

Análisis de las prácticas presupuestarias en salud en 8 países de América Latina: Prácticas actuales, desafíos sistémicos y el camino a seguir para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú

Ipchita Bharali, Ernesto J. Ortiz, Clara Marín Carballo, Wenhui Mao, Lisa Bourget



Estrategias para alinear la planificación financiera con las prioridades en materia de salud

El impacto de fomentar la colaboración interseccional

Formas de utilizar la política fiscal para crear poblaciones más sanas

Afiliaciones de los autores:

Ipchita Bharali es Investigadora Asociada en el Centro de Impacto de Políticas en Salud Global, Duke University

Ernesto J. Ortiz es gerente sénior de programas en el Centro de Innovación en Salud Global en Duke University y profesor afiliado del Centro Hubert-Yeargan para la Salud Global de Duke.

Clara Marín Carballo es estudiante de doctorado en el Departamento de Ciencias de la Salud Poblacional en Duke University.

Wenhui Mao es subdirectora de programas en el Centro de Innovación en Salud Global de Duke, y en Innovaciones en Atención Médica, y profesora asistente de investigación de Salud Global en el Instituto de Salud Global de Duke University.

Lisa Bourget es Directora Sénior de Estrategia, Gestión y Alianzas en el Centro de Innovación en Salud Global de Duke e Innovaciones en Atención Médica de Duke University.

Financiación:

Este informe ha sido financiado por la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica, FIFARMA

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivo del informe

Este informe examina las prácticas de presupuestación en salud en América Latina, con un enfoque en la manera en que los países planifican, priorizan, asignan, gestionan y utilizan los recursos para mejorar los resultados de salud en ocho países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú. El análisis tiene como objetivo comprender el proceso y la gestión de la asignación y ejecución de los presupuestos de salud, identificar las brechas entre la salud de la población y las asignaciones presupuestarias y brindar recomendaciones prácticas a los formuladores de políticas y a los actores del sistema de salud para mejorar las prácticas presupuestarias en salud en estos países.

Metodología

Realizamos un estudio de métodos mixtos que incluyó una revisión de escritorio, análisis de datos secundarios y entrevistas y consultas con actores clave y expertos de América Latina. Analizamos los informes presupuestarios gubernamentales y los documentos de políticas para extraer información y documentar los procesos presupuestarios, las legislaciones clave, los mecanismos institucionales y los roles y responsabilidades de varias entidades en el proceso de elaboración del presupuesto en los ocho países. Realizamos un análisis de datos secundarios sobre las tendencias de financiamiento de la salud y las asignaciones presupuestarias con base en datos de los últimos informes presupuestarios y bases de datos internacionales. También realizamos entrevistas con 25 fuentes clave en los ocho países, así como con organizaciones de salud multilaterales que apoyan la presupuestación de salud en América Latina. Además, se realizaron dos consultas con los gerentes de programas y representantes de los países de FIFARMA y con el Comité Andino de Salud y Economía del ORAS-CONHU para refinar y validar los hallazgos del estudio.

Hallazgos clave

Del estudio surgieron los siguientes hallazgos clave:

- Si bien existe un alto nivel de compromiso con la cobertura sanitaria universal en todos los países, hay una **subfinanciación crónica de la cobertura sanitaria universal**. La mayoría de los países no alcanzan la inversión pública en salud del 6% del PIB recomendada por la OMS, lo que genera dependencia del gasto de bolsillo, escasez e inequidades, en particular en Argentina, México, Perú y Ecuador. Incluso sistemas más fuertes como el SUS de Brasil y el CCSS de Costa Rica enfrentan presiones fiscales debido al aumento de los costos, el envejecimiento de la población y los límites rígidos de gasto.
- Los problemas macrofiscales actuales (la inflación, la carga de la deuda y las reglas fiscales rígidas) han generado un **espacio fiscal limitado y volatilidad económica** en todos los países. Esto ha erosionado los presupuestos de salud y limitado la flexibilidad de los gobiernos para asignar o ejecutar recursos de manera efectiva, con desafíos particularmente agudos en Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú.

- **Las prácticas presupuestarias en su mayoría están obsoletas y existe un uso deficiente de la evidencia en la elaboración de presupuestos.** La presupuestación por partidas individuales ha sido común históricamente, lo que socava la capacidad de respuesta a las necesidades epidemiológicas. La integración limitada de datos de salud y métricas de desempeño en la presupuestación reduce la eficiencia y la rendición de cuentas, a pesar de algunos avances hacia enfoques basados en resultados (por ejemplo, Costa Rica, Plan SUMAR de Argentina, Perú).
- La superposición de funciones de los ministerios, los fondos de seguridad social y los gobiernos subnacionales da lugar a duplicaciones, ineficiencias e inequidades que conducen a **fragmentación y mala coordinación**. La débil coordinación entre las autoridades sanitarias, financieras y de planificación limita la alineación de los recursos con las prioridades nacionales en materia de salud.
- Muchos gobiernos subnacionales carecen de la capacidad técnica y de gestión para planificar, ejecutar y supervisar los presupuestos de salud. **La descentralización sin capacidad adecuada** ha conducido a una subejecución de fondos, ineficiencias e inequidades en la prestación de servicios, especialmente en zonas rurales y desatendidas.
- Hay una **desconexión entre la planificación y la presupuestación** donde los planes nacionales o sectoriales de salud a menudo están débilmente vinculados a las asignaciones presupuestarias, lo que genera brechas entre las prioridades estratégicas y los recursos reales disponibles para implementarlas.

A pesar de los desafíos, en los países latinoamericanos estudiados han surgido algunas buenas prácticas que ofrecen lecciones valiosas en materia de presupuestación de salud que pueden contribuir a sistemas de salud más efectivos, equitativos y resilientes.

- Las experiencias de Perú, Argentina y Costa Rica muestran que **enfoques de presupuestación basados en resultados**, que vinculan los presupuestos con los resultados (por ejemplo, salud materna e infantil, nutrición, cobertura de atención primaria) mejoran tanto los flujos de financiación como la prestación de servicios, al tiempo que promueven la rendición de cuentas en todos los niveles de gobierno.
- El uso de **herramientas que optimizan la eficiencia y la equidad a través de la asignación estratégica**, como el modelo EBAIS de Costa Rica (que utiliza datos de atención primaria para orientar la presupuestación local), las compras centralizadas y el financiamiento mancomunado a través de impuestos sobre la nómina y suentuarios ayudan a reducir la fragmentación, mejorar la equidad en las asignaciones y aumentar la sostenibilidad financiera.
- La judicialización de la salud en países como Colombia, Costa Rica y Ecuador ha ampliado el acceso y garantizado la rendición de cuentas basada en derechos, pero **la judicialización de la salud requiere reformas para mantener la flexibilidad presupuestaria y la sostenibilidad a largo plazo**.
- Existen formas exitosas de **apalancar políticas fiscales y financiamiento intersectorial** mediante mecanismos innovadores —incluidos impuestos a las gaseosas, el alcohol, el tabaco y la comida chatarra, así como enfoques intersectoriales de “Salud en todas las políticas” — para generar ingresos para la salud y al mismo tiempo abordar los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

- Las diversas experiencias de América Latina demuestran que **reformas específicas para cada contexto, adaptadas de pares regionales y lecciones globales**—pueden apoyar sistemas de salud más eficaces, equitativos y resilientes.

Recomendaciones

Con base en las cuestiones que surgen de este estudio y las discusiones con fuentes clave, proponemos las siguientes recomendaciones para mejorar la presupuestación en salud en los países latinoamericanos estudiados. Estas recomendaciones subrayan la importancia de alinear la planificación financiera con las prioridades de salud, fomentar la colaboración intersectorial y utilizar la política fiscal no sólo para aumentar los ingresos sino también para promover poblaciones más saludables.

1. Existe la **necesidad de aumentar el gasto en salud pública y la sostenibilidad financiera** para abordar los crecientes costos de la atención médica y explorar mecanismos de financiamiento alternativos para garantizar una financiación adecuada.
2. El presupuesto de salud debe tener como objetivo **una distribución más equitativa de los recursos** para abordar las desigualdades en el acceso entre los niveles de ingresos y las zonas geográficas.
3. **La gobernanza y coordinación** deben mejorarse para mejorar la toma de decisiones y la rendición de cuentas.
4. Para mejorar la priorización, la eficiencia y la relación costo-beneficio, debería haber un **mayor uso de prácticas de presupuestación y priorización de la salud basadas en evidencia**.
5. **Se requiere un fortalecimiento de capacidades, especialmente a nivel subnacional** para mejorar la capacidad técnica y administrativa para la ejecución presupuestaria y la prestación de servicios.
6. Se requiere **consolidar la financiación de la salud y reducir la fragmentación** para reducir la redundancia y mejorar la coordinación.

Tabla de contenido

ABREVIATURAS	7
ANTECEDENTES	9
MÉTODOS.....	10
Selección de países	10
Análisis de datos.....	12
Marco de análisis	14
HALLAZGOS	15
1. Panorama general del estado de salud y la financiación de la salud	15
2. Estado de la cobertura sanitaria universal y papel de la financiación pública	18
3. Presupuestación de la Salud	23
3.1 Legislación	23
3.2 Entornos institucionales.....	27
3.3 Planificación, priorización y vínculos con el presupuesto del sector salud	33
3.4 Prácticas presupuestarias.....	41
3.5 Asignaciones presupuestarias y prioridades	46
3.6 Ejecución del presupuesto.....	51
DESAFÍOS Y LECCIONES CLAVE	56
Desafíos	56
Lecciones	60
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS	64

ABREVIATURAS

ADRES	Administrador de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ASF	Auditoría Superior de la Federación
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
DIPRES	Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
FNS	Fundo Nacional de Saude
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FUS	Fondo Universal de Salud
GES	Garantías sanitarias explícitas
GGHE-D	Gasto general interno del gobierno en salud
GHED	Base de datos de gastos de salud mundial
ETA	Evaluación de tecnologías en salud
HTC	Honorable Tribunal de Cuentas
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
EFC	Entrevista a fuente clave
LAC	América Latina y el Caribe
PPP	Programación presupuestaria plurianual
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
MdH	Ministerio de Hacienda
MdS	Ministerio de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
ENT	Enfermedades no transmisibles
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONP	Oficina Nacional de Presupuesto
PAMI	Programa de Asistencia Médica Integral
PBS	Plan de Beneficios en Salud
GPRC	Gasto público y rendición de cuentas financiera
GFP	Gestión financiera pública
PporR	Programa por resultados
PMO	Programa Médico Obligatorio
PNS	Plano Nacional de Saude
PPA	Plano Plurianual

PpR	Presupuestos por Resultados
FBR	Financiamiento basado en resultados
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
ICS	Índice de cobertura del servicio
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIAFI	Sistema integrado de Administrated Financeira do Governo Federal
SIDIF	Sistema Integrado de Información Financiera
SIGEN	Sindicato General de la Nación
SIOPS	Sistema de Informagoes sobre Orgamentos Publicos em Saude
SIS	Seguro Integral de Salud
SSA	Secretaría de Salud
SUS	Sistema Unico de Saude
UPC	Unidad de pago per cápita
CSU	Cobertura sanitaria universal

ANTECEDENTES

El presupuesto de salud es un componente fundamental de la gestión financiera pública (GFP) y determina la manera en que los gobiernos asignan, priorizan y utilizan los recursos para mejorar la salud de la población.^{1,2} En América Latina, el tema ha adquirido creciente relevancia debido a una combinación de persistentes inequidades en materia de salud, volatilidad económica y el ambicioso avance de la región hacia la cobertura sanitaria universal (CSU).³

En las últimas dos décadas, los países de América Latina han logrado avances notables en la ampliación de la cobertura de salud, la mejora de la prestación de servicios y el aumento de la inversión pública en salud. La mayoría de los sistemas de salud en América Latina son financiados con fondos públicos. El apoyo de los donantes, si bien limitado en comparación con otras regiones, también ha influido en las prácticas presupuestarias, en particular en los países de bajos ingresos o en áreas de salud específicas como el VIH, la salud materna y la inmunización.⁴ Los países de la región han demostrado liderazgo e innovación en la gestión financiera pública para la salud. Brasil ha implementado transferencias basadas en el desempeño a entidades subnacionales; Chile y México han introducido una presupuestación programática vinculada a los resultados de salud; y Colombia y Perú están trabajando para alinear el financiamiento de la salud con las prioridades de atención primaria. Costa Rica se destaca por su modelo de financiamiento del sistema de salud relativamente unificado y orientado a resultados. A pesar de estos logros, los sistemas de salud de la región siguen enfrentando desafíos persistentes en la forma en que se asignan y gestionan los recursos. Las rigideces presupuestarias, la fragmentación del financiamiento de la salud, la integración limitada entre los procesos de planificación y presupuestación y la subutilización de datos sobre desempeño y equidad a menudo limitan la eficacia del gasto en salud. Estos desafíos son especialmente pronunciados en sistemas descentralizados o donde múltiples esquemas de financiamiento operan en paralelo.⁵⁻⁷ Sin embargo, estos avances no siempre han ido acompañados de mejoras en la eficiencia, la equidad y la transparencia de los procesos de presupuestación sanitaria. Muchos sistemas de salud de la región siguen enfrentando desafíos como falta de recursos, financiamiento fragmentado, estructuras presupuestarias rígidas y una alineación limitada entre los planes de salud y los presupuestos.^{8,9}

La pandemia de COVID-19 expuso y exacerbó las debilidades existentes en los sistemas de financiamiento de la salud, lo que subraya la necesidad de prácticas presupuestarias más resilientes, receptivas y equitativas. Al mismo tiempo, ha generado un impulso para la reforma y la innovación en la gestión financiera pública, desde la introducción de presupuestos basados en programas y resultados hasta un mejor uso de los sistemas de información de salud y análisis del espacio fiscal. También ha reforzado la importancia de priorizar la equidad en la presupuestación de salud, ya que las poblaciones vulnerables se vieron afectadas desproporcionadamente por las interrupciones en los servicios y la falta de recursos en la atención primaria. Además, las disparidades en los resultados y el acceso a la salud —a menudo determinadas por la geografía, el estatus socioeconómico, la etnia y el género— resaltan la importancia de contar con procesos presupuestarios que incorporen consideraciones de equidad y garanticen que los recursos se dirijan a donde más se necesitan.^{10,11,12}

Este informe examina las prácticas actuales, los desafíos sistémicos y el camino a seguir para la presupuestación de salud en algunos países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú, con el objetivo de identificar oportunidades para fortalecer la efectividad y equidad del gasto público en salud.

Objetivos del estudio

Los objetivos principales del estudio son:

- Comprender el proceso y la gestión de la asignación y ejecución de presupuestos de salud.
- Identificar las brechas entre la salud de la población y las asignaciones presupuestarias.
- Proporcionar recomendaciones prácticas para mejorar las prácticas presupuestarias en salud.

MÉTODOS

Selección de países

Se seleccionaron ocho países latinoamericanos para este estudio: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú. Los países fueron elegidos en consulta con nuestro financiador, la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA). Estos países representan los niveles más altos de PIB o PIB per cápita en América Latina. En el Cuadro 1 se muestran algunas características clave en materia económica, de gobernanza y de financiación de la salud de los países seleccionados. Todos los países, excepto Chile, son países de ingresos medios altos, con un PIB per cápita que oscila entre US\$ 14.472 en Ecuador y US\$ 29.465 en Chile.¹³ Cuatro países (Chile, Colombia, Costa Rica y México) son estados miembros de la OCDE, mientras que Argentina, Brasil y Perú están en proceso de adhesión para recibir la membresía.¹⁴ Si bien los países representan niveles de ingresos superiores a otros países de la región, también sufren altos niveles de disparidades e inequidades, lo que impacta el acceso a la salud. En términos de inversión pública interna en salud, países como Argentina (5,8%) y Colombia (5,3%) tienen un desempeño mucho mejor que Perú (4%) y México (3%).¹⁵ La OMS/OPS recomienda inversiones públicas en salud equivalentes al 6% del PIB.¹⁶

Hay algunas características comunes, pero también distinciones importantes en los sistemas de salud y en cómo los gobiernos financian y asignan recursos a la salud en estos países. La mayoría de los sistemas de salud de estos países están financiados con fondos públicos, aunque existe una combinación de financiación pública y privada en países como Brasil y Chile. Se están realizando esfuerzos para mejorar la transparencia, la equidad y la presupuestación basada en resultados en todos los países, con distintos grados de implementación y éxito. Las estructuras organizativas e institucionales en los países seleccionados varían ampliamente, desde países altamente centralizados como Costa Rica hasta países altamente descentralizados como Brasil, México y Colombia, donde los niveles subnacionales e incluso los municipios desempeñan un papel clave en la planificación, presupuestación e implementación del sector salud.

Las diferencias en las estructuras gubernamentales también influyen significativamente en las prácticas presupuestarias en estos países. Países federales y descentralizados como Brasil, Argentina y México muestran procesos presupuestarios descentralizados más complejos, donde los gobiernos subnacionales desempeñan un papel fundamental en la planificación, la presupuestación y la prestación de servicios de salud. En contraste, los sistemas unitarios como los de Chile, Costa Rica y Ecuador mantienen un control más centralizado, lo que permite una implementación más uniforme de las políticas de salud. En términos de modelos de financiamiento, países como Costa Rica y Colombia dependen de sistemas de seguro social de salud, mientras que Brasil y México dependen más fuertemente de los ingresos fiscales generales. Los enfoques presupuestarios también varían: algunos países han adoptado con éxito sistemas avanzados basados en programas y orientados al desempeño, mientras que otros países todavía dependen en gran medida de la presupuestación histórica y por partidas. Profundizamos más en las similitudes y diferencias específicas entre los países en la sección Hallazgos del informe. Este informe tiene como objetivo proporcionar información útil para los formuladores de políticas en toda la región mediante el análisis de estos diversos sistemas de salud y prácticas presupuestarias, la identificación de cuellos de botella y el reconocimiento de buenas prácticas emergentes y oportunidades de reforma.

Tabla 1: Países incluidos en el estudio y sus características en dimensiones clave

País/Región	Nivel de ingresos	Estatus de la OCDE	PIB per cápita (constante 2021 US\$, PPP) 2023	Población (millones) 2023	Índice GINI 2022	Gasto actual en salud per cápita US\$ 2022	Gasto público en salud % PIB (GGHE- D % PIB), 2022	Estructura de gobierno
Argentina	Ingresos medios altos	Adhesión en trámite	\$ 27,105	45,5	40,7	\$ 1.371	5,8%	Descentralizado
Brasil	Ingresos medios altos	Adhesión en trámite	\$ 19,080	211,1	52	\$ 849	4,1%	Descentralizado
Chile	Altos ingresos	Miembro desde 2010	\$ 29,465	19,7	43	\$ 1.547	5,1%	Centralizado
Colombia	Ingresos medios altos	Miembro desde 2020	\$ 18,358	52,3	54,8	\$ 506	5,3%	Estados unitarios con descentralización
Costa Rica	Ingresos medios altos	Miembro desde 2021	\$ 25,980	5,1	47,2	\$ 979	5,0%	Centralizado
Ecuador	Ingresos medios altos	No	\$ 14.472	17,9	45,5	\$ 493	4,6%	Estados unitarios con descentralización
México	Ingresos medios altos	Miembro desde 1994	\$ 21.880	130,0	43,5	\$ 651	3,0%	Centralizado
Perú	Ingresos medios altos	Adhesión en trámite	\$ 15.294	33,9	40,3	\$ 446	4,0%	Estados unitarios con descentralización
OCDE Promedio			\$52.705			\$ 5.552	8,3%	

Fuente: OCDE, Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, Base de Datos de Gasto Mundial en Salud de la Organización Mundial de la Salud, Banco Interamericano de Desarrollo

Notas:

Para fines de uniformidad y comparabilidad entre países, en esta tabla hemos utilizado fuentes de datos internacionales como los Indicadores de desarrollo mundial del Banco Mundial y la Base de datos mundial sobre gasto en salud de la Organización Mundial de la Salud. Para fines de comparabilidad se ha utilizado el año para el cual se informan los datos más recientes de todos los países en estas bases de datos.

El gasto público en salud como % del PIB en la tabla es el gasto público en salud nacional como porcentaje del PIB (GGHE- D%GDP) de la base de datos de Gasto Mundial en Salud de la OMS, muestra el nivel de gasto público en salud de fuentes nacionales como porcentaje del PIB del país.

Análisis de datos

Realizamos un estudio de métodos mixtos que incluyó una revisión de escritorio, análisis de datos secundarios y entrevistas con actores clave y expertos de América Latina (Figura 1).

Figura 1: Metodología

Revisión documental Documentos de políticas gubernamentales, informes presupuestarios, planes, documentos legales
Análisis de datos secundarios Artículos académicos publicados, informes, análisis presupuestarios, comentarios y artículos de noticias; análisis de datos publicados sobre presupuestos y gastos gubernamentales.
Entrevistas a fuentes clave - Entrevistas con actores clave de los sectores gubernamental, académico, no gubernamental y privado con conocimiento sobre temas de presupuesto de salud. - La Tabla 2 muestra el desglose de los entrevistados por país y sector.
Consultas clave Presentación de los hallazgos preliminares a (i) los gerentes de programas de FIFARMA y líderes de país, y (ii) el Comité Andino de Salud y Economía en ORAS-CONHU para refinar y validar los hallazgos.

Analizamos los informes presupuestarios gubernamentales y los documentos de políticas para extraer información y documentar los procesos presupuestarios, las legislaciones clave, los mecanismos institucionales y los roles y responsabilidades de varias entidades en el proceso de elaboración del presupuesto en los ocho países. Realizamos un análisis de datos secundarios sobre las tendencias de financiamiento de la salud y las asignaciones presupuestarias con base en datos de los últimos informes presupuestarios y bases de datos internacionales como la base de datos de gasto mundial en salud de la OMS, el Banco Mundial y el Instituto de Métricas y Evaluación en Salud. Para fines de uniformidad y comparabilidad entre países, hemos utilizado fuentes de datos internacionales y en las tablas de datos el año en el que se informan los datos más recientes de todos los países en estas bases de datos.

Realizamos entrevistas en profundidad a actores clave con profundo conocimiento de las cuestiones presupuestarias y de financiamiento de la salud en cada país. Entrevistamos a funcionarios gubernamentales, investigadores y partes interesadas de ONG/OSC y del sector privado con experiencia relevante en el desarrollo, implementación u operación de informes de financiamiento y presupuesto/gastos de salud para ayudarnos a comprender las cuestiones de políticas e implementación de los presupuestos de salud en nuestros países de enfoque. Se realizaron un total de 25 entrevistas a fuentes clave (EFC) para el estudio. En la tabla 2 se presenta información de las fuentes clave entrevistadas por país. Si bien nuestro objetivo fue mantener la uniformidad en términos de representación en las EFC en el gobierno, la academia, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG), existe una amplia variación en el número de entrevistas y la representación sectorial entre los países: Argentina (2), Brasil (1), Chile (2), Colombia (2), Costa Rica (1), Ecuador (7), México (2), Perú (5) y organizaciones multilaterales de salud (3). Muchas fuentes clave del sector privado son ex funcionarios del Ministerio de Salud (MdS) de sus respectivos países con amplia experiencia y conocimiento sobre las prácticas de presupuestación de salud y tienen compromisos gubernamentales activos en sus puestos actuales. Todas las entrevistas se realizaron a través de Zoom y los datos de las entrevistas se analizaron para explorar las perspectivas, experiencias y conocimientos utilizando el marco descrito en la siguiente sección sobre el proceso, los desafíos y los éxitos del proceso de presupuestación de salud en cada país. Además, tuvimos consultas con dos grupos para refinar y validar los hallazgos de nuestro estudio: gerentes de programas y representantes nacionales de FIFARMA en nuestros países de enfoque, y el Comité Andino de Salud y

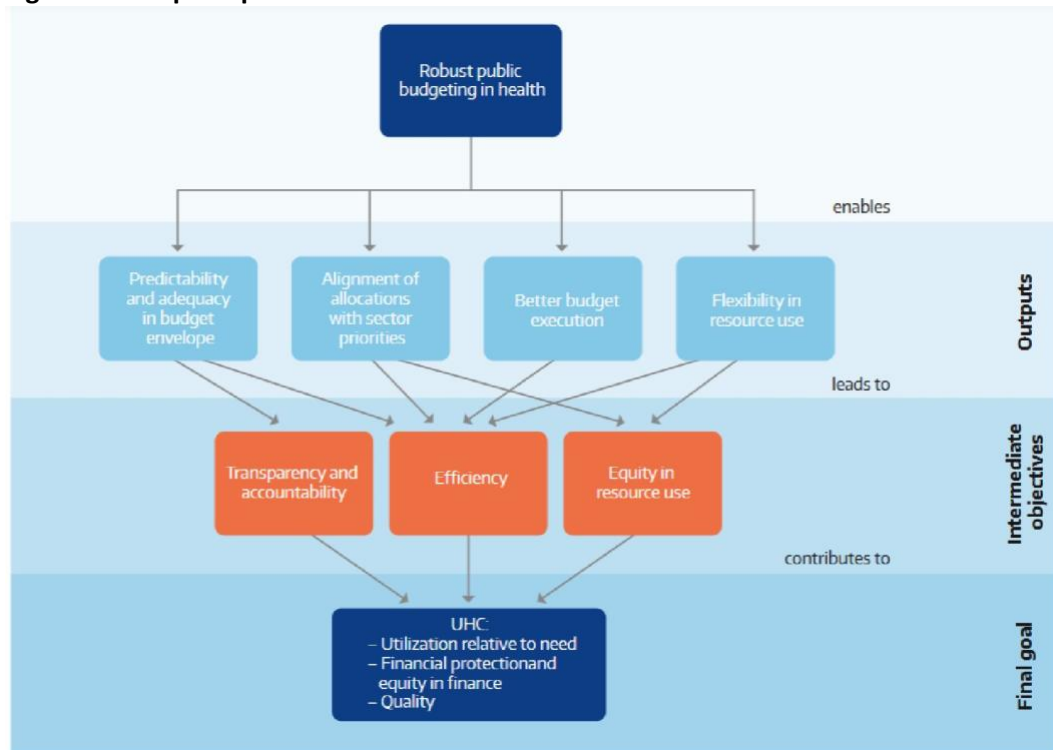
Tabla 2: Información básica sobre fuentes clave (anonimizada para proteger la confidencialidad)

País	Cargo actual	Tipo de organización	Sector
Argentina	Director	Organización de investigación farmacéutica	Sector privado
Argentina	Gerente	Organización de investigación farmacéutica	Sector privado
Brasil	Director	Investigación farmacéutica sin fines de lucro	Sector privado
Chile	Director	Organización farmacéutica	Sector privado
Chile	Director	Institución presupuestaria	Gobierno
Colombia	Director/Ex funcionario del Ministerio de Salud	Compañía farmacéutica	Sector privado
Colombia	Consultor/Ex funcionario del Ministerio de Salud	Institución de salud	ONG
Costa Rica	Director	Organización de investigación farmacéutica	Sector privado
Ecuador	Decano/Ex funcionario del Ministerio de Salud	Universidad	Academia
Ecuador	Director	Institución sanitaria/social	Gobierno
Ecuador	Directora ejecutiva	Organización de investigación farmacéutica	Sector privado
Ecuador	Gerente	Organización de investigación farmacéutica	Sector privado
Ecuador	Gerente	Organización de investigación farmacéutica	Sector privado
Ecuador	Gerente	Organización de investigación farmacéutica	Sector privado
Ecuador	Consultor	Organización multilateral de salud	Multilateral
México	Director	Organización de investigación farmacéutica	Sector privado
México	Director	Organización de	ONG
Perú	Profesor universitario/ex funcionario del Ministerio	Universidad	Academia
Perú	Directora ejecutiva	Organización farmacéutica	Sector privado
Perú	Jefe Regional	Compañía farmacéutica	Sector privado
Perú	Profesor universitario	Universidad	Academia
Perú	Consultor	Empresa de consultoría	Sector privado
Organización multilateral	Asesor	Organización multilateral de salud	Multilateral
Organización multilateral	Especialista en sistemas de salud	Organización multilateral de salud	Multilateral
Organización multilateral	Especialista en financiación	Organización multilateral de salud	Multilateral

Marco de análisis

Hemos hecho referencia al marco presupuestario desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para orientar el análisis (Figura 2).¹⁷ El marco desenreda los resultados clave que pueden surgir de sistemas de presupuestación fortalecidos en salud (es decir, previsibilidad, alineación, ejecución, flexibilidad), que luego pueden conducir o contribuir a los objetivos intermedios de la cobertura sanitaria universal (es decir, transparencia y rendición de cuentas, eficiencia y equidad en el uso de los recursos). El marco ofrece una forma estructurada de evaluar los presupuestos de salud del sector público y fue seleccionado por su alineación con los objetivos de este informe. Utilizamos el marco para informar el diseño de la revisión de escritorio, así como las preguntas de entrevistas con fuentes clave. El marco también proporciona buenas prácticas para el presupuesto de salud y nos facilita identificar las brechas y áreas de mejora en la presupuestación de salud en los países latinoamericanos seleccionados.

