

Protección financiera en salud en los países de América del Sur, 2000-2022

Financial protection in health in South American countries, 2000-2022

Jesús Percy Bonilla Yaranga^{1,a}, Miguel Armando Zúñiga Olivares^{2,b}

¹ Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima, Perú.

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

^a Médico especialista en ginecoobstetricia

^b Médico especialista en gestión en salud

An Fac med. 2025;86(1):105-112./ DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v86i1.30098>

Correspondencia:

Jesús Percy Bonilla Yaranga
jby1805@hotmail.com

Recibido: 4 de febrero 2025

Aprobado: 12 de marzo 2025

Publicación en línea: 28 de marzo 2025

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés

Fuente de financiamiento: Autofinanciado

Contribuciones de autoría: JPBY:

concepción y diseño del trabajo, recolección y obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y aprobación de su versión final. MAZO: recolección y obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final. JPBY y MAZO asumen la responsabilidad frente a todos los aspectos del manuscrito.

Citar como: Bonilla J, Zúñiga M.

Protección financiera en salud en los países de América del Sur, 2000-2022. An Fac med. 2025;86(1):105-112. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v86i1.30098>

Resumen

La protección financiera en salud es un compromiso de los estados para garantizar a sus ciudadanos el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, evitando que el gasto de bolsillo en salud genere desequilibrios financieros en los hogares y los exponga a gastos catastróficos o empobrecedores. En Sudamérica, las reformas sanitarias de los últimos 40 años, condicionadas por la voluntad política de sus gobernantes, promovieron cambios en la organización y el financiamiento de sus sistemas de salud; sin embargo, estas han sido insuficientes, ya que la mayoría de los sistemas continúan siendo segmentados, fragmentados y subfinanciados, lo que les impide garantizar una protección financiera efectiva. Así, persiste el incumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, de aumentar el gasto público en salud por encima del 6% del producto bruto interno y disminuir el gasto de bolsillo por debajo del 20% del gasto total en salud.

Palabras clave: Protección Contra Riesgos Financieros; Financiación de la Atención de la Salud; Gastos en Salud; Gasto Público en Salud; América del Sur (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Financial protection in health is a commitment by states to ensure their citizens equitable access to quality health services, Avoiding that health care out-of-pocket spending creates financial imbalances in households and exposes them to catastrophic or impoverishing expenditures. In South America, the health reforms of the last 40 years, conditioned by the political will of their rulers, promoted changes in the organization and financing of their health systems; however, these have been insufficient, as most systems continue to be segmented, fragmented and underfunded, preventing them from ensuring effective financial protection. Thus, the recommendations of the World Health Organization to increase public spending on health above 6% of gross domestic product and reduce out-of-pocket spending below 20% of total health expenditure continue to be ignored.

Keywords: Financial Risk Protection; Healthcare Financing; Health Expenditures; Public Expenditures on Health; South America (source: MeSH NLM).



INTRODUCCION

Uno de los objetivos de los sistemas de salud es la protección financiera de su población; significa que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud, sin sufrir dificultades económicas, garantizada por la eliminación de obstáculos económicos en el acceso a los servicios de salud, y cuando los pagos de bolsillo no generen dificultades económicas en los hogares⁽¹⁾.

Cuando un sistema de salud tiene una baja protección financiera, es inevitable el gasto de bolsillo en salud (GBS). El GBS es uno de los principales determinantes de inequidad, es una barrera de acceso a los servicios de salud, y una indeseable forma de financiar la salud; refleja la ausencia de protección financiera sobre determinados grupos poblacionales que son vulnerables a generar gastos catastróficos (GCS) o gastos empobrecedores en salud (GES)⁽²⁾.

El GBS se refiere al gasto directo que un hogar incurre en el momento en que uno de sus miembros recibe atención de salud. El GBS incluye los pagos de los hogares sin reembolsos, los copagos de seguros y los pagos informales en salud⁽³⁾. El gasto es catastrófico cuando el GBS de un hogar es tan alto en comparación con lo que puede pagar, renunciando al uso de otros bienes y servicios esenciales; mientras que el gasto es empobrecedor cuando el GBS empuja a un hogar a cruzar la línea de pobreza⁽⁴⁾.

El 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó la necesidad de mejorar el financiamiento de los sistemas de salud, con la finalidad de garantizar una adecuada protección financiera y evitar la dependencia del GBS⁽⁵⁾. Del mismo modo, el 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al definir sus cuatro líneas estratégicas para alcanzar el acceso universal en salud, enfatizó la necesidad del uso eficiente del financiamiento de la salud, e instó a los estados a “eliminar el pago directo por los servicios de salud”⁽⁶⁾.

