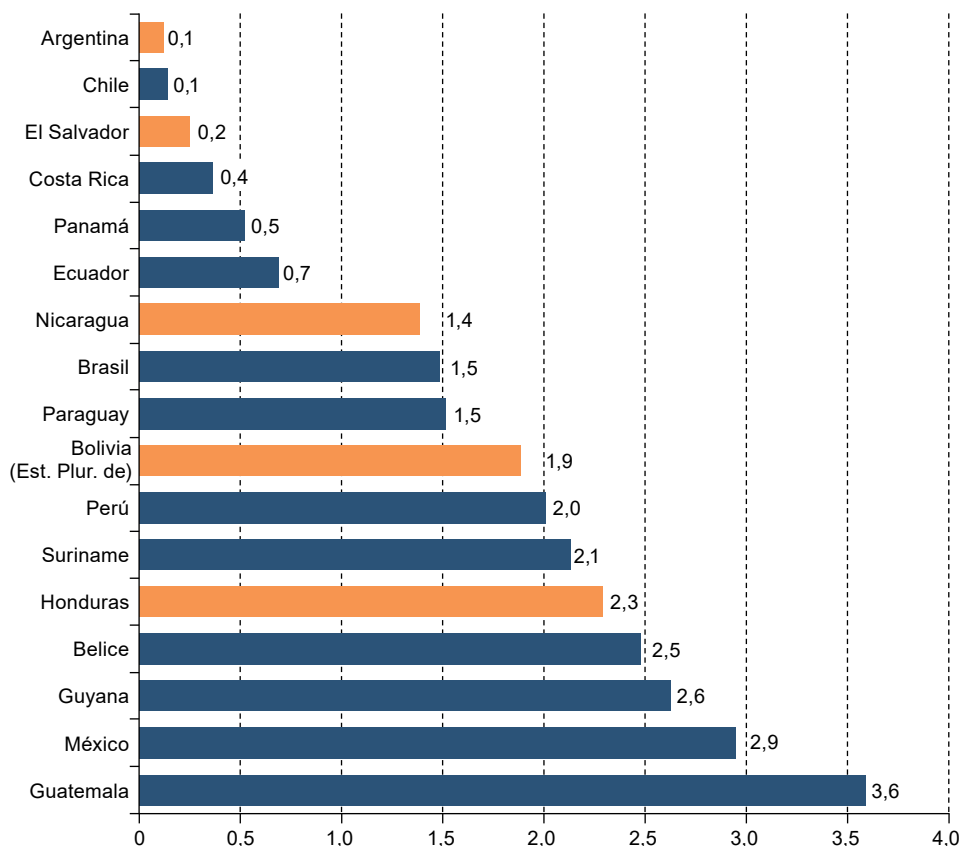
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

^a No se considera Venezuela (Rep. Bol. de), ya que en las fuentes de información consultadas no especifican un valor actualizado de su PIB.

^b El nivel muy alto del índice de cobertura de servicios corresponde a un índice igual o superior a 80 (para más información, véase la sección II.A).

El gráfico 10 muestra los resultados considerando el máximo de los aportes entre ambas medidas (según los cálculos de la ecuación 6). Bajo esta aproximación metodológica, para avanzar en la CSU, América Latina y el Caribe debería aumentar el gasto público en salud en promedio un 1,6% del PIB. Guatemala es el país de la región que requiere adicionar la mayor cantidad de recursos en su sistema de salud, equivalente a 3,6% del PIB, mientras que la Argentina necesita el menor incremento correspondiente a 0,1% del PIB. La mayoría de los países necesitan priorizar un aumento en la inversión pública en salud para avanzar hacia la CSU de forma sostenida. Para algunos países implicaría más que duplicar los recursos que en la actualidad asignan al sector salud, lo que significa un importante desafío de sostenibilidad financiera.

Gráfico 10
América Latina y el Caribe (17 países)^a: estimación del gasto público necesario
para avanzar hacia la CSU^b
(En porcentajes del PIB)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

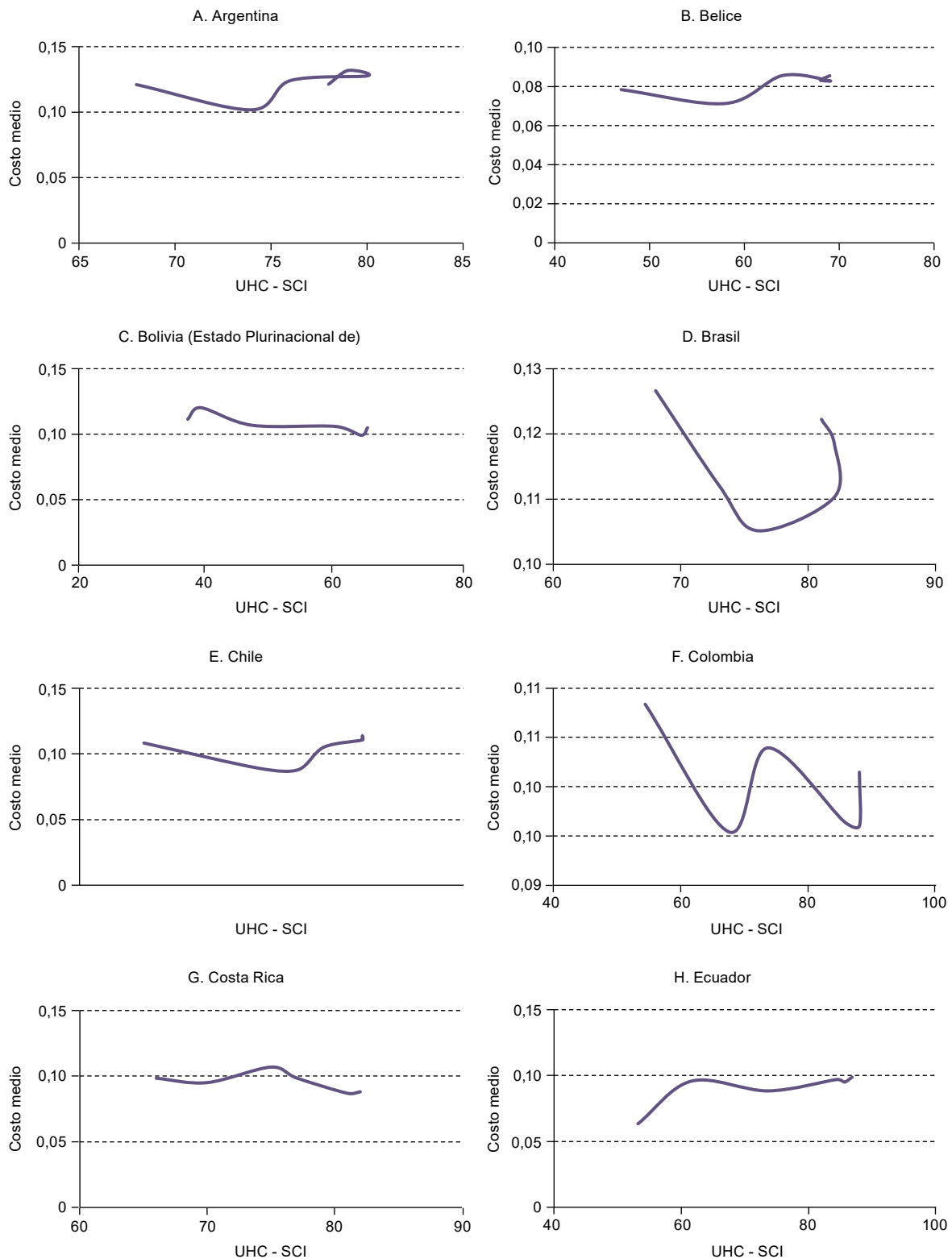
^a No se contempla en esta representación Colombia ni Uruguay, ya que ambos cumplen con las dos metas definidas en el presente estudio.