Figura 2: Una presupuestación sólida como facilitador de la cobertura sanitaria universal



Fuente: El presupuesto de la OMS es importante para la salud: cuestiones clave de formulación y clasificación

HALLAZGOS

1. Panorama general del estado de salud y la financiación de la salud

Los sistemas de salud en América Latina enfrentan el doble desafío de abordar las enfermedades infecciosas persistentes y una creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), mientras que el gasto público en salud sigue siendo relativamente bajo. En el cuadro 3 que figura a continuación se ofrece una descripción general de los resultados de salud y las tendencias de financiación de la salud en los países estudiados. El gasto total de los gobiernos nacionales en salud en la región de ALC fue de aproximadamente el 4,1 % del PIB en 2022, pero países como Costa Rica, Chile, Colombia y Argentina se están acercando al objetivo recomendado por la OMS de gastar el 6 % del PIB en salud.³ La mayoría de los países gastan alrededor del 4% de su PIB en salud proveniente de fuentes internas, apenas la mitad del promedio de la OCDE.^{13,15} Durante la pandemia de COVID-19 se produjeron aumentos notables en el gasto nacional en salud, sin embargo, en 2021 se observan caídas notables en la proporción del PIB y de los recursos internos gastados en salud a medida que la pandemia disminuía lentamente, como se observa en la Figura 3.¹⁵

Tabla 3: Panorama de los resultados de salud, la carga de enfermedad y el gasto en salud en América Latina

País/ Región	Gasto actual en salud per cápita en dólares estadounide nses	Gasto público en salud % PIB (GGHE- D % PIB)	Gasto en salud del gobierno nacional % gasto del gobierno general (GGHE-D % GGE)	Gasto de bolsillo % de vida al nacer gasto actual en salud	Esperanza de vida al nacer (años)	Menos de 5 mortalidad (por cada 1.000 nacidos vivos)	Muertes por enfermedades transmisibles % total de muertes	Mortalidad por diabetes (por 100.000)
Año	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2019	2019
Argentina	\$ 1.371	5,8%	15,2%	26,4%	75,8	9,8	76,7%	12
Brasil	\$ 849	4,1%	9,0%	27,4%	74,9	14,6	74,7%	25
Chile	\$ 1.547	5,1%	19,0%	3,5%	79,2	6,8	85,1%	11
Colombia	\$ 506	5,3%	15,7%	14,4%	76,5	12,4	75,6%	9
Costa Rica	\$ 979	5,0%	25,8%	22,4%	79,3	10,1	82,0%	15
Ecuador	\$ 493	4,6%	11,9%	32,5%	76,6	13,2	76,2%	27
México	\$ 651	3,0%	10,4%	39,1%	74,0	12,9	80,4%	72
Perú	\$ 446	4,0%	16,7%	27,0%	76,8	16,1	72,6%	13
Región LAC	\$ 722	4,1%	11,7%	30,0%	74,6	1,2	75,5%	21
Promedio de la OCDE	\$ 5.552	8,3%	19,7%	13,1%	81,0	6,7	87,0%	23

Fuente: OMS, Banco Mundial

Notas:

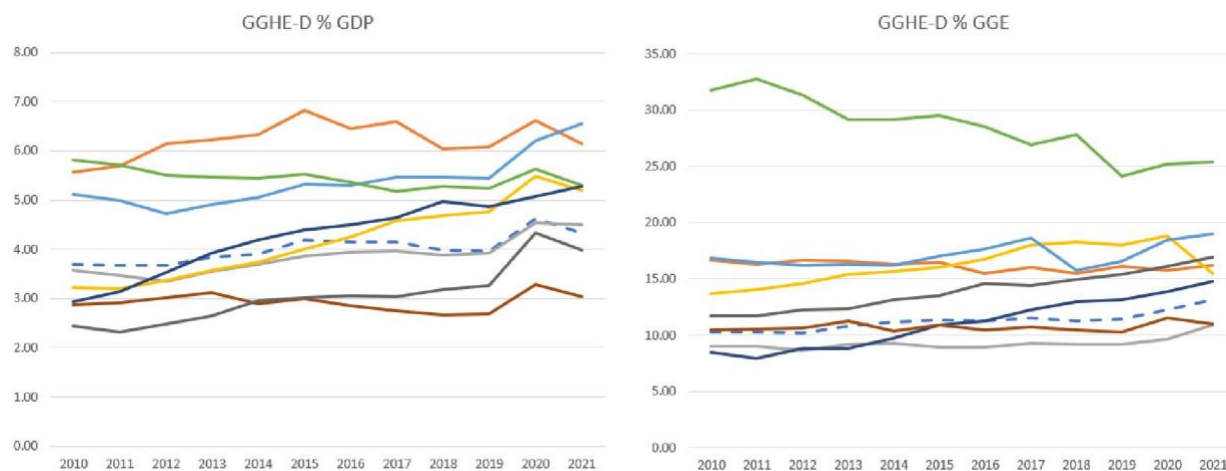
Para fines de uniformidad y comparabilidad entre países, en esta tabla hemos utilizado fuentes de datos internacionales como los Indicadores de desarrollo mundial del Banco Mundial y la Base de datos mundial sobre gasto en salud de la Organización Mundial de la Salud. Para fines de comparabilidad se ha utilizado el año para el cual se informan los datos más recientes de todos los países en estas bases de datos.

El % del PIB en salud gubernamental en la tabla es el gasto de salud del gobierno nacional como porcentaje del PIB (GGHE-D%GDP) de la base de datos de Gasto Mundial en Salud de la OMS que muestra el nivel de gasto público en salud de fuentes nacionales como porcentaje del PIB del país.

El gasto público nacional en salud % del gasto público general (GGHE-D%GGE) de la base de datos de Gasto Mundial en Salud de la OMS muestra el nivel del gasto público en salud de fuentes nacionales como porcentaje del gasto público global.

Es un indicador del compromiso del país de priorizar la salud dentro de su presupuesto proveniente de sus propias fuentes internas.

Figura 3: Gasto en salud del gobierno nacional como porcentaje del PIB a lo largo de los años



Fuente: Base de datos mundial sobre el gasto en salud de la OMS

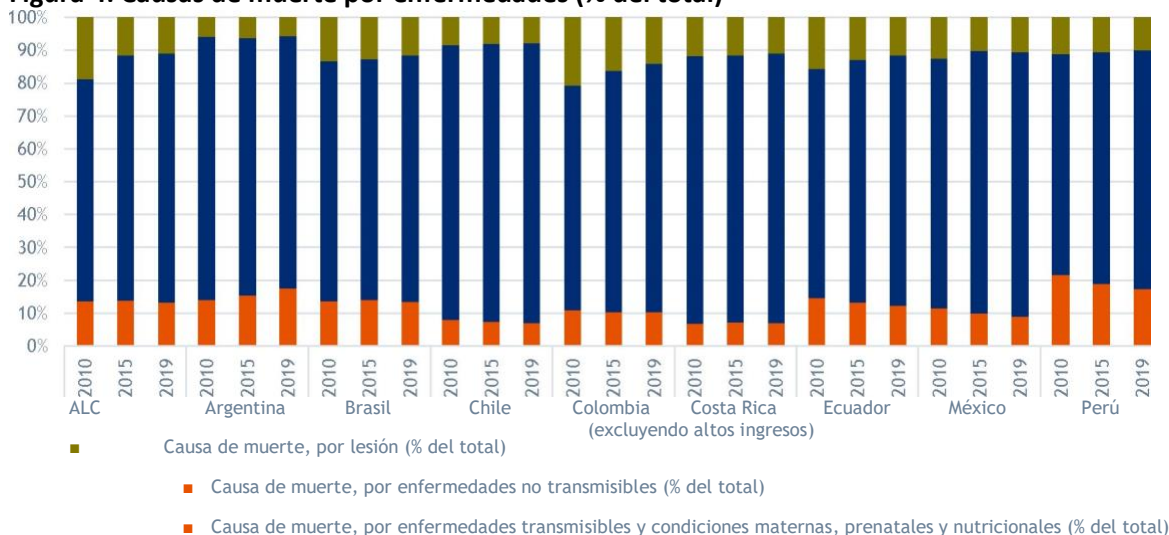
Notas:

- GGHE-D % PIB es el gasto de salud del gobierno nacional % del PIB
- GGHE-D % GGE es el porcentaje del gasto público nacional en salud del gasto público total

Los costos de atención médica en América Latina están aumentando, impulsados por la importante carga de las ENT. Las muertes por ENT representan más del 70% del total de muertes en todos los países (Figura 4).

La elevada carga de ENT en América Latina no sólo es un enorme factor impulsor de los costos de salud, sino que también tiene implicaciones económicas en forma de pérdida de productividad. Un estudio realizado en 2022 encontró que las enfermedades tienen un elevado costo económico para la economía de América Latina. Impulsadas principalmente por ENT como enfermedades cardiovasculares, neoplasias, diabetes tipo 2, cáncer y enfermedad cardíaca isquémica, hay pérdidas de productividad sustanciales que rondan aproximadamente entre el 2,5% y el 6,4% del PIB en los ocho países estudiados.¹⁸ Otro estudio centrado en Costa Rica y Perú encontró que las pérdidas de productividad causadas por ENT y condiciones de salud mental ascienden a US\$ 81.960 millones (US\$ de 2015) para Costa Rica y US\$ 477.330 millones para Perú durante el período 2015-2030. Un nuevo análisis de la OPS concluyó que las ENT, junto con las condiciones de salud mental, costarán a la región más de US\$ 7,3 billones en pérdida de productividad y gasto en atención médica entre 2020 y 2050.¹⁹ Existe una necesidad urgente de impulsar las inversiones en enfermedades crónicas en América Latina para reducir la prevalencia y también debido a la alta relación costo-beneficio de evitar estas pérdidas de productividad.^{19,20}

Figura 4: Causas de muerte por enfermedades (% del total)



Fuente: Estimaciones de mortalidad y salud mundial de la Organización Mundial de la Salud

2. Estado de la cobertura sanitaria universal y papel de la financiación pública

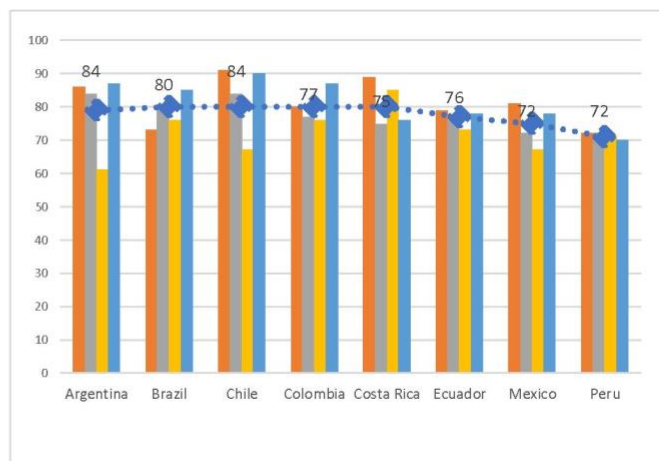
La cobertura sanitaria universal en América Latina ha logrado avances notables en las últimas dos décadas: muchos países han ampliado el acceso a servicios de salud esenciales y han reducido las barreras financieras. Y contar con presupuestos públicos confiables, prioridades del sector salud y objetivos de resultados claramente definidos y flexibilidad en la ejecución del presupuesto es clave para fortalecer los sistemas financieros necesarios para implementar y sostener eficazmente la cobertura sanitaria universal.³

El Índice de Cobertura de Servicios (ICS) de la OMS puntúa a los países en una escala de 0 a 100, donde las puntuaciones más altas indican un mayor acceso a los servicios de salud esenciales. El ICS cubre 14 servicios de salud esenciales diferentes que pueden agruparse en cuatro categorías principales: (i) salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, (ii) enfermedades infecciosas, (iii) ENT, y (iv) capacidad y acceso a los servicios. A 2021, el rango del ICS oscila entre 59 y 82, revelando una gran desigualdad entre los países de la región indicando disparidades en la calidad del servicio, el acceso para poblaciones marginadas y la protección financiera (Figura 5a).²¹ Los países más avanzados en términos de cobertura incluyen Chile (80), Brasil (80), Colombia (80) y Costa Rica (80) con puntajes iguales o superiores a 80. Si bien estos cuatro países tienen el mismo puntaje general en el ICS, como se aprecia en la Figura 5b a continuación, hay variaciones en la cobertura de servicios para las cuatro categorías principales. Perú (71), México (75), Ecuador (77), Argentina (79).²² Los cambios en la cobertura de los servicios de salud esenciales han variado ampliamente, especialmente debido a la pandemia de COVID-19. Países como Perú y Brasil han experimentado un estancamiento o declive desde antes de la pandemia de COVID-19.¹

Figura 5a: Evolución del índice de cobertura de servicios de CSU en América Latina



Figura 5b. Índice de cobertura de servicios de CSU por países, 2021



Fuente: Figura 5a tomada del informe de la CEPAL sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Figura 5b basada en datos extraídos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator->

Notas:

RMNCH (por sus siglas en inglés): Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; EI: enfermedades infecciosas; ENT: enfermedades no transmisibles; SCA: Servicios de Cuidado y Acceso; ICS: índice de cobertura de servicios de salud.

Puntuación promedio de América Latina basada en datos de Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela.

La OMS informa puntuaciones se OSC superiores a 80 como >80, sin presentar la puntuación real para hacer más realistas las comparaciones entre países. Se informa que Chile, Brasil, Colombia y Costa Rica tienen puntajes >80

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

La provisión de cobertura sanitaria universal en los países de América Latina y el Caribe seleccionados se realiza a través de varios planes clave que se financian principalmente con impuestos generales y aportes a la seguridad social. Existe una gran variación en la provisión de cobertura sanitaria universal entre los países en función de su sistema de salud, su arquitectura financiera y sus características socioeconómicas y políticas (Cuadro 4). En Argentina, los esfuerzos de cobertura sanitaria universal están fragmentados entre los sectores público, de seguridad social (Obras sociales) y privado. El sistema público, financiado a través de impuestos generales, atiende a la población no asegurada, mientras que el sistema de seguridad social, Obras Sociales, se financia con contribuciones de empleadores y empleados en el sector formal.²³⁻²⁵ A pesar del gasto público relativamente alto en salud (aproximadamente el 5,8% del PIB), la fragmentación presupuestaria y las ineficiencias han generado problemas con la distribución equitativa y la calidad del servicio. Un estudio analizó las disparidades socioeconómicas en la utilización de la atención médica dentro del sistema de salud fragmentado y descentralizado de Argentina y encontró que existe un sesgo a favor de los ricos en la utilización de la atención médica, donde las personas con un estatus socioeconómico más alto tienen más probabilidades de utilizar los servicios de atención médica en comparación con aquellos con un estatus socioeconómico más bajo.

El estudio concluyó que la asignación del presupuesto de salud de Argentina puede no estar abordando eficazmente las disparidades socioeconómicas existentes en el acceso a la atención médica.²³

En Brasil, existe un sistema de salud dual: el Fondo Nacional de Salud (Fundo Nacional de Saude, FNS) financia la atención pública, mientras que las aseguradoras de salud privadas atienden a las poblaciones de mayores ingresos.²⁶ El Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil es el mayor sistema de salud pública de la región y ofrece servicios gratuitos a toda la población. Financiado a través de impuestos federales, estatales y municipales, el SUS ha logrado mejoras significativas en la salud materna e infantil, pero enfrenta desafíos relacionados con la adecuación del financiamiento y la calidad del servicio.⁸ El Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA) cubre a aproximadamente el 78% de la población y está financiado por un impuesto obligatorio sobre la nómina del 7%. La población más adinerada puede optar por adquirir un seguro privado a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). La oferta de salud en Chile se caracteriza por la fragmentación debido a esta prestación pública y privada.^{27,28} El Plan de Beneficios en Salud (PBS) de Colombia bajo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se financia a través de impuestos sobre la nómina e ingresos generales. Ofrece un paquete de beneficios unificado tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado y ha ampliado significativamente el acceso desde las reformas de 1993.^{29,30} A los proveedores bajo el esquema del PBS se les paga según una unidad de pago per cápita (UPC) por los servicios cubiertos. Colombia también cuenta con un mecanismo de financiamiento de Presupuestos Máximos llamado Presupuestos Máximos en Salud, que financia servicios y tecnologías de salud no incluidos en el PBS. Este mecanismo de Presupuestos Máximos ha tenido como objetivo mejorar la integralidad de los servicios al cubrir servicios que van más allá del alcance del paquete de beneficios por UPC.^{31,32} En Ecuador, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) cubre a los trabajadores del sector formal, a las Fuerzas Armadas y a la Policía Nacional mediante contribuciones salariales, mientras que el Ministerio de Salud Pública utiliza los ingresos fiscales para prestar servicios de salud a quienes no están cubiertos por ningún plan. En conjunto, estas entidades conforman la Red Pública de Atención Integral en Salud.^{33,34} La presencia de múltiples esquemas de salud ha tenido como resultado la duplicación y fragmentación, con problemas de acceso y calidad. En los últimos años, el panorama de los seguros de salud en México ha experimentado una gran transformación.

Hasta 2020, el Seguro Popular fue el programa de seguro financiado con fondos públicos más grande de México durante más de 15 años y tenía más de 50 millones de beneficiarios. Con un cambio de gobierno, se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que cubre al sector público y privado en general, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que cubre a los empleados del gobierno. Además, el Seguro Popular ha sido reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que cubre a personas que no son elegibles para el IMSS o el ISSSTE. Estudios recientes han demostrado que la transición del Seguro Popular al sistema actual ha generado brechas en los servicios, menor cobertura de salud y menor protección financiera, con una caída en la afiliación al seguro del 16,8%.³⁵⁻³⁷

Los principales esquemas de cobertura sanitaria universal del Perú incluyen el Seguro Integral de Salud (SIS), un sistema no contributivo y subsidiado que cubre a las poblaciones pobres e informales, y el Seguro Social de Salud (EsSalud), un sistema contributivo financiado mediante una contribución del 9% sobre la nómina, que cubre a los empleados del sector formal y sus dependientes. El SIS se financia a través del presupuesto del gobierno e incluye el paquete esencial de cobertura sanitaria universal llamado Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. El SIS presta otros servicios complementarios que incluyen servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación a través de una red de 8.000 establecimientos de salud pública.^{38, 39, 40} Las recientes legislaciones sobre cobertura sanitaria universal han ampliado los beneficios de los servicios de salud a la población, con mayores beneficios y cobertura en los últimos años.^{41,42} Sin embargo, la presencia de múltiples esquemas y proveedores ha generado duplicación y fragmentación, así como grandes variaciones en la prestación de servicios, el acceso y la asignación de recursos entre el SIS y EsSalud.⁴⁰ La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) de Costa Rica ha sido elogiada durante mucho tiempo como un modelo exitoso de cobertura sanitaria universal, que se financia con contribuciones de nómina e impuestos gubernamentales (Cuadro 1). A través de la mancomunación, los subsidios cruzados y la distribución en favor de los pobres, la CCSS ha garantizado un acceso casi universal a una gama completa de servicios de salud para su población.

Cuadro 1: El modelo de cobertura sanitaria universal de Costa Rica: la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

Resumen*

- Fundada en 1941, la CCSS administra casi todos los servicios de salud pública para ciudadanos y residentes legales.
- Transición de la prestación de servicios del Ministerio de Salud a la CCSS a mediados de la década de 1990, integración de la atención primaria, secundaria y terciaria.

Financiamiento de la CCSS:

- Financiada a través de aportes sobre la nómina e impuestos:
 - Impuesto sobre la nómina del 15%, dividido entre empleadores (9,25%), empleados (5,5%) y el gobierno (0,25%)
 Otros ingresos fiscales e impuestos específicos, como los impuestos especiales sobre bienes de lujo, para subsidiar a los pobres.

Cobertura:

- Cobertura universal y obligatoria lograda a través de décadas de expansión

Innovaciones clave para la eficiencia, la calidad y la equidad:

- Centralización de ingresos y redistribución en función de las necesidades
- Costes administrativos de (3-4%) que suponen una muy baja carga para el presupuesto⁴³
- Reformas apoyadas por donantes para implementar la expansión de la atención primaria (Equipos Básicos de Atención Integral de Salud - EBAIS), la digitalización de los registros de salud (sistema de registro de salud digital EDUS en todo el país para 2019) y la asignación estratégica de recursos ("Programa por Resultados" del Banco Mundial para integrar redes de atención, financiamiento basado en capitación, digitalización y asignación de recursos basada en el desempeño).^{44, 45}
- Una estrategia de "contratación", mediante la cual se negocian objetivos de desempeño con funcionarios de salud regionales en función de los recursos disponibles, las características de la población y el desempeño pasado para monitorear el desempeño de la salud.⁴³
- A partir de 2024, la CCSS está adoptando compras estratégicas, alejándose del presupuesto histórico hacia un modelo de capitación.⁴⁶

Resultados en materia de salud y financiación:

- **Altos niveles de inversión en salud** en comparación con otros países de América Latina y el Caribe, que incluso supera a muchos países de la OCDE. **El gasto público interno en salud fue del 5,2% de su PIB en 2022**, que está por encima del promedio de la región de América Latina y el Caribe (4,1%), pero por debajo del promedio de la OCDE (8,3%) o de otros países de ALC como Cuba (10,5%), Uruguay (6,3%) y Argentina (5,6%).¹⁵
- **La salud representó el 25,8% del gasto público general en 2022**, que está por encima del promedio de ALC de 11,7%, y otros países de la OCDE como Chile (19%).¹⁵
- **Acceso universal a una gama completa de servicios de salud con muy buenos indicadores de salud** (la esperanza de vida supera a muchos países de la OCDE), con uno de los niveles más altos de esperanza de vida en la región de ALC, con 80 años.¹³
- **Acceso gratuito a atención sanitaria en el punto de atención**, sin copagos formales, los gastos de bolsillo en su mayoría son no catastróficos.^{45, 45}
- **Financiación equitativa de la cobertura sanitaria universal** - Los quintiles de ingresos más bajos del 20% reciben casi el 30% de los recursos del CCSS en comparación con el 11% que se gasta en el quintil de ingresos más rico del 20%, tasas similares de utilización de atención médica entre los grupos socioeconómicos y las áreas rurales-urbanas.^{43, 47}

Fuentes: Recopilación de los autores basada en múltiples fuentes

La financiación pública de la cobertura sanitaria universal es clave para mitigar los elevados gastos de bolsillo y garantizar el acceso a la misma a los más vulnerables. Si bien la provisión pública de cobertura sanitaria universal financiada a través de impuestos generales y seguro social de salud está bastante avanzada en la región latinoamericana, existen amplias variaciones de cobertura y avance según los sistemas y estructuras particulares de cada país. En secciones posteriores describiremos los problemas de fragmentación, duplicación e ineficiencia que han generado inequidades y problemas de acceso en estos países.

Tabla 4: Principales esquemas de financiamiento de la cobertura sanitaria universal en América Latina

País	Nombre del esquema	Financiación	Cobertura de salud de la población por subsistemas (a 2019)			
			Pública	Seguridad social (%)	Privada	Otros (%)
Argentina	Obras Sociales y Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI)	Aportes obligatorios de empleadores (3%) y empleados (6%) y aportes federales y municipales.	Universal	51,0	7,9%	3,2
	Plan Médico Obligatorio, Programa Médico Obligatorio (PMO)	Financiado a través de aportes de Obras Sociales y seguros privados.				
Brasil	Sistema Único de Salud (SUS)	Ingresos fiscales y aportes sociales de los gobiernos federal, estatal y municipal.	Universal (SUS)	0,0	19,6	0,0

Chile	Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)	Aportes obligatorios sobre la nómina (7% de los ingresos) e impuestos generales.	Universal (Explícito Salud Garantizada)	73,5	16,3	6,7
Colombia	Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	Aportes sobre nómina (régimen contributivo) e impuestos generales (régimen subsidiado).	Universal (Plan básico de salud del SGSSS)	91,1	n/a	3,9
Costa Rica	Caja Costarricense de Seguro Social	Aportes sobre nóminas e impuestos generales	Universal (según el CCSS).	0,0	0,0	0,0
Ecuador	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) e ISSFA e ISSPOL para fuerzas armadas y personal policial	Aportes sobre nóminas e impuestos generales.	Universal	29,1		
México	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) - Ordinario y Bienestar	Impuestos generales; subsidios del gobierno federal.				
Perú	Seguro Integral de Salud (SIS) y EsSalud	Impuestos generales (SIS) y aportes de nómina (EsSalud).	Universal (Bajo el SIS)	24,0	5,5	n/a

Fuente: Recopilación de los autores a partir de diversos informes y artículos publicados.