El 2015, la ONU con la participación de 192 estados, acordó impulsar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre los cuales destaca la Meta 3.8: “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros [...]”⁽⁷⁾.

Según la OMS, un GBS por encima del 20% expone a los hogares a un desequilibrio financiero⁽⁵⁾. Del mismo modo, señala que el gasto público en salud (GPS) mayor al 6% del PBI, podría garantizar una protección financiera adecuada, evitando que el GBS pueda conllevar a los hogares a generar GCS y mayor pobreza⁽⁸⁾.

El presente artículo se analiza críticamente los esfuerzos de los países de Sudamérica para mejorar la protección financiera en salud, considerando las condiciones políticas y económicas que han influido en sus resultados, con énfasis en la evolución del GBS. En ese sentido, se analiza la dinámica del gasto en salud de Argentina, Bolivia, Brasil Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, y Uruguay excepto Venezuela, Guyana y Surinam, evaluando su situación inicial en el 2000 y el progreso alcanzado hasta el 2022.

DESARROLLO DEL TEMA

Los indicadores económicos y la protección financiera en Sudamérica

América Latina y el Caribe durante las últimas décadas, incrementó los recursos económicos para la salud; contribuyendo a que en el periodo 2000-2017, mejoraran varios indicadores económicos y sanitarios, como el gasto público en salud (GPS) que alcanzó el 3.76% del PBI⁽⁹⁾, la esperanza de vida al nacer que aumentó en 4 años (74,5 años), la mortalidad infantil que disminuyó en 35% (15,7 por 1000 nacidos vivos), y la mortalidad materna que disminuyó en 26% (83 por 100 000 nacidos vivos)⁽¹⁰⁾. En ese mismo periodo, en los países de la OCDE el GPS alcanzó el 6,6% del PBI, la esperanza de vida llegó a 83,3 años⁽⁹⁾, la tasa de mortalidad infantil se registró en 6,26 por 1000 nacidos vivos⁽¹¹⁾, y la razón de muerte materna disminuyó hasta 9,6 por 100 000 nacidos vivos⁽¹²⁾; estos datos expresan una marcada brecha económica y sanitaria entre ambas sociedades.

Marcela Peticara comenta que las características del rol del Estado en estructurar la cobertura sanitaria, sobre todo en cuanto al origen e integración de los fondos y su distribución, determina diferentes niveles de protección⁽¹³⁾.

Camilo Cid comenta que el financiamiento deficiente podría resolverse si se

recurre a otras fuentes como una mayor recaudación tributaria, impuestos específicos en salud y mayor eficiencia en el gasto público⁽¹⁴⁾.

Ayala-Beas y Rodríguez, resaltan la importancia del gasto público en salud, sobre todo porque mejora los indicadores sanitarios como la mortalidad infantil y la esperanza de vida, mientras que el gasto privado en salud presenta un efecto positivo solo sobre este último⁽¹⁰⁾.

A continuación, se discutirá la situación de los países de América del Sur, agrupados en tres categorías según el nivel de GBS, ordenados de menor a mayor, como indicador del nivel de protección financiera en salud alcanzado durante periodo de estudio.

Grupo 1: Colombia y Uruguay

Colombia, previo a la reforma en salud de 1993, solo un 22% de la población estuvo cubierto por el sistema de la seguridad social, y un 40% por el sistema público; había un espectro del 25% que no tenía ningún grado de protección y el GBS representaba más del 40%⁽¹⁵⁾.

La reforma de 1993 permitió a Colombia modificar la estructura organizativa del sistema de salud; estableció una afiliación obligatoria y mancomunó los fondos de los trabajadores con el subsidio estatal, en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)⁽¹⁶⁾; del mismo modo, implementó un sistema de copago por el servicio de salud en hospitales del nivel II y III, además del sistema “prepagó”, de afiliación voluntaria, destinando los fondos a las entidades promotoras de salud (EPS)⁽¹⁶⁾.

El año 2017 la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), reemplaza al FOSYGA, agilizando los pagos y reembolsos a las EPS, ya sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado e inclusive directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya sean estas públicas o privadas; los copagos continuaron siendo recaudadas por las EPS⁽¹⁶⁾.

En el periodo de estudio, la macroeconomía colombiana ha destacado por un crecimiento económico importante, elevando en su PBI-PC hasta US\$18 788 (Tabla 1), incrementó el gasto per-cápita

Tabla 1. Producto interno bruto per cápita en dólares internacionales constantes de 2021 (PPA).