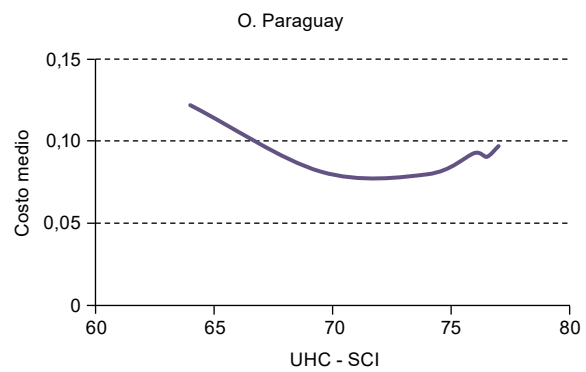
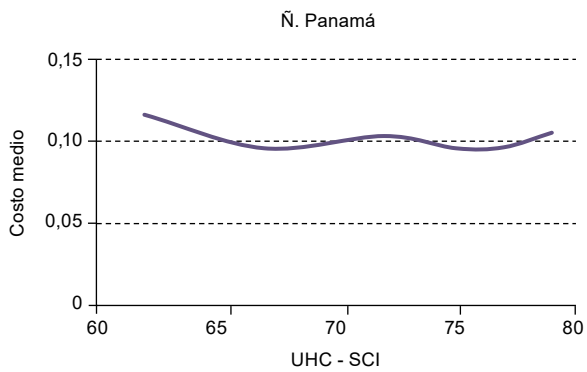
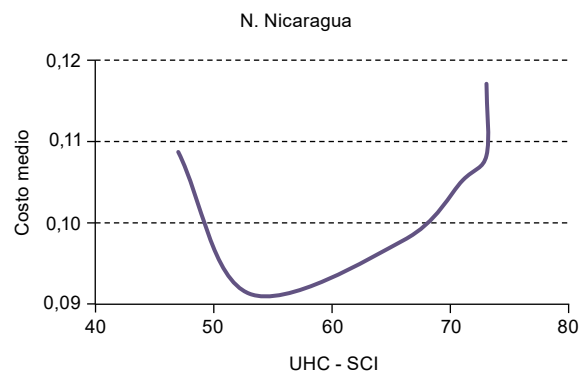
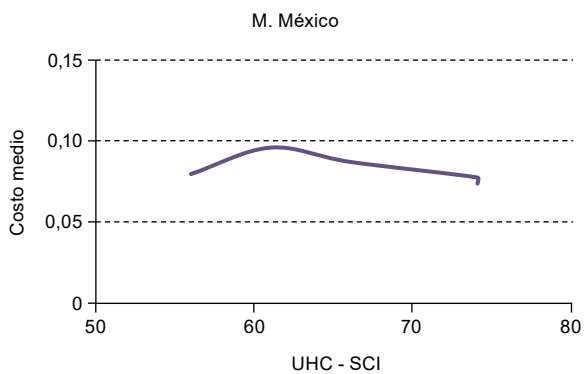
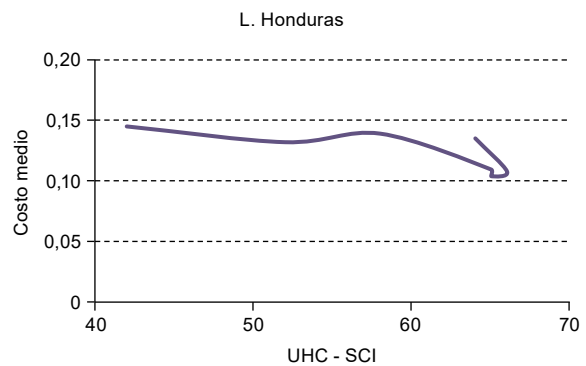
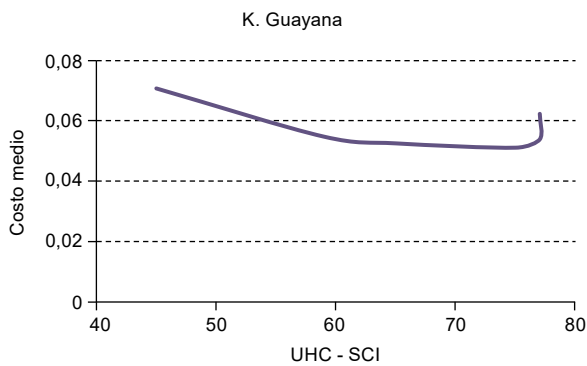
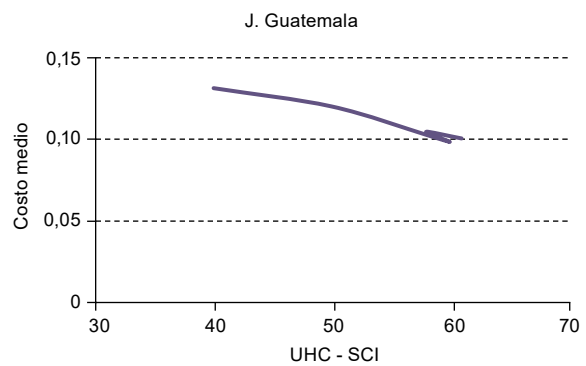
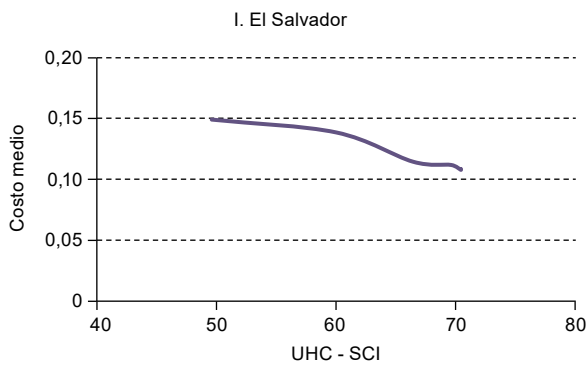
^b Las barras en color naranja corresponden a los países cuyo máximo aporte estimado proviene de la brecha estimada en términos del índice de cobertura de servicios; las barras en color azul corresponden al aporte estimado de la brecha asociada al 6% mínimo del gasto público en salud.

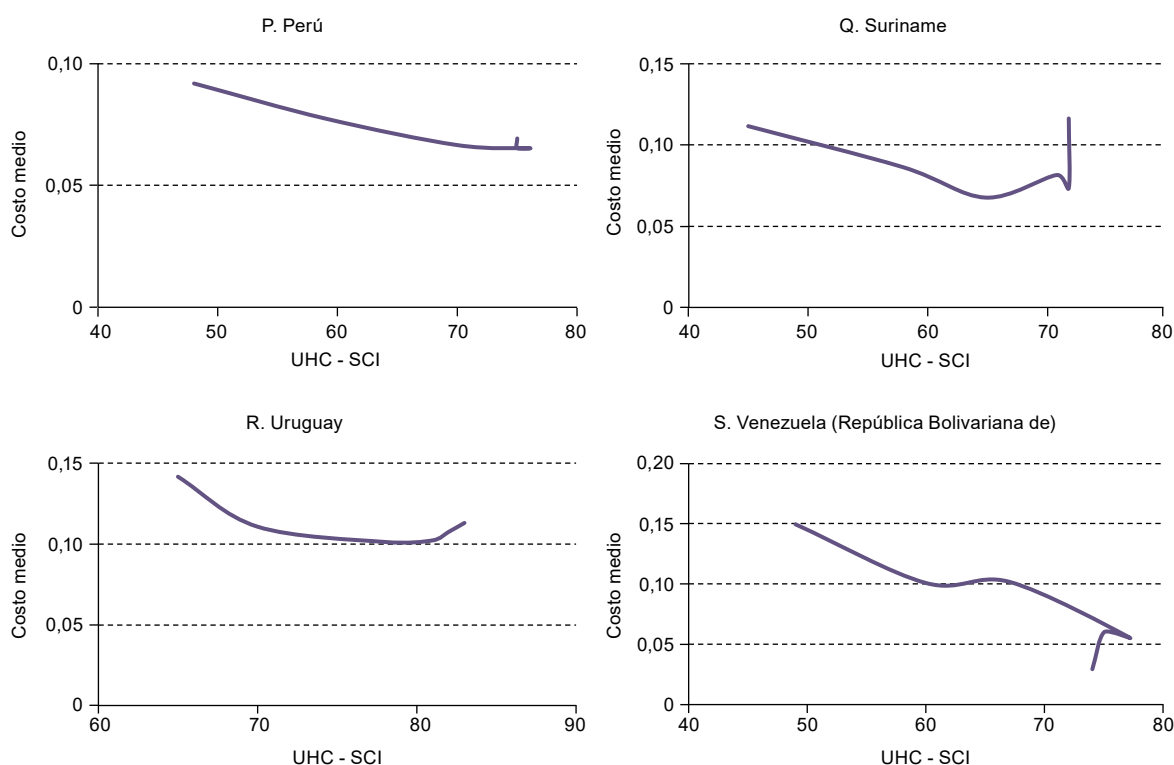
Estimar los costos medios por país permite aproximarse a la función de costos y, por tanto, comprender la función de producción de salud de cada país. Los datos muestran una alta heterogeneidad entre los países de la región en términos del costo medio del índice de cobertura de servicios (véase el gráfico 11). En algunos casos, se observa una reducción del costo medio por cada punto adicional del índice de cobertura de servicios, lo que indica la presencia de economías de escala. En otros casos, un aumento en el costo medio sugiere que el sistema se encuentra en una fase de rendimientos decrecientes, lo que implica que cada punto adicional del índice de cobertura de servicios se vuelve progresivamente más costoso que el anterior, a menos que, entre otros factores, el sistema de salud adopte tecnologías de producción más eficientes. De este modo, para la Argentina, Chile, Colombia, el Paraguay, Nicaragua, Panamá, el Uruguay y Suriname podría ser más complejo y desafiante avanzar en CSU, ya que actualmente presentan costos medios crecientes por cada unidad de índice de cobertura de servicios.

Gráfico 11
América Latina y el Caribe (20 países)*: curva de costo medio del índice
de cobertura de servicios (SCI), por país

(En índices)







Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

^a Los países reportan información disponible para los siguientes años: 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021.

La valorización por medio de los costos medios y el puntaje del índice de cobertura de servicios es una simplificación de la realidad para fines analíticos. Para obtener un cálculo más preciso se requiere desarrollar modelos específicos por país que consideren tanto su tecnología de producción sanitaria como los precios relativos de sus factores. A ello se suma la necesidad de incorporar los niveles de eficiencia (e ineficiencia) asociados a cada unidad monetaria invertida.

b) Modelo de datos de panel con efectos fijos

La segunda aproximación que se aplica a los países de América Latina y el Caribe para estimar la inversión necesaria para avanzar hacia la CSU tiene como objetivo identificar la relación entre el gasto total en salud (X) y el índice de cobertura de servicios (y) mediante un modelo de datos de panel que permite analizar información tanto temporal como transversal.

A partir de la información disponible se cuenta con observaciones para 20 países (i) correspondientes a siete períodos de tiempo (t)¹⁹, y se controlan por las características estructurales de cada país (efecto fijo, α). La especificación se presenta en la ecuación 7.

$$y_{it} = \alpha_i + \beta X_{it} + \varepsilon_{it} \tag{7}$$

Para que el coeficiente de interés (β) permita la interpretación de elasticidad, la especificación anterior se definió en logaritmo natural. Así, este coeficiente representará el cambio porcentual en el índice de cobertura de servicios frente al aumento de un 1% en el gasto en salud como porcentaje del PIB. La medida, en vista de la especificación del modelo, corresponde a una estimación para la región, pero a

¹⁹ Los años disponibles para los 20 países corresponden al 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021.

su vez al utilizar la ecuación en su completitud permite proyectar para cada país cuánto lograría aumentar el índice de cobertura de servicios frente a un aumento de un 1% del gasto en salud (al evaluar cada uno en sus valores y con la estimación de la constante α). También se consideró como variable adicional de control el PIB per cápita de cada país.

Los resultados presentados en el cuadro 4 indican que por cada punto porcentual que aumente el gasto total en salud (como porcentaje del PIB), el índice de cobertura de servicios se incrementará en 0,256%. Ello sugiere que la relación entre el incremento de recursos públicos en salud y el aumento proyectado en el índice de cobertura de servicios presenta una baja correlación, lo que indicaría que con mayores aportes financieros, los aumentos en la cobertura esperada son moderados, lo que es consistente con el alto nivel del índice de cobertura de servicios (SCI) promedio que presenta la región (73,8% en 2021). Este hallazgo refuerza la noción de que los recursos adicionales deben estar acompañados de una gestión eficiente del gasto, lo que refuerza la necesidad de alcanzar la sostenibilidad financiera.