Nota: Datos de cobertura de salud de la población (excepto Ecuador y México) tomados de la Organización Panamericana de la Salud. "Universal Health in the 21 st Century: 40 Years of AlmaAta." Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. Los datos de población de Ecuador se basan en datos de Lucio R, Lopez R, Leines N, y Teran JA. El financiamiento de la salud en Ecuador. revistapuce. 3 de mayo de 2019 (108) disponible en <https://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/215>

3. Presupuestación de la Salud

En esta sección, describiremos las características clave, los desafíos y los éxitos de diferentes aspectos del sistema de presupuestación de la salud en los países estudiados.

3.1 Legislación

En América Latina, el financiamiento de la salud está determinado por la legislación presupuestaria nacional y los marcos institucionales que varían según el país (Tabla 5). Los marcos legislativos de los distintos países reflejan diversas vías hacia el financiamiento de la salud, con distintos grados de centralización, protección fiscal y coherencia institucional que influyen en cómo se asignan y gestionan los presupuestos de salud en toda la región.

En Argentina, el presupuesto de salud está integrado al presupuesto nacional y se rige por la Ley de Presupuesto Nacional. El sistema está altamente descentralizado y los gobiernos provinciales son responsables de la prestación de servicios de salud.^{48,49} La Ley 24.193/1992 estableció las Obras Sociales, el mecanismo obligatorio de seguro social de salud en el país.⁵⁰ Brasil opera bajo un derecho a la salud garantizado constitucionalmente, establecido en la Constitución de 1988. El SUS de Brasil se financia con fondos federales, estatales y municipales y se rige por la Ley 8.080/1990. Sin embargo, las restricciones fiscales bajo la Enmienda Constitucional 95 (PEC 95/2016) han limitado el crecimiento del gasto en salud durante 20 años, poniendo a prueba el sistema público.⁵¹⁻⁵³ En Chile, el presupuesto de salud se asigna anualmente a través del presupuesto nacional y se regula por la Ley de Presupuestos, siendo su marco constitucional el que asegura las responsabilidades en materia de salud pública. Aunque el sistema está más centralizado, el gobierno ha propuesto reformas como el Fondo Universal de Salud (FUS) para unificar los flujos de financiamiento de la salud.⁵⁴

Una pieza legislativa clave que ha dado forma al sistema de salud de Colombia es la Ley 100 de 1993. Esta fue una reforma importante para establecer el actual mecanismo de aseguramiento en salud que comprende dos regímenes: el subsidiado y el contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que tuvo como objetivo brindar cobertura sanitaria universal y mejorar el acceso, la eficiencia y la calidad de la atención médica en el país.²⁹ En 2011, la Ley 1438 unificó el paquete de salud bajo estos dos esquemas para garantizar beneficios equitativos independientemente del régimen a todos los colombianos.⁵⁵ Como señaló una fuente clave: *"La ley obliga al gobierno a igualar los regímenes contributivo y subsidiado, y ahora todos tienen el mismo paquete de beneficios"*. Antes de esta ley, el presupuesto de salud de Colombia era pequeño y el país tuvo que trabajar progresivamente durante 20 años para aumentar la asignación presupuestaria para este programa y cubrir a toda la población. Un mecanismo constitucional clave en el sector de la salud de Colombia es la "acción de tutela", que se introdujo en el artículo 86 de la Constitución colombiana de 1991 para proteger los derechos de acceso a la atención médica de los ciudadanos. De acuerdo con la disposición de la tutela, si un servicio de salud no es prestado por la aseguradora, los colombianos pueden acudir a un juez que puede ordenar a la aseguradora que preste el servicio en un plazo de 15 días. A pesar de que han ayudado a exigir la responsabilidad por parte de los proveedores de salud, las acciones de tutela tienen un impacto en el presupuesto de la salud para garantizar que todos los servicios y medicamentos cubiertos por el paquete integral se financien y se pongan a disposición de los ciudadanos de manera oportuna.^{56,57} Si bien la acción de tutela permite a los ciudadanos reclamar su derecho a la salud acudiendo a los tribunales, por un lado, por otro, ha incrementado la presión sobre las asignaciones fiscales y la eficiencia de su implementación, contribuyendo también a la imprevisibilidad en la ejecución presupuestaria. Colombia está atravesando importantes reformas en materia de salud bajo la administración del actual presidente Gustavo Petro para responder a los problemas en torno a importantes desafíos financieros relacionados con el SGSSS. En los últimos años, las aseguradoras, también conocidas como entidades promotoras de salud (EPS), han venido gastando más de lo que reciben, lo que ha generado un enorme déficit financiero. Además, fuentes clave señalaron que el UPC se ha ajustado a lo largo de los años para tener en cuenta la inflación general en lugar de estudios actuariales que reflejen el costo real de la atención. Como los costos de la atención médica evolucionan de manera diferente y a menudo superan la inflación, se ha puesto en peligro la sostenibilidad del sistema de salud y ha afectado la calidad de la atención médica.

La reforma propuesta (*Proyecto de ley 339 de 2023*) Busca trasladar el control de la financiación del sistema de salud de las empresas privadas al gobierno, avanzando hacia un sistema de salud público de pagador único. La propuesta es eliminar las EPS existentes y reemplazarlas por Gestoras de Salud y Vida. Estas entidades no administrarían fondos ni actuarían como aseguradoras, sino que administrarían y coordinarían los servicios de salud, recibiendo un porcentaje del presupuesto estatal en función de su desempeño.⁵⁸ Adicionalmente, el financiamiento y gestión de la salud se centralizará en una sola entidad pública, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). ADRES es responsable de los reembolsos y pagos tanto de las UPC como de los Presupuestos Máximos.⁵⁹

Costa Rica financia su cobertura sanitaria universal principalmente a través de la CCSS, cuyo presupuesto es parte del presupuesto nacional regido por el artículo 176 de la Constitución.⁶⁰ De manera similar al mecanismo de tutela en Colombia, los costarricenses han podido acceder a mejores servicios de salud gracias a la judicialización de la salud. Si el acceso a un determinado medicamento no está disponible de forma inmediata, los costarricenses pueden presentar demandas de amparo legal ante la Sala Constitucional, y una fuente clave mencionó que *"la Caja de Seguro Social está obligada, mientras se resuelve el caso, a proporcionar un sustituto del medicamento de inmediato."* Este mecanismo jurídico se utiliza cada vez más para acceder a terapias innovadoras de alto costo, lo que también impacta el presupuesto de salud y genera incertidumbres dependiendo del número de acciones de amparo legal presentadas. El artículo 12 de la Constitución de Ecuador de 2018 ha declarado la salud como un derecho humano fundamental.^{61,62} Aunque en teoría está descentralizado, Ecuador tiene un fuerte control del gobierno central sobre la política de salud. El presupuesto sigue las directrices constitucionales y el Plan Nacional de Desarrollo.^{63,64} Sin embargo, considerando la presencia de múltiples esquemas de salud y arreglos institucionales, el sistema de salud está fragmentado.^{61,62}

En México, un país federal, el presupuesto de salud se rige por la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y la Constitución, con fondos distribuidos entre diversas entidades descentralizadas. Reformas recientes crearon IMSS-Bienestar para unificar la prestación de servicios a personas no aseguradas.^{65,66} Perú asigna fondos a través de la ley de presupuesto nacional con partidas para el Ministerio de Salud (MS) y el SIS, su sistema de aseguramiento público, aunque el sistema sigue fragmentado entre regiones e instituciones.^{67,68}

Tabla 5: Legislaciones y leyes clave sobre presupuestos de salud

País	Legislaciones clave para los presupuestos de salud
Argentina	El presupuesto de salud es parte del presupuesto nacional, regido por la Ley de Presupuesto Nacional. Estructura descentralizada. El sistema presupuestario está determinado principalmente por la Ley N° 24.156 sobre la Administración Financiera y los Sistemas de Control del Sector Público Nacional y su reglamentación. La Ley 23.660 es la Ley de Seguro de Salud que estableció el seguro social de salud (Obras Sociales) para los empleados y sus familias y ordenó los servicios básicos de salud, el PMO.
Brasil	En 1988 el derecho constitucional estableció el derecho garantizado a la salud. La Ley de Presupuesto Anual, o LOA y la Ley de Directrices del gobierno, o LDO, regulan el presupuesto general. La Ley Orgánica de Salud 8080 de 1990 estableció el SUS y definió las responsabilidades para la prestación de servicios de salud pública. La Enmienda Constitucional 29 de 2000 (CA29) estableció porcentajes mínimos de los ingresos fiscales que los gobiernos federal, estatal y municipal están obligados a asignar a la salud pública.

Chile	El Artículo 19 de la Constitución garantiza el derecho a la protección de la salud y establece el deber del Estado de garantizar el acceso libre e igualitario a la salud. La Constitución y la Ley de Presupuesto. El presupuesto de salud es parte del presupuesto nacional anual, regulado por la Ley de Presupuesto y establecido en la Constitución. La Ley de Garantía de Salud 19.966 de 2005 (Acceso Universal con Garantías Explícitas [AUGE]) estableció el sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES), que garantiza el acceso, la calidad, la protección financiera y la puntualidad para un conjunto específico de afecciones de la salud.
Colombia	La Ley 38 de 1989 establece que el presupuesto de salud es parte del presupuesto nacional. La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema de Seguridad Social en Salud, SGSSS, creando los regímenes de aseguramiento en salud contributivo y subsidiado y definiendo roles para las EPS e IPS. La Ley 1438 de 2011 Introdujo modelos de atención integral para enfermedades crónicas no transmisibles y salud mental en el SGSSS y fortaleció las redes de atención primaria. La Ley 715 de 2001 regula la asignación de recursos a los departamentos y municipios para salud, educación y otros servicios sociales. La Ley 1955 de 2019 Introdujo el mecanismo de financiación de Presupuestos Máximos para financiar servicios y tecnologías no cubiertos por la unidad de pago per cápita, UPC.
Costa Rica	El Artículo 176 de la Constitución Establece que el presupuesto de salud es parte del presupuesto nacional. La Ley 17 de 1941 creó la CCSS, que administra la atención médica y la seguridad social. La Ley 7772 de 1998 actualizó la administración de los servicios de salud de la CCSS y regula los derechos de los pacientes.
Ecuador	La Constitución establece que el presupuesto de salud es parte del presupuesto nacional. El Presupuesto General de la Nación (Artículo 292) es el instrumento clave para gestionar los ingresos y gastos del Estado. Con la Ley de Reforma Sanitaria de 1997 se inició la reestructuración del sistema de salud a nivel provincial y distrital, centrándose en la atención primaria de salud y la descentralización. El Código Orgánico de Salud (COES) de 2006 consolidó las normas de salud pública, definió la estructura del sistema de salud y estableció derechos & deberes de los usuarios y prestadores. Reformas constitucionales en 2008 para establecer un seguro de salud obligatorio, el Seguro Universal Obligatorio.
México	El presupuesto de salud es parte del presupuesto nacional. El presupuesto se ajusta a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y a la Constitución. País descentralizado (federal) La Ley del Seguro Popular de 2003 estableció el programa de <i>Seguro Popular</i> para brindar cobertura de salud a las personas sin seguro antes de su integración en el <i>Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)</i> en 2020 La Ley INSABI de 2020 reemplazó al Seguro Popular para ofrecer cobertura universal y gratuita de servicios básicos de salud y medicamentos para quienes no cuentan con seguridad social. La Ley General de Salud de 1984, actualizada en 2014, rige la estructura del sistema de salud, los derechos y la regulación de la salud pública. El Decreto Ley General de Salud de 2023 disolvió el INSABI y transfirió responsabilidades para prestar servicios de salud gratuitos a quienes no tenían seguro a través del IMSS-Bienestar.
Perú	En Perú, La Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público, regula el presupuesto nacional. La Ley 26842 de 1997 estableció el derecho a la salud y describió las responsabilidades del gobierno para garantizarlo. La Ley 27657 de 2002 creó el seguro integral de salud, SIS, para subsidiar el seguro de salud para personas de bajos ingresos a través del MINSA.

Fuente: Recopilación de los autores a partir de múltiples fuentes.

Las fuentes clave destacaron varias cuestiones importantes relacionadas con la legislación presupuestaria. En Chile, existe una falta de presupuestación programática en los marcos jurídicos: los presupuestos de salud se definen a nivel de establecimiento y no por programa. Esto limita la capacidad de rastrear y alinear el gasto con las prioridades sanitarias nacionales, como la atención primaria o las intervenciones específicas de cada enfermedad. Países como México, Ecuador, Costa Rica y Perú tienen múltiples subsistemas coexistentes (por ejemplo, seguridad social, servicios administrados por ministerios y seguros privados), a menudo con reglas de financiamiento distintas consagradas en varios instrumentos legales. La fragmentación entre subsistemas genera ineficiencias y problemas de coordinación. Fuentes clave señalaron que la Constitución de Ecuador exige aumentos periódicos del presupuesto de salud, pero esta obligación legal a menudo no es financieramente viable porque este mandato legal no cuenta con recursos. Como resultado, existe presión fiscal y dependencia de la deuda para cumplir los objetivos de gasto legal. Ecuador y Perú tienen leyes que especifican cómo debe elaborarse el presupuesto de salud. Perú se destaca por incorporar legalmente el presupuesto basado en evidencia, una innovación positiva. Pero existe una desconexión entre la intención legislativa y su implementación práctica, lo que hace que su efectividad no esté clara. En Colombia y Costa Rica, la legislación define el financiamiento de la salud a través de impuestos y aportes a la seguridad social. Sin embargo, la dependencia legal de los aportes del sector formal no se corresponde con las realidades económicas, ya que las altas tasas de informalidad diluyen la base de ingresos y ponen en peligro la sostenibilidad de los sistemas de financiamiento de la salud.

En general, la legislación del sector salud en América Latina adolece de una combinación de especificidad insuficiente, fragmentación, y ambiciosos mandatos legales sin respaldo fiscal. Si bien algunos países están introduciendo leyes presupuestarias más basadas en evidencia, la mayoría aún lucha por crear una coherencia legislativa que respalde una financiación integrada y sostenible de los sistemas de salud.

3.2 Entornos institucionales

Un elemento clave para una gestión financiera pública eficaz en el sector salud es la clara delimitación de las responsabilidades institucionales a lo largo del ciclo presupuestario, abarcando la preparación, la aprobación, la ejecución, la presentación de informes y la auditoría. En América Latina, estas funciones suelen compartirse entre los ministerios de hacienda, las autoridades sanitarias y los organismos de supervisión, con distintos niveles de centralización o descentralización.

Los marcos institucionales para la presupuestación de salud en América Latina, como se muestra en la Tabla 6 a continuación, reflejan una interacción compleja entre los gobiernos centrales y subnacionales, con una variación significativa en el grado de descentralización y coordinación institucional. Las diferencias en las estructuras gubernamentales también influyen significativamente en las prácticas presupuestarias en estos países. Países federales y descentralizados como Brasil, Argentina y México muestran procesos presupuestarios descentralizados más complejos, donde los gobiernos subnacionales desempeñan un papel crítico en la planificación, el gasto y la prestación de servicios.

En contraste, los sistemas unitarios como los de Chile, Costa Rica y Ecuador mantienen un control más centralizado, lo que permite una implementación más uniforme de las políticas de salud.

Tabla 6: Características institucionales que afectan la presupuestación de salud en los distintos países

País	Separación de presupuesto elaboración y ejecución	Salud presupuesto propuesta	Revisión y aprobación de presupuesto de salud	Salud presupuesto ejecución	Informes	Auditoría
Argentina	Presupuesto elaborado de forma centralizada por el Ministerio de Hacienda (MdH) y ejecutado por el Ministerio de Salud (MdS) y los gobiernos subnacionales.	El Ministerio de Salud prepara y presenta al Ministerio de Hacienda.	El Ministerio de Hacienda establece los límites presupuestarios, el Gabinete finaliza el presupuesto y la Comisión de Presupuesto y Finanzas del Congreso revisa y enmienda el presupuesto antes de su aprobación	Ministerio de Salud a nivel federal; provincias y municipios a través de las tesorerías provinciales y el SIDIF.	El Ministerio de Hacienda pública informes mensuales y trimestrales sobre caja, estados financieros preliminares y otros	Federal: SIGEN (Oficina de Auditoría); subnacional: tribunales provinciales (por ejemplo, el HTC en Buenos Aires audita las cuentas de ejecución)
Brasil	Presupuesto central del Ministerio de Planificación; ejecución descentralizada a través del SUS entre el gobierno	Ministerio de Salud junto con el Ministerio de Planificación y la Presidencia.	El Ministerio de Planificación/Hacienda revisa el presupuesto, que se envía al Gabinete para su posterior revisión. El Congreso aprueba mediante Ley de Presupuesto anual.	Nivel federal vía SIAFI/FNS; subnacional a través de estados & municipios que utilizan el SIOP.	El SIAFI en Brasil monitorea la ejecución federal; El SIOPS proporciona datos financieros de salud bimensuales del nivel subnacional.	Federal: Tribunal de Contas da União (TCU); subnacional: tribunales de cuentas estatales/municipales
Chile	Enfoque unificado: La DIPRES (Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda) elabora el presupuesto; mientras que el Ministerio de	El Ministerio de Salud elabora el borrador y lo	La DIPRES negocia topes, la Comisión de Presupuesto del Parlamento revisa el presupuesto, y el presupuesto final es aprobado por el Congreso.	El Ministerio de Salud gestiona la ejecución en todas las regiones y	La DIPRES publica informes anuales de ejecución; El Ministerio de Salud realiza auditorías de eficiencia y aplica revisiones selectivas del gasto.	La Contraloría General de la República realiza actividades legales y de revisión ex-ante (toma de razón) y auditorías.

Colombia	El Ministerio de Hacienda fija los presupuestos. El Ministerio de Salud y las	El Ministerio de Salud elabora propuestas y las	El Ministerio de Hacienda integra el presupuesto de salud en el marco fiscal de mediano plazo. Una vez que el Gabinete aprueba el presupuesto, el Congreso lo aprueba mediante la ley de presupuesto.	Central: El Ministerio de Salud ejecuta el gasto federal en salud. Subnacional: Los departamentos & municipios ejecutan presupuestos de salud con	El Ministerio de Hacienda & la Dirección de Finanzas publican la ejecución presupuestaria y el marco fiscal. El Ministerio de Salud comparte el impacto fiscal de las reformas.	La Contraloría General de la República audita la ejecución a nivel nacional y territorial. Las contralorías locales auditan las entidades subnacionales.
Costa Rica	El Ministerio de Hacienda define los límites máximos y el Ministerio de Salud los ejecuta.	El Ministerio de Salud elabora el presupuesto y lo presenta al Ministerio de Hacienda.	El Ministerio de Hacienda y el Consejo Ejecutivo revisan y aprueban, luego la Asamblea Legislativa aprueba mediante la ley de presupuesto anual.	Ministerio Central a nivel nacional. Áreas de Salud regionales que implementan servicios a nivel local.	El Ministerio de Hacienda pública la ejecución mediante informes anuales y el Ministerio de Salud realiza seguimiento por área de la salud.	La Contraloría General de la República audita la ejecución a nivel central y regional.
Ecuador	El Ministerio de Hacienda fija los presupuestos nacionales; el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el IESS los ejecutan	Ministerio de Salud elabora el proyecto y lo presenta a la Secretaría Financiera, el IESS propone de manejar independiente para su red.	La Oficina Financiera negocia topes, el Gabinete los aprueba y la Asamblea Nacional promulga leyes.	Ministerios: Ejecución central del MSP a través de las direcciones provinciales de salud y hospitales públicos; IESS: administra independientemente sus hospitales y personal.	El departamento de Finanzas publica el presupuesto anual y la ejecución. El MSP implementa herramientas para el seguimiento de los costos y la eficiencia (MGPS/PERC).	La Contraloría General del Estado audita a nivel central, el MSP y el IESS. Las divisiones provinciales de auditoría supervisan a nivel subnacional.
México	La SHCP (Ministerio de Hacienda) establece el presupuesto, el Ministerio de Salud lo ejecuta, junto con el IMSS/ISSSTE/INSABI/IMSS Bienestar.	El Ministerio de Salud y los organismos de seguridad social elaboran propuestas, y el Ministerio de Hacienda las integra en el plan de gastos anual.	El Ministerio de Hacienda y la Oficina de la Administración Pública negocian. El Gabinete aprueba, el Congreso autoriza mediante el “Presupuesto de Egresos” anual.	Central: Secretaría de Salud (SSA) para servicios no asegurados. Subnacional: IMSS, ISSSTE, sucursal INSABI; Estados/municipios vía IMSS Bienestar & clínicas locales.	El Ministerio de Hacienda proporciona datos de ejecución de forma trimestral y anual sobre el efectivo. La SSA y el Ministerio de Hacienda reportan sobre la prestación de los servicios. IMSS Bienestar publica	La Auditoría Superior de la Federación audita el gasto federal en salud. Los auditores estatales y la ASF auditan a las agencias subnacionales.

					La Agencia para la Transparencia Presupuestaria también publica informes trimestrales sobre la ejecución del presupuesto.	
Perú	El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) fija topes. Minsa y EsSalud ejecutan.	El MinSalud elabora una solicitud de presupuesto, la presenta al MEF, EsSalud realiza una propuesta de manera independiente a través del Ministerio de Trabajo. Otros proveedores de	El MEF evalúa y fija topes, el gabinete aprueba, el Congreso promulga la ley de gastos anualmente.	El Ministerio de Salud: ejecuta a nivel central y regional; EsSalud a través del modelo de seguridad social.	El MEF publica índices de ejecución. El Ministerio de Salud informa sobre el uso de los recursos.	La Contraloría General de la República audita el Ministerio de Salud, EsSalud y las administraciones regionales de salud del nivel subnacional.

Fuente: Compilación de los autores basada en la revisión de varios documentos de políticas nacionales e informes publicados.

En Argentina, el Ministerio de Hacienda es responsable de la formulación y presentación de informes presupuestarios, mientras que el Ministerio de Salud desarrolla programas nacionales de salud, cuya ejecución se comparte entre el Ministerio de Salud y los gobiernos subnacionales. El Ministerio de Salud elabora la propuesta de presupuesto de salud, que es enviada al Ministerio de Hacienda. Los topes presupuestarios son definidos por la ONP, finalizados por el Gabinete y aprobados por el Congreso mediante legislación anual. Las responsabilidades de ejecución se dividen entre entidades federales y provinciales, coordinadas a través del Sistema Integrado de Información Financiera (SIDIF). La auditoría presupuestaria la realiza la Sindicatura General de la Nación (SIGEN) a nivel federal, y los tribunales de cuentas provinciales, como el Honorable Tribunal de Cuentas (HTC) de Buenos Aires, cubren la ejecución subnacional. En Brasil, el presupuesto federal es elaborado por el Ministerio de Planificación en consulta con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda, que luego es presentado al gabinete y aprobado por el Congreso a través de la Ley de presupuesto anual.

En el sistema altamente descentralizado de Brasil, los gobiernos estatales también contribuyen al desarrollo de los presupuestos de salud a nivel estatal que informan el presupuesto federal, y la ejecución del presupuesto también está altamente descentralizada. El presupuesto es ejecutado por los gobiernos federal, estatal y municipal a través del SUS. La supervisión presupuestaria se realiza a través del Tribunal Federal de Cuentas y los tribunales subnacionales.

Chile centraliza la planificación presupuestaria a través de la DIPRES (Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda), que elabora y monitorea la ejecución presupuestaria.

El Ministerio de Salud define políticas y prioridades de servicios, y también ejecuta el presupuesto a nivel federal y subnacional. La auditoría y las revisiones legales del presupuesto las realiza la Contraloría General de la República.

Colombia combina la formulación centralizada del presupuesto, liderada por el Ministerio de Hacienda, con la ejecución del presupuesto gestionada tanto por el Ministerio de Salud a nivel nacional como por los gobiernos subnacionales y municipales a nivel local. El Ministerio de Salud elabora el presupuesto de salud, que se integra en el marco fiscal de mediano plazo. La Contraloría General audita los presupuestos nacionales y subnacionales con el apoyo de las oficinas de auditoría locales.

En Costa Rica, el Ministerio de Hacienda define los topes presupuestarios, mientras que el Ministerio de Salud formula y ejecuta el presupuesto. La ejecución del presupuesto es supervisada por el Ministerio de Salud, mientras que las agencias regionales de salud y los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) locales prestan los servicios de salud. La CCSS, que gestiona la prestación de servicios de salud, opera en gran medida de manera independiente con sus propios mecanismos de financiamiento (contribuciones sobre nómina e impuestos específicos). Esta estructura centralizada y verticalmente integrada ha sido clave para los sólidos resultados de salud y la sostenibilidad financiera de Costa Rica. La Contraloría General de la República audita el gasto tanto a nivel central como regional.

En Ecuador, el Ministerio de Hacienda establece el tope presupuestario, pero la formulación y ejecución del presupuesto se divide entre el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto de Seguridad Social (IESS), quienes elaboran y ejecutan sus respectivos presupuestos. Como explicó una fuente clave: *“El Ministerio de Economía y Finanzas asigna un límite global... luego el Ministerio de Salud es responsable de organizar los recursos que necesita cada provincia, distrito y hospital”*. - FC, Ecuador. El MSP opera a través de las direcciones provinciales de salud y los hospitales públicos, mientras que el IESS tiene su propio sistema de prestación de servicios de salud. El MSP se encarga de la rendición de cuentas y de los informes de desempeño, mientras que el Contralor General del Estado, junto con las oficinas de auditoría provinciales, es responsable de la supervisión.

El sistema presupuestario de México es complejo y está compuesto por múltiples agencias: la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) establece el presupuesto general, mientras que el Ministerio de Salud y las agencias de seguridad social como el IMSS, el ISSSTE y el INSABI elaboran propuestas específicas para cada sector. La SHCP y la Oficina de la Función Pública consolidan y revisan las propuestas, que son aprobadas por el Gabinete y promulgadas por el Congreso mediante el Presupuesto de Egresos anual. La ejecución presupuestaria se comparte entre las entidades federales y subnacionales, mientras que la Auditoría Superior de la Federación (ASF) realiza las auditorías federales, y la auditoría subnacional está a cargo de los organismos estatales.

En Perú, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) determina los topes presupuestarios y evalúa las propuestas presupuestarias. Tanto el Ministerio de Salud (MINSA), que financia el seguro de salud gratuito o subsidiado para los no asegurados, como EsSalud, que proporciona seguro social de salud obligatorio a los empleados del sector formal, elaboran presupuestos independientes que son revisados por el MEF y enviados al Gabinete y al Congreso para su aprobación y promulgación. Como en la mayoría de los países, la Contraloría General audita el presupuesto de salud.