País	2000	2019	2020	2021	2022	% Var. 2022-2000
Uruguay	18 813	30 108	27 872	29 441	30 880	64,1
Chile	17 531	28 229	26 258	29 105	29 557	68,6
Argentina	22 281	26 630	23 877	26 300	27 628	24,0
Colombia	11 011	17 653	16 151	17 700	18 788	70,6
Brasil	14 005	18 019	17 328	18 076	18 554	32,5
Perú	7670	15 466	13 612	15 282	15 549	102,7
Paraguay	9999	15 321	14 992	15 406	15,259	52,6
Ecuador	9172	13 853	12 425	13 540	14 263	55,5
Bolivia	6146	9985	9001	9454	9682	57,5

Fuente: World Development Indicators- DataBank – World Bank Group. PPA: paridad de poder adquisitivo.

en salud (GPCS) en un 322,5% (Tabla 2), llegando al 2022 con un GPS del 5,6% del PBI. Este escenario económico, acompañado de una política continua en salud, le ha permitido a Colombia alcanzar un GBS de 14,4%, el más bajo de región Sudamericana ⁽¹⁷⁾; sin embargo, mantiene limitaciones en el acceso y se torna inequitativo entre los regímenes contributivos y subsidiados ⁽¹⁸⁾. El cambio de régimen del 2022 apuesta por cambios en el sistema de salud, y pretende ubicar al Estado como garante, financiador y supervisor, y a las EPS a un rol fundamentalmente operativo ⁽¹⁹⁾.

Uruguay es un país que ha mostrado fortaleza macroeconómica; entre el 2000 al 2022 su PBI-PC alcanzó los US\$30 880 (Tabla 1), además, su gasto per cápita en salud se elevó en 134,9% (Tabla 2), elevando su GPS hasta un 6,3% del PBI (Tabla 4), constituyendo la mayor inversión pública en salud en Sudamérica; esta fortaleza económica, le ha permitido enfrentar reformas en su sistema de salud, que previo a este proceso, su financiamiento tripartito (público, seguro social y privado) la describían como un sistema segmentado, carente de coordinación, con altos niveles de cobertura formal,

pero con un acceso muy limitado, discriminatorio, con problemas financieros en el sector privado, y un GBS de 25,2% ⁽²⁰⁾.

La reforma uruguaya se inició el año 2007 creando el Sistema Nacional Integrado de Salud, fue reformado de manera consistente, siendo aprobada por los usuarios; mancomunó los fondos en el FONASA como único ente recaudador, al que contribuyen los aportes obligatorios de la patronal, de los trabajadores formales, jubilados y pensionistas, además del Estado, que cubre la diferencia entre los ingresos y egresos del fondo. Una for-

Tabla 2. Gasto corriente en salud per cápita en dólares internacionales (PPA).

País	2000	2019	2020	2021	2022	% Var. 2022-2000
Chile	656	2384	2458	2829	3171	383,2
Argentina	1057	2335	2182	2419	2664	152,1
Uruguay	1093	2296	2133	2284	2568	134,9
Brasil	758	1502	1465	1623	1696	123,9
Colombia	378	1259	1351	1596	1599	322,5
Paraguay	417	1018	1082	1216	1247	198,8
Ecuador	194	923	916	984	989	409,1
Perú	215	702	779	950	942	337,1
Bolivia	148	618	657	734	831	462,7

Fuente: Global Health Expenditure Database- World Health Organization. PPA: paridad de poder adquisitivo.

taleza de la reforma, es que garantiza la misma cobertura en los servicios de salud públicos y privados ⁽²¹⁾.

Los diferentes gobiernos han mantenido este proceso con un adecuado financiamiento, brindando el mejor nivel de protección financiera en salud; por ello, uno de los éxitos del Estado uruguayo, ha sido la reducción constante del GBS, que el 2022 alcanzó el 16,30% del gasto corriente en salud (Tabla 5), siendo uno de los más bajos de la región Sudamericana.

Grupo 2: Bolivia, Argentina, Brasil y Perú

Bolivia, previo a la reforma sanitaria del 2019, tenía una débil rectoría y dificultades para superar la fragmentación y el financiamiento segmentado con diferentes planes de cobertura ⁽²²⁾, expresado en el carácter inequitativo, excluyente y discriminatorio; por ello, luego de las modificaciones constitucionales que le otorga a la salud la categoría de derecho humano fundamental, el año 2019 da nacimiento al Sistema Único de Salud (SUS) boliviano. El objetivo central del SUS boliviano fue la mancomunación de los recursos públicos y los riesgos, mejorando la eficiencia en el gasto, garantizando la cobertura de salud para el 50% de bolivianos excluidos por los seguros de salud existentes ⁽²³⁾.