Cuadro 4
Resultados modelo de datos de panel con efectos fijos

Variables	Coefficiente
Ln(Gasto Total Salud)	0,256*** (0,0629)
Ln(PIB per capita)	0,221*** (0,0196)
Constante	1,842*** (0,130)
Observaciones	119
Número de países	20
R-Cuadrado	0,776
Prob >F	0,000

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Nota: Errores estándares en (); *** $p < 0.001$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$.

Los resultados del modelo indican que los coeficientes estimados son significativos estadísticamente al 99% de confianza y controlar por el PIB per cápita de cada país es necesario para no sobreestimar el aporte del gasto en salud en el resultado del índice de cobertura de servicios. También el modelo resulta ser significativo, ya que por una parte muestra a través del R-Cuadrado un alto nivel de ajuste²⁰ y por otra el test F (Prob > F = 0,0000) indica que el modelo es estadísticamente significativo y sugiere que el modelo tiene un buen poder explicativo en términos generales, lo que respalda su validez para el análisis y la predicción.

B. Estimación del esfuerzo financiero para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal con sostenibilidad financiera

La velocidad de avance hacia la CSU con sostenibilidad financiera depende de las prioridades de cada Estado y de cómo estas se equilibran con otras prioridades sociales y públicas. A continuación, y para fines ilustrativos, se determina el aporte anual adicional como puntos del PIB que deberían destinar los países para alcanzar una cobertura universal con protección financiera a 10, 15 y 20 años como plazo.

²⁰ El R-cuadrado (R^2), también conocido como el coeficiente de determinación, es una medida estadística que indica qué tan bien se ajusta un modelo de regresión a los datos observados. En términos simples, R-cuadrado representa la proporción de la variación en la variable dependiente (lo que se quiere predecir o explicar) que es explicada por las variables independientes (predictoras) incluidas en el modelo.

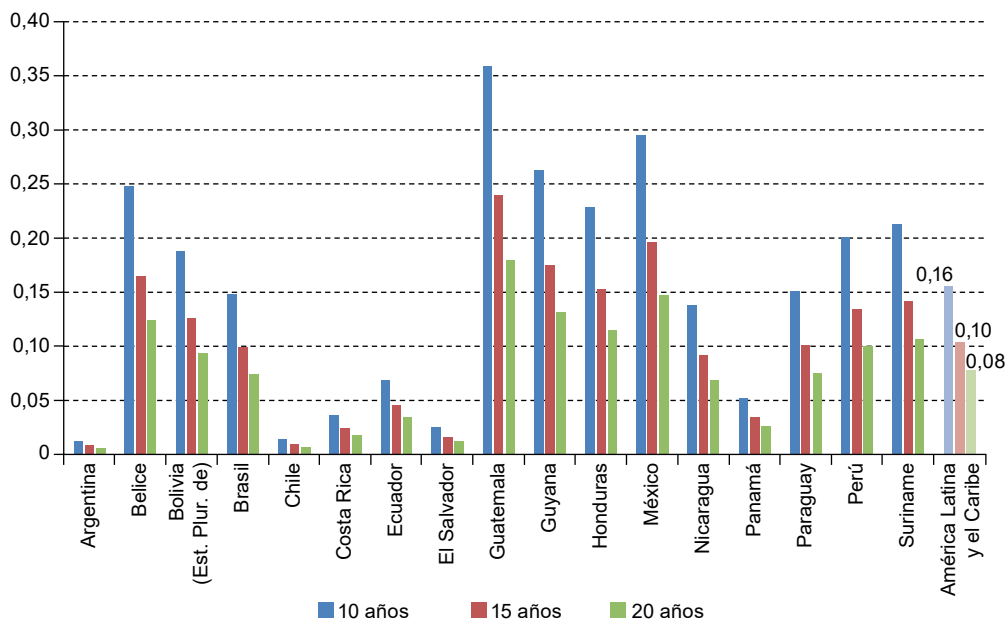
Considerando el aporte estimado en la ecuación (8) y los plazos definidos, se estima el aporte anual como porcentaje del PIB a adicionar al gasto público en salud para alcanzar un índice de cobertura de servicios de al menos 80 y un gasto público en salud de 6% del PIB. En términos simples corresponde a un aporte promedio anual de acuerdo con el plazo definido.

$$Aporte\ Anual\ Estimado_j = \frac{Aporte_j}{N} \tag{8}$$

Donde: N toma los valores de 10, 15 y 20

Los resultados indican que, con excepción de Colombia y el Uruguay, el conjunto de países debería incrementar anualmente su gasto público en salud en un 0,15%, 0,10 % y 0,07 % del PIB, según los escenarios proyectados a 10, 15 y 20 años, respectivamente. Sin embargo, países como Guyana, Guatemala y México necesitarían realizar un esfuerzo cercano al doble del promedio regional para alcanzar los niveles de cobertura establecidos en los plazos definidos. El gráfico 12 presenta las tasas estimadas para los 17 países analizados.

Gráfico 12
América Latina y el Caribe (17 países): gasto público adicional anual para alcanzar la cobertura universal en 10, 15 y 20 años de plazo
(En porcentajes del PIB)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Al comparar las tasas anuales de crecimiento del gasto total en salud y del gasto público en salud (ambos como porcentaje del PIB) durante los últimos 5 y 10 años con los aportes anuales adicionales previamente estimados, y utilizando la ecuación (9), se determina una tasa de referencia. Esta tasa se define como la máxima tasa de crecimiento anual del gasto total y del gasto público en salud en los países de la región (j). El análisis incluye cuatro mediciones de tasas, basadas en dos criterios principales: el horizonte temporal (5 o 10 años) y el tipo de gasto en salud (público o total).

Donde:

$$Tasa\ Efectiva\ Crecimiento_j = \max \{ tasaGTS_j,10; TasaGPS_j,10; tasaGTS_j,5; TasaGPS_j,5 \} \quad (9)$$

Tasa GTS10: tasa anual gasto total en salud 2010-2021

Tasa GTS5: tasa anual gasto total en salud 2015-2021

Tasa GPS10: tasa anual gasto total en salud 2010-2021

Tasa GPS5: tasa anual gasto total en salud 2015-2021

El cuadro 5 presenta las estimaciones de la tendencia histórica y el aporte anual estimado a un plazo de 10 años, junto con la brecha identificada entre ambas cifras. Sólo en los casos de Chile, El Salvador y Panamá la velocidad del aporte estimado es inferior a las tasas máximas de crecimiento del gasto encontradas; en todo el resto de los países se da la relación inversa.

Cuadro 5
América Latina y el Caribe (19 países): aporte estimado respecto al aporte histórico para alcanzar la meta 3.8.2 del ODS
(En porcentajes del PIB)

País	Máxima variación anual (En porcentajes del PIB)	Variación anual estimada para alcanzar meta en 10 años (En porcentajes del PIB)	Brecha (En porcentajes del PIB)
Argentina	0,0117	0,0123	0,001
Belice	0,0186	0,2481	0,230
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,0647	0,1883	0,124
Brasil	0,0318	0,1485	0,117
Chile	0,0383	0,0139	-0,024
Colombia	0,0425	0,0000	0,000
Costa Rica	-0,0006	0,0363	0,037
Ecuador	0,0613	0,0690	0,008
El Salvador	0,0527	0,0249	-0,028
Guatemala	0,0282	0,3590	0,331
Guyana	0,0738	0,2625	0,189
Honduras	0,0413	0,2290	0,188
México	0,0121	0,2948	0,283
Nicaragua	0,0610	0,1383	0,077
Panamá	0,0613	0,0522	-0,009
Paraguay	0,0771	0,1512	0,074
Perú	0,0572	0,2010	0,144
Suriname	0,0634	0,2130	0,150
Uruguay	0,0447	0,0000	0,000

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y CEPAL).

Este análisis destaca que, si bien los países de la región enfrentan un gran desafío financiero para alcanzar las metas propuestas, se trata de magnitudes abordables que deben ser complementadas con una gestión eficiente y que permita invertir estratégicamente los recursos fiscales en el sector salud para lograr los objetivos en un horizonte de tiempo razonable.

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe es fundamental para avanzar hacia la CSU. Si bien es imperativo incrementar la inversión en salud, también es crucial optimizar su asignación y mejorar la eficiencia del gasto para alcanzar un equilibrio sostenible. Los resultados muestran que es posible alcanzar metas de gasto público en salud (6% del PIB), así como un alto nivel de cobertura (SCI) de 80 o más y que estos esfuerzos fiscales deben ser con sostenibilidad financiera y una gestión eficiente del gasto en los sistemas de salud.

Las herramientas de análisis utilizadas en este documento, como el análisis comparativo (*benchmarking*) entre países y el modelo de datos de panel, permiten identificar metas claras y cuantificar proyecciones específicas para cada país, resaltando la necesidad de un gasto público en salud de al menos el 6% del PIB y las diferencias inherentes entre los países de la región, lo que lleva a la necesidad de estudiar cada caso en particular para así generar recomendaciones de política.

IV. La sostenibilidad financiera y opciones para ampliar el espacio fiscal para la salud

La presente sección analiza la sostenibilidad financiera y el espacio fiscal para la salud que tienen los países de la región. En primer lugar, se analiza la capacidad fiscal que tienen los países para avanzar en materias de acción pública. Luego, se presenta el concepto de espacio fiscal para la salud, y se exploran las distintas fuentes de financiamiento del sector salud. Finalmente, se propone que la gestión financiera como una de las herramientas fundamentales para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

A. El espacio fiscal

El espacio fiscal se encuentra en estrecha relación con la capacidad económica del país y con la capacidad de los Estados de recaudar y generar (o pedir prestado) los recursos necesarios para distintos fines, entre ellos, sociales y productivos.