Al aclarar el papel de las diferentes agencias, una fuente clave del Perú mencionó: *"El Congreso aprueba el presupuesto... [pero] la negociación es intensa y se centra en la infraestructura. "No se involucran en aspectos técnicos como los presupuestos de medicamentos". FC, Perú*

Existen similitudes y diferencias clave en los entornos institucionales de los presupuestos de salud en estos países, que se evidencian tanto en la revisión documental como en las entrevistas. En primer lugar, en casi todos los países, los Ministerios de Hacienda y de Planificación Nacional o Economía desempeñan un papel dominante a la hora de determinar los topes y las asignaciones presupuestarias. Estas instituciones a menudo tienen mucho poder y desempeñan un papel fundamental en la conformación del presupuesto de salud mediante el establecimiento de límites presupuestarios, la evaluación de propuestas presupuestarias y la negociación de asignaciones. En Colombia, por ejemplo, fuentes clave manifestaron que el cambio hacia una financiación basada en impuestos, debido a la alta informalidad, fortaleció el papel del Ministerio de Hacienda. *"Como resultado de las discusiones con la banca multilateral sobre la informalidad laboral, una parte importante de las contribuciones a la salud es reemplazada por impuestos generales. "Esto hace que la cofinanciación nacional sea más importante y realza el papel que desempeña el Ministerio de Hacienda en la toma de decisiones presupuestarias". FC, Colombia.*

En segundo lugar, en cada país, el Ministerio de Salud es la autoridad clave encargada de elaborar el presupuesto general de salud y de coordinar las instituciones clave involucradas en la prestación de servicios de salud.

En tercer lugar, la aprobación legislativa del presupuesto definitivo con la participación del Congreso, la Asamblea Nacional y el Gabinete es común en todos los países. Según entrevistas a fuentes clave, la influencia del Congreso en la configuración de las asignaciones específicas para la salud en el presupuesto puede variar significativamente de un país a otro. En Perú, por ejemplo, el Congreso negocia las obras públicas, mientras que el Ministerio de Salud maneja los componentes técnicos del presupuesto de salud. Por otro lado, en Argentina, el Congreso tiene una influencia significativa debido a una inestabilidad política más amplia, que puede cambiar la dinámica de poder en el proceso presupuestario.

En cuarto lugar, todos los países cuentan con un organismo clave para la auditoría presupuestaria, que generalmente es la Contraloría General, que cuenta con el apoyo de agencias de auditoría locales para las auditorías subnacionales. Las fuentes clave señalaron que la mayoría de las responsabilidades de supervisión se centran en la ejecución del gasto más que en los resultados o el impacto en la prestación de servicios. Como señaló una fuente clave del Perú: *"Es un control de ejecución, no de resultados ni de consecución de objetivos". - FC, Perú*

Si bien existen algunas similitudes, también hay diferencias sustanciales en los entornos y roles institucionales según el contexto del país. El grado de centralización presupuestaria varía enormemente: países como Chile y Costa Rica están altamente centralizados y siguen una formulación presupuestaria unificada a través de una agencia financiera dentro del Ministerio de Hacienda, mientras que Brasil, Colombia y México tienen un sistema altamente descentralizado que involucra activamente a los gobiernos subnacionales y municipales. Los países descentralizados también tienden a involucrar a múltiples agencias en la elaboración y ejecución del presupuesto de salud (por ejemplo, México, Perú, Ecuador), mientras que estas funciones están más centralizadas en el Ministerio de Hacienda en los países centralizados.

Las entrevistas con fuentes clave también destacaron que muchos países operan sistemas fragmentados que involucran múltiples subsistemas con diferentes reglas de financiamiento, estructuras de gobernanza y mandatos legales. Esta complejidad socava la eficiencia, la coordinación y la rendición de cuentas. Argentina y México enfrentan un alto grado de fragmentación, con roles superpuestos entre los niveles de gobierno y diversos mecanismos de financiamiento de la salud. Costa Rica, Ecuador y Perú también ilustran la división jurídica y estructural entre los sistemas de seguridad social y los servicios del Ministerio de Salud. Los mecanismos de presentación de informes y transparencia también varían según el país. Algunos países tienen sistemas de reporte más desarrollados con mayor frecuencia de presentación de informes y reporte detallado de datos, como SIAFI y SIOPS en Brasil, y los tableros de control del SCHP en México, en comparación con los otros países. Perú utiliza un tablero de control para publicar actualizaciones diarias sobre la ejecución presupuestaria con un alto nivel de detalle.⁶⁹ En términos de vínculos entre planificación y presupuestación, Argentina, Colombia y Perú utilizan el marco fiscal integrado de mediano plazo para sus presupuestos de salud, mientras que otros países siguen ciclos presupuestarios anuales con distintos vínculos con la planificación anual y plurianual, lo que se analiza con más detalle en la siguiente sección. Adicionalmente, las fuentes clave también señalaron que las crisis macroeconómicas, las presiones fiscales y las transiciones políticas afectan directamente la forma en que se aplican o interpretan los mandatos presupuestarios legales. Por ejemplo, Ecuador tiene mandatos constitucionales para aumentar el presupuesto de salud, pero ha dependido de préstamos debido a limitaciones fiscales. En Colombia, la informalidad económica transformó los modelos de financiamiento, aumentando el peso de los impuestos públicos en los presupuestos de salud.

Nuestro análisis encontró que los países latinoamericanos estudiados han establecido marcos legislativos e institucionales formales para la presupuestación de salud, pero la implementación práctica se ve obstaculizada por la fragmentación, la informalidad y los débiles mecanismos de aplicación. Los Ministerios de Hacienda y Planificación dominan el proceso, mientras que los Ministerios de Salud, que están a cargo de establecer las prioridades del sector salud, a menudo carecen de autoridad fiscal. Las legislaturas, aunque responsables de la aprobación del presupuesto, suelen tener una influencia limitada en el contenido técnico del presupuesto y en los marcos institucionales, y las responsabilidades de seguimiento de la presupuestación basada en el desempeño siguen estando poco desarrolladas. Es esencial lograr una alineación más fuerte entre los mandatos legales, la planificación técnica y la capacidad de implementación para mejorar el impacto de los presupuestos de salud en la cobertura sanitaria universal y la equidad en materia de salud.

3.3 Planificación, priorización y vínculos con el presupuesto del sector salud

Los procesos de planificación y priorización de la salud en las regiones de América Latina y el Caribe estudiadas se llevan a cabo a través de diversos mecanismos institucionales, que van desde la programación anual hasta las estrategias de salud a largo plazo, con distintos grados de integración en el presupuesto de salud.

En la mayoría de los países se utilizan planes anuales con presupuestos por partidas y por programas, con prioridades basadas en la ejecución del año anterior y las prioridades emergentes. Países como Brasil y México utilizaron planes de mediano plazo como el Plano Nacional de Saude (PNS) de Brasil y el Plan Sectorial de México para orientar las prioridades de salud dentro de los límites presupuestarios.

La tabla 7 a continuación ofrece una descripción general de los diferentes tipos de planes de salud que orientan las prioridades y los presupuestos de salud en los distintos países.

Tabla 7: Planes de salud y prioridades clave del sector salud por país

País	Planificación estratégica	Prioridades estratégicas en el sector salud	Plan nacional vs planes subnacionales	Alineación del presupuesto con las prioridades del plan
Argentina	Planificación estratégica de salud con enfoque descentralizado El Plan Nacional de Calidad en Salud orienta el presupuesto.	Mejor acceso y equidad en salud, enfoque integral de salud, mejor coordinación, gestión de información y recursos, mejor acceso a medicamentos, salud maternoinfantil.	Planes nacionales con apoyo a los planes provinciales en el marco del Plan SUMAR.	Alineación parcial entre prioridades estratégicas y recursos. La alineación es más fuerte en los programas orientados a resultados como el Plan SUMAR, que alinea los objetivos provinciales y las prioridades nacionales. Los recientes recortes presupuestarios han dado lugar a prioridades con financiación
Brasil	Enfoque de planificación a mediano plazo Plano Nacional de Saude (PNS) - El PNS actualmente implementando cubre 2024-2027	Ampliación de la atención universal en salud y de los servicios especializados de salud, reducción de las inequidades en salud, control de enfermedades prevenibles, aumento del acceso a medicamentos, insumos estratégicos y servicios farmacéuticos, desarrollo científico y tecnológico.	Planes estratégicos nacionales apoyados por planes locales de salud en el marco del SUS.	Alineación parcial, con una fuerte perspectiva al mediano plazo. Las estrategias de planificación y financiación facilitan la vinculación de los presupuestos a las prioridades estratégicas, sin embargo, existen disparidades regionales, limitaciones de implementación y fiscales.
Chile	Enfoque de planificación estratégica a mediano y largo plazo La actual estrategia de salud 2023-2026 está estrechamente vinculada a la estrategia decenal Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021 -2030.	Fortalecimiento de la atención primaria de salud, reformas integrales de la cobertura sanitaria universal, incluida la creación de un fondo universal de salud, gestión de riesgos para la salud y resiliencia, acceso mejorado y oportuno a medicamentos de calidad, reducción de los tiempos de espera, promoción de la tecnología sanitaria.	Planes estratégicos impulsados a nivel nacional con planes operativos para distritos de salud y municipios.	Alineación moderada. Existen objetivos estratégicos claros y asignaciones de fondos, sin embargo, hay financiamiento fragmentado, cuellos de botella legales y baja transparencia presupuestaria.

		Evaluaciones de Tecnologías de Salud (ETA), mejor liderazgo y supervisión en materia de salud.		
Colombia	Enfoque de planificación estratégica a largo plazo Plan Decenal de Salud Pública apoyado por el Plan de Acción Institucional anual y el Plan Nacional de Desarrollo.	Erradicación de enfermedades prevenibles y control de ENT, fortalecimiento de la vigilancia sanitaria y la gestión de riesgos, mejora del acceso a servicios esenciales, mejora de los cuidados paliativos.	Planes estratégicos nacionales respaldados por planes de salud distrital locales.	Buena alineación de planificación y financiación, junto con apoyo legislativo. Sin embargo, existe una falta de financiación y los esfuerzos legislativos en curso de la actual administración amenazan la alineación institucional.
Costa Rica	Enfoque de planificación estratégica a mediano y largo plazo El Plan Nacional de Salud 2023-2033 se sustenta en diversos planes de mediano plazo y anuales.	Acceso a atención integral, promoción de la salud, mejor gestión de la información sanitaria y sistemas digitales, respuesta a emergencias y gobernanza.	Estrategias nacionales de salud apoyadas por planes locales de salud bajo la CCSS.	Fuerte alineación de prioridades estratégicas y financiación. Los recursos están vinculados a prioridades estratégicas a través de diversos planes operativos y mecanismos de compra estratégica recientemente introducidos.
Ecuador	Enfoque estratégico de planificación sanitaria a medio plazo El Plan Decenal de Salud (2022-2031) apoyado por el Plan Estratégico de Salud de mediano plazo (2021-2025) y los planes operativos anuales.	Reducción de las desigualdades en salud, transformación digital, fortalecimiento de los sistemas de salud, reducción de la prevalencia de enfermedades, incluida la desnutrición y la mortalidad infantil y materna.	Planes estratégicos nacionales apoyados por planes de salud locales de los gobiernos provinciales.	Buena alineación de la planificación y la presupuestación con un enfoque en la integración digital. Sin embargo, existen variaciones regionales debido a la implementación y las limitaciones de recursos.
México	Enfoque de planificación estratégica a mediano plazo El plan sectorial, Plan Nacional de Salud 2024-2030, se sustenta en una estrategia programática anual.	Priorizar la promoción y prevención de la salud, mejorar la calidad de la atención médica, fortalecer y ampliar el programa IMSS-Bienestar para prestar servicios a las personas no aseguradas, mejorar la disponibilidad de medicamentos, suministros y equipos, modernizar e integrar el sector salud en un sistema unificado.	Planes de salud nacionales respaldados por planes de salud estatales y locales.	Alineación moderada de las estrategias del plan y la financiación debido a las graves restricciones fiscales, las variaciones regionales, la fragmentación estructural y las nuevas reformas.

Perú	Mediano plazo Enfoque de El Plan Estratégico 2025-2030 del Ministerio de Salud se apoya en planes operativos anuales	Cobertura sanitaria prevención y control de enfermedades transmisibles y ENT, expansión de la atención primaria de salud, mejora de la infraestructura de salud y acceso en zonas remotas	Plan nacional apoyado por planes de salud locales y regionales	Alineación parcial entre prioridades estratégicas y el presupuesto. Si bien se realizan esfuerzos para integrar el desempeño, el monitoreo y la supervisión presupuestaria, existe una grave fragmentación y falta de financiación.
-------------	--	---	--	---

Fuente: Recopilación de los autores basada en la revisión de varios planes de salud nacionales, documentos de estrategia y artículos publicados.

Las prioridades estratégicas de salud de Argentina están impulsadas por estrategias nacionales plurianuales que cuentan con el apoyo de planes provinciales.⁷⁰ El plan estratégico nacional, Plan Nacional de Calidad en Salud, describe algunas prioridades clave como mejorar el acceso y la equidad en salud, un enfoque integral de salud, mejorar la coordinación, la información y la gestión de recursos, mejorar el acceso a los medicamentos y la salud materna e infantil.⁷¹ Las provincias desempeñan un papel clave en la planificación y presupuestación anual, y el Plan SUMAR es central en el proceso presupuestario. El modelo de pago por resultados del Plan SUMAR facilita la vinculación de los objetivos estratégicos con el presupuesto. Sin embargo, esta alineación no es tan fuerte para todo el sector salud debido a las estructuras sanitarias fragmentadas y a la influencia de los gobiernos provinciales en la implementación del presupuesto.^{72,73} Los datos de ejecución presupuestaria ilustran algunas de estas brechas en la ejecución del presupuesto.⁷⁴

Brasil utiliza un marco de mediano plazo que abarca un período de cuatro años, y el plan nacional de salud, Plano Plurianual (PNS), se alinea con el ciclo del marco de mediano plazo. El PNS 2024-27 se centra en el fortalecimiento de la atención primaria y especializada, la producción local de medicamentos y vacunas, la integración entre unidades federales y la equidad en salud.^{75,76} A través del FNS se transfieren fondos para apoyar el plan nacional de salud a los gobiernos subnacionales, creando vínculos entre los flujos presupuestarios y las prioridades políticas.²⁶ Sin embargo, los vínculos entre las prioridades y los presupuestos no siempre son claros debido a las limitaciones fiscales y de implementación. Por ejemplo, el techo fiscal constitucional de 20 años introducido en 2016 mediante la Enmienda Constitucional 95/2016 ha restringido fuertemente las asignaciones de fondos, impactando no solo las prioridades del plan estratégico, sino también el logro de objetivos globales clave como los Objetivos de Desarrollo Sostenible.^{77,78} De manera similar, ciertas enmiendas parlamentarias pueden desviar recursos de las prioridades del plan, descarrilando la alineación con los presupuestos.⁷⁹ Si bien Brasil aún enfrenta problemas de falta de financiación y reasignación presupuestaria, se están realizando esfuerzos para mejorar los vínculos entre la planificación y la presupuestación a través de diversas herramientas como el mapa estratégico.⁸⁰

En Chile, los planes estratégicos se estructuran en torno a prioridades sectoriales comunicadas a través de notas presupuestarias de la DIPRES. El plan estratégico actual 2023-26 prioriza la cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud, la gestión de riesgos para la salud, la mejora del liderazgo en materia de salud y la reducción de los largos tiempos de espera.⁸¹ Chile enfrenta cuellos de botella legales que afectan la alineación de las prioridades del plan y su financiamiento. A pesar de que los marcos de planificación y la aplicación de planificación y financiamiento basados en evidencia mediante el uso de evaluaciones de tecnología sanitaria (ETS) han tenido como objetivo mejorar la toma de decisiones para alinear los recursos con las prioridades, el aumento creciente de 'leyes de enfermedades' impulsadas por la sociedad civil está causando ineficiencias y fragmentación. Por ejemplo, la Ley del Cáncer permite la creación de planes independientes para el tratamiento del cáncer, la creación de un Fondo para el Cáncer con recursos asignados para la investigación y la infraestructura del cáncer. Han surgido otras leyes similares que socavan la planificación y priorización de la salud nacional en Chile.^{82,83}

El Plan Decenal de Salud Pública de Colombia describe prioridades estratégicas clave como la promoción de la salud, la reducción de los factores de riesgo de las ENT, la gestión integrada de la atención de las ENT y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia e investigación.⁸⁴ El país también utiliza un plan de mediano plazo, actualmente el Plan Nacional de Desarrollo (2022-2026), para establecer prioridades para el sector salud.⁸⁵ Si bien Colombia ha alcanzado altos niveles de cobertura sanitaria universal y tiene un nivel relativamente alto de gasto público en salud en la región, la alineación entre las prioridades y el financiamiento se ve comprometida por problemas de subfinanciamiento e ineficiencia relacionados con el estrés macrofiscal y el gasto excesivo de las EPS en el marco de su programa de aseguramiento. Por ejemplo, la prima del seguro de salud, UPC, que constituye una parte importante del presupuesto de salud, se incrementó solo un 5,36% para 2025, lo que no sigue el ritmo de la inflación y pone en peligro el apoyo adecuado a los objetivos estratégicos.⁸⁶ Como dijo una fuente clave: *"Colombia necesita hacer algo... una visión más de mediano plazo, una visión de financiamiento de mediano y largo plazo. ¿Por qué? Porque las decisiones de salud casi siempre se toman anualmente. "Estamos muy limitados por la situación fiscal". - FC, Colombia*

La planificación plurianual de Costa Rica en materia de salud se realiza a través del Plan Nacional de Desarrollo (2023-2026) y el Plan Nacional de Salud 2023-2033.⁸⁷ Además de la optimización de la fuerza laboral, la expansión de la cobertura de servicios y el mantenimiento del gasto en salud, las fuentes clave mencionaron que Costa Rica tiene seis áreas prioritarias clave: enfermedades prevenibles por vacunación, ENT y manejo de enfermedades crónicas, y enfermedades de alto costo. Una fuente clave mencionó: *"Creo que se centran en cuatro áreas principales: prevención mediante la vacunación; tratamiento de enfermedades no transmisibles y crónicas; y enfermedades de alto costo. Esos son los cuatro pilares en los que actualmente tienen un enfoque estratégico, buscando optimizar los temas presupuestarios, la planificación presupuestaria y mejorar las negociaciones para ampliar la cobertura a más pacientes". -FC, Costa Rica.* La planificación y la presupuestación en salud están alineadas a través de un sistema de salud integrado y basado en el desempeño. Los presupuestos favorecen a los pobres, con un sistema de asignación basado en las necesidades que se centra en la prestación de atención primaria de salud y está bien respaldado por las reformas de compras estratégicas recientemente adoptadas que vinculan los flujos de recursos a las necesidades de la población.⁴⁶ Los presupuestos anuales están vinculados al desempeño a través de acuerdos de desempeño (presupuestos vinculados al desempeño del 10% para los hospitales) y a través del Programa por Resultados (PporR) apoyado por el Banco Mundial, que vincula los desembolsos con los resultados del programa.^{43,47}

Ecuador cuenta con un Plan Estratégico de Salud (2021-2025) y un Plan Decenal de Salud (2022-2031), y las prioridades actuales incluyen mejorar la prestación de atención médica universal y gratuita, mejorar la prestación de atención primaria y reducir la carga de enfermedades prevenibles.^{88,33} Se han realizado esfuerzos para alinear los presupuestos con las prioridades a través de un enfoque en los planes institucionales y la digitalización, junto con los planes operativos anuales.^{89,90}

Las prioridades del sector salud de México están guiadas por la estrategia sectorial, Plan Sectorial de Salud 2024-2030, que está integrado al presupuesto federal anual y a la estrategia programática anual. Las prioridades del actual gobierno son la extensión del sistema de salud vía IMSS-Bienestar, la disponibilidad de medicamentos, la reducción de tiempos de espera, la salud digital y la retención de la fuerza laboral rural.⁹¹ Los déficits presupuestarios del país, las recientes reformas de salud y el alejamiento del Seguro Popular han dado pie a limitaciones para alinear el financiamiento con las prioridades de la salud.⁹²⁻⁹⁴

Perú cuenta con un plan estratégico plurianual que se apoya en planes operativos basados en insumos de los gobiernos locales y regionales.⁹⁵ Las prioridades estratégicas actuales incluyen la mejora de la cobertura sanitaria universal, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y las ENT, la expansión de la atención primaria de salud, la mejora de la infraestructura sanitaria y el acceso en zonas remotas. Si bien se están realizando esfuerzos para mejorar la operacionalización de los planes estratégicos y también para mejorar el seguimiento, la alineación entre las prioridades del plan y la financiación se ve afectada negativamente por un sistema de salud en gran medida fragmentado.⁴⁰

Con base en la revisión de la planificación estratégica y la priorización en los países estudiados, la expansión de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud, la preparación para emergencias sanitarias, la reducción de los largos tiempos de espera, la prevención de enfermedades y las reformas financieras y de salud digital surgen como las prioridades clave en todos los países. Si bien los países cuentan con planes estratégicos de salud y marcos de mediano plazo para orientar la planificación y la presupuestación del sector salud, fuentes clave han señalado el vínculo débil entre la planificación y la asignación presupuestaria. Aunque algunos países cuentan con estrategias nacionales de salud o paquetes de beneficios, estos planes a menudo carecen de respaldo financiero o de vínculo formal con la formulación del presupuesto. Fuentes clave de Chile y Perú mencionaron que existen planes nacionales de salud, pero no son vinculantes para el proceso presupuestario. *"El problema es que la Estrategia Nacional de Salud no tiene garantizado un presupuesto específico". -FC, Chile.* En el Perú, el Plan Nacional de Salud se utiliza más como referencia que como herramienta de planificación. *"Hay un plan nacional hasta 2030, pero sirve más como punto de referencia, como una guía. En realidad, nadie está obligado a presupuestar con base en ese plan". - FC, Perú.* Las fuentes clave también hablaron sobre el uso limitado de la carga de enfermedad y la evidencia en el establecimiento de prioridades.

También hay fragmentación en las estructuras de planificación, especialmente en los países descentralizados. Fuentes clave mencionaron que los países tienen una fragmentación institucional donde cada subsistema o agencia planifica de manera aislada, lo que reduce la coordinación y coherencia en las prioridades del presupuesto nacional de salud. Las fuentes clave analizaron especialmente los casos de Perú, México y Argentina, donde agencias paralelas desarrollan presupuestos independientes que no están bien alineados a nivel central. Esta fragmentación afecta el papel del Ministerio de Salud a la hora de influir en las asignaciones. Las fuentes clave también hablaron sobre la influencia de los actores políticos, la sociedad civil y los grupos de pacientes en la elaboración del presupuesto y el establecimiento de prioridades. Las prioridades presupuestarias suelen estar más influenciadas por el liderazgo político, los grupos de interés o el cabildeo institucional que por los datos de salud pública o las evaluaciones sistemáticas de necesidades.. *“Las presiones del gobierno y de las asociaciones de pacientes condicionan el presupuesto”*. -FC, Chile. *¿Quién ha pedido algo y con qué propósito? ¿Quién está haciendo más ruido? Muchas veces así es como funciona...* *“Nunca vi un proceso que tuviera algún objetivo claro o algún tipo de criterio de priorización en función de resultados o necesidades reales”*. -FC, Ecuador.

Las fuentes clave destacaron los esfuerzos del país para mejorar el proceso de presupuestación estratégica para la salud a través de innovaciones y prácticas positivas. Por ejemplo, Colombia utiliza modelos actuariales y actualizaciones de los paquetes de beneficios en función del riesgo de salud. Algunas fuentes clave mencionaron que *“el proceso más importante en la definición presupuestal en Colombia es el análisis actuarial del riesgo de las personas. Esto se realiza todos los años. La prima que pagamos es muy importante, porque el sistema integra lo privado y lo público.* - FC, Colombia. Costa Rica segmenta medicamentos por impacto financiero para mejorar las proyecciones. Las fuentes clave también destacaron que la aparición de nuevas terapias y los tratamientos de alto costo han generado dificultades en la formulación del presupuesto. Por ejemplo, en Costa Rica los medicamentos generalmente se dividen en dos categorías: los que están en la Lista Oficial de Medicamentos y los que no están en la lista. Las necesidades futuras se pueden pronosticar fácilmente para aquellos que están en la lista oficial basándose en datos históricos, sin embargo, el presupuesto para aquellos que no están en la lista oficial de medicamentos genera incertidumbres, especialmente porque esta lista incluye terapias de alto costo. Señalaron, *“los productos de alto impacto financiero son aquellos que consumen más de 600 mil dólares al año... existe un proceso de planificación anual dentro de la Caja de Seguro Social para definir ese plan de compras. Y la segunda categoría son los medicamentos NO-LOM, que son básicamente aquellos que no están incluidos en la lista oficial de medicamentos. Y ahí es donde entra la incertidumbre, porque ahí es donde caen la mayoría de las terapias innovadoras”*. -FC, Costa Rica. A pesar de avances como el análisis actuarial de Colombia y la clasificación de medicamentos de Costa Rica, la mayoría de los países no utilizan datos sobre la carga de enfermedad, análisis de costo-efectividad o indicadores de resultados para establecer prioridades presupuestarias. Fuentes clave mencionaron que México carece de métricas y análisis presupuestarios que comparen distintas enfermedades. *“El gobierno no publica sus prioridades en salud”*- FC, México. En Perú, las fuentes clave observaron que los indicadores se centran en los insumos más que en los resultados; las prioridades de salud suelen tener una motivación política. *“Los indicadores utilizados no son adecuados. “La carga de enfermedad no está incluida.”* - FC, Perú.