Entre los años 2000-2022, Bolivia creció económicamente; aun así, se ubica como el país con el menor PBI-PC de la región sudamericana (Tabla 1). Es importante destacar que, previo al 2019, había cuadruplicado su GPCS (Tabla 2). Es evidente el esfuerzo del Estado boliviano en el financiamiento de la salud, que, poseyendo la economía más baja de la región sudamericana, el 2022 el financiamiento público alcanzó el 5,9% del PBI (Tabla 5), uno de los más altos de la región.

Estos cambios políticos y financieros del sistema de salud boliviano le han permitido mejorar su protección sanitaria financiera, conduciéndolo a alcanzar el año 2022 un GBS de 21,9% (Tabla 5), tan solo superado por Uruguay y Colombia.

Argentina financia su sistema de salud a través de tres sistemas de cobertura; el sector público aporta el 25%, producto de los impuestos nacionales y provinciales; el seguro social con más de 300 obras sociales, aporta el 33%, y el sector privado que da cobertura de acuerdo a la capacidad de pago, contribuye con el 38%. Esta estructura financiera genera inequidades, lo muestra muy segmentado, y es considerado como uno de los más fragmentados de Sudamérica. Cada provincia tiene autonomía en materia de salud y puede o no adherirse a los programas nacionales, que prácticamente derivan en 24 sistemas de salud ⁽²⁴⁾.

Tanus remarca que, a pesar que el promedio del gasto corriente sea uno de los más altos de la región Sudamericana y no padecer de desfinanciamiento, la inequidad se refleja en el perfil epidemiológico de las regiones “más beneficiadas económicamente versus las más desfavorecidas”, y añade que “el rol del Estado como órgano rector es imprescindible para garantizar el acceso a una salud de calidad, condición para superar la inequidad, la fragmentación y la poca eficiencia en el gasto” ⁽²⁵⁾.

El desarrollo macroeconómico argentino ha estado siempre dentro de los países que lideran la economía de la región Sudamericana, pero en los últimos años sufrió un proceso de desaceleración en comparación a los países de la región (Tabla 1), reflejándose en una tendencia descendente del gasto en salud (Tabla 3), y el GPS, que superaba el 6% del PBI, se redujo hasta 5,8% el 2022 (Tabla 4).

La crisis económica, incubada por las decisiones políticas de los gobiernos argentinos, determinó una retracción del PBI y el incremento de los costos sanitarios, tanto en el sector público como en el privado ⁽²⁶⁾, aunado al estancamiento en el financiamiento de la salud, y un sistema prepago que incrementó el copago, explicaría la reversión de la tendencia de

Tabla 3. Gasto corriente en salud como porcentaje del producto bruto interno.

País	2000	2019	2020	2021	2022	% Var. 2022-2000
Chile	7,0	9,3	9,7	9,7	10,1	43,7
Argentina	8,2	10,2	10,5	10,0	9,9	20,0
Brasil	8,3	9,6	9,6	9,6	9,1	9,7
Uruguay	9,2	9,2	9,1	8,9	8,9	-2,5
Bolivia	4,4	6,9	8,0	8,2	8,4	91,8
Paraguay	6,0	7,2	7,7	8,0	7,7	28,6
Colombia	5,6	7,8	8,7	9,0	7,6	34,4
Ecuador	3,5	7,8	8,7	8,2	7,5	116,4
Perú	4,4	5,1	6,4	6,7	6,1	38,0

Fuente: Global Health Expenditure Database- World Health Organization.

Tabla 4. Gasto corriente público en salud como porcentaje del producto bruto interno.

País	2000	2019	2020	2021	2022	% Var. 2022-2000
Uruguay	3,8	6,2	6,5	6,5	6,3	65,9
Bolivia	2,4	4,9	5,8	5,9	5,9	142,1
Argentina	4,5	6,2	6,7	6,1	5,8	28,0
Colombia	4,2	5,4	6,2	6,5	5,3	27,0
Chile	2,5	4,8	5,5	5,2	5,1	102,5
Ecuador	1,0	4,9	5,3	5,2	4,6	357,9
Brasil	3,5	3,9	4,2	4,3	4,1	18,3
Paraguay	2,3	3,3	4,1	4,5	4,1	75,7
Perú	2,3	3,2	4,4	4,5	3,9	67,1

Fuente: Global Health Expenditure Database- World Health Organization.

disminuir el GBS, pues el 2022 aumentó hasta 26,4% (Tabla 5).