El espacio fiscal no solo refiere a la disponibilidad de recursos, lo que está estrechamente relacionado, entre otros factores, con la capacidad productiva y de recaudación de un país, sino también a la capacidad para movilizar los recursos de manera eficiente y efectiva. Un país con suficiente espacio fiscal podría tener la capacidad de implementar políticas contracíclicas durante períodos de recesión, invertir en infraestructura crítica, mejorar los servicios públicos, ampliar la protección social y reaccionar oportunamente frente a emergencias, crisis y desastres.

Según Heller (2005, 2006) el espacio fiscal puede definirse como la existencia del espacio presupuestario que permite a un país destinar recursos para un propósito definido, sin perjudicar la sostenibilidad de su posición financiera. Esta definición subraya la importancia de equilibrar las necesidades de gasto en el corto plazo con la capacidad de financiar estas necesidades a mediano y largo plazo sin incurrir en un endeudamiento que no sea sostenible, lo que se condice con la definición de sostenibilidad financiera de la CEPAL (2018).

La medición del espacio fiscal y, por tanto, de los espacios disponibles para avanzar, puede ser estimado con distintas metodologías (Arenas de Mesa, 2016; OCDE, 2016). Más allá de las metodologías que se utilicen, existe acuerdo respecto a que el espacio fiscal depende de las políticas de crecimiento económico, así como de las políticas fiscales y macroeconómicas.

El espacio fiscal de un país puede verse afectado por múltiples condicionantes, tales como los niveles de tasas de interés, crecimiento potencial, trayectoria fiscal, shocks macroeconómicos externos, proyecciones de gasto futuro y reformas estructurales (Heller, 2005 y 2006; Arenas de Mesa, 2016). Un análisis profundo del espacio fiscal de los países de América Latina y el Caribe está más allá de los objetivos de este documento, sin embargo, es la introducción al debate del espacio fiscal para la salud que desarrollaremos a continuación.

B. El espacio fiscal para la salud: opciones para ampliarlo

El concepto de espacio fiscal para la salud no presenta una definición universal y su discusión ha evolucionado en el tiempo. La OPS/OMS (2018, pág. 2) plantea que “el estudio de espacio fiscal para la salud es amplio. Aborda el análisis económico, institucional, sanitario y político de diferentes países, lo que supone un desafío mayor para los investigadores por la necesidad de incorporar una visión multidisciplinar en cada uno de los aspectos considerados”. Asimismo, la evaluación del espacio fiscal debe adaptarse a cada país, considerando su posición fiscal inicial, estructura de ingresos y gastos, características de su deuda, estructura económica, perspectiva de ingresos y condiciones externas (Heller, 2006).

En la década de 2000 se proyectaba que, para la mayoría de los países de ingresos bajos, gran parte del espacio fiscal necesario para aumentar en el corto y mediano plazo el gasto en salud, dependería del financiamiento externo a través de subvenciones (Heller, 2006). No obstante, esta visión ha evolucionado hacia la concepción de que los países deben ser autosuficientes en la recaudación de los recursos, fenómeno que la OMS (2018) cataloga como la transición de transferencias monetarias y donaciones hacia un financiamiento público y sostenible, que se adapte orgánicamente a las características y necesidades de cada sistema de salud. La CEPAL y la OPS plantean que es urgente invertir en los sistemas de salud para reducir la desigualdad y alcanzar los ODS de la Agenda 2030 y que este proceso debe ser con sostenibilidad financiera que garantice los avances en cobertura y acceso a una atención de calidad (CEPAL/OPS, 2024).

El espacio fiscal para la salud también ha sido definido como “la habilidad de los gobiernos para aumentar el gasto en salud sin dañar su solvencia de largo plazo o restringir el gasto en otros sectores necesitados para alcanzar otros objetivos de desarrollo (tales como otros ODS no sanitarios)” (Tandon y Cashin, 2010, pág.8). Ello implica aumentar la financiación para la salud sin reducir o recortar en áreas igualmente esenciales para el bienestar y el desarrollo económico, como educación, infraestructura o seguridad. Tandon y Cashin (2010) subrayan la importancia de evaluar el espacio fiscal para la salud mediante un análisis detallado de los factores que impulsan la necesidad de destinar mayores recursos en salud y de posibles fuentes de financiación adicionales. Este enfoque permite identificar áreas de mejora y optimización para maximizar el impacto de los recursos disponibles. En términos globales se podrían identificar cuatro áreas para incrementar el espacio fiscal para la salud²¹:

1. Reformas fiscales que incrementen los ingresos públicos

- Políticas tributarias, como por ejemplo reducir la evasión y elusión. La CEPAL (2024) ha estimado que la evasión y elusión regional alcanzó a 6,7% del PIB en 2023 (equivalente a 433.000 millones de dólares). Si parte de la reducción de la evasión y la elusión fuera destinado a la salud, se alcanzaría con mayor facilidad la meta de un gasto público en salud equivalente al 6% de PIB.

²¹ Ejercicios similares a estos se pueden encontrar en Tandon y Cashin, 2010; Tandon y otros 2014.

- Reglas fiscales, eficiencia en la recaudación y en la ejecución eficiente del gasto público.
- Tributos específicos para productos de consumo nocivos para la población (tabaco, alcohol, azúcar, vaporizadores, entre otros productos que sean considerados “*bad goods*”).

2. Alternativas para el gasto público en salud

- Motivar el flujo de recursos desde seguros voluntarios a generales-obligatorios.
- Priorizar la asignación de recursos a la estructura sanitaria.

3. Mejoras en la gestión del gasto en salud

- Eficiente asignación de los recursos, especialmente, en aquellos proyectos asociados a los indicadores del índice de cobertura de servicios.
- Establecimiento de procesos de evaluación que permitan realizar seguimiento de los indicadores esenciales de CSU.
- Estudiar el impacto presupuestario y costo-beneficio para la inclusión de nuevas tecnologías sanitarias.
- Incentivar la cultura de la evaluación de las políticas y proyectos sanitarios.
- Establecer mecanismos de compra estratégicos que permitan la distribución del riesgo.
- Fortalecer la gestión financiera pública en salud, por ejemplo, avanzar en la alineación entre los mecanismos de compra con las normas de gestión financiera.

4. Utilización de financiamiento externo para las inversiones de manera estratégica y sostenible²²

- Invertir en capacidades locales para garantizar la sostenibilidad de las prestaciones.
- Invertir en infraestructura sanitaria local crítica.

C. Las fuentes de financiamiento en salud²³

Al analizar el espacio fiscal para la salud, ya sea entendido como una mayor disponibilidad de recursos o reasignación hacia el sector salud, es fundamental determinar las prioridades de los países en este sector. Una manera de medir las diferentes prioridades en salud es a través de las medidas de gasto y las diversas fuentes de su financiamiento. Los países de América Latina y el Caribe han ido aumentando los esfuerzos en el sector salud en relación con su gasto público desde 2000 hasta 2021. En promedio, durante este período, la región destinó el 14,7% del gasto público total a la salud. En términos relativos, los países que destinaron mayores recursos a la salud fueron Costa Rica (25,4%) y el Uruguay (22,4%).

Cabe destacar que, de acuerdo con el análisis de la CEPAL sobre la composición y distribución del gasto público social en América Latina y el Caribe para el año 2023, la prioridad de los Estados es la protección social, que contempla el pago de pensiones y los programas de transferencias condicionadas, le sigue la educación y posteriormente la salud, para luego continuar con las otras dimensiones del gasto social (CEPAL, 2024c; Podestá, 2023).

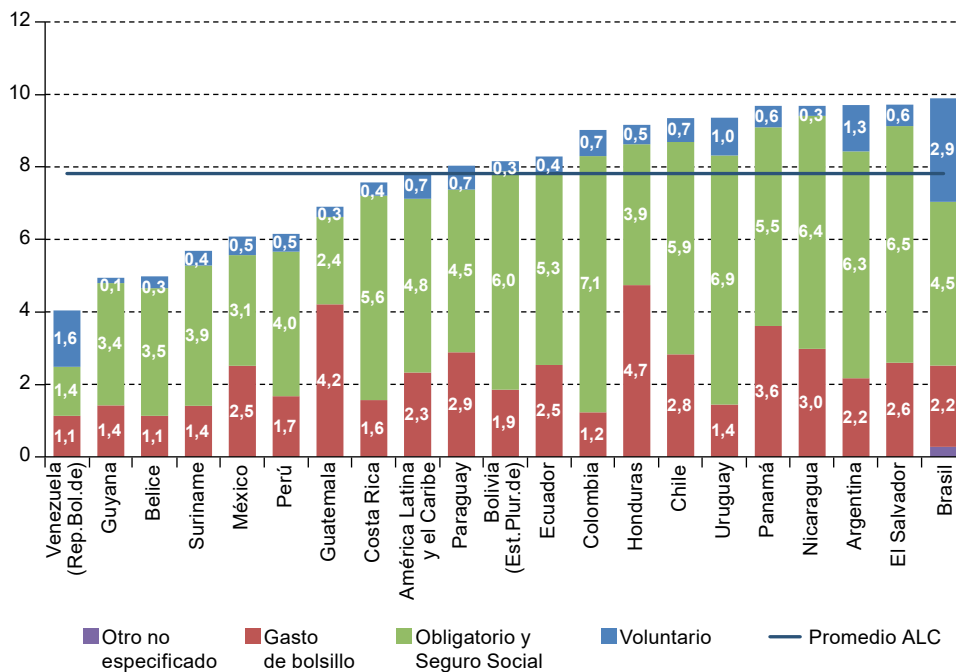
²² Las donaciones en el sector salud son un mecanismo poco evaluado y de baja utilización, sin embargo, los análisis de la OCDE (2012) y OMS (2018) sobre la efectividad de estas donaciones y sus recomendaciones siguen estando vigentes.

²³ Los datos presentados referentes al gasto en salud provienen de la base de datos de la OMS, *Global Health Expenditure Database*, [en línea] <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

En 2021, el último año con información disponible, el gasto total en salud para 20 países de América Latina y el Caribe representó en promedio el 7,8% del PIB. De estos países, 12 superaron el promedio regional, con el Brasil registrando el mayor gasto total en salud con un 9,9%, mientras que ocho se ubicaron por debajo de la media, con la República Bolivariana de Venezuela presentando el menor gasto con un 4%. Cabe considerar que, para el mismo año, el gasto total en salud para los países de la OCDE correspondió en promedio a 9,7% del PIB (OCDE, 2023).