En general, la planificación y el establecimiento de prioridades para la presupuestación de salud en los países estudiados de América Latina siguen estando en gran medida fragmentados, desconectados y débilmente vinculados a las necesidades de salud de la población. La ETS puede desempeñar un papel clave en la mejora de la planificación y presupuestación de la salud al garantizar que el gasto público se dirija hacia intervenciones que ofrezcan la mayor relación calidad-precio. Al evaluar sistemáticamente la eficacia clínica, la relación costo-efectividad y el impacto más amplio de las tecnologías médicas (como medicamentos, procedimientos y equipos), las evaluaciones de tecnologías sanitarias ayudan a los gobiernos a tomar decisiones informadas sobre qué tratamientos incluir en la cobertura pública. El cuadro 2 a continuación resume el estado de las ETS en las regiones de América Latina y el Caribe estudiadas. Aunque en la práctica los países utilizan las ETS, sus conclusiones no son jurídicamente vinculantes y, por lo tanto, su impacto en la presupuestación sanitaria es débil.^{96- 99}

Cuadro 2: Estado de las evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS) y su uso en los países estudiados para mejorar la toma de decisiones y optimizar la asignación de recursos en la presupuestación			
Cuando las evaluaciones de tecnologías sanitarias se integran en los procesos presupuestarios, contribuyen a crear sistemas de salud más eficientes, equitativos y basados en evidencia. Las evaluaciones de tecnologías sanitarias no sólo previenen la adopción de tecnologías innecesarias o de bajo valor, sino que también apoyan la asignación racional de recursos limitados, mejoran la transparencia en la toma de decisiones y pueden reducir los costos de atención médica a largo plazo. La mayoría de los países estudiados utilizan ETS en el sistema de presupuestación sanitaria, con distintos grados de éxito, lo que se resume en la siguiente tabla:			
País	Institución líder en ETS	¿Dónde se utiliza?	¿Se utiliza en planificación y presupuestación?
Argentina	CONETEC (Comisión Nacional de ETS) adscrita al Ministerio de Salud	Apoya las decisiones nacionales sobre reembolso de medicamentos. Recientemente se hizo más hincapié en ello en las reformas de cobertura sanitaria universal.	Sí, pero recibe poco apoyo financiero y recursos humanos para las evaluaciones. ^{97,100-102}
Brasil	CONITEC (Comité Nacional para la Incorporación de Tecnologías en Salud)	Obligatorio para la incorporación de tecnologías al Sistema Único de Salud (SUS).	Sí. Uso avanzado de ETA con disposiciones legales ^{102- 104}
Chile	Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia	Apoya la priorización de intervenciones bajo la ley Ricarte Soto. Propone ampliar plan de beneficios universales de salud.	Sí. Uso moderado de ETS pero creciente integración de políticas ^{83, 98, 105}
Colombia	IETS (Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)	Informa sobre el diseño del paquete de beneficios y la cobertura bajo el PBS (Plan de Beneficios de Salud).	Sí, el IETS tiene una fuerte capacidad técnica, pero las ETS no son obligatorias ni sistemáticas ^{99, 106, 107}
Costa Rica	Comisión de ETS en la CCSS	Cierto uso de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) en la adquisición de tecnología y decisiones sobre formularios.	Sí, pero uso inconsistente y baja integración de políticas ^{99, 108}

Ecuador	Unidad de ETS dentro del Ministerio de Salud Pública.	Influye en algunas decisiones políticas, especialmente las relacionadas con la contratación pública y la financiación de medicamentos y dispositivos médicos	Sí, pero las ETS están en etapas incipientes, con baja integración de políticas. ^{109, 110}
México	CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud)	Informa adquisiciones y decisiones básicas del sector salud del IMSS Bienestar.	Sí, pero no es obligatorio, se consideran recomendaciones. ^{99, 111}
Perú	Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación (IETSI); Instituto Nacional de Salud (INS) adscritos al Ministerio de Salud.	Creciente influencia en las decisiones de cobertura y las guías de práctica clínica.	Sí, pero el uso de ETS es mayoritariamente informativo, está subfinanciado y tiene baja integración en las políticas. ^{40, 112}

Fuente: Recopilación de los autores a partir de diferentes informes

3.4 Prácticas presupuestarias

Las prácticas de presupuestación en salud desempeñan un papel fundamental en la configuración de la eficiencia, la equidad y la eficacia de los sistemas de salud, en particular en entornos con recursos limitados como los de América Latina. Según la OMS, las prácticas presupuestarias sólidas —aquellas que alinean el gasto con las prioridades políticas, los indicadores de desempeño y los objetivos de prestación de servicios— son esenciales para lograr la cobertura sanitaria universal. Los presupuestos de salud transparentes y orientados al rendimiento contribuyen a una mejor disciplina fiscal, reducen las ineficiencias y ayudan a garantizar que los gastos de salud pública respondan a las necesidades reales de la población.^{113,114} Con respecto al sector de la salud, la OMS ha destacado cuatro tipos clave de clasificaciones presupuestarias: presupuestos económicos, administrativos, funcionales y programáticos, cada uno de los cuales cumple funciones clave para mejorar la financiación pública de la salud (cuadro 8). Mientras que los presupuestos económicos se centran en el control de los insumos, los presupuestos administrativos se centran en la rendición de cuentas, los presupuestos funcionales en la comparabilidad internacional y la pertinencia de las políticas, y los presupuestos programáticos en los resultados y resultados estratégicos. Cuando se utilizan juntos, fortalecen la transparencia, la planificación y la eficacia en la presupuestación de salud.¹⁷

Nuestros países analizados utilizan un enfoque mixto para la presupuestación de salud, utilizando clasificaciones presupuestarias económicas (es decir, por partidas presupuestarias), administrativas, funcionales y programáticas en la planificación de la salud (Cuadro 8). Sin embargo, la estructura exacta y el énfasis varían según el país. El uso histórico de presupuestos por partidas es el más común en todos los países, donde los presupuestos anuales se incrementan cada año en función del presupuesto del año anterior. En la mayoría de los casos, este enfoque refleja una falta de vínculo entre la planificación y la presupuestación en el sector salud. La clasificación funcional de los presupuestos se observa más comúnmente en Brasil, donde el financiamiento se asigna con base en seis áreas funcionales clave: atención primaria; atención ambulatoria y hospitalaria de mediana y alta complejidad; vigilancia de la salud; asistencia farmacéutica; gestión del SUS; e inversión en la red de servicios de salud.^{115,116}

El SUS de Brasil también tiene algunas características de un presupuesto funcional a través del Fondo Nacional de Salud para garantizar flujos fiscales responsables y descentralizados entre los gobiernos federal, estatal y municipal. En varios países se utiliza la presupuestación por programas, que ayuda a hacer un seguimiento de los gastos en los principales programas de salud, por ejemplo, el Plan Nacer/Programa Sumar de Argentina (Cuadro 3).^{117.118} Programa Saude da Familia de Brasil para la prestación de atención primaria^{119.120}, IMSS-Bienestar de México^{37.121} Las reformas de atención primaria universal de Chile financiadas por el Banco Mundial.¹²²

Tabla 8: Clasificaciones presupuestarias y aplicaciones en el sector salud

Tipo de presupuesto	Características	Beneficios	Ejemplos de implementación en los países
Clasificación económica	Organiza los gastos por tipo de transacción económica, como salarios, bienes y servicios. Sigue estándares internacionales como el <i>Manual de estadísticas de finanzas públicas (MEFP) 2001</i> .	Facilita el control sobre insumos y costos. Permite la coherencia y comparabilidad en los informes financieros entre sectores y países. Útil para monitorear la asignación de recursos por categorías de entrada, aunque menos eficaz para rastrear productos o resultados.	Se utiliza en todos los países analizados en forma de presupuestos de partidas presupuestarias.
Clasificación administrativa	Desglosa el presupuesto por instituciones o entidades (por ejemplo, ministerios, departamentos, hospitales) responsables de implementar y gestionar los fondos.	Aclara la rendición de cuentas al identificar quién controla y gasta los fondos públicos. Ayuda en los esfuerzos de descentralización y seguimiento de recursos a niveles subnacionales. Permite la alineación con las estructuras organizacionales y facilita las auditorías internas.	El SUS de Brasil
Clasificación funcional	Clasifica el gasto según el propósito o la función, como salud o educación, y además en subfunciones como servicios ambulatorios o de salud pública.	Permite la comparación entre países utilizando categorías definidas internacionalmente. Apoya la planificación y la evaluación al mostrar cómo se asignan los fondos a los diferentes servicios de salud. Facilita el análisis de políticas, incluidas evaluaciones de eficiencia y equidad.	Brasil

Clasificación de programas	Agrupar los gastos según objetivos de políticas o resultados específicos (por ejemplo, salud materna, inmunización). Puede incluir clasificaciones basadas en actividades.	Vincula los presupuestos con los resultados y los objetivos de las políticas. Fomenta la presupuestación basada en el rendimiento y la planificación estratégica. Ofrece flexibilidad y adaptación específica para cada país para	Plan Nacer/Programa Sumar de Argentina, Programa Saude da Família de Brasil, IMSS Bienestar de México.
-----------------------------------	--	---	--

Fuente: Adaptado de Barroy H., Dale E., Sparkes S., Kutzin J.: Cuestiones presupuestarias para la cobertura sanitaria universal: cuestiones clave de formulación y clasificación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Las reformas del presupuesto de salud en los países latinoamericanos estudiados han sido fundamentales para promover la rendición de cuentas y la descentralización, especialmente cuando las clasificaciones funcionales y administrativas están bien integradas.¹²³ Países como Brasil, Chile y México, que han implementado presupuestos programáticos y basados en resultados, han podido mejorar los vínculos entre el gasto en salud, la mejora de la cobertura de servicios y los resultados en materia de salud, lo que se ha traducido en una reducción de la mortalidad materna e infantil y una ampliación del acceso a la atención primaria (Tabla 9). Por ejemplo, el financiamiento descentralizado de Brasil a través del SUS, apoyado por transferencias específicas y asignaciones programáticas, ha permitido inversiones específicas en atención primaria y servicios preventivos. De manera similar, la presupuestación basada en resultados para los planes de aseguramiento subsidiados de Colombia ha ayudado a mejorar el acceso a los servicios de salud para las poblaciones de menores ingresos. Si bien aún existen desafíos —como la fragmentación, las ineficiencias en las asignaciones subnacionales y el espacio fiscal limitado— los países con prácticas de presupuestación sanitaria más coherentes y transparentes en general han experimentado un mejor desempeño del sistema de salud y avances hacia los objetivos de la cobertura sanitaria universal. Por lo tanto, el fortalecimiento institucional continuo, un mejor seguimiento del gasto y la alineación con las estrategias nacionales de salud son cruciales para sostener y mejorar los resultados en materia de salud en la región.

Tabla 9: Enfoques exitosos de financiación y presupuestación basados en resultados adoptados por los países

Argentina	Financiamiento exitoso basado en el desempeño a través del Plan Nacer/Sumar, donde los fondos se asignan a las provincias en función de los usuarios inscritos y el logro de indicadores de salud.
Brasil	Niveles mínimos de gasto en salud establecidos por la Constitución a nivel federal (15% de los ingresos netos corrientes), estatal (12% de los ingresos totales) y municipal (15% de los ingresos totales).
Chile	Enfoque del Programa por Resultados (PporR) para las reformas de atención primaria de salud (APS) universal, financiadas por el Banco Mundial, mediante el cual se utilizará un modelo de pago per cápita por servicio para pagar a los proveedores en función del costo de la prestación del paquete de beneficios
Colombia	Pagos por capitación, en los que el gobierno asigna fondos a las EPS en función de un pago per cápita (UPC) para cubrir un paquete de beneficios definido.

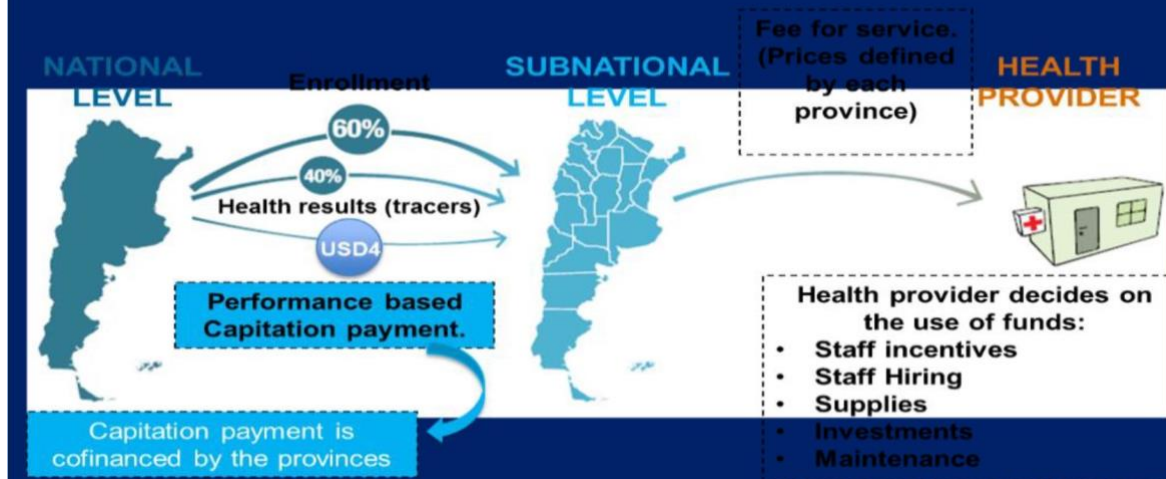
Costa Rica	Uso de programas por resultados a través de modelos de presupuestación prospectiva y capitación para alinear los recursos con los resultados de salud. Además, se introdujeron compras estratégicas en 2024 para alejarse del presupuesto histórico y avanzar hacia un modelo de capitación.
Ecuador	El proceso de presupuestación incluye la planificación plurianual y la presupuestación programática.
México	Presupuesto programático: fondos asignados en función de programas y objetivos específicos.
Perú	Presupuestación basada en resultados implementada desde 2008 en varios programas de salud clave.

Cuadro 3: Presupuesto por resultados en el marco del Plan SUMAR de Argentina

Argentina fue el primer país de ingresos bajos o medios en utilizar incentivos para ampliar simultáneamente la cobertura de salud y mejorar los resultados de natalidad a través de un programa de financiamiento basado en resultados (FBR) llamado Plan Nacer. El Plan Nacer, ahora conocido como Plan SUMAR, se introdujo en 2004 gracias al apoyo financiero del Banco Mundial para mejorar los resultados de salud materna e infantil en el país. En el marco de este programa, los fondos se transfieren a las provincias y municipios mediante pagos per cápita basados en: 1) la inscripción de la población elegible que efectivamente recibió un servicio preventivo en los últimos 12 meses; y 2) el desempeño provincial en indicadores de resultados de salud (como atención prenatal, cobertura de vacunación, visitas de niños y adolescentes sanos, atención adecuada a pacientes con diabetes e hipertensión y prevención del cáncer).¹²⁴ El programa aún está activo y se utiliza como mecanismo para proporcionar un presupuesto de salud complementario a las provincias mediante un mecanismo de transferencia basado en el desempeño. Se considera un buen ejemplo de seguimiento reformado del desempeño de la salud dentro de un sistema común de gestión financiera pública. En el marco de este programa, el 60% del presupuesto se asigna desde el centro a las provincias en función del número de personas inscritas en el programa. Las provincias deberán cofinanciar el 15% de las transferencias del centro. Anualmente, esta cofinanciación supone menos del 1 % de los presupuestos sanitarios provinciales. El centro asigna una cantidad fija por persona para los inscritos, mientras que el 40% restante se basa en el desempeño de ciertos indicadores para el rastreo de la atención en salud materna e infantil.^{117, 125}

Figura: La FBR en los mecanismos de financiamiento intergubernamental del Programa Sumar

PAY FOR PERFORMANCE SCHEME IN A FEDERAL COUNTRY



A 2024, el Plan Sumar cubre más de 700 servicios de salud organizados en 50 rutas de atención dentro de su paquete de beneficios. El programa ha dado lugar a importantes mejoras en la salud, incluida una reducción del 9% en el bajo peso al nacer entre los usuarios de las clínicas y una reducción del 23% entre los beneficiarios. Además, hubo una disminución del 22% en las muertes neonatales hospitalarias para los usuarios de la clínica y una reducción del 74% para los beneficiarios. ¹¹⁸.

Figura: Indicadores de desempeño utilizados en el Plan Sumar

PROGRAMA SUMAR TRACERS	
PERFORMANCE INDICATORS USED TO EVALUATE PROVINCIAL SYSTEM	
1. EARLY PREGNANCY CARE Pregnant women seen before week 13.	8. COBERTURA DE INMUNIZACIÓN A LOS 24 MESES Niños de 2 años que recibieron vacunas quintuples y contra la polio between 1 y 2 years of age.
2. PR (SEGUIMIENTO DE NANCY) At least 4 prenatal checkups in pregnant women.	9. COBERTURA DE VACUNACIÓN A LOS 7 AÑOS DE EDAD Niños de 7 años que recibieron vacuna triple o doble, viral, triple y polio vaccines between 5 and 7 years of age
3. EFICACIA DE LA ATENCIÓN NEONATAL Supervivencia de 28 días de niños con peso al nacer entre 750 and 1,500 grams.	10. SEGUIMIENTO DE ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 19 AÑOS DE EDAD At least one annual check up between 10 and 19 years of age
4. SEGUIMIENTO DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO At menos 6 controles antes del primer año de edad, según lo programado.	11. PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE SALUD SEXUAL Y/O REPRODUCTIVA Adolescents between 10 and 19 and women up to 24 who take part in sexual and reproductive health workshops.
5. EQUIDAD INTRAPROVINCIAL EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO Measures equality in terms of health follow-up of children under 1 year of age in the different regions of the same province.	12. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Mujeres entre 25 y 64 años con lesiones de grado alto o carcinoma de cuello uterino diagnosticado en los últimos años.
6. CAPACIDAD DE DETECCIÓN DE CARDÍAS CONGENITAS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO Children under 1 year of age with congenital heart disease diagnosis reported to the National Coordinating Referral Center.	13. ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA Women up to 64 with breast cancer diagnosed in the last year.
7. FOLLOW-UP OF CHILDREN BETWEEN 1 AND 9 YEARS OF AGE A least 9 checkups between 1 and 9 years, as scheduled.	14. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CASOS DE MUERTE MATERNA E INFANTIL It evaluates the attention process of maternal and infant death cases.

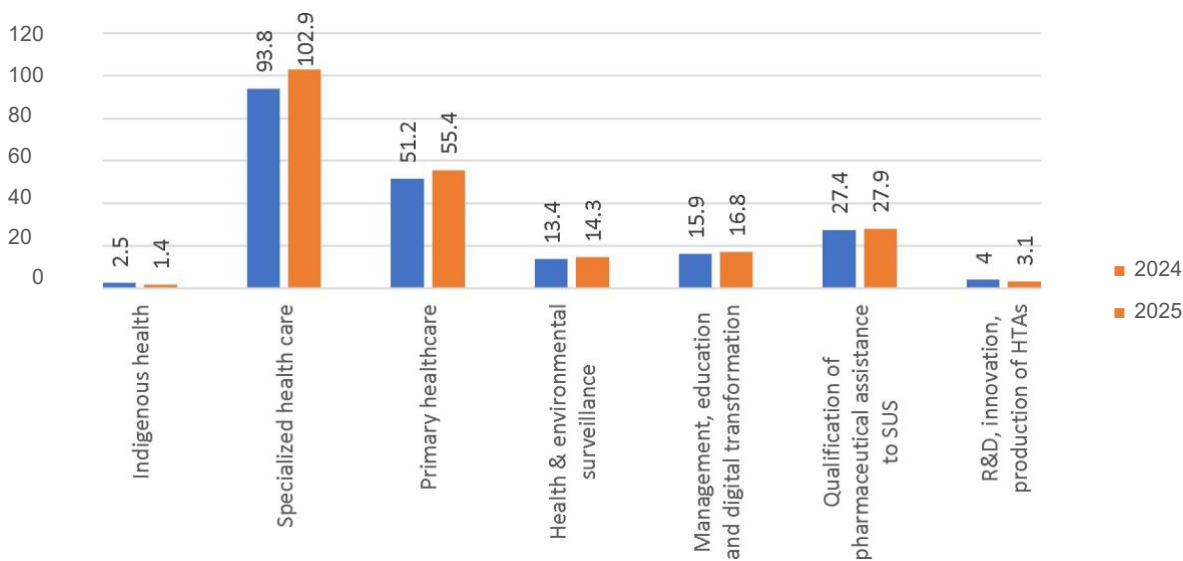
Fuente de las cifras: Tomado de <https://www.improvingphc.org/argentina-purchasing-payment-systems-0>

3.5 Asignaciones presupuestarias y prioridades

En lo que respecta a las asignaciones presupuestarias de salud, la priorización de los programas y subsectores de salud dentro de los presupuestos de salud en los países estudiados en América Latina varía significativamente según el país, lo que refleja diferentes estructuras de los sistemas de salud, objetivos de políticas y necesidades de la población.

En Argentina, la mayor parte del presupuesto de salud se destina a transferencias, ocupando el segundo lugar las enfermedades transmisibles y los programas prevenibles por vacunación (117 mil millones de pesos argentinos). Si bien los programas que abordan el VIH, la hepatitis, la tuberculosis y la lepra reciben una financiación moderada (21 mil millones de pesos argentinos), las ENT no transmisibles ocupan un lugar bajo en prioridad, con solo 7 mil millones de pesos asignados.¹²⁶ Brasil, por otra parte, destina casi la mitad de su presupuesto de salud a la atención primaria y especializada, en particular a servicios hospitalarios, ambulatorios y primarios, seguidos de las funciones de apoyo y administrativas. También mantiene un importante compromiso con la investigación y la innovación en salud, invirtiendo alrededor de 4 mil millones de reales anualmente (Figura 6).¹²⁷

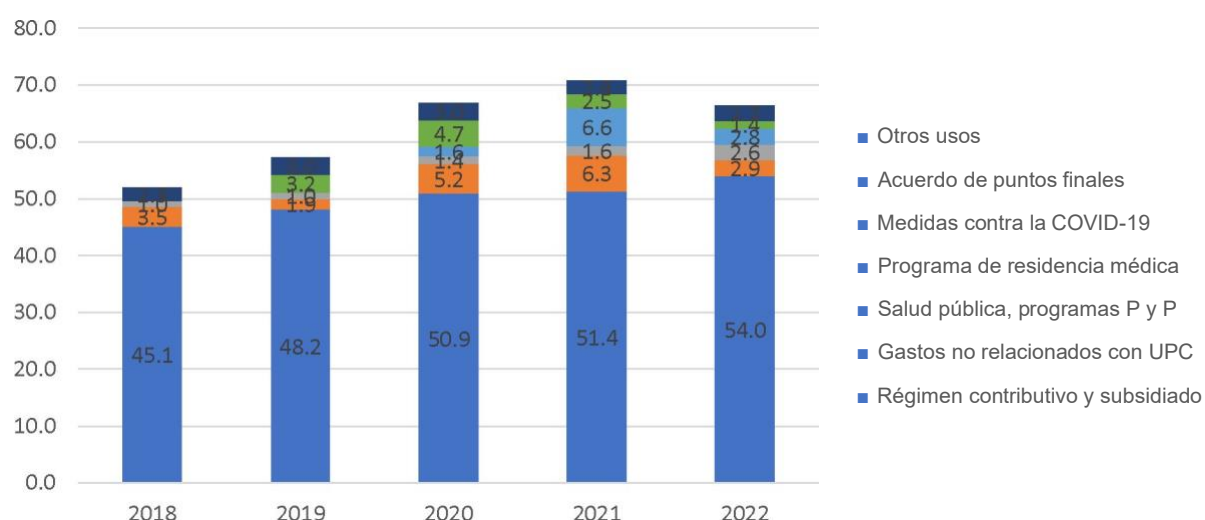
Figura 6: Asignaciones presupuestarias de Brasil en 2024 vs 2025 (en miles de millones de reales)



Fuente: Kroll R. Orçamento da saúde: com R\$ 246 mil millones, financiamento do SUS cresce 6,2%. Futuro da Saúde.
<https://futurodasaude.com.br/orcamento-da-saude/>

Chile pone énfasis en el acceso universal a la atención primaria, con una proyección de 47 mil millones de CLP asignados en 2025, respaldados por reformas en curso en materia de cobertura sanitaria universal y atención primaria de salud.¹²⁸ Los pagos por capitación a las aseguradoras de Colombia (UPC) bajo un paquete de beneficios definidos, ocupan la mayor parte del presupuesto, lo que indica un enfoque en la prestación de servicios por aseguramiento (Figura 7). 129-131

Figura 7: Asignaciones presupuestarias de salud de Colombia a lo



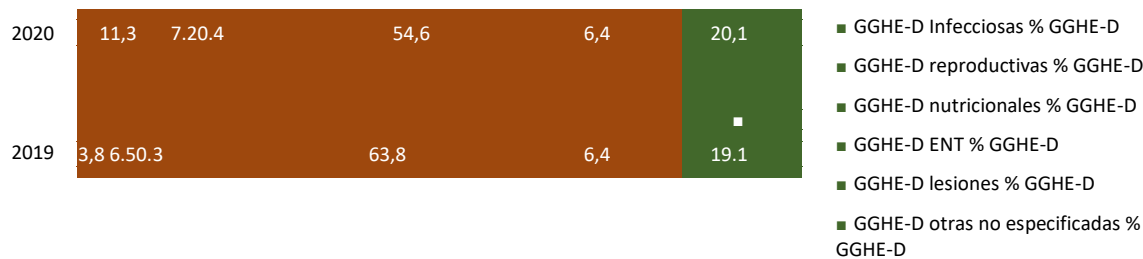
Fuente: Adaptado de Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia [Internet]. Banrep.gov.co. Banco de la República; 2023. Disponible en: <https://repositorio.banrep.gov.co/items/5319ce1f-f2f3-470e-ac8e-5090d387b7bf>

Además, el mecanismo de Presupuestos Máximos de Colombia introducido en 2020 es un sistema de financiamiento que está integrado en el presupuesto anual de salud mediante una partida presupuestaria explícita. Es complementario a la UPC y se utiliza para mejorar la cobertura de medicamentos, tecnologías y servicios de alto costo fuera de la UPC. Este sistema se introdujo para evitar problemas de reembolso retrospectivo con las EPS, que son impredecibles y no transparentes, y para crear un mecanismo de financiación más predecible.^{31,32} El presupuesto de Costa Rica muestra un fuerte énfasis en la prestación de servicios a través de CEN-CINAI y gastos no asignables, que en conjunto representan más del 75% de su presupuesto de salud para 2025.¹³² En México, a pesar de un aumento del 25% en el financiamiento del IMSS-Bienestar (que atiende a quienes no tienen seguridad social), el presupuesto general de salud se ha reducido en un 11% en 2025. Las asignaciones para programas de apoyo a los trabajadores informales han disminuido y los gastos administrativos siguen siendo elevados, representando casi el 10% del presupuesto. La financiación de las ENT también ha experimentado una disminución marginal.¹³³ Perú ha priorizado el desarrollo infantil temprano y la salud materna y neonatal, destinando 2.600 millones de soles a cada uno en 2025. El control del cáncer ocupa el siguiente lugar, mientras que las ENT ocupan un lugar mucho más bajo, con solo 802 millones de soles, lo que refleja un enfoque en la salud materna e infantil por sobre el manejo de enfermedades crónicas.¹³⁴

Aunque las ENT contribuyen excesivamente a la carga de enfermedad y mortalidad en los países estudiados, el gasto interno en ENT no está bien documentado. Por ejemplo, en la base de datos mundial sobre gasto en salud (GHED) de la OMS, que captura el gasto por categorías de enfermedades, los datos sobre el gasto en enfermedades provenientes de recursos internos solo estaban disponibles para Costa Rica.