Actualmente, el escenario de la salud argentina es de incertidumbre, la crisis económica y el desfinanciamiento del sistema público de salud amenaza con debilitar aún más la protección financiera en salud.

Brasil, en la Constitución Federal de 1988, establece la salud como derecho social universal, enfatizando la responsabilidad del Estado, creando el Sistema Único de Salud (SUS) considerada por la

OPS como uno de los proyectos políticos más ambiciosos de inclusión social en el mundo ⁽²⁷⁾.

Su estructura se basa en dos subsistemas, el público universal financiado con recursos públicos y las contribuciones sociales, en la que los tres niveles de gobierno —federal, estadual y local— participan en la financiación y el funcionamiento del SUS, y está organizado en una red vinculada, regionalizada, jerárquica y descentralizada, a la que pueden acceder todos los brasileños, y un sistema privado complementario exclusivo, financiado por los usuarios, empresas e indirecta-

mente por el Estado, al que acceden solo sus contribuyentes ⁽²⁸⁾.

En lo que va del siglo, Brasil tuvo un crecimiento del PBI-PC moderado, con un incremento durante la primera década y una disminución del crecimiento luego del 2013 (Tabla 1). El impulso del SUS brasileño, se acompañó de mejoras económicas en el financiamiento de la salud desde el Estado, pero el declive financiero comienza luego del 2015, año que coincide con el cambio del régimen político, que replegó las responsabilida-

Tabla 5. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto corriente en salud.

País	2000	2019	2020	2021	2022	% Var. 2022-2000
Paraguay	49,1	42,0	37,9	35,9	38,9	-20,7
Chile	42,8	32,3	29,0	32,6	35,5	-17,2
Ecuador	63,6	30,9	31,7	30,7	32,5	-48,9
Brasil	36,6	24,9	26,1	25,3	27,4	-25,2
Perú	40,3	28,3	22,5	25,1	27,0	-33,0
Argentina	29,1	23,9	21,8	24,9	26,4	-9,3
Bolivia	33,5	24,0	20,9	22,7	21,9	-34,7
Uruguay	25,2	15,5	16,7	15,8	16,3	-35,1
Colombia	13,7	14,7	14,5	13,7	14,4	4,9

Fuente: Global Health Expenditure Database- World Health Organization.

des sociales del Estado, evidenciado por el congelamiento del gasto público en salud, que el 2022 alcanzó el 4,1% del PBI (Tabla 4); pero como contraparte, el sector privado aumentó su hegemonía en el mercado de la salud brasileña, superando el 50% del gasto corriente en salud⁽¹⁷⁾ (28). Esta situación es reconocida por el Instituto Español de Comercio Exterior con sede en Brasil, que reporta un crecimiento de los seguros privados, pues del 20,5% de la población brasileña pertenecientes a los seguros privados el 2020, pasó a un 25,4% el 2022⁽²⁹⁾.

En este escenario, Brasil el año 2022 alcanzó un GBS de 27,4% (Tabla 5); situación complicada que lo ubica en un escenario de inestabilidad en la protección financiera de la salud, si comparamos con la cifra pre-pandémica, que la OMS registró en 24,9%⁽¹⁷⁾.

Perú inicia los cambios reformistas en salud el año 2001, con la creación del Seguro Integral de Salud (SIS), que en la actualidad se ha convertido en el principal asegurador público, dando cobertura a ciudadanos que no tenían un seguro en salud, contribuyendo a brindar un aseguramiento cercano al 100% a través del Decreto de Urgencia N° 017-2019.

Como en la mayoría de países sudamericanos, su sistema de salud posee una débil rectoría; posee un financiamiento tripartito (tesoro público, aporte de trabajadores y gasto privado), tiene una gestión sectorial con muy escasa coordinación, y los recursos económicos son administrados por cuatro ministerios, además del sector privado, sin un criterio integrador, describiendo la segmentación y fragmentación del sistema de salud.

El sector privado se financia por el aporte voluntario de sus afiliados, además del desvío voluntario de fondos de los trabajadores formales que pertenecen a ESSALUD, y que deciden dividir el 9% del aporte al seguro de salud, distribuyendo 2.25% hacia una EPS para cubrir las patologías contempladas en el “plan esencial de aseguramiento en salud”, y 6,75% para ESSALUD que dará cobertura a la patología de alta complejidad⁽³⁰⁾.

El caso peruano, visto desde la macroeconomía, ha tenido un crecimiento sostenido, el mayor en proporción de la región sudamericana, pero que en cifras representa cerca del 50% del PBI-PC chileno o uruguayo (Tabla 1); sin embargo, esta proporción del crecimiento económico no se ha traducido en inversiones sociales como la salud, ubicando al Perú en la zaga del gasto público en salud, que el año 2022 alcanzó solo el 3,9% del PBI (Tabla 4), lejos del 6% recomendado por la OMS.