Considerar las fuentes de financiamiento es central al hablar sobre la CSU, ya que se requiere un esfuerzo adicional de los recursos generales o de los seguros obligatorios de salud para incrementar la base del gasto y reducir de esta forma el riesgo financiero enfrentado por los hogares de la región. De acuerdo con la clasificación de las cuentas nacionales de salud recopiladas por la OMS, en 2021, el 60,8% del gasto en salud fue financiado por el gobierno y el seguro social, seguido por un 29,7% de gastos de bolsillo²⁴, un 9,3% de seguros voluntarios y el resto a otros conceptos no especificados en América Latina y el Caribe (véase el gráfico 13).

Gráfico 13
América Latina y el Caribe (20 países): gasto total en salud según la fuente de financiamiento, 2021
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

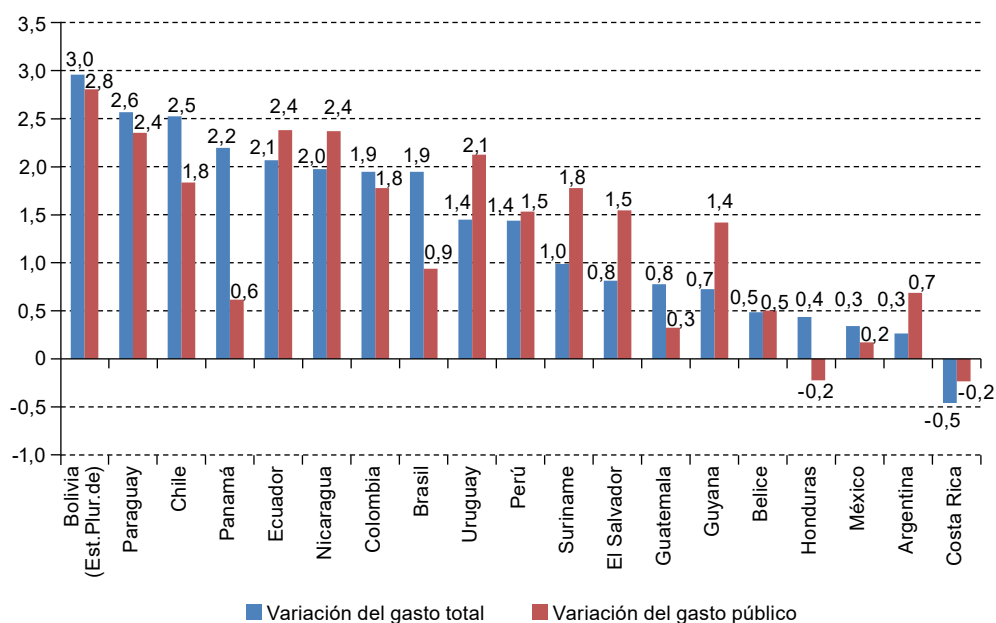
Nuevamente, la composición del gasto en salud muestra una gran heterogeneidad en América Latina y el Caribe. En términos de financiamiento por parte de la seguridad social y gobierno a la salud en 2021, Colombia es el país con una mayor proporción, con un 78,4% del gasto en salud, seguido por el Estado Plurinacional de Bolivia (73,7%) y el Uruguay (73,4%). En contraste, en Guatemala más del 60% del gasto en salud es cubierto directamente por los hogares a través del gasto de bolsillo, seguido de Honduras (51,7%) y México (41,3%). Los países con menor gasto de bolsillo fueron Colombia (13,6%) y el Uruguay (15,4%). Por

²⁴ En 2021, el gasto de bolsillo en salud correspondió a un 18,4% para los países de la OCDE (OCDE, 2023).

último, en lo relativo a los seguros voluntarios, la República Bolivariana de Venezuela (38,4%), el Brasil (28,8%) y la Argentina (13,2%) destacan por la elevada proporción del seguro voluntario como porcentaje del gasto total en salud.

Al observar la evolución del gasto total y gasto público en salud entre 2010 y 2021, se observa que el gasto total en salud aumentó en casi toda la región, a excepción de Costa Rica²⁵ (véase el gráfico 14)²⁶. En el Estado Plurinacional de Bolivia, el Paraguay, Chile y Panamá el gasto total en salud aumentó entre 2,2 y 3 puntos porcentuales del PIB y su incremento en el gasto público en salud fue inferior al crecimiento del gasto total, lo que puede sugerir la presencia de un aumento en el gasto de bolsillo y otras fuentes de financiamiento. Por otro lado, el Ecuador, Nicaragua, el Uruguay, el Perú, Suriname, El Salvador, Guyana y la Argentina, registraron un incremento absoluto en el gasto público en salud superior al del gasto total en salud, lo que indica un esfuerzo significativo en la mancomunación de los recursos a salud.

Gráfico 14
América Latina y el Caribe (19 países): variaciones del gasto total en salud
y gasto público en salud entre 2010 y 2021
(En puntos porcentuales del PIB)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

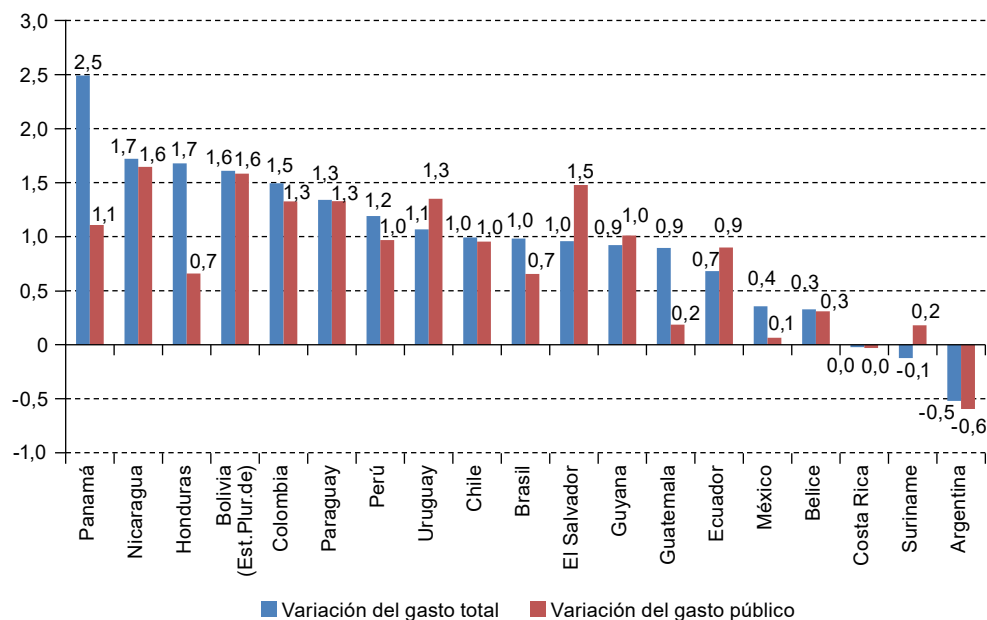
El mismo análisis realizado entre 2015 y 2021 indica que el aumento del gasto en salud (total y público) en términos absolutos fue inferior al observado en el período 2010 y 2021, lo que es esperable dado que el periodo de tiempo considerando es más corto. El Uruguay, El Salvador, el Ecuador y Suriname incrementaron significativamente el gasto público en salud entre 2015 y 2021 (véase el gráfico 15). En el resto de los países, el aumento del gasto en salud proviene principalmente del gasto directo de los hogares (gasto de bolsillo).

²⁵ Los datos de Costa Rica se explican por una política de consolidación fiscal.

²⁶ La fuente de información de la OPS/OMS no cuenta con registro del gasto en salud para la República Bolivariana de Venezuela para el año 2010, por lo que se excluye del análisis de variaciones del gasto total y público en salud.

Gráfico 15
América Latina y el Caribe (19 países): variaciones del gasto total en salud
y gasto público en salud entre 2015 y 2021

(En puntos porcentuales del PIB)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este análisis temporal permite observar que los países de la región han desacelerado el ritmo de incremento del gasto público en salud, y que la principal fuente de dicho aumento proviene del financiamiento privado, ya sea a través del gasto de bolsillo de los hogares o de seguros privados.

Al considerar el gasto público en salud orientado a la APS que, de acuerdo con la recomendación de la OPS/OMS (2020) debería alcanzar al menos un 30% del total del gasto público en salud, se observa que siete de los 20 países analizados reportan dicha información de manera desagregada, lo que genera un importante desafío de avanzar en estas estadísticas para fortalecer, entre otras dimensiones, el diseño de política en la APS.

El cuadro 6 evidencia que, de los siete países con información disponible en la base de registro de la OMS, seis redujeron la participación del gasto en APS entre el total del gasto público en salud. En promedio, disminuyó del 49% en 2016 al 41,7% en 2021. El Uruguay es el único país, de este grupo de países con información disponible, que presenta una tendencia opuesta, incrementando su asignación de recursos a la APS del 40,6% en 2016 al 45,4% en 2021. Por su parte, Costa Rica destaca por su reducción significativa de casi diez puntos porcentuales en su gasto en APS, pasando de un 43,4% en 2016 al 34,5% en 2021. Es importante destacar que todos los países alcanzaban una participación de la APS en el gasto público en salud superior a 30%.

Cuadro 6
América Latina y el Caribe (7 países): participación del gasto en APS
en el gasto público en salud, 2016-2021
 (En porcentajes)

País	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Promedio
Brasil	42,0	47,8	40,9	40,0	-	-	41,1
Costa Rica	43,4	25,2	26,2	38,2	36,1	34,5	33,9
Guyana	76,1	76,1	75,8	75,7	-	-	76,0
México	45,0	44,2	44,0	44,3	42,3	44,4	44,1

País	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Promedio
Paraguay	-	43,1	45,8	40,3	40,1	42,5	42,5
Suriname	46,6	47,0	45,7	45,1	-	-	46,1
Uruguay	40,6	40,6	41,9	41,4	44,6	45,4	42,4
América Latina y el Caribe (7 países)	49,0	45,4	45,8	46,4	41,1	41,7	45,4

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dado que la información se encuentra disponible para sólo siete países, no es posible considerar esta situación como representativa de toda la región. Además, para evaluar de forma más completa el esfuerzo de los sistemas de salud hacia la APS, es importante analizar no solo el aporte relativo, sino también el aporte en términos absolutos y per cápita. Si bien la proporción de recursos destinada a la APS es alta, en algunos casos ello se da sobre una base de recursos que es inferior al 6% del PIB, resultando en un gasto en términos absoluto que es insuficiente (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023).