Las ENT representan más del 80% del total de muertes en Costa Rica, siendo las enfermedades cardíacas, la enfermedad renal crónica y los accidentes cerebrovasculares las principales causas de muerte.¹³⁵ Según los datos del GHED, el gasto interno de Costa Rica en ENT es el 55% del gasto interno total por categorías de enfermedad (Figura 8).

Figura 8: Gasto general en salud del gobierno interno de Costa Rica por categorías de enfermedad



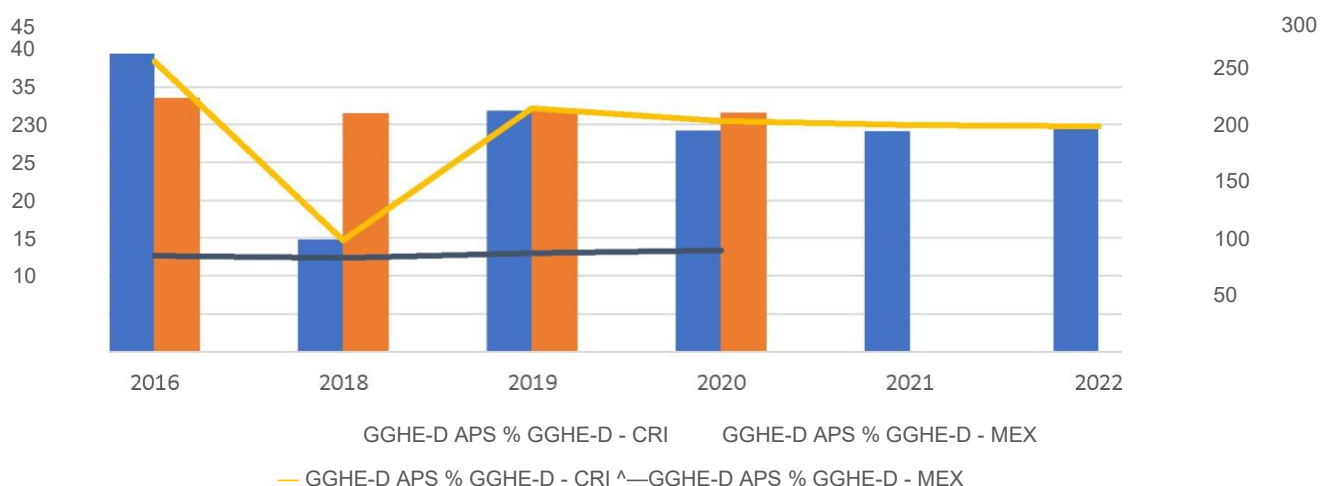
Fuente: OMS GHED

Con base en los datos disponibles sobre el gasto gubernamental nacional en atención primaria de salud de la base de datos GHED de la OMS, tanto México como Costa Rica gastan alrededor del 30% de su gasto gubernamental nacional en atención primaria de salud (GGHE-D APS % GGHE-D), cumpliendo con la directriz recomendada por la OMS de asignar el 30% del gasto gubernamental en salud a la atención primaria de salud (Figura 9). El gasto público interno per cápita en APS en Costa Rica (US\$ 203 en 2021) es más del doble de lo que gasta México (US\$ 89 en 2021), aunque no hay datos de los últimos años disponibles para hacer una comparación.¹⁵ Las asignaciones presupuestarias de Brasil en los últimos años también apuntan a una priorización de la atención primaria de salud, que recibió la segunda mayor asignación después del SUS en 2024 y 2025 (Figura 7).¹³⁶

El enfoque de Costa Rica en un sistema de salud primaria sólido es uno de los factores clave para el éxito de su progreso en materia de salud. El modelo de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) de Costa Rica, lanzado en 1995, marcó un cambio fundamental en la prestación de atención primaria de salud en el país. Implementado por la CCSS, el modelo EBAIS provee casi el 80% de todos los servicios de salud del país a través de un presupuesto impulsado por un conjunto de metas y prioridades. La CCSS es el único proveedor de servicios de salud pública del país, lo que ayudó a integrar servicios tanto preventivos como curativos bajo el modelo EBAIS.^{137,138} Se asignan equipos multidisciplinarios, compuestos por médicos, enfermeras, asistentes técnicos, empleados médicos y, a veces, farmacéutas, para atender a comunidades geográficamente agrupadas, con aproximadamente 4.000 personas por equipo. Con el apoyo de una fuerte voluntad política y el financiamiento del Banco Mundial, el BID y la OPS, las clínicas EBAIS priorizaron la prevención, la promoción de la salud, el seguimiento y la rendición de cuentas a través de una retroalimentación del desempeño basada en datos.^{139,45} Este enfoque proactivo y comunitario amplió rápidamente el acceso (la cobertura aumentó del 25% antes de la reforma a más del 93% en 2017) y mejoró significativamente los indicadores de salud, incluida una notable reducción en la incidencia de enfermedades transmisibles y reducciones a largo plazo en la mortalidad de adultos y niños.

El éxito del modelo se extendió más allá de los resultados en materia de salud: también generó impactos socioeconómicos positivos. Un estudio de 2021 encontró que un mayor acceso a la atención primaria a través de las clínicas EBAIS se asoció con un aumento aproximado del 4% en los ingresos del hogar, lo que sugiere que las poblaciones más saludables tenían mayor capacidad para aprovechar las oportunidades económicas.^{45.138.140} Las sólidas inversiones en la capacitación de la fuerza laboral, el uso de la infraestructura existente y la participación de la comunidad garantizaron la sostenibilidad y la equidad, especialmente en las zonas rurales marginadas. Hoy en día, la experiencia de Costa Rica es destacada por la OMS y la OPS como un modelo de atención primaria de salud integral y centrada en las personas: un sistema que ofrece una amplia cobertura poblacional, reduce las desigualdades en salud y apoya el desarrollo económico a largo plazo.

Figura 9: Gasto general de salud de los gobiernos internos de Costa Rica y México en atención primaria de salud



Fuente: OMS GHED

Estas tendencias presupuestarias ilustran la variación en las prioridades sectoriales: mientras países como Brasil, Chile y Perú invierten significativamente en atención primaria y salud maternoinfantil, otros como México y Argentina muestran un compromiso mixto con las ENT y la cobertura del sector informal, y Colombia enfatiza los mecanismos de aseguramiento por sobre la prestación directa de servicios.¹³¹

Las entrevistas con fuentes clave destacaron algunas características clave y también cuestiones subyacentes de los sistemas de asignación del presupuesto de salud en los distintos países. Las entrevistas destacaron los mecanismos mixtos de asignación de recursos utilizados en los distintos países, que van desde asignaciones centralizadas a descentralizadas, pasando por el uso de capitación, transferencias específicas y subsidios directos. Chile utiliza transferencias per cápita para atención primaria a los municipios, pero la financiación es ampliamente considerada como insuficiente. El país utiliza programas especializados como el GES para asignaciones a condiciones prioritarias y el Ricarte Soto para condiciones de alto costo. Colombia cuenta con un presupuesto de salud pública flexible además del paquete principal de beneficios, lo que permite a las regiones abordar sus propias prioridades de salud pública.

A pesar del derecho universal a la salud en Colombia y de las disposiciones existentes en materia presupuestaria, existen grandes déficits presupuestarios y crecientes tensiones financieras en el sector salud. Los recursos tanto para la UPC como para los Presupuestos Máximos son insuficientes, con una demanda creciente de medicamentos de alto costo. Existe una deuda creciente de COP 4,3 billones a 2024 debido al retraso en los reembolsos a los proveedores, con un tiempo promedio de reembolso que aumentó de 125 días en 2023 a 154 días a principios de 2025. Esto amenaza la sostenibilidad financiera de programas de salud claves en Colombia.¹⁴¹ En Perú, los presupuestos de salud están divididos entre los gobiernos regionales y central, lo que genera ineficiencias y problemas de coordinación. Fuentes clave señalaron que las asignaciones del sector salud también se han visto afectadas por la falta crónica de financiación en algunos países y en entornos macrofiscales más amplios. Además, los techos presupuestarios rígidos limitan aún más la flexibilidad en las asignaciones y la ejecución del presupuesto regional. Los límites estrictos o las partidas presupuestarias inflexibles que utilizan algunos países restringen la capacidad de adaptarse a las cambiantes demandas sanitarias o a las emergencias. En Perú, la rigidez presupuestaria impide la adaptación y socava la prestación de servicios. Como señaló una fuente clave: *“La asignación presupuestaria es absolutamente sesgada, completamente rígida, por así decirlo, debido al objetivo fiscal”*. FC, Perú. De manera similar, las políticas de austeridad fiscal en México han llevado a una reducción de la flexibilidad y el financiamiento, especialmente para las poblaciones sin seguridad social. En Chile, las débiles condiciones macrofiscales y la caída de los ingresos fiscales han llevado al estancamiento de los presupuestos asignados a los hospitales. Los hospitales tienen déficits presupuestarios y tienen que negociar aumentos a mitad de año para cubrir los crecientes costos de la atención médica. Esto a su vez ha dado lugar a prácticas informales como retrasos en los pagos a proveedores o priorización de procedimientos que generan ingresos adicionales. Una fuente clave señaló: *“Los recursos para los hospitales, específicamente para cirugías y operaciones hospitalarias generales, suelen comenzar en alrededor del 70% de lo que realmente se ejecutó el año anterior. Los hospitales inician el año con esa financiación parcial y el Ministerio de Hacienda lo sabe. Por ejemplo, si un hospital gastó 100 millones de dólares el año anterior, podría comenzar el nuevo año con sólo 70 millones. Esto lleva a un problema, cada año hay un conflicto o negociación con el Ministerio de Hacienda para asegurar ese 20% adicional que se necesita para llegar a los niveles anteriores... la presión de gasto que tienen los hospitales durante el año en términos de que no hay suficientes recursos para hacer el trabajo... Entonces llamas al proveedor, llamas a una empresa y le dices, bueno, no te puedo pagar ahora, pero tal vez en 6 meses te pagaré. Así que hacemos este trato, informalmente”* -FC, Chile.

En general, las prácticas y asignaciones presupuestarias de salud en los países estudiados reflejan una combinación de dinámicas técnicas, políticas y fiscales. Algunos sistemas ofrecen flexibilidad para la adaptación regional (por ejemplo, Colombia), mientras que otros adolecen de modelos de financiación rígidos y fragmentados (por ejemplo, Perú, México). Los desafíos comunes incluyen la falta de financiación, las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales y los métodos de asignación ad hoc que priorizan las fortalezas de negociación por sobre las necesidades. Reformar estas prácticas requerirá no sólo más financiación, sino también mejor planificación, flexibilidad y transparencia en la ejecución del presupuesto.

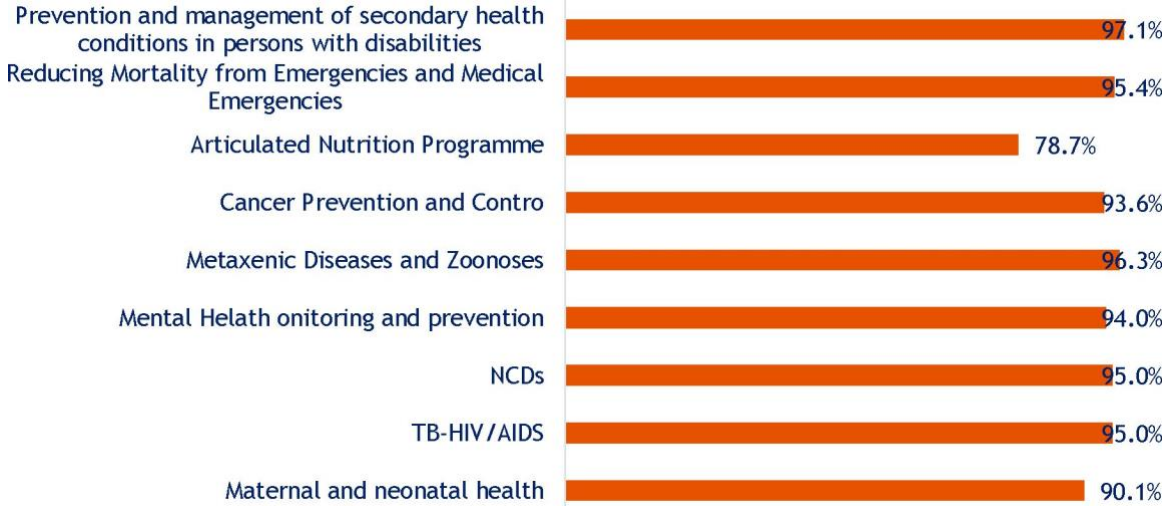
3.6 Ejecución del presupuesto

La ejecución del presupuesto de salud se refiere al proceso a través del cual se desembolsan, gestionan y gastan los fondos públicos asignados a la salud para prestar servicios y alcanzar objetivos en materia de políticas. En América Latina, la eficacia de este proceso varía ampliamente entre países debido a las diferencias en la capacidad institucional, la disciplina fiscal y los sistemas de gestión financiera pública. Si bien muchos países han avanzado en la vinculación de la ejecución presupuestaria con los resultados de salud mediante enfoques basados en el desempeño y sistemas de seguimiento digital, desafíos como las demoras en las adquisiciones, la subejecución de los fondos y la gobernanza fragmentada continúan obstaculizando la alineación entre el gasto y la prestación de los servicios. En esta sección se examina cómo se han implementado los presupuestos de salud en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú, basándose en literatura académica e informes gubernamentales para evaluar la eficacia con la que los fondos públicos han apoyado los objetivos de las políticas nacionales de salud.

El presupuesto federal de salud de Argentina ha experimentado recientemente cambios significativos. Bajo las medidas de austeridad de 2024 lideradas por el presidente Milei, el gasto federal en salud se redujo en casi un 48% en términos reales, lo que afectó programas como el tratamiento del cáncer, la inmunización y el control de enfermedades infecciosas, generando escasez de medicamentos y despidos de personal en los hospitales públicos. Estas reducciones han perturbado gravemente la implementación, provocando una reversión de las mejoras en materia de salud y una prestación de servicios abrumadora. El SUS de Brasil cuenta con sólidos sistemas de gestión financiera pública, pero aún persisten desafíos para traducir el presupuesto en resultados. El sistema de cuentas unificadas de salud permite la asignación por función y la ejecución subnacional, pero la vinculación detallada de los fondos a los programas de salud sigue siendo limitada. Si bien la confiabilidad del presupuesto es alta, las demoras en las adquisiciones y las variaciones entre estados pueden socavar las intervenciones de salud pública específicas, lo que requiere un mejor seguimiento por parte del Ministerio de Salud. Chile ha implementado con éxito importantes reformas como el sistema de garantía AUGE/GES, que asegura el financiamiento y acceso a más de 80 condiciones de salud prioritarias. Esta política se basa en presupuestos de salud bien ejecutados y una fuerte disciplina fiscal bajo la DIPRES. Los presupuestos se transfieren de manera eficiente a los niveles regionales y municipales, lo que respalda la prestación de servicios garantizados, aunque la presupuestación basada en el desempeño sigue evolucionando. El gasto en salud de Colombia se ejecuta principalmente a través de los regímenes contributivo y subsidiado del ADRES, que cubren alrededor de 50 millones de personas. La mayor parte del presupuesto general (57%) proporciona financiación vital para los pagos per cápita mensuales a las aseguradoras y amplias tecnologías sanitarias. Los resultados sugieren una cobertura efectiva: los gastos de bolsillo se mantuvieron bajos durante la pandemia de COVID. Sin embargo, persiste la falta de alineación allí donde las adquisiciones se retrasan y ocasionalmente surgen problemas de supervisión. Costa Rica aprovechó un instrumento PporR del Banco Mundial (2016-2022) para implementar reformas en el sistema de salud, incluida la integración de la red de atención primaria, la implementación de la historia clínica digital (EDUS) y la asignación estratégica de recursos. El desembolso basado en el desempeño impulsó mejoras: las cirugías ambulatorias más importantes aumentaron sustancialmente, las listas de espera disminuyeron y los sistemas de datos de calidad mejoraron la rendición de cuentas, lo que significa una implementación presupuestaria de alto rendimiento alineada con los objetivos de políticas.

El sistema de salud de Ecuador sufrió una inversión insuficiente antes y durante la pandemia de COVID-19, cuando la austeridad provocó despidos y deterioro de la infraestructura (particularmente en Guayaquil), lo que afectó la capacidad de respuesta ante emergencias. Si bien se han institucionalizado la salud en todas las políticas y los principios de HiAP, el seguimiento presupuestario afirmativo sigue siendo desigual, lo que socava la alineación entre las asignaciones y los objetivos del sector de la salud. México ha establecido un marco avanzado de presupuestación basada en el desempeño: más de 5.000 indicadores de desempeño, incluidos cientos de ellos relacionados con la salud, están incorporados en informes anuales y trimestrales a través de la SHCP y el CONEVAL. A pesar de estos sistemas, las presiones presupuestarias para la consolidación fiscal corren el riesgo de limitar el financiamiento de la salud, diluyendo potencialmente los beneficios obtenidos mediante el monitoreo del desempeño. Se requiere una política de salud fuerte para sostener los objetivos en el marco de reformas fiscales más amplias. Perú ha avanzado hacia una presupuestación basada en resultados en salud desde 2007, logrando mejoras en la nutrición infantil y la salud materna, junto con mejores niveles de ejecución presupuestaria y transparencia en programas de enfermedades clave. El plan de presupuesto por resultados, Presupuestos por Resultados (PpR), cubrió casi el 40% del presupuesto total de salud en 2024. El PpR ha ayudado a realizar el monitoreo de los indicadores de desempeño y resultados. Sin embargo, todavía predomina la estructura rígida de partidas individuales, lo que limita la flexibilidad y la integración del rendimiento. Además, las complejas regulaciones presupuestarias y los problemas de planificación y gestión a nivel regional han llevado a niveles más bajos de ejecución presupuestaria. Entre 2000 y 2020, la ejecución general del presupuesto de salud promedió el 88% (Figura 10), y la ejecución municipal llegó a ser tan baja como el 66%, lo que contribuyó a demoras en la infraestructura, la dotación de personal y la respuesta a la pandemia.⁴⁰

Figura 10: Ejecución del presupuesto por resultados, PpR en el Perú

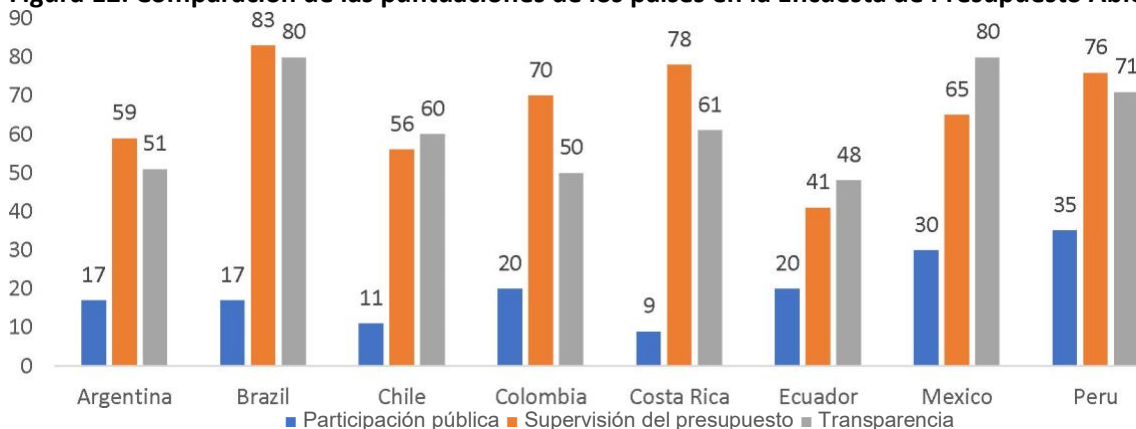


Fuente: Estudios de la OCDE sobre sistemas de salud: Perú 2025
<https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/04/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2025/3f7c00aa/f3ddb6a4-en.pdf>

Sin embargo, hubo debilidades clave, como la débil coordinación con el sistema de salud pública descentralizado, que obstaculiza el seguimiento unificado del desempeño y la rendición de cuentas; una débil presupuestación basada en el desempeño, que limita la capacidad de vincular el financiamiento de la salud con los resultados de la prestación de servicios; y la prevalencia de la transparencia contable y el escrutinio externo, que están por debajo de las mejores prácticas internacionales, lo que debilita la supervisión externa de la credibilidad del gasto en salud y las débiles auditorías provinciales de salud.¹⁴⁴ Colombia obtuvo un alto puntaje en confiabilidad presupuestaria y planificación de mediano plazo, que son claves para el financiamiento estable y predecible y la continuidad de la política de salud. Adicionalmente, una evaluación de la respuesta a la COVID-19 revela flexibilidades en la gestión financiera pública que permiten reasignaciones rápidas a la salud durante emergencias. Sin embargo, las evaluaciones muestran debilidades en la presupuestación basada en resultados para vincular los resultados con las asignaciones de salud, problemas de transparencia en las adquisiciones y una débil capacidad de auditoría externa para examinar el gasto en salud. Además, los retrasos en la acreditación de las aseguradoras de salud y la fragmentación entre los planes de seguro han limitado la eficiencia del gasto en salud y afectado su implementación.^{145.146} Costa Rica cuenta con presupuestos confiables y transparencia tanto a nivel nacional como subnacional. Los sistemas estables de tesorería y presupuesto subnacionales de Costa Rica respaldan su sólido modelo de prestación de atención primaria, pero se requieren más esfuerzos para vincular las asignaciones de salud con la calidad y el desempeño de los servicios a nivel comunitario.¹⁴⁷ Las revisiones GPRC subnacionales del Perú encontraron clasificaciones presupuestarias económicas y funcionales claras y lógicamente estructuradas, una asignación transparente de recursos (incluso para salud) y una alta previsibilidad de las transferencias intergubernamentales. Las evaluaciones muestran una buena previsibilidad en las transferencias recurrentes. A pesar de ello, las revisiones señalaron problemas de adquisiciones, transparencia y seguimiento de auditorías limitados, y variaciones en la capacidad subnacional.¹⁴⁸

Además del GPRC, la International Budget Partnership realiza una Encuesta de Presupuesto Abierto para evaluar la transparencia, la participación pública y la supervisión de las prácticas presupuestarias gubernamentales en los países. La figura 12 muestra los puntajes de los países, sobre 100, en los tres dominios para el año 2023. Una puntuación superior a 61 se considera adecuada, mientras que cualquier puntuación inferior a 40 se considera insuficiente. Si bien Chile, Ecuador y Argentina tienen puntajes inferiores a los adecuados en materia de supervisión presupuestaria, los puntajes de transparencia también son inferiores a los adecuados en estos países, junto con Colombia. Los puntajes de participación local son bastante débiles y cada país obtiene una puntuación inferior a 40, lo que resalta la necesidad de una participación más significativa del público en los procesos presupuestarios.¹⁴⁹

Figura 12: Comparación de las puntuaciones de los países en la Encuesta de Presupuesto Abierto, 2023



Fuente: Clasificación de la Encuesta de Presupuesto Abierto 2023 <https://internationalbudget.org/wp-content/uploads/rankings-charts-OBS-2023.pdf>

Las fuentes clave también discutieron varias cuestiones que impactan la implementación del presupuesto y la transparencia en los respectivos países. Los informantes de cada país hablaron sobre las inequidades geográficas e institucionales en la asignación presupuestaria. A pesar de que algunos países utilizan paquetes de beneficios igualitarios, la asignación presupuestaria a menudo refuerza las desigualdades, especialmente entre las zonas urbanas y rurales. En Colombia, una fuente clave destacó las disparidades regionales en infraestructura y capacidad técnica como impulsores clave de las inequidades en materia de salud, a pesar de la cobertura de aseguramiento universal. *"Tenemos problemas en la utilización de la parte de salud pública. Increíblemente es el 5%. Pero una parte va a localidades, a pequeños pueblos. Los alcaldes de los pueblos pequeños tienen una cantidad de este dinero. Y si te pones a pensar, quizá tenemos en Colombia 1.100 municipios diferentes. Algunos de ellos no utilizan el dinero."* -FC, Colombia. De manera similar, en México, una fuente clave señaló que la ejecución presupuestaria es significativamente menor al presupuesto inicial y esta brecha está aumentando. Fuentes clave de Perú señalaron que la ejecución del presupuesto está en manos del Ministerio de Hacienda y que hay flexibilidad para mover presupuesto desde diferentes programas o incluso sectores que ejecutan menos a áreas que necesitan más presupuesto. Si bien por un lado la ejecución presupuestaria suele ser baja en rubros como adquisiciones, infraestructura, equipos y medicamentos, fuentes clave señalaron que el presupuesto es inadecuado para atender las necesidades de salud de la población.

En general, la implementación de los presupuestos de salud en los países estudiados en la región de ALC varía enormemente. La ejecución de los presupuestos de salud en América Latina varía ampliamente. Entre los ejemplos de una ejecución presupuestaria exitosa se incluyen las reformas de salud de Costa Rica, basadas en los PporR y vinculadas al desempeño. Si bien Chile y México cuentan con marcos sólidos, faltan vínculos entre el gasto y los resultados. El sólido modelo de capitación de Colombia garantiza la cobertura, pero ocasionales descuidos y retrasos en las adquisiciones indican áreas que necesitan mejoras.

En países como Argentina, Ecuador y Perú, cuestiones sistémicas y macroeconómicas más amplias también han afectado la implementación del presupuesto en la región, como cambios políticos, medidas de austeridad y rigidez estructural que pueden degradar la implementación y descarrilar los objetivos de salud.

DESAFÍOS Y LECCIONES CLAVE

Desafíos

Como se señala en las secciones anteriores del informe, la presupuestación de salud en América Latina enfrenta desafíos persistentes que obstaculizan la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad de los sistemas de salud en toda la región. Países como Argentina, Colombia y Ecuador enfrentan dificultades con el financiamiento fragmentado, la falta de coordinación entre los niveles de gobierno y un espacio fiscal limitado, lo que restringe su capacidad para prestar servicios integrales. La judicialización —donde los pacientes recurren a acciones legales para acceder a tratamientos— agrega imprevisibilidad y tensión financiera, particularmente en Colombia y Ecuador. En muchos casos, las estructuras presupuestarias rígidas y los mecanismos de monitoreo débiles impiden la capacidad de adaptarse a las cambiantes necesidades de salud o de garantizar un gasto orientado a los resultados. Estos desafíos se ven agravados por la volatilidad económica y los cambios políticos, que a menudo perturban la planificación a largo plazo y comprometen la continuidad de las inversiones en salud. A continuación enumeramos algunos de los desafíos clave en la presupuestación de salud que surgieron de este estudio.