A pesar de ello, los cambios en el sistema de salud peruano, permitieron reducir el GBS que el 2022 alcanzó un 27%⁽¹⁷⁾. Este resultado probablemente sea multifactorial. Petrer y Jiménez sostiene que el aseguramiento al SIS de la población pobre, disminuye los riesgos de generar GBS⁽³¹⁾. Asimismo, Zavala-Curzo demostró que la disminución del GBS estuvo asociado al incremento de la cobertura sanitaria, pero sobre todo a la presencia del SIS como el asegurador público más importante; del mismo modo, concluyó que los hogares asegurados tienen menor riesgo de generar GCS y GES; sin embargo, de todos los grupos de asegurados, los que pertenecen al SIS poseen un mayor riesgo de generar GCS, de empobrecer o de profundizar su pobreza⁽³²⁾.

Grupo 3: Chile, Ecuador y Paraguay

Chile, con los cambios en el régimen político y económico de los años 70, varió la estructura del sistema de salud y su financiamiento, alentando la segmentación y la inequidad⁽³³⁾; luego de 1980, la salud chilena implementó dos administradoras de fondos de salud, el FONASA y las ISAPRES. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), administra los fondos del Estado destinado a los pobres, además del aporte de los jubilados y trabajadores formales que optan pertenecer al FONASA; en cambio, las ISAPRES administran el aporte privado voluntario, así como el aporte de trabajadores asalariados de ingresos elevados que optan por pertenecer al seguro privado⁽³⁴⁾.

Chile es uno de los países que posee una macroeconomía fuerte; tiene un PBI per cápita de las mayores de la región sudamericana (Tabla 1), que durante los

primeros 22 años del presente siglo, el gasto per-cápita en salud, ha crecido en 383,2%, alcanzando el 2022, un gasto corriente de 10,1% del PBI; sin embargo, el gasto público solo llega al 5,1% del PBI (Tablas 2,3 y 4), demostrando que cerca del 50% del gasto en salud, tiene un origen privado, ubicando al país sureño en un tercil intermedio de los países sudamericanos en el financiamiento público de salud, y dado que las aseguradoras públicas y privadas obligaban al aporte del copago⁽³⁵⁾, muestran a Chile como uno de los países sudamericanos, que tiene un GBS muy elevado, alcanzando el 2022 un 35.5% de GBS (Tabla 5).

El actual gobierno anuló el copago para los afiliados del FONASA⁽³⁶⁾. Este cambio en el financiamiento de la salud de los chilenos, y el fallo de la Corte Suprema que reconoce una deuda de las ISAPRES con sus afiliados por más de 1,2 millones de dólares, viene generando una migración de los afiliados del ISAPRES hacia el FONASA, lo que probablemente genere un empoderamiento del sector público en la cobertura sanitaria de los chilenos y podría promover una mejor protección financiera los próximos años.

Ecuador inicia su reforma sanitaria impulsado por la Constitución Política del año 2008, cuyo objetivo fue alcanzar la integralidad, universalidad y gratuidad de sus servicios de salud. El avance en la mejora del financiamiento público en salud, la designación de la Autoridad Sanitaria Nacional como ente rector del sistema de salud y la conformación de la Red Pública Integral de Salud, tiene como contraparte al aún segmentado y fragmentado sistema de salud. Mena y Casali manifiestan que el financiamiento de diferentes segmentos poblacionales expresan la segmentación del Sistema de Salud ecuatoriano y, añadido a la coexistencia de diversas instituciones prestadoras de servicios de salud entre públicas y privadas, mantienen una fragmentación difícil de superar⁽³⁷⁾.

En lo que va del siglo XXI, la economía ecuatoriana ha crecido moderadamente, incrementando su PBI-PC en un 55,5% (Tabla 1), situación que le ha permitido elevar su GPCS en 409,1% (Tabla 2), al 2022 alcanzó su gasto co-

riente en salud hasta un 7,5% del PBI; y el GPS que el año 2000 llegaba al 1% del PBI, el 2022 se elevó hasta 4,6% (Tablas 4 y 5). Este incremento del gasto público en salud muestra al Estado ecuatoriano con un interés de mejorar la protección financiera en salud.

Las mejoras en el financiamiento público de la salud, junto a los cambios políticos del sistema de salud, ha permitido que Ecuador disminuya su GBS en 31 puntos, llegando al 2022 con 32,5% de GBS (Tabla 5), cifra lejana al 20% planteado por la OMS.