La OPS/OMS clasifica el gasto en salud en distintas categorías o funciones, según las cuentas nacionales. Para 67 países con los que cuenta información la OPS/OMS, se observa que la distribución del gasto en salud fue la siguiente: 54,6% se destina a la atención curativa; 17,3% a insumos; 10,5% a cuidados de largo plazo; 5,3% a prevención; 4,5% en gastos administrativos y 2,1% a rehabilitación.

El cuadro 7 muestra la distribución del gasto público en salud por función, considerando que solamente nueve países de la región cuentan con la información disponible para 2019 o año más reciente. Para los países analizados, se observa que, al igual que a nivel internacional, hay un fuerte énfasis en lo curativo²⁷ (58,0%), con una participación reducida y casi mínima en rehabilitación (0,8%) y cuidados de largo plazo (0,5%). El gasto en prevención también es acotado (6,4%), a excepción de Guyana (14,4%) y el Uruguay (8,2%). Por su parte, sobresale el elevado gasto administrativo de Chile (11,5%) y del Paraguay (10,9%), especialmente en contraste con el Uruguay, que registra la menor asignación destinada a esta función (0,5%).

Cuadro 7
América Latina y el Caribe (9 países): distribución del gasto público en salud por función,
2019 o último año disponible
(Porcentaje del total)

País	Administración	Curativo	Exámenes	Insumos	Cuidados de largo plazo	Otros	Prevención	Rehabilitación
Brasil	6,4	50,2	11,3	20,4	1,8	4,4	4,3	1,1
Chile	11,5	46,3	5,0	12,7	0,2	20,7	3,3	0,2
Costa Rica	8,3	75,2	1,4	12,4	0,6	0,0	0,8	1,3
Guatemala	7,0	41,1	0,2	26,1	0,0	20,0	5,4	0,2
Guyana	5,3	57,4	1,3	21,0	0,0	0,0	14,4	0,5
México	5,0	60,6	2,7	26,6	-	2,0	3,0	0,2
Paraguay	10,9	55,0	9,8	19,1	0,0	1,0	4,0	0,3
Suriname	5,9	69,4	6,7	12,2	0,0	0,2	5,5	0,0
Uruguay	0,5	69,2	0,5	7,2	1,4	9,6	8,2	3,5
América Latina (9 países)	6,8	58,0	4,3	17,5	0,5	6,4	6,4	0,8

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

²⁷ Es importante analizar con cautela el gasto en salud en atención curativa, ya que incluye tanto la atención hospitalaria como ambulatoria, y su clasificación depende de cómo cada sistema administrativo contabiliza el gasto en exámenes e insumos, lo cual está estrechamente relacionado con los mecanismos de pago. En sistemas con paquetes de beneficios más amplios para la atención curativa, es probable que una parte significativa de insumos y exámenes esté incluida en dicho gasto.

De manera preliminar, estos antecedentes sugieren que los nueve países de la región para los que se cuenta con información disponible concentran su atención en lo curativo, es decir, en la atención hospitalaria y el manejo de la población enferma. Esto genera un desafío de potenciar esfuerzos en aumentar el gasto en salud en APS con foco en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, tomando en consideración los determinantes sociales de la salud y su incidencia en la profundización de las desigualdades en salud. Será necesario realizar un análisis más detallado sobre el enfoque del gasto en salud en APS según actividad asistencial y productividad relativa, para formular recomendaciones y sugerencias más precisas para cada uno de los países de la región, en especial, debido a la reducida información disponible de gasto en APS.

D. La centralidad de la gestión financiera para alcanzar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud

Como se ha visto en este documento, alcanzar la CSU requiere un aumento de recursos que puede provenir de un aumento del espacio fiscal para la salud, por ejemplo, mediante un crecimiento del presupuesto de la nación ante mejoras en el crecimiento económico. Este escenario puede generar mayores recursos a la salud o también puede definirse la creación de sistemas de aseguramiento obligatorios en contextos donde estos no existen. Lo sustantivo es que las distintas fuentes de financiamiento garanticen la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud para cumplir con los compromisos con esta y futuras generaciones.

En este contexto, que el gasto en salud sea gestionado en forma eficiente es una prioridad y un objetivo en sí mismo. En 2010, la OMS estimó que el nivel de ineficiencia de la gestión del gasto en salud oscilaba entre un 20% y un 40% (OMS, 2010). Este tema ha sido ampliamente debatido no solo en el ámbito de la salud sino en todas las dimensiones del gasto público. La medición de la eficiencia de la gestión del gasto, incluyendo el gasto público en salud puede medirse tanto desde una mirada global, utilizando modelos econométricos, como desde un enfoque particular, analizando la relación insumo-producto de acciones, programas y políticas específicas.

Existen oportunidades de mejora en la gestión del gasto en salud, tanto en aspectos técnicos como en la asignación de recursos, por ejemplo, aprovechando las economías de escala en la compra de insumos y servicios, e invirtiendo en los sistemas de evaluación y control de gestión y sistemas de información orientados a apoyar la gestión financiera de los sistemas de salud.

A nivel internacional, la gestión financiera como herramienta fundamental para alcanzar la CSU ha ganado relevancia en las últimas décadas. Esta permite diseñar, asignar y utilizar los presupuestos de salud de forma más eficiente, y facilita la implementación de reformas de financiamiento. Según Barroy y Gupta (2021), la gestión financiera debiera incluirse sistemáticamente en las evaluaciones del espacio presupuestario para informar diálogos más efectivos entre los sectores de finanzas y salud. Ello es fundamental considerando que el espacio fiscal para la salud y, en particular, para la CSU, no solo se encuentra en estrecha relación con la capacidad económica del país, sino que también con la capacidad de los Estados de recaudar, gestionar y generar (o solicitar préstamos) los recursos necesarios, entre otras dimensiones, para fines sociales y productivos.

La gestión financiera es una oportunidad para que los países administren los recursos públicos en forma eficiente y avanzar tanto en sostenibilidad financiera como en garantizar estrategias de desarrollo social inclusivo (CEPAL/OPS, 2024; Andrews y otros, 2014). La gestión financiera abarca desde la planificación, ejecución y evaluación del presupuesto público hasta la administración de la deuda pública y la rendición de cuentas (Pessoa y otros, 2014; Arenas de Mesa y Berner, 2010).

Diversos estudios indican que fortalecer los sistemas de gestión financiera en el sector salud puede facilitar la implementación de reformas de financiamiento orientadas hacia la CSU, principalmente a través de tres áreas claves: i) presupuestos públicos confiables; ii) presupuestos mejor definidos en términos de prioridades sectoriales, objetivos de producción y la capacidad de implementación, y iii) flexibilidad en el gasto del presupuesto de salud.

El diagrama 1 muestra la aplicación del modelo de gestión financiera a la salud. El ciclo de la gestión financiera responde al proceso de construcción de presupuestos públicos, iniciando con la formulación, discusión y aprobación por parte de los poderes del Estado, su ejecución y evaluación de efectividad y eficiencia en el uso de los recursos, para con ello retroalimentar la formulación de un nuevo ciclo fiscal. Cada etapa resulta esencial para la asignación y utilización eficiente de los recursos, y es aquí donde se abren los tópicos de relevancia de planificación, mecanismos de pago estratégicos, ejecución presupuestaria en tiempo y forma, rendición de cuentas y evaluación continua (Cashin y otros, 2017). Es importante destacar la importancia de los mecanismos de pago en el proceso, que corresponde a la forma específica de cómo comprar en el sector salud generando una alineación de los incentivos y distribución de los riesgos, que está incluida en la dimensión de ejecución.

Diagrama 1
La gestión financiera en salud



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Arenas de Mesa y Berner (2010).

Cammack, Travis, y Marulasiddappa (2020) introducen el concepto de los cuellos de botella financieros, definidos como “cualquier debilidad presupuestaria sistémica que afecte negativamente la provisión de servicios a través de su impacto en la eficiencia, la equidad o la ejecución y que pueda subsanarse principalmente a través de medios presupuestarios” (traducido de la pág. 7). De esta forma, un problema se considera como un cuello de botella financiero si cumple con dos criterios: i) es crítico para el logro de los objetivos del sector; y ii) puede resolverse mediante mejoras en la gestión financiera.

La OMS (2018) resaltó la necesidad de generar más investigación y apoyo a los países para abordar los desafíos específicos del sector salud, especialmente en la definición de programas presupuestarios y la alineación del de una gestión efectivo del gasto con el presupuesto. Es fundamental que los enfoques presupuestarios se alineen con los mecanismos de financiamiento. La gestión financiera en el sector salud es fundamental para avanzar en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, dado que esta última no solo dependerá de la cantidad de recursos destinados a la salud sino también de la administración y gestión de dichos recursos en el sector.

V. Reflexiones finales

El mundo se encuentra a cinco años de la fecha acordada para el cumplimiento de los compromisos asumidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y son múltiples los desafíos que enfrentan los países y las regiones para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Uno de los retos más significativos ha sido la pandemia de COVID-19, que gatilló crisis de diversa naturaleza que tuvieron un impacto negativo en el cumplimiento de los ODS, observándose en América Latina y el Caribe un retroceso del 32% de las metas en general, no solamente en el ámbito relacionado a la salud (CEPAL, 2024a). A ello se suman desafíos estructurales vinculados a la crisis de desarrollo por la que está atravesando la región (Salazar-Xirinachs, 2023; CEPAL, 2024a) y a una estructura de riesgos sociales que se encuentra en un proceso de reconfiguración y que aumenta la vulnerabilidad de la población latinoamericana (Robles, 2023; CEPAL, 2024c).