Entorno financiero desfavorable

- **Cobertura sanitaria universal comprometida pero con financiación insuficiente:** La mayoría de los países latinoamericanos estudiados han asumido fuertes compromisos con la cobertura sanitaria universal, pero la falta crónica de financiación socava el progreso. A pesar de la recomendación de la OMS de asignar al menos el 6% del PIB a la salud, Argentina, México, Perú y Ecuador gastan mucho menos, lo que deja a sus sistemas públicos sin preparación para satisfacer las cambiantes y crecientes necesidades de atención sanitaria. México y Perú, en particular, tienen algunos de los niveles más bajos de gasto público de la región, lo que resulta en una fuerte dependencia de los pagos de bolsillo. Chile también enfrenta problemas con un alto gasto de los hogares debido a las desigualdades entre su sistema privado, bien dotado de recursos, y su sector público, con fondos insuficientes. La inestabilidad económica y la inflación de Argentina erosionan el valor real de los presupuestos, mientras que Ecuador enfrenta una volatilidad fiscal vinculada a los ingresos petroleros. Estas limitaciones financieras se traducen en escasez, ineficiencias y desigualdades en el acceso, especialmente para los trabajadores pobres e informales. Incluso los sistemas más fuertes enfrentan presiones. El sistema constitucionalmente obligatorio de salud de Brasil ha avanzado en la cobertura sanitaria universal, pero los límites al gasto federal y los desafíos de coordinación entre los niveles de gobierno limitan los recursos. El modelo colombiano basado en aseguramiento sufre déficits financieros porque los costos superan las transferencias per cápita, lo que amenaza su sostenibilidad. Costa Rica se destaca por su CCSS, que ofrece un acceso relativamente equitativo, pero también enfrenta costos crecientes debido al envejecimiento de la población y las enfermedades no transmisibles.

En toda la región, la falta de financiación, la fragmentación y la dependencia del gasto de bolsillo siguen socavando la protección financiera y la equidad, lo que hace que los objetivos de cobertura sanitaria universal solo se alcancen parcialmente.

- **Restricciones fiscales crónicas:** El entorno macrofiscal, caracterizado por la volatilidad económica, las presiones inflacionarias y las rígidas leyes de gestión de las finanzas públicas, limita aún más la capacidad de los gobiernos para asignar y ejecutar eficazmente los presupuestos de salud. Esta falta de financiación se traduce en escasez de servicios, ineficiencias y persistentes desigualdades en el acceso, al tiempo que aumenta la dependencia de gastos de bolsillo, que afectan desproporcionadamente a los hogares más pobres. La inestabilidad económica y la alta inflación de Argentina erosionan el valor real de los presupuestos de salud, limitando la capacidad de los hospitales públicos y los servicios de atención primaria. En Brasil, a pesar de la garantía constitucional del SUS, la financiación federal de la salud se ha estancado bajo los topes del gasto fiscal, llevando a los pacientes a realizar mayores gastos de su bolsillo y aumentando la tensión en la coordinación entre los niveles federal, estatal y municipal.

El sistema de aseguramiento de salud subsidiado de Colombia sufre un déficit crónico de financiación, con déficits financieros en las aseguradoras de salud (EPS) impulsados por pagos per cápita subestimados y costos de atención en aumento.

En México, el bajo gasto público en salud y la fragmentación de la cobertura han hecho que el sistema dependa en gran medida del gasto de bolsillo, lo que afecta particularmente a los trabajadores informales y a los no asegurados. Perú, con uno de los gastos públicos en salud más bajos de la región, enfrenta una subfinanciación estructural que socava la prestación de servicios, y los hogares soportan directamente una parte significativa de los costos. En estos países, las reglas fiscales rígidas, la subinversión crónica y las estructuras de financiamiento fragmentadas limitan la capacidad de los sistemas de salud para satisfacer las crecientes demandas, lo que subraya la necesidad urgente de reformas que fortalezcan el espacio fiscal, mejoren la flexibilidad presupuestaria y aumenten la equidad en el financiamiento.

Enfoques presupuestarios

- **Presupuestos basados en tendencias históricas en lugar de en necesidades de salud:** Los países estudiados se basan con frecuencia en presupuestos históricos basados en partidas presupuestarias, que limitan la financiación a categorías como personal o infraestructura en lugar de resultados o prioridades epidemiológicas. Esto limita la flexibilidad y la capacidad de respuesta, como se observa en Perú, donde los presupuestos obsoletos y la gestión financiera pública rígida desalientan la adaptación estratégica a las necesidades cambiantes. La falta de liderazgo en materia de salud pública, la insuficiencia de personal técnico y los deficientes sistemas de datos exacerban esta rigidez y socavan los esfuerzos por alinear los recursos con la carga de enfermedades o las métricas de desempeño. Existe una subutilización generalizada de enfoques basados en la evidencia en la elaboración de presupuestos de salud. Aunque hay intentos de utilizar enfoques presupuestarios más basados en evidencia en países como Chile, Costa Rica, Perú y México, es necesario fortalecerlos aún más y utilizarlos más ampliamente en la región.

- **Falta de datos o de uso de datos para informar los presupuestos:** El uso limitado de datos rutinarios y evidencia analítica en la presupuestación de salud sigue siendo un importante obstáculo para una asignación de recursos más inteligente y basada en las necesidades en la mayoría de los países. Muchos países aún dependen en gran medida de presupuestos históricos y por partidas individuales, y enfrentan vínculos institucionales débiles entre los datos epidemiológicos y de carga de enfermedades y las fórmulas presupuestarias; por ejemplo, Colombia y Perú tienen buenos datos pero carecen de una estrategia institucionalizada para monitorear los indicadores y actuar sobre las ineficiencias, lo que limita la reasignación hacia áreas de mayor carga. Las principales causas incluyen fondos de financiamiento fragmentados, cuentas de salud débiles y sistemas digitales incompletos que limitan el uso en tiempo real de datos de costos, uso y resultados al establecer asignaciones y prioridades con una frecuencia anual. Hay algunas reformas para abordar este problema, como la adopción de sistemas basados en resultados y desempeño que combinen datos y sistemas de monitoreo con incentivos institucionales para alinear el financiamiento con la carga de enfermedad y las necesidades de salud; el uso de compras estratégicas más basadas en evidencia y la adopción de sistemas de seguimiento del gasto en todos los países.

Gobernanza

- **Cuestiones de coordinación entre ministerios de salud, hacienda y planificación:** Un desafío importante para la presupuestación de salud en América Latina es la coordinación fragmentada entre los ministerios de salud, hacienda y gobiernos subnacionales, así como en los sistemas de aseguramiento públicos y fondos de seguridad social. Esta fragmentación a menudo conduce a duplicación del gasto, ineficiencias e inequidades en la prestación de servicios. En Argentina, las responsabilidades superpuestas entre el Ministerio de Salud, las autoridades provinciales y los fondos de seguridad social generan incentivos desalineados y mecanismos de coordinación débiles que impiden un manejo común eficiente de los recursos. El SUS de Brasil, aunque cuenta con una garantía constitucional, enfrenta persistentes problemas de coordinación entre los niveles federal, estatal y municipal, agravados por la descentralización fiscal, lo que conduce a una calidad desigual del servicio y a brechas en la implementación de las prioridades nacionales. En Colombia, la coexistencia de los regímenes de aseguramiento de salud contributivo y subsidiado ha creado problemas de coordinación, y las transferencias financieras a menudo se retrasan o no están alineadas con las necesidades reales de la población. En Chile, el sistema público FONASA y las aseguradoras privadas de ISAPRE operan en silos, lo que genera inequidades e ineficiencias en la forma en que se presupuestan y asignan los recursos. Costa Rica, a pesar de una atención primaria fuerte, experimenta una rigidez institucional entre el Ministerio de Salud y la CCSS, lo que complica la planificación y el financiamiento conjunto. En México, el desmantelamiento del Seguro Popular y la creación del INSABI revelaron la fragmentación institucional y problemas de coordinación, mientras que en Perú la combinación del Ministerio de Salud, EsSalud y direcciones regionales de salud ha obstaculizado la coordinación presupuestaria, en particular para alinear las prioridades nacionales con la ejecución subnacional. En conjunto, estas fallas de coordinación debilitan la traducción de los planes estratégicos de salud en presupuestos coherentes, perpetúan las ineficiencias y limitan el progreso hacia la cobertura sanitaria universal.

- **Descentralización sin capacidad adecuada:** Un obstáculo persistente para una presupuestación eficaz de la salud en América Latina es la limitada capacidad administrativa local para planificar, ejecutar y supervisar los recursos de la salud, lo que socava la equidad y la eficiencia. Muchos países han descentralizado las responsabilidades de salud a niveles subnacionales sin proporcionar los recursos técnicos y de gestión necesarios para gestionarlas. En Argentina, las autoridades provinciales y municipales a menudo carecen de la experiencia y las herramientas necesarias para traducir las prioridades sanitarias nacionales en presupuestos locales, lo que da lugar a una prestación de servicios fragmentada y a ineficiencias. El SUS altamente descentralizado de Brasil depende en gran medida de los estados y municipios para la ejecución del presupuesto, pero la capacidad técnica desigual y la débil gestión fiscal a nivel local contribuyen a las disparidades en la calidad del servicio y a una subejecución significativa de los fondos asignados. En Colombia y Perú, los gobiernos subnacionales a menudo se enfrentan a una capacidad institucional débil, lo que genera demoras en el desembolso y la ejecución del presupuesto, en particular en las zonas rurales donde la supervisión es limitada. En México, los estados a menudo gastan menos de lo que les corresponde en materia de salud, con bajas tasas de ejecución que reflejan cuellos de botella administrativos y, en algunos casos, corrupción vinculada a sistemas de monitoreo inadecuados. Chile y Costa Rica cuentan con marcos institucionales comparativamente más sólidos, pero los centros de salud al nivel local aún enfrentan escasez de recursos y rigidez administrativa que limitan el uso efectivo de los presupuestos. Ecuador destaca los riesgos de la descentralización sin suficiente supervisión, ya que los municipios han mostrado tanto una baja absorción de fondos como exposición al uso indebido de los mismos. En toda la región, estas brechas de capacidad local no sólo reducen la eficiencia sino que también profundizan las disparidades en el acceso y la calidad del servicio, afectando particularmente a las poblaciones marginadas y rurales.

Mandatos y entornos institucionales

- **Sistema de salud fragmentado que genera ineficiencias:** Varios de los países estudiados enfrentan una grave fragmentación en sus sistemas de salud, incluyendo programas, instituciones y niveles de gobierno. Esto ha provocado una duplicación de personal, infraestructura y flujos de financiación. En Argentina, las provincias son constitucionalmente responsables de la prestación de servicios de salud pública, lo que les otorga una autonomía significativa en la planificación y el gasto, pero da pie a amplias disparidades en el acceso y la calidad entre las regiones. El SUS de Brasil, si bien es universal en principio, sufre brechas de coordinación y financiamiento entre los niveles federal, estatal y municipal, y la descentralización amplifica las desigualdades en la prestación de servicios. De manera similar, Perú y México enfrentan sistemas altamente descentralizados pero fragmentados, en los que el Ministerio de Salud y las instituciones de seguridad social operan de manera aislada. En México, entidades superpuestas como la SSA, el IMSS y el ISSSTE mantienen redes paralelas de financiamiento y prestación de servicios, lo que dificulta la puesta en común de recursos y genera ineficiencias.

Otros países se enfrentan a formas más sutiles de fragmentación. En Chile existe una fuerte supervisión fiscal y una presupuestación basada en resultados, pero persisten profundas inequidades entre los usuarios del sistema público FONASA y las aseguradoras privadas del ISAPRE, lo que produce un sistema de dos niveles. Ecuador enfrenta problemas de duplicación entre las instalaciones del Ministerio de Salud y las instituciones de seguridad social, lo que resulta en una infraestructura redundante y una prestación desigual de servicios. Costa Rica está comparativamente menos fragmentada debido al papel dominante de la CCSS en el financiamiento y la prestación, aunque todavía ocurren algunas superposiciones institucionales con las funciones reguladoras del Ministerio de Salud. En toda la región, esta fragmentación debilita la capacidad de vincular los presupuestos a las prioridades estratégicas, reduce las economías de escala y perpetúa las inequidades en el acceso y la calidad de la atención.

- **Vínculos débiles entre la planificación, la priorización y la presupuestación en materia de salud:** En muchos países existen planes de salud, ya sean nacionales, de mediano plazo o anuales, independientemente del proceso presupuestario, lo que genera brechas entre las prioridades declaradas y los recursos realmente disponibles. En Argentina, la autonomía provincial en la prestación de servicios de salud y las estructuras de planificación fragmentadas a menudo implican que las estrategias nacionales no se ven reflejadas en los presupuestos provinciales. El SUS de Brasil enfrenta dificultades similares, con planes de salud federales que no siempre están totalmente sincronizados con la ejecución del presupuesto estatal y municipal, lo que conduce a una implementación desigual y a brechas en la cobertura del servicio. Aunque el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia describe las prioridades nacionales, los flujos de financiamiento hacia las EPS y las autoridades sanitarias locales a menudo están desalineados con la carga de enfermedad y los objetivos estratégicos. Las múltiples instituciones de México (SSA, IMSS, ISSSTE) operan ciclos presupuestarios en gran medida independientes, lo que dificulta garantizar que los objetivos nacionales de salud se traduzcan en un financiamiento coordinado. En Chile, Ecuador, Costa Rica y Perú, si bien existen documentos de planificación, la débil integración con el proceso presupuestario, las estructuras rígidas de partidas presupuestarias y el uso limitado de la evidencia dificultan la alineación de los recursos con las necesidades de salud. En toda la región, estas desconexiones reducen la eficiencia, limitan la capacidad de respuesta a los cambios epidemiológicos y perpetúan las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención.

Lecciones

Más allá de los desafíos, las diversas experiencias de los países latinoamericanos estudiados ofrecen lecciones valiosas en materia de presupuestos de salud que pueden informar sistemas de salud más efectivos, equitativos y resilientes. A pesar de los diferentes acuerdos institucionales y capacidades fiscales, países como Perú, Argentina, Costa Rica y México han demostrado cómo las reformas presupuestarias estratégicas (como el financiamiento basado en resultados, las compras centralizadas, la tributación equitativa y la inversión en atención primaria) pueden impulsar mejoras en el acceso, la eficiencia y los resultados de salud.

Países como Costa Rica, Perú y Argentina han adoptado diversos modelos de presupuestación basada en resultados que han contribuido a mejorar el financiamiento de la salud, así como los resultados en materia de salud. El modelo EBAIS de Costa Rica utiliza datos de atención primaria para orientar recursos a zonas de alto riesgo e informar la presupuestación a nivel local, mejorando la equidad en las asignaciones. Los enfoques presupuestarios del PporR del Perú alinean la asignación de recursos con los resultados en materia de salud y han contribuido a mejoras notables en la mortalidad materna e infantil y la nutrición, aunque aún existen desafíos en torno a la flexibilidad y la coordinación sistémica. El Plan Nacer/SUMAR de Argentina, respaldado por fondos del Banco Mundial, ejemplifica una financiación basada en resultados de larga data, que vincula incentivos a los gobiernos provinciales y a los proveedores, lo que permitió una prestación de servicios focalizada que llegó a millones de personas no aseguradas. Costa Rica logra una optimización presupuestaria a través de compras centralizadas, mejorando la eficiencia en la adquisición de productos médicos. Esto se complementa con una inversión más amplia en el sistema de salud y una cobertura sanitaria universal, lo que contribuye a la sostenibilidad financiera general. La CCSS agrupa fondos de manera centralizada (a través de impuestos sobre la nómina y suentuarios) para brindar cobertura universal y evitar la estratificación social de los beneficios de salud (Cuadro 1). Si bien la judicialización de la salud ha ejercido una enorme presión sobre los presupuestos de salud en estos países, también ha sido muy eficaz a la hora de mejorar el acceso de los ciudadanos a la salud. En Colombia, la judicialización —el derecho legal de los ciudadanos a exigir acceso a tratamientos aprobados— garantiza la rendición de cuentas y amplía el acceso a servicios esenciales. Costa Rica y Ecuador también enfrentan presiones de judicialización, donde los ciudadanos demandan al Estado por el acceso a terapias. Por último, las fuentes de financiación de la salud intersectoriales e innovadoras pueden ayudar a aumentar los recursos para los presupuestos de salud. La OPS ha informado sobre esfuerzos en Argentina, Chile, Costa Rica y México para utilizar mecanismos de “salud en todas las políticas” y mecanismos de presupuestación intersectorial para promover la equidad. Las políticas fiscales —como el impuesto a los refrescos y la comida chatarra de México de 2013— generaron ingresos para el agua potable en las escuelas y redujeron el consumo de azúcar en casi un 8% en dos años. Impuestos similares al tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas se han puesto a prueba en Brasil, Colombia, México y Chile para recaudar fondos y frenar las enfermedades no transmisibles. Los países latinoamericanos pueden beneficiarse del aprendizaje a través de estas historias de éxito de sus pares y también de las lecciones claves alrededor del mundo.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Mejorar la presupuestación de salud en América Latina requiere un enfoque multifacético para abordar las ineficiencias sistémicas, promover la transparencia y alinear la planificación financiera con las necesidades de salud de la población. El debate con fuentes clave evidenció la necesidad de una reforma integral de los procesos presupuestarios. En países como Argentina, las personas entrevistadas enfatizaron la necesidad de reducir la fragmentación del sistema de financiamiento y de desarrollar cuentas nacionales de salud e índices de precios de servicios de salud y medicamentos precisos y actualizados. Estas reformas ayudarían a establecer una presupuestación basada en el desempeño, mejorar la asignación de recursos y permitir el seguimiento de indicadores clave de desempeño.

De igual manera, las estructuras presupuestarias deben estar alineadas con el nivel de atención, como se recomienda en México y la OCDE, para asegurar que el gasto refleje las diferentes necesidades de los sistemas de atención primaria, secundaria y terciaria.

Las fuentes clave también pidieron que se priorice una mayor transparencia y rendición de cuentas en toda la región. Perú, México y Ecuador han pedido información presupuestaria de acceso público y mejores sistemas de monitoreo para combatir la corrupción y la ineficiencia generalizadas. Esto incluye la transformación digital de los sistemas de gestión financiera y de adquisiciones, como se sugirió en Ecuador, para permitir una mejor trazabilidad y reducir las fugas. En Colombia y Perú, donde la corrupción tanto en el sector público como en el privado socava la eficiencia, es fundamental contar con sistemas de vigilancia sólidos, procedimientos estandarizados y mecanismos de cumplimiento para salvaguardar los fondos públicos.

Las entrevistas también revelaron que el presupuesto debería ser más adaptable y orientado a los resultados. Países como Ecuador y Costa Rica destacaron la necesidad de herramientas de planificación flexibles para responder a necesidades emergentes, como la creciente demanda de terapias de alto costo. En Costa Rica, la judicialización genera imprevisibilidad en la elaboración de presupuestos, lo que subraya la importancia de una mejor previsión y la inclusión de marcos de costo-efectividad que consideren los impactos sociales, no sólo los costos de los medicamentos. En todos los países es necesario incorporar una planificación a largo plazo, particularmente en Colombia, donde las decisiones de corto plazo han generado ineficiencias. Por último, mejorar la inversión en atención primaria y el alcance poblacional, como se enfatiza en Chile y Costa Rica, es crucial para lograr la cobertura universal y abordar las desigualdades en materia de salud, especialmente para las poblaciones desatendidas, como los trabajadores informales o los hombres más jóvenes. Estas recomendaciones, extraídas de información de primera mano, apuntan a la urgente necesidad de gobernanza, coordinación institucional y políticas basadas en evidencia para construir sistemas de financiamiento de la salud más resilientes.

Con base en las cuestiones que surgen de este estudio y las discusiones con fuentes clave, proponemos las siguientes recomendaciones para mejorar la presupuestación en salud en los países latinoamericanos estudiados. Estas recomendaciones subrayan la importancia de alinear la planificación financiera con las prioridades de salud, fomentar la colaboración intersectorial y utilizar la política fiscal no sólo para aumentar los ingresos sino también para promover poblaciones más saludables. En conjunto, revelan que los mecanismos presupuestarios bien diseñados son fundamentales para lograr la cobertura sanitaria universal y responder de manera sostenible a las necesidades sanitarias rutinarias y en tiempos de crisis.

- 1. Aumentar el gasto público en salud y la sostenibilidad financiera.** La mayoría de los países enfrentan una carga creciente de ENT y hay un gasto insuficiente y déficit presupuestarios (Brasil, Colombia). Es necesario aumentar la inversión pública en salud y explorar mecanismos de financiación alternativos para garantizar una financiación adecuada.
- 2. Distribución más equitativa de los recursos:** El gasto per cápita entre todos los grupos poblacionales debería ser equitativo (actualmente es un problema en México y Chile). Es necesario realizar reformas hacia un sistema de salud unificado para garantizar el acceso y distribución de recursos equitativa.

3. **Mejora de la gobernanza y la coordinación:** Mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y las instituciones de salud para mejorar la toma de decisiones y la rendición de cuentas.
4. **Promoción de la presupuestación y priorización de la salud basadas en la evidencia:** No se ha dispuesto de información sobre la carga de enfermedad ni sobre la evaluación económica ni se ha utilizado ampliamente para facilitar la asignación de presupuesto y el establecimiento de prioridades. La mayoría de los países se beneficiarán de un mejor uso de la evidencia para diseñar el paquete de beneficios y asignar un presupuesto adecuado para mejorar la eficiencia y la salud de la población.
5. **Desarrollo de capacidades:** Los países descentralizados (México, Brasil, Argentina) y los países con capacidad institucional local (Ecuador) han reportado diferentes capacidades que impactan la ejecución presupuestaria y la prestación de servicios. Es necesario desarrollar las capacidades administrativas y técnicas de las instituciones de salud, especialmente a nivel subnacional, para gestionar eficazmente los servicios.
6. **Mejor sistema de salud integrado para agilizar los servicios y reducir ineficiencias.** Esta es una oportunidad importante en países como México y Perú con alta fragmentación entre los niveles federal y estatal. Es necesario consolidar las estructuras de financiación y prestación de servicios de salud para reducir la redundancia y mejorar la coordinación.

REFERENCIAS

1. Barroy H., Yameogo, Pierre, Blecher, Mark, Sabignoso, Martin, Piatti, Moritz y Kutzin J. Gestión de las finanzas públicas: un camino hacia la cobertura sanitaria universal en los países de ingresos bajos y medios. *Health Systems & Reform*. 18 de diciembre de 2024;10(3):2368051.
2. Gestión financiera pública [Internet]. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing/policy/public-financial-management>
3. La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe.
4. OPS; 2019. Financiamiento externo a los sistemas de salud en América Latina [Internet]. 2023 [Consultado el 21 de agosto de 2025]. [Internet]. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-02/resumen-db-dec2022-eng.pdf>
5. Bossert T, Blanchet N, Sheetz S, Pinto DM, Cali J, Perez-Cuevas R. Revisión comparativa de la integración de sistemas de salud en países seleccionados de América Latina. *Publicaciones del BID* [Internet]. 1 de enero de 2014 [Consultado el 22 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/comparative-review-health-system-integration-selected-countries-latin-america>
6. Pierro B. Fragmentación y desigualdades en los sistemas de salud latinoamericanos [Internet]. *Science Arena*. 2024 [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencearena.org/en/news/fragmentation-and-inequalities-in-latin-american-healthcare-systems/>
7. Gomez-Dantes O, Flamand L, Cerecero-Garcia D, Morales-Vazquez M, Servan-Mori E. Origen, impactos y potenciales soluciones a la fragmentación del sistema de salud mexicano: una consulta con actores clave. *Políticas y sistemas de investigación en salud*. 31 de julio de 2023;21(1):80.
8. OCDE, Banco Mundial. La salud de un vistazo: América Latina y el Caribe 2023 [Internet]. OCDE; 2023 [Consultado el 13 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_532b0e2d-en.html
9. ¿Cómo pueden los países latinoamericanos mejorar sus marcos fiscales de mediano plazo para lograr mejores finanzas públicas? [Internet]. *ECOSCOPE*. 2024 [Consultado el 27 de junio de 2025]. Disponible en: <https://oecdecoscope.blog/2024/01/16/how-can-latin-american-countries-improve-their-medium-term-fiscal-frameworks-for-better-public-finances/>
10. Foo CD, Verma M, Tan SY, Hamer J, Mark N van der, Pholpark A, et al. Políticas de financiación sanitaria durante la pandemia de COVID-19 y sus implicaciones para la asistencia sanitaria universal: un estudio de caso de 15 países. *The Lancet Global Health*. 1 de diciembre de 2023;11(12):e1964-77.
11. Savedoff WD, Bernal P, Distrutti M, Goyeneche L, Bernal C. Más allá de lo normal: desafíos para la salud y la atención médica en América Latina y el Caribe expuestos por la COVID-19. *Publicaciones del BID* [Internet]. 10 de mayo de 2022 [Consultado el 13 de junio de 2025]; Disponible en:

<https://publications.iadb.org/en/going-beyond-normal-challenges-health-and-healthcare-latin-america-and-caribbean-exposed-covid-19>

12. Gasto inteligente en salud: Cómo hacer que cada dólar cuente | Publicaciones [Internet]. [Consultado el 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/publications/english/viewer/Smart-Spending-for-Health-How-to-Make-Each-Dollar-Count.pdf>
13. Datos abiertos del Banco Mundial [Internet]. Datos abiertos del Banco Mundial. [Consultado el 6 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://data.worldbank.org>
14. América Latina y el Caribe [Internet]. OCDE. [Consultado el 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/regions/latin-america-and-the-caribbean.html>
15. Base de datos mundial sobre el gasto en salud [Internet]. [Consultado el 6 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database>
16. Financiamiento de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/health-financing>
17. Asuntos presupuestarios en materia de salud: cuestiones clave de formulación y clasificación [Internet]. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-18.4>
18. Hernández-Villafuerte DK. Carga socioeconómica de las principales enfermedades en ocho países de América Latina.
19. Organización Panamericana de la Salud. Gran tormenta en el horizonte: Cargas macroeconómicas y de salud de las enfermedades no transmisibles y las condiciones de salud mental en América del Sur. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275129753>. [Internet]. [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/65981/9789275129753_eng.pdf?sequence=1 &isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/65981/9789275129753_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Bloom DE, Chen S, McGovern ME. La carga económica de las enfermedades no transmisibles y las condiciones de salud mental: resultados para Costa Rica, Jamaica y Perú. Rev. Panam. de Salud Pública. 28 de febrero de 2018; 42:e18.
21. CEPAL. La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2025. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/81427-la-sostenibilidad-financiera-sistemas-salud-america-latina-caribe-desafios>
22. OMS. Índice de cobertura de servicios de cobertura sanitaria universal [Internet]. datadot. [Consultado el 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD>
23. Necesidad y desigualdad en el uso de servicios de salud en un sistema de salud fragmentado y descentralizado: evidencia para Argentina | Revista Internacional para la Equidad en Salud | Texto completo [Internet].