Paraguay posee un sistema de salud creado por Ley en 1996; se proponía “prestar atención de salud a todas las personas de manera equitativa, oportuna, eficiente, sin discriminación” además de promover la coordinación intra e intersectorial, descentraliza, y mejorando el rendimiento de los recursos”; sin embargo, luego de 10 años del proceso de reforma, no se obtuvieron los resultados esperados, y el sistema de salud continúa altamente segmentado y fragmentado ⁽³⁸⁾. Durante ese proceso, el financiamiento estaba compuesto fundamentalmente por el GBS que representaba más del 60% ⁽¹⁷⁾

En lo que va del presente siglo, Paraguay ha crecido económicamente como casi todos los países de Sudamérica (Tabla 1), elevó su GPCS en 198,8%; sin embargo, su gasto corriente en salud se ha elevado tan solo en 1,7 puntos alcanzando el 2022 un 7,7% del PBI, del cual el 52,8% corresponde al GPS que en proporción del PBI representa el 4,1% ⁽¹⁷⁾.

Paraguay posee un sistema de salud con escasa rectoría, su financiamiento es mixto, entre los cuales el Ministerio de Salud administra los fondos del gobierno, cubriendo la atención de por lo menos el 75% de la población que no cuenta con un seguro; por su lado la seguridad social, y otros como el de las fuerzas armadas o policiales se financian por el aporte de los trabajadores, cuyos fondos son administrados de manera independiente por cada subsistema; por otro lado, los fondos del sector privado lo regentan los seguros privados ⁽³⁹⁾. En este escenario, el grado de protección financiera es limitado, pues aun teniendo un incremento del GPS de un 75,7% con respecto al año

2000, solo se redujo en 11 puntos, alcanzando un GBS de 38,9% (Tabla 5), indicador muy alto en comparación a sus pares de Sudamérica.

CONSIDERACIONES FINALES

La fortaleza macroeconómica no siempre se traduce en el fortalecimiento de los servicios de salud; para ello, en la distribución presupuestal, es fundamental la voluntad política de la clase dirigente de cada país.

Los países de Sudamérica, han realizado variados esfuerzos económicos para brindar protección financiera en salud a sus poblaciones; sin embargo, 7 de 9 países no lograron alcanzar las metas recomendadas por la OMS, como un GPS mayor al 6% del PBI o un GBS menor al 20% del gasto corriente en salud.

Varios países iniciaron los cambios en condiciones desfavorables, lo que incrementó la dificultad de alcanzar dichas metas; a pesar de un incremento cercano al 60%, el GPS continúa siendo bajo, con una media de 4,7% y un rango de 2,1% a 6,3%. Por otro lado, aunque el GBS se ha reducido en casi 30%, sigue siendo elevado, con una media de 26,5% y un rango que varía entre 14,4% y 38,9%.

Uno de los retos de los países sudamericanos durante los próximos años, debe ser que cada Estado asegure una protección sanitaria que garantice el acceso equitativo a los servicios de salud de su población, y que los hogares no se vean expuestos a la pobreza o a la profundización del mismo por generar gastos de bolsillo en salud. Para ello, es fundamental mejorar el financiamiento público de la salud, además de resolver problemas estructurales como la segmentación, la fragmentación y el modelo de atención de los sistemas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe de monitoreo mundial de la protección financiera en relación con la salud 2021 [Internet]. Ginebra: OMS, BM; 2022 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240040953>

2. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global: marco de trabajo, medidas y metas [Internet]. Ginebra: OMS, BM; 2014 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/112827>
3. Xu K, Organización Mundial de la Salud. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/85626>
4. Wagstaff A, et al. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018; 6(2): p. e180-e192. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30486-2
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44373>
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington DC.: OPS; 2014 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
7. Organización de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: ONU; 2015 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n15/291/93/pdf/n1529193.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud. Gasto de bolsillo: cifras confiables para el monitoreo de la salud universal [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59295>
9. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Banco Mundial. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe [Internet]. París: OCDE; 2020 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
10. Ayala-Beas SR, Rodríguez Minaya YE. Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e13. DOI: 10.26633/RPSP.2023.136
11. Index Mundi. Miembros OCDE - Tasa de mortalidad [Internet]. 2020 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.indexmundi.com/es/datos/miembros-ocde/tasa-de-mortalidad>
12. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. OECD Dashboard on Gender Gaps [Internet]. 2024 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/data/dashboards/gender-dashboard.html>
13. Peticará M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *Serie Políticas Sociales* [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2008 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/6146>
14. Cid Pedraza C, Matus-López M, Báscolo E. Fiscal space for Health in the Americas: is economic growth sufficient? *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Aug 10;42:e86. DOI: 10.26633/RPSP.2018.86
15. Barón-Leguizamón G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. *Rev. salud pública*. 2007;9(2):167-179. Disponible