En este contexto, la CEPAL ha llamado a los países a transformar el modelo de desarrollo, siendo una de las medidas indispensables la ampliación de la protección social y del Estado de bienestar (CEPAL, 2024b). Un elemento fundamental en esta dimensión son los sistemas de salud que, como se ha señalado anteriormente (CEPAL, 2022; CEPAL/OPS, 2021), tienen importantes debilidades estructurales que dificultan avanzar hacia la salud universal, siendo una de ellas el subfinanciamiento crónico. Tal como se analiza en este documento, si bien en la región el gasto total en salud representó en promedio el 7,8% del PIB en 2021, ello corresponde a un 4,8% del PIB como gasto público en salud, situándolo bajo la recomendación de la OMS del 6% del PIB.

De acuerdo con el análisis presentado en este documento, se requiere un aporte público de al menos 6% del PIB para garantizar el acceso a un conjunto de servicios de salud; pero se necesita al menos un 6,7% del PIB para generar impacto en protección financiera y tener un gasto de bolsillo menor al 20% del gasto en salud. Además, los países de la región deberían aumentar, en promedio, el gasto público en salud un 1,6% del PIB para avanzar en la cobertura sanitaria universal (CSU).

Considerando los escenarios proyectados a 10, 15 y 20 años para alcanzar la CSU, los países de la región deberían incrementar anualmente su gasto público en salud en 0,15%, 0,10 % y 0,07 % del PIB respectivamente. Asimismo, los resultados estiman que alcanzar un nivel muy alto en el índice de cobertura de servicios (SCI superior a 80 puntos) implica un gasto público en salud del 6% del PIB.

De igual manera, se observa que el aumento del gasto total en salud que la región presentó entre 2010 y 2021 se ha desacelerado a partir de 2015, siendo la principal fuente de dicho aumento el financiamiento privado, ya sea a través del gasto de bolsillo de los hogares o de seguros privados,

lo que va en desmedro de la protección financiera de los hogares. Esta tendencia debería ser una prioridad para los países de la región, ya que la protección financiera es una condición necesaria para avanzar en la CSU.

Los datos analizados en el presente documento muestran que los países que han avanzado en la meta ODS 3.8 de manera constante en el tiempo, logrando un nivel muy alto de cobertura de servicios de salud y con un alto grado de protección financiera en salud a la población, son países caracterizados por un alto gasto público destinado a la salud. En otros casos, se observa que aún cuando algunos países tienen un alto nivel de cobertura, permanece el desafío de otorgar mayor protección financiera a los hogares, demandando la obtención de recursos para el sector sanitario. No obstante, casi la mitad de los países analizados están aún bastante alejados en términos de cobertura y protección financiera, lo que genera una demanda por la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud en la región y enfatiza la necesidad de aumentar los esfuerzos para reducir el gasto de bolsillo de los hogares en este ítem.

Entre 2000 y 2021, la región logró avances significativos en el índice de cobertura de servicios de salud (SCI), pasando de 52,7 a 73,8 puntos. Es importante notar que desde el año 2015 al presente, el avance se ha desacelerado, observándose un retroceso importante a raíz de la pandemia, sobre todo en materia de capacidad del sistema asistencial. Ello implicará una mayor demanda por alcanzar la sostenibilidad financiera en los sistemas de salud, entre otros factores, para avanzar en la CSU.

El elevado gasto de bolsillo en varios países expone a las familias a riesgos financieros, perpetuando desigualdades en el acceso a servicios sanitarios. Reformas en países como el Uruguay y Chile han demostrado ser efectivas para reducir el gasto de bolsillo y fortalecer la protección financiera, aunque la región en promedio enfrenta el reto de garantizar un financiamiento público más robusto. Esto desafía a los países no sólo a aumentar los recursos hacia el sector de la salud, sino que a desarrollar mecanismos eficientes en la gestión del gasto con el objeto de garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud en la región.

El análisis de protección financiera, como el porcentaje de los hogares que incurren en más de un determinado nivel de gasto de su presupuesto, cuenta con mediciones distanciadas en el tiempo, lo que dificulta una correcta evaluación de su progreso. En este contexto, para gestionar dicho gasto y sus consecuencias, será fundamental medir de mejor manera los aportes que realizan los hogares, por ejemplo, a través de las encuestas de presupuestos familiares e instrumentos complementarios.

Para consolidar sistemas de salud que logren cumplir con la meta de CSU, tanto en términos de acceso a los servicios como en cuanto a la protección financiera de los hogares, es imprescindible avanzar en la sostenibilidad financiera para incrementar la inversión en salud, junto a mejorar la eficiente gestión del gasto en salud como la gestión financiera. Para ello es fundamental encontrar mecanismos y políticas públicas que incrementen el espacio fiscal para la salud que dependerá, entre otros factores, del espacio fiscal y de la sostenibilidad fiscal de los países de la región (Arenas de Mesa, 2016), así como también alcanzar una administración eficiente de la inversión, fomentando economías de escala y desarrollando sistemas integrales que funcionen como redes de servicios de salud interconectadas, capaces de satisfacer adecuadamente las expectativas de la población. Ello, en un marco de sostenibilidad financiera que garantice la cobertura y suficiencia de las prestaciones, tanto para la generación actual como para las futuras.

Las posibilidades de los países de avanzar en la sostenibilidad financiera de sus sistemas de salud dependerán de sus propias características, la configuración de sus sistemas de salud y de los espacios fiscales para la salud de cada uno. Mientras algunos países podrán mantener la velocidad actual de sus avances, en otros serán necesarios impulsos extraordinarios, una mayor priorización de la salud en la agenda pública y un mayor espacio fiscal para la salud.

Invertir en salud es invertir en estrategias de desarrollo que avanzan hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible. Por tanto, garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud debe ser una prioridad para alcanzar el cumplimiento del imperativo ético del derecho a la salud a todas las personas, sin dejar a nadie atrás, así como también una acción estratégica para potenciar el crecimiento económico, el desarrollo social inclusivo y contribuir a la sostenibilidad ambiental en la región.

Bibliografía

- Andrews, M. y otros (2014), "This is PFM", Working Paper Series No.285, Center for International Development at Harvard University (CIDH).
- Arenas de Mesa, A. (2023), "Protección social universal, integral, sostenible y resiliente para erradicar la pobreza, reducir la desigualdad y avanzar hacia un desarrollo social inclusivo", *Revista de la CEPAL* N° 141.
- _____. (2019), *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Libros de la CEPAL, N° 159 (LC/PUB.2019/19-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____. (2016), *Sostenibilidad fiscal y reformas tributarias en América Latina*, (LC/G.2688-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arenas de Mesa, A. y H. Berner (2010), *Presupuesto por resultados y la consolidación del sistema, evaluación y control de gestión del gobierno central*, Dirección del Presupuestos del Ministerio de Hacienda de Chile.
- Podestá, A. (2023), "Gasto público en América Latina y el Caribe: sistemas de clasificación para analizar la asignación de recursos", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2023/162), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Atal, J. P. y otros. (2023a), "¿Cuánto podrían ahorrar y qué ganarían los hogares chilenos usando medicamentos genéricos en vez de sus equivalentes de marca?", Nota técnica, Banco Interamericano de Desarrollo.
- _____. (2023b). "¿Cuál es el Costo de oportunidad de financiar medicamentos de marca? El caso de República Dominicana", Documento inédito, Nota técnica, Washington, DC, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Barroy, H. y S. Gupta (2021), "Fifteen years later: moving forward Heller's heritage on fiscal space for health", *Health Policy and Planning*, Volume 36, Issue 8, October 2021, Pages 1239–1245. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.1093/heapol/czab033>.
- Cammack, T., N.Travis y M. Marulasiddappa (2020), "Problem-driven diagnostics: the case for financial bottleneck analysis", Working Paper, Oxford: Oxford Policy Management. Disponible [en línea] https://www.opml.co.uk/sites/default/files/migrated_bolt_files/opm-working-paper-financial-bottleneck-analysis-final-030620-002-.pdf.
- Cashin, C. y otros (2017), "Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage", No. WHO/HIS/HGF/HFHFHF WorkingPaper/17.4, World Health Organization.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2024a), *América Latina y el Caribe ante las trampas del desarrollo: transformaciones indispensables y cómo gestionarlas* (LC/SES.40/3-P/-*), Santiago.

- _____ (2024b), *América Latina y el Caribe ante el desafío de acelerar el paso hacia el cumplimiento de la Agenda 2030: transiciones hacia la sostenibilidad*. Síntesis (LC/FDS.7/4), Santiago.
- _____ (2024c), *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2024* (LC/PUB.2024/21-P/Rev.1), Santiago.
- _____ (2023), *América Latina y el Caribe en la mitad del camino hacia 2030: avances y propuestas de aceleración* (LC/FDS.6/3/Rev. 1), Santiago.
- _____ (2022), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- _____ (2018), *Panorama Social de América Latina, 2017* (LC/PUB.2018/1-P), Santiago.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Organización Panamericana de la Salud) (2024), "La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible", *Policy Brief*, Santiago.
- _____ (2021), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social", *Informe COVID-19*, Santiago.
- _____ (2020), "Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe", *Informe COVID-19*, Santiago.
- Charnes, A. y otros (1997), "Data envelopment analysis theory, methodology and applications", *Journal of the Operational Research society*, 48(3), 332-333.
- Coelli, T. y otros (2005), *An introduction to efficiency and productivity analysis*. SpringerSpringerSpringer science & business media.
- Cuadrado, C. y otros (2019), "Health impact of a National Health Insurance implementation: a systematic review", *Medwave* 2019; 19 (S1):eS1.
- Dieleman, J. L. y otros (2018), "Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40", *The Lancet*, vol. 391, No. 10132, pp. 1783-1798.
- Heller, P. (2006), "The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector", *Health Policy and Planning*, Volume 21, Issue 2, March 2006, Pages 75–79. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.1093/heapol/czj013>.
- _____ (2005), "El espacio fiscal", *Revista Finanzas & Desarrollo*, Fondo Monetario Internacional, junio de 2005, págs. 32-33.
- Hughes, B. y otros (2021), *Pursuing the Sustainable Development Goals in a World Reshaped by COVID-19*, Denver, Colorado, Frederick S. Pardee Center for International Futures/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. IHP (International Health Partnership) (2020), "Public financial management for universal health coverage. Why and how it matters", Policy Note, UHC 2030.
- Madaleno, M. y V. Moutinho (2023), "Stochastic Frontier Analysis: A Review and Synthesis", en P. Macedo, V. Moutinho y M. Madaleno (eds) *Advanced Mathematical Methods for Economic Efficiency Analysis. Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems*, vol 692. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29583-6_4.
- Marinho, M. L., A. Dahuabe y A. Arenas de Mesa (2023), "Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible", serie Políticas Sociales, N° 244 (LC/TS.2023/115), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Mathauer, I. y J. Kutzin (2018), "Voluntary Health Insurance: Potential limits in moving toward UHC", World Health Organization, Health financing policy brief No. 5.
- Mathauer, I. y otros (2019), "Purchasing of health services for universal health coverage: How to make it more strategic?" Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing, Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/HGF/PolicyBrief/19.6). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Mcintyre, D., F. Meheus y J.A. Røttingen (2017), "What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage?", *Health Economics, Policy and Law*, vol. 12, No. 2, pp. 125-137, doi:10.1017/S1744133116000414.
- Naciones Unidas (2023), Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Edición especial.
- _____ (2018a), Classification of Individual Consumption According to Purpose 2018 (COICOP), Nueva York. Disponible [en línea] https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Download/COICOP_2018_draft_publication.pdf.
- _____ (2018b), *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe* (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago.
- _____ (1987), *Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo: Nuestro Futuro Común*. Disponible [en línea] https://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_1/CMMAD-Informe-Comision-Brundtland-sobre-Medio-Ambiente-Desarrollo.pdf.