[Consultado el 30 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01168-6?>

24. Rubinstein A, Zerbino, Maria Clara, Cejas, Cintia y Lopez A. Lograr que la atención sanitaria universal sea efectiva en Argentina: Un plan para la reforma. *Health Systems & Reform*. 3 de julio de 2018;4(3):203-13.
25. Gilardino RE, Valanzasca P, Rifkin SB. ¿Ha logrado América Latina ya la cobertura sanitaria universal? Lecciones de cuatro países. *Arch Public Health*. 21 de enero de 2022;80:38.
26. Sobre o FNS [Internet]. FNS. [Consultado el 22 de marzo de 2025]. Disponible en:
<https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>
27. OCDE y Banco Mundial - 2023 - Panorama de la salud en América Latina y el Caribe.pdf [Internet]. [Consultado el 13 de junio de 2025]. Disponible en:
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/04/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_7ba284d7/532b0e2d-en.pdf
28. Cerda AA, Garcia LY, Rivera-Arroyo J, Riquelme A, Teixeira JP, Jakovljevic M. Comparación del sistema de salud de Chile y Brasil: fortalezas, ineficiencias y gastos. Costo-efectividad y asignación de recursos. 16 de diciembre de 2022;20(1):71.
29. Escobar ML, Giedion U, Giuffrida A, Glassman AL. Colombia: Después de una década de reforma del sistema de salud.
30. Rosa RM, Alberto IC. Atención universal en salud para los colombianos a 10 años de la Ley 100: retos y oportunidades. *Health Policy*. Mayo de 2004;68(2):129-42.
31. Espinosa O, Rodríguez J, Arias ML, Pinzón D, Valdez EA. Análisis de la situación financiera de los presupuestos máximos de las Entidades Promotoras de Salud en Colombia. *World Medical & Health Policy*. 2024;16(4):745-58.
32. Ministerio de Salud fija presupuestos máximos para fortalecer la garantía del derecho a la salud de los colombianos [Internet]. [Consultado el 19 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/Ministry-of-Health-Sets-Maximum-Budgets-to-Strengthen-the-Guarantee-of-Colombians-Right-to-Health-.aspx>
33. Ecuador - Perfil de país | Salud en las Américas [Internet]. [Consultado el 23 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://hia.paho.org/en/country-profiles/ecuador>
34. Granda ML, Jiménez WG. La evolución de las desigualdades socioeconómicas en salud en Ecuador durante una reforma del sistema de salud pública (2006-2014). *International Journal for Equity in Health*. 8 de febrero de 2019;18(1):31.
35. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Touchton M, McDonald T, Blofield M, Avila Burgos L, et al. Contratiempos en la búsqueda de la cobertura sanitaria universal en México: polarización política, revuelo de políticas e impactos por la pandemia. *The Lancet*. Agosto de 2023;402(10403):731 -46.

36. Lakin JM. ¿El fin de los seguros? El Seguro Popular de México, 2001 -2007. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1 de junio de 2010;35(3):313-52.
37. Balandran A, Méndez Hernandez E, Allin S, González-Block MA, Reyes-Morales H, Cahuana-Hurtado L. *Sistemas de salud en transición: México* [Internet]. University of Toronto Press; 2021 [Consultado el 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.3138/9781487538422/html>
38. PERÚ EP de SESA. Minsa: 70% de las personas residentes en el Perú están afiliadas al Seguro Integral de Salud [Internet]. 2024 [Consultado el 19 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://andina.pe/ingles/noticia-minsa-70-personas-residentes-el-peru-estan-afiliadas-al-seguro-integral-salud-972373.aspx>
39. Seguro Integral de Salud - SIS [Internet]. 2025 [Consultado el 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/sis>
40. OCDE. Estudios de la OCDE sobre sistemas de salud: Perú 2025 [Internet]. Publicaciones de la OCDE; 2025 [Consultado el 13 de mayo de 2025]. (Estudios de la OCDE sobre sistemas de salud). Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2025_f3ddb6a4-en.html
41. Cobertura integral y gratuita para todos los asegurados del SIS está garantizada financieramente en el 2024 [Internet]. [Consultado el 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/891539-cobertura-integral-y-gratuita-para-todos-los-asegurados-del-sis-esta-garantizada-financieramente-en-el-2024>
42. SIS garantiza cobertura integral y gratuita de sus cinco planes de seguros en el 2023 [Internet]. [Consultado el 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/680749-sis-garantiza-cobertura-integral-y-gratuita-de-sus-cinco-planes-de-seguros-en-el-2023>
43. Unger JP, De Paepe P, Buitron R, Soors W. Costa Rica: Logros de una política sanitaria heterodoxa. *Am. J. Public Health*. Abril de 2008;98(4):636-43.
44. Bala A. Costa Rica prioriza la salud pública [Internet]. FMI. [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2022/03/09/cf-costa-rica-prioritizes-public-health>
45. Vol VIII: La reforma del sistema de salud en Costa Rica: Impacto y éxito del modelo EBAIS [Internet]. *The McGill Journal of Global Health*. 2020 [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://mghjournal.com/2020/09/19/vol-viii-costa-ricas-health-care-reform-impact-and-success-of-the-ebais-model/>
46. Di Giorgio L, Rosado Valenzuela AL, Sheffel A, Mussini M. Introducción de las compras estratégicas en Costa Rica [Internet]. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2024 [Consultado el 8 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10986/41956>

47. Estudios de caso: Costa Rica [Internet]. [Consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/HealthEconomics/ALPS%20case-studies/costa_rica.html?
48. Óscar Cetrangolo, Florencia Devoto. ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD: Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual [Internet]. 2002. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/70dc83ae-9a4a-422d-8a24-de36397ca26d/content>
49. Ministerio de Economía Argentina. EL SISTEMA PRESUPUESTARIO EN LA ADMINISTRACION NACIONAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA [Internet]. Disponible en: https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/el_sistema_presupuestario_publico.pdf
50. Health_System_Profile-Argentina_2002.pdf [Internet]. Consultado el 16 junio de 2025]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Argentina_2002.pdf
51. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. El sistema de salud brasileño: historia, avances y retos. The Lancet. 21 de mayo de 2011;377(9779):1778-97.
52. Ortega F, Pele A. El sistema único de salud de Brasil: 35 años y desafíos futuros. Lancet Reg Health Am. 10 de noviembre de 2023;28:100631.
53. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC de, Atun R. El sistema de salud brasileño en la encrucijada: progreso, crisis y resiliencia. BMJ Global Health [Internet]. 3 de julio de 2018 [Consultado el 16 de junio de 2025];3(4). Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>
54. Villarroel S, Osorio M, Bachelet VC. Una revisión y análisis del alcance de una serie de experiencias de países para informar la reforma del financiamiento de la salud en Chile. Revista Panamericana de Salud Pública. 20 de marzo de 2025;49:1.
55. Espinosa O, Rodríguez-Lesmes P, Prada S, Bolívar M, Mejía-Becerra JD, Vecino-Ortiz AI. Prima del seguro de salud en Colombia para 2025: ¿una decisión estrictamente político-ideológica sin argumentos técnico-científicos? Health Economics Review. 8 de abril de 2025;15(1):31.
56. Derecho a la salud [Internet]. Oxford Constitutions. [Consultado el 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://oxcon.ouplaw.com/display/10.1093/law-mpeccol/law-mpeccol-e131?d=%2F10.1093%2Faw-mpeccol%2Faw-mpeccol-e131&p=emailAOL0Z4a0QUUpUs>
57. Hagan M. Un viaje a través del desafío de diseño de la Tutela por parte de la Corte Constitucional de Colombia [Internet]. Legal Design and Innovation. 2019 [Consultado el 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medium.com/legal-design-and-innovation/a-journey-through-colombias-constitutional-court-s-tutela-design-challenge-c3f4d20d73bd>
58. Bonilla JMH. Petro redobla su apuesta por la reforma a la salud mientras anuncia recortes en el funcionamiento del Estado para contener la crisis fiscal [Internet]. El País América Colombia. 2025 [Consultado el 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://elpais.com/america-colombia/2025-01-15/petro-redobla-su-apuesta-por-la-reforma-a-la-salud-mientras-anuncia-recortes-en-el-funcionamiento-del-estado-para-contener-la-crisis-fiscal.html>

59. Compliance LG. Colombia implementará reforma de salud [Internet]. Lockton Global Benefits. 2024 [Consultado el 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://globalnews.lockton.com/colombia-to-introduce-a-healthcare-reform/>
60. Biblioteca de la Asamblea Legislativa Costa Rica. Consultas resueltas: Presupuesto de la República [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.asamblea.go.cr/sd/Documentos%20compartidos/Presupuesto%20de%20la%20Rep%C3%ABlica.pdf>
61. Correa KGHO Guillermo Paraje, David Chinitz, Tim Tenbenschel, Toni Ashton, Tsung Mei Cheng, Santiago Illescas. Reformas de la atención sanitaria en el mundo [Internet]. American Affairs Journal. 2018 [Consultado el 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://americanaffairsjournal.org/2018/02/health-care-reforms-across-world/>
62. Barredo Ibáñez D, Molina Rodríguez-Navas P, Medranda Morales NJ, Rodríguez Breijo V. Transparencia y comunicación en salud en los sitios web gubernamentales de los países iberoamericanos: Los casos de Chile, Colombia, Ecuador y España. International journal of environmental research and public health, 18(6), p.3189. 21 de enero de 2022;80:38.
63. Gobiernos Autónomos Descentralizados de Ecuador \textbar Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo [Internet]. [Consultado el 21 de febrero de 2025].. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/instituciones/gobiernos-autonomos-descentralizados-de-ecuador>
64. Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025 - Secretaría Nacional de Planificación [Internet]. 2025 [Consultado el 21 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/>
65. Ley General de Salud [Internet]. Red P4H. [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://p4h.wodd/en/documents/general-health-law/>
66. Browner CH, Leal Fernández G, Sánchez-Pérez HJ. El legado del presidente Lázaro Cárdenas para la reforma de salud en el México actual. Int. J. Soc. Determinants Health Health Serv. 2024 Julio;54(3):309-20.
67. Ley N.º 28411 [Internet]. [Consultado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/229463-28411>
68. Leyes [Internet]. [Consultado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_docman&language=es-ES&Itemid=101657&lang=es-ES&view=list&slug=leyes-2
69. Consulta Amigable - Navegador [Internet]. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

70. Plan Nacional de Calidad en Salud: Estrategia de Implementación [Internet]. Argentina.gob.ar. 2024 [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-nacional-de-calidad-en-salud-estrategia-de-implementacion>
71. Plan Nacional de Calidad en Salud: Estrategia de Implementación [Internet]. Argentina.gob.ar. 2024 [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-nacional-de-calidad-en-salud-estrategia-de-implementacion>
72. Texto completo | Argentina.gob.ar [Internet]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2653-2023-391160/texto?>
73. BOLETÍN OFICIAL REPÚBLICA ARGENTINA - MINISTERIO DE SALUD - Resolución 2653/2023 [Internet]. [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/295731>
74. Argentina M de H de la N. Presupuesto Abierto - ¿Para que se gasta? [Internet]. [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/visualizacion-para-que-se-gasta>
75. Plano Nacional de Saude - PNS 2024-2027 — Ministerio da Saude [Internet]. [Consultado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view>
76. Plano Plurianual [Internet]. Portal da Camara dos Deputados. [Consultado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/ppa/2024_2027/ppa2024_2027
77. Vieira FS. Financiamiento de la salud en Brasil y las metas de la Agenda 2030: alto riesgo de fracaso. Rev Saude Publica. 54:127.
78. El límite de austeridad de Brasil obstaculiza el derecho a la alimentación, la salud y la educación [Internet]. Centro de Derechos Económicos y Sociales. 2017 [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.cesr.org/brazils-austerity-cap-stunting-rights-food-health-and-education/>
79. Leal JGRP, Lima LD de, Bertholini F. Mapeo de opciones: enmiendas parlamentarias y asignación de recursos al Sistema Único de Salud (SUS) en tiempos de gasto obligatorio. Rev. Bras. Cienc. Política. 2025;44:e289431.
80. Gm P. Plano Estratégico Institucional do Ministerio da Saude 2024-2027. 2025
81. de M. PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS AÑO 2025. 2025
82. Espinoza MA, Cabieses B, Goic C, Andrade A. La vía legal para la fijación de prioridades en Chile: un análisis crítico para mejorar la planificación y la rectoría en salud. Front Public Health. 8 de enero de 2024;11:1302640.

83. Espinoza MA, Zamorano P, Zúñiga-San Martín C, Taramasco C, Martínez F, Becerra S, et al. Mejorar la eficiencia en la atención sanitaria: Lecciones de políticas de salud exitosas en Chile. *Archives of Medical Research*. 1 de enero de 2025;56(1):103105.
84. Plan de salud pública decenal [Internet]. [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/English/Paginas/Ten-year-public-health-plan.aspx?>
85. La salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 – ACHC | Hospital Journal of the Health Sector [Internet]. 2023 [Consultado el 3 de julio de 2025]. Disponible en: <https://revistahospitalaria.org/actualidad/la-salud-en-el-plan-nacional-de-desarrollo-2022-2026/>
86. Espinosa O, Rodríguez-Lesmes P, Prada S, Bolívar M, Mejía-Becerra JD, Vecino-Ortiz AI. Prima del seguro de salud en Colombia para 2025: ¿una decisión estrictamente político-ideológica sin argumentos técnico-científicos? *Health Economics Review*. 8 de abril de 2025;15(1):31.
87. PNDIP 2023-2026 Main.pdf [Internet]. [Consultado el 4 de julio de 2025]. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/PNDIP%202023-2026%20Main.pdf>
88. RESUMEN-PND-ES.pdf [Internet]. [Consultado el 4 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2024/08/RESUMEN-PND-ES.pdf>
89. La agenda de salud digital 2023-2027 del Ecuador | Digital Watch Observatory [Internet]. [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://dig.watch/resource/the-digital-health-agenda-2023-2027-of-ecuador>
90. Sistema Nacional de Inversión Pública del Ecuador | Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo [Internet]. [consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/sistemas-de-planificacion/sistema-nacional-de-inversion-publica-ecuador?>
91. República P de la. Gobierno de México presenta Programa 2024-2030 para la prevención y promoción de la salud [Internet]. gob.mx. [Consultado el 4 de julio de 2025]. Disponible en: <http://www.gob.mx/presidencia/prensa/gobierno-de-mexico-presenta-programa-2024-2030-para-la-prevencion-y-promocion-de-la-salud>
92. Los recortes propuestos al presupuesto de salud en México amenazan el acceso a la atención [Internet]. Mexico Business. 2024 [Consultado el 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://mexicobusiness.news/health/news/mexicos-proposed-health-budget-cuts-threaten-access-care>
93. Recortes en servicios de salud impiden que México alcance metas presupuestarias para 2025 [Internet]. Mexico Business. 2025 [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://mexicobusiness.news/health/news/health-services-cut-mexico-misses-2025-budget-goals>
94. Flores AB Patricia San Juan. Las claves del primer presupuesto de Sheinbaum: más dinero para Vivienda, trenes y programas sociales; recortes en Sedena y Salud, y confusión con Educación [Internet]. El País México. 2024 [Consultado el 22 de agosto de 2025]:

Disponible en: <https://elpais.com/mexico/2024-11-16/las-claves-del-primer-presupuesto-de-sheinbaum-mas-dinero-para-vivienda-trenes-y-programas-sociales-recortes-en-sedena-y-salud-y-confusion-con-educacion.html>

95. PER_Perú_Política-Nacional-Multisectorial-de-Salud-al-2030_2020-2030.pdf [Internet]. [Consultado el 4 de julio de 2025]. Disponible en: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/PER_Peru_Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-de-Salud-al-2030_2020-2030.pdf
96. HTA and HBP Survey 2020 [Internet]. [Consultado el 25 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/economic-analysis/health-technology-assessment-and-benefit-package-design/survey-homepage>
97. Panorama regulatorio y de ETS en América Latina: ¿Cuáles son las necesidades, los desafíos y las oportunidades? [Internet]. DIA Global Forum. 2022 [Consultado el 23 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://globalforum.diaglobal.org/issue/july-2022/regulatory-and-hta-landscape-in-latin-america-what-are-the-needs-challenges-and-opportunities/>
98. Giedion U, Espinoza MA, Gongora-Salazar P, Mehndiratta A, Ollendorff D. Aprovechamiento de la evaluación de tecnologías sanitarias en América Latina y el Caribe: Manteniendo la región en el rumbo correcto. *Health Systems & Reform*. 31 de diciembre de 2023;9(3):2314482.
99. Lessa F, Caccavo F, Curtis S, Ouimet-Rathe S, Lemgruber A. Fortalecimiento e implementación de la evaluación de tecnologías en salud y el proceso de toma de decisiones en la Región de las Américas. *Rev. Panam. Salud Pública*. 26 de diciembre de 2017;41 :e165.
100. Práctica refinada. ETS alrededor del mundo: Argentina - Largo camino hacia la institucionalización de la ETS - OHE [Internet]. 2025 [Consultado el 25 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ohe.org/insights/around-the-world-in-htas-argentina-long-road-to-institutionalizing-hta/>
101. Hasdeu S, Beliera A, Alvarez J, Sanchez Viamonte J. Explorando el vínculo entre la evaluación de tecnologías sanitarias y la toma de decisiones durante la emergencia de salud pública de COVID-19 en un país en vías de desarrollo: análisis de procesos y resultados. *Int J Technol Assess Health Care*. 4 de noviembre de 2024;40(1):e42.
102. CONITEC - Comité Nacional de Incorporación de Tecnología [Internet]. INAHTA. [Consultado el 25 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.inahta.org/members/conitec/>
103. Simoes Correa Galendi J, Caramori CA, Lemmen C, Muller D, Stock S. Expectativas para el desarrollo de la evaluación de tecnologías sanitarias en Brasil. *Int J Environ Res Public Health*. 13 de noviembre de 2021;18(22):11912.
104. OMS. BRAZIL_ETIS-Perfil de Área_País. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_brazil.pdf

105. OMS. Chile_ETSPerfil de Área_País. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-2Vhta-country_area-profile_chile.pdf
106. OMS. Colombia_ETSPerfil de Área_País. (1). Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_colombia.pdf
107. IETS - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud [Internet]. INAHTA. [Consultado el 25 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.inahta.org/members/iets/>
108. OMS. Costa Rica_ETSPerfil de Área_País. (1). Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_costa-rica.pdf
109. OMS. Ecuador_ETSPerfil de Área_País. (1). Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_ecuador.pdf
110. Yajamin-Villamarin R. La importancia de un manual metodológico para las evaluaciones económicas en la toma de decisiones en salud en el Ecuador. PharmacoEconomics Open [Internet]. 1 de junio de 2025 [Consultado el 25 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41669-025-00585-z>
111. OMS. Mexico_ETSPerfil de Área_País. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_mexico.pdf
112. OMS. Peru_ETSPerfil de Área_País. (1). Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_peru.pdf
113. Alineación de la gestión financiera pública y la financiación de la salud: una guía de proceso para identificar problemas y fomentar el diálogo [Internet]. [Consultado el 23 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513074>
114. Atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento de 2019 [Internet]. [Consultado el 23 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>
115. de Deus Costa RM, da Silva Barbosa R, Zucchi P. Gastos en el sistema de salud en Brasil: la participación de los estados y del Distrito Federal en el financiamiento del sistema de salud de 2002 a 2013. Clínicas (Sao Paulo). Abril 2015;70(4):237-41.
116. Institucionalización de las Cuentas de Salud en Brasil: Un nuevo enfoque para institucionalizar la producción de cuentas de salud en Brasil [Internet]. OCDE. 2025 [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/institutionalising-health-accounts-in-brazil_b6d405f9-es/full-report/a-new-approach-to-institutionalise-health-accounts-production-in-brazil_a4761c7e.html

117. El Plan Nacer de Argentina [Internet]. [Consultado el 30 de abril de 2025]. Disponible en: <http://millionssaved.cgdev.org/case-studies/argentinas-plan-nacer>
118. Una revolución sanitaria en Argentina [Internet]. [Consultado el 30 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/news/immersive-story/2024/12/11/salud-de-calidad-en-argentina-plan-nacer>
119. Programa Saude da Familia de Brasil [Internet]. [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <http://millionssaved.cgdev.org/case-studies/brazils-programa-saude-da-familia>
120. case-study-health-budget-programs-in-brazil-ibp-2018.pdf [Internet]. [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://internationalbudget.org/wp-content/uploads/case-study-health-budget-programs-in-brazil-ibp-2018.pdf>
121. Efectos de la reforma al sistema de salud mexicano de 2019 en el espacio de toma de decisiones de las entidades federales para la atención del cáncer de mama.
122. Proyectos de desarrollo: Chile Programa de Cobertura Universal de Atención Primaria de Salud y Resiliencia - P179785 [Internet]. Banco Mundial. [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://projects.bancomundial.org/es/projects-operations/project-detail/P179785>
123. Savedoff WD, Gongora P, Giedion U, Distrutti M. Gasto inteligente en salud: Cómo hacer que cada dólar cuente. Publicaciones del BID [Internet]. 31 de agosto de 2023 [Consultado el 24 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/smart-spending-health-how-make-each-dollar-count>
124. Artículo completo: Utilizar una pequeña palanca para lograr grandes resultados en un sistema de salud descentralizado: 20 años del Programa Sumar en Argentina [Internet]. [Consultado el 30 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2024.2422105>
125. Argentina Sistemas de Adquisiciones y Pagos | PHCPI [Internet]. [Consultado el 30 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.improvingphc.org/argentina-purchasing-payment-systems>
126. Presupuesto | Argentina.gob.ar [Internet]. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/transparencia/presupuesto>
127. MINISTERIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. ORÇAMENTOS DA UNIAO. PROJETO DE LEI ORÇAMENTARIA. EXERCICIO FINANCEIRO 2025 [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/orcamentos-anuais/2025/ploa/volume4tomo1_momento5000_sioproducao_202408292000.pdf
128. Claves-Presupuesto-Salud-2024.pdf [Internet]. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://politicaspUBLICAS.uss.cl/wp-content/uploads/2023/10/Claves-Presupuesto-Salud-2024.pdf>

129. ADRES ejecutó \$82,2 mil millones para garantizar la salud en 2023. [Internet]. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: [https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/ADRES-ejecuto%20\\$82-2-billones-para-garantizar-la-salud-en-2023.aspx](https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/ADRES-ejecuto%20$82-2-billones-para-garantizar-la-salud-en-2023.aspx)
130. ADRES ejecutó \$95 mil millones para garantizar la salud en Colombia en 2024. [Internet]. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/ADRES-ejecuto-95-billones-para-garantizar-la-salud-en-Colombia-en-2024.aspx>
131. Melo-Becerra LA, Arango LE, Avila-Montealegre O, Ayala-García J, Bonilla-Mejía L, Botero-García JA, et al. Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. 27 de septiembre de 2023 [Consultado el 21 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/10699>
132. Ministerio de Hacienda Costa Rica. 211-MINSA [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.hacienda.go.cr/docs/211-MINSA.pdf>
133. Cantú R. CIEP [Internet]. CIEP. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2024/04/Analisis-de-presupuesto-en-salud-rumbo-a-2030.pdf><https://ciep.mx/gasto-para-salud-en-2025-recortes-en-hospitales-y-para-poblacion-sin-seguridad-social/>
134. Estructura programática de los programas presupuestarios [Internet]. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=101530&view=article&catid=211&id=2768&lang=es-ES
135. Costa Rica | Instituto de Métricas y Evaluación en Salud [Internet]. [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/costa-rica>
136. Orçamento da saúde: com R\$ 246 bilhões, financiamento do SUS cresce 6,2% [Internet]. Futuro da Saúde. 2025 [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://futurodasaude.com.br/orcamento-da-saude/>
137. Pesec M, VanderZanden A, Ratcliffe H. Estudio de caso de servicios de salud integrados centrados en las personas: Reforma Integral de la Atención Primaria de Salud en Costa Rica.
138. Cuccia L, Chadwick J, Kim A, Sivarajan R, Wong V. La reforma de la salud de Costa Rica: Impacto y éxito del modelo EBAIS.
139. Spigel L, Pesec M, Villegas del Carpio O, Ratcliffe HL, Jiménez Brizuela JA, Madriz Montero A, et al. Implementando reformas sostenibles en atención primaria de salud: estrategias desde Costa Rica. *BMJ Glob. Health*. 24 de agosto de 2020;5(8):e002674.
140. Vega LDG. Gobierno, atención primaria de salud y nivel de vida: Evidencia de Costa Rica.

141. Ochoa P. Crece la presión financiera sobre el sector salud: cartera de la industria farmacéutica llena a \$ 4,3 billones en el primer trimestre [Internet]. Afidro. 2025 [Consultado el 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://afidro.org/2025/08/20/crece-la-presion-financiera-sobre-el-sector-salud-cartera-de-la-industria-farmaceutica-llega-a-43-billones/>
142. Página de inicio | Gasto Público y Rendición de Cuentas Financiera (GPRC) [Internet]. [Consultado el 30 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.pefa.org/>
143. Balance GPRC 2022 - D03.pdf [Internet]. [Consultado el 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.pefa.org/sites/pefa/files/GPRC%202022%20Stocktaking%20-%20D03.pdf>
144. AR-Dec19-PFMPR-Public with PEFA Check_ENG.pdf [Internet]. [Consultado el 30 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.pefa.org/themes/pefa/pdfs/web/viewer.html?file=/sites/default/files/2020-02/AR-Dec19-PFMPR-Public%20with%20PEFA%20Check_ENG.pdf
145. Colombia 2024 | Gasto Público y Rendición de Cuentas Financiera (GPRC) [Internet]. [Consultado el 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.pefa.org/node/5276>
146. Informe GPRC: Estudios de caso [Internet]. [Consultado el 30 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.pefa.org/global-report-2022/es/report/case-studies/#colombia>
147. Costa Rica | Gasto Público y Rendición de Cuentas (GPRC) [Internet]. [Consultado el 30 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.pefa.org/pais/costa-rica>
148. Evaluaciones | Gasto Público y Rendición de Cuentas (GPRC) [Internet]. [Consultado el 1 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.pefa.org/assessments/list?field_region_target_id=All&field_country_target_id=178&field_assessment_framework_target_id=301&field_assessment_status_target_id=All&field_assessment_type_target_id=All&field_assessment_availability_target_id=All&field_lead_agencies_target_id=All&field_other_agencies_target_id=All&field_pefa_check_target_id=All&field_language_target_id=All
149. Encuesta de Presupuesto Abierto [Internet]. International Budget Partnership. [Consultado el 23 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://internationalbudget.org/open-budget-survey/>