- en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/96446>
16. Granger C, Ramos-Foreiro JE, Melo-Becerra LA, Silva-Samudio GT. Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos [Internet]. Borradores de Economía. 2023;1233:1-35 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. DOI: 10.32468/be.1233
 17. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Internet]. 2024 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>
 18. Hernández M. Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). Saúde em Debate. 2019; 43 (spe5):29-43. DOI: 10.1590/0103-11042019S503
 19. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Proyecto de ley n° 312/2024C, por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá: Congreso de la República; 2024 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.camara.gov.co/reforma-a-la-salud-10>
 20. Fuentes G. El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible. Rev. Urug. Cienc. Polit. 2010;19(1):119-142. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2010000100005
 21. Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social. Situación actual y propuestas para mejorar el Sistema de Salud de Uruguay [Internet]. Montevideo: CERES; 2024 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: https://ceres.uy/admin/uploads/slides/archivo_1727729012.pdf
 22. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de cooperación de país. Estado plurinacional de Bolivia. La Paz: OPS; 2023 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-pais-estado-plurinacional-bolivia>
 23. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. El Nuevo Sistema Único de Salud Universal y Gratuito Bases técnicas y políticas [Internet]. La Paz: MINSALUD; 2018 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/379832848_El_Nuevo_Sistema_Unico_de_Salud_Universal_y_Gratuito_Bases_tecnicas_y_politicas
 24. Schettini D. Financiamiento de la salud pública en Argentina. En: Financiamiento de la Salud Pública en América Latina: estudios sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú [Internet]. São Paulo: IRI-USP; 2024 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. DOI: 10.11606/9788569229063
 25. Tanus P. Sistema de Salud Argentino: ¿su destrucción, o un nuevo sistema? Revista Método. 2024;9(1). DOI: 10.22529/me.2024.9(1)01
 26. Vacalebre F. Falta de control y desfinanciamiento en el sector de la salud [Internet]. Buenos Aires: Infobae; 2022 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.infobae.com/opinion/2022/11/18/falta-de-control-y-desfinanciamiento-en-el-sector-de-la-salud/>
 27. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Perfil de país - Brasil [Internet]. 2024 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-brasil#determinants>
 28. Nishijima M. Financiamiento de la salud pública en Brasil. En: Financiamiento de la salud pública en América Latina: estudios sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú [Internet]. São Paulo: IRI-USP; 2024 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. DOI: 10.11606/9788569229063
 29. Jiménez Sánchez I. Oficina Económica y Comercial de España en Sao Paulo. Sanidad privada en Brasil [Internet]. São Paulo: ICEx España Exportación e Inversiones; 2023 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.icex.es/content/dam/es/icex/oficinas/107/documentos/2023/12/anexos/OD_Sanidad%20privada%20en%20Brasil%202023_REV.pdf
 30. Ministerio de Salud de Perú. Decreto Supremo n° 009-97-SA. Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 1997 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H776002>
 31. Petrerá M, Jiménez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e20. DOI: 10.26633/RPSP.2018.20
 32. Zavala-Curzo DF. Impacto del aseguramiento en salud en la economía de los hogares peruanos, 2010-2019. Acta Médica Peruana. 2023;40:91-103. DOI: 10.26633/RPSP.2018.20
 33. Muñoz G. Sistema público de salud en Chile: desafíos de reestructuración. Salud Publica Mex. 2024;66:718-725. DOI: 10.21149/15650
 34. Dus-Poiatti N. Financiamiento de la salud pública en Chile. En Financiamiento de la Salud Pública en América Latina [Internet]. São Paulo: IRI-USP; 2024 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. doi: 10.11606/9788569229063
 35. Titelman D. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile [Internet]. Revista de la CEPAL. 1999;69:181-194 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/12195>
 36. Fondo Nacional de Salud. Copago cero: la salud pública ya es gratuita para las personas que pertenecen a FONSA [Internet]. Santiago de Chile: FONASA; 2002 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticia/vigencia_copagocero
 37. Mena A, Casali P. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal [Internet]. Quito: OIT; 2024 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-08/wcms_817788.pdf
 38. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Paraguay [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2008 [Fecha de acceso: 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18388>
 39. Mancuello JN, Cabral MS. Sistema de Salud de Paraguay. Rev. Salud Pública Parag. 2011;1(1):13-25. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/965939/13-25.pdf>