- Nilsson, M. y otros (2018), "Mapping interactions between the Sustainable Development Goals: Lessons learned and ways forward", *Sustainability Science*, vol. 13, N° 6.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (2023), *Health at a Glance 2023*, Paris. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- _____. (2020), *Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. Disponible [en línea] https://www.oecd.org/es/publications/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es.html.
- _____. (2016), "Using the fiscal levers to escape the low-growth trap", in *OECD Economic Outlook, Volume 2016 Issue 2*. Disponible [en línea] https://doi.org/10.1787/eco_outlook-v2016-2-3-en.
- _____. (2012), "*Aid Effectiveness and the Impact on Health Results*", in *Aid Effectiveness in the Health Sector: Progress and Lessons*. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.1787/9789264178014-11-en>.
- OMS/BIRF/Banco Mundial (Organización Mundial de la Salud/Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial) (2023), "Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report", World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; Ginebra 2023, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- _____. (2021), *Informe mundial de monitoreo sobre la protección financiera en salud 2021*, Ginebra. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2024a), "Draft fourteenth general programme of work, 2025–2028", Informe del Director General, A77/16, 3 de mayo.
- _____. (2024b), Global Health Observatory, "Health spending as a share of total government expenditure". Disponible [en línea] <https://ourworldindata.org/grapher/health-expenditure-government-expenditure>.
- _____. (2023a), "Derechos humanos", Fact Sheets, 1 de diciembre de 2023.
- _____. (2023b), *Frequently Asked Questions Universal Health Coverage Global Monitoring Report 2023*. Disponible [en línea] https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/faqs_uhc-gmr-2023.pdf?sfvrsn=d820381e_3.
- _____. (2019), 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023: promover la salud, preservar la seguridad mundial, servir a las poblaciones vulnerables. Disponible [en línea] <https://iris.who.int/handle/10665/328843>.
- _____. (2018), "Meeting report: public financing for UHC: towards implementation", Health Financing Working Paper 18.1, disponible bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- _____. (2010), *Informe sobre la salud en el mundo 2010*.
- _____. (2004), *Tax-based financing for health systems: options and experiences*. Disponible [en línea] <https://iris.who.int/handle/10665/69022>.
- _____. (1949), "Constitución de la Organización Mundial de la Salud", *Diario Oficial*, tomo LVI, N° 32, 9 de septiembre.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2020), "Pacto 30 30 30. APS para la Salud Universal".
- Pessoa, M. y otros (2015), "Gestión financiera pública en América Latina: La clave de la eficiencia y la transparencia", Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Robles, C. (2023), "El futuro de la protección social", en C. Robles y R. Holz (eds.), "El futuro de la protección social ante la crisis social prolongada en América Latina: claves para avanzar hacia sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes", *serie Políticas Sociales*, N° 246 (LC/TS.2023/163), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Salazar-Xirinachs, J.M. (2023), "Repensar, reimaginar, transformar: los "qué" y los "cómo" para avanzar hacia un modelo de desarrollo más productivo, inclusivo y sostenible", *Revista CEPAL, Edición Especial 75 años: Hacia un modelo de desarrollo más productivo, inclusivo y sostenible*, N° 141 (LC/PUB.2023/29-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Saint-Pierre, E. y D. Sugg, D. (2023), "Evaluación comparativa en costos y plazos de proyectos de inversión de infraestructura hospitalaria mediante asociación público-privada y obra pública tradicional: el caso de Chile", BID.
- Sanmartín-Durango, D. y otros (2019), "Eficiencia del gasto en salud en la OCDE y ALC: un análisis envolvente de datos", *Lecturas de Economía*, (91), 41-78.
- Savedoff, W. y otros (2023), "Smart Spending for Health: How to Make Each Dollar Count", Inter-American Development Bank. Disponible [en línea] <http://dx.doi.org/10.18235/0005103>.
- Suárez-Alemán, A. y otros (2021), "Perfil de las asociaciones público-privadas en servicios e infraestructura de salud de América Latina y el Caribe: Principales cifras y tendencias del sector", BID.

- Tandon, A. y C. Cashin (2010), "Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective", *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*, Washington, D.C., World Bank Group.
- Tandon, A. y otros (2014), "Reprioritizing Government Spending on Health: Pushing an Elephant Up the Stairs?", *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*, Washington, D.C., World Bank Group.
- Viana, C. M. y otros (2022), "Agricultural land systems importance for supporting food security and Sustainable Development Goals: a systematic review", *Science of the Total Environment*, vol. 806, parte 3, Elsevier.
- Wagstaff, A. y otros (2018), "Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study", *The Lancet Global Health*, 6(2), e169-e179.

Anexo A1

Cuadro A1.1
América Latina y el Caribe (20 países): evolución del Índice de Cobertura de Servicio, 2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019 y 2021

País	2000	2005	2010	2015	2017	2019	2021
Argentina	68	74	76	80	79	78	79
Belize	47	58	64	69	68	69	68
Bolivia (Estado Plurinacional de)	37	39	47	60	64	65	65
Brasil	68	73	76	82	82	81	80
Chile	65	74	77	79	82	82	82
Colombia	52	63	68	78	80	80	80
Costa Rica	66	70	75	77	81	82	81
Ecuador	51	58	68	77	78	79	77
El Salvador	52	65	73	77	78	78	78
Guatemala	40	50	58	60	58	61	59
Guyana	45	59	65	75	77	77	76
Honduras	42	52	58	65	65	66	64
México	56	61	66	74	74	74	75
Nicaragua	47	53	66	71	73	73	70
Panamá	62	67	72	75	77	79	78
Paraguay	48	59	68	72	73	74	72
Perú	48	59	70	76	75	75	71
Suriname	45	58	65	71	72	72	63
Uruguay	65	70	78	81	82	83	82
Venezuela (República Bolivariana de)	49	60	67	77	75	74	75
América Latina y el Caribe^a	53	61	68	74	75	75	74

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

^a El cálculo para el conjunto de los países seleccionados corresponde a un promedio simple.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

Políticas Sociales

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones

- 247. La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, María Luisa Marinho, Daniela Sugg y Consuelo Farías (LC/TS.2025/4), 2025.
- 246. El futuro de la protección social ante la crisis social prolongada en América Latina: claves para avanzar hacia sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes, Claudia Robles y Raúl Holz (LC/TS.2023/163), 2023.
- 245. Automatización del trabajo y desafíos para la inclusión laboral en América Latina: estimaciones de riesgo mediante aprendizaje automático ajustadas a la región, Ernesto Espíndola y José Ignacio Suárez (LC/TS.2023/121), 2023.
- 244. Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible, María Luisa Marinho, Antonia Dahuabe y Alberto Arenas de Mesa (LC/TS.2023/115), 2023.
- 243. Educación en tiempos de pandemia: una oportunidad para transformar los sistemas educativos en América Latina y el Caribe, Mariana Huepe, Amalia Palma y Daniela Trucco (LC/TS.2022/149), 2022.
- 242. Pensiones de capitalización individual en América Latina: efectos, reformas, impacto del COVID-19 y propuestas de política, Carmelo Mesa-Lago (LC/TS.2022/99), 2022.
- 241. Jóvenes y familias: políticas para apoyar trayectorias de inclusión, Laís Abramo, Daniela Trucco, Heidi Ullmann y Andrés Espejo (LC/TS.2021/138) Santiago, 2021.
- 240. Políticas para enfrentar los desafíos de las antiguas y nuevas formas de informalidad en América Latina, Laís Abramo (LC/TS.2021/137), 2021.
- 239. Ciudadanía digital en América Latina: revisión conceptual de iniciativas, Magdalena Claro y otros (LC/TS.2021/125), 2021.
- 238. América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social, Fernando Filgueria, Luis Miguel Galindo, Cecilia Giambruno y Merike Blofield (LC/TS.2020/149), 2020.

POLÍTICAS SOCIALES

Números publicados:

- 247 La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe
Desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal
María Luisa Marinho, Daniela Sugg y Consuelo Farías
- 246 El futuro de la protección social ante la crisis social prolongada en América Latina
Claves para avanzar hacia sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes
Claudia Robles y Raúl Holz
- 245 Automatización del trabajo y desafíos para la inclusión laboral en América Latina
Estimaciones de riesgo mediante aprendizaje automático ajustadas a la región
Ernesto Espíndola y José Ignacio Suárez
- 244 Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe
La centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible
María Luisa Marinho, Antonia Dahuabe y Alberto Arenas de Mesa