
Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina

Documento de trabajo

Febrero de 2022

Medellín

Este documento fue preparado en el marco del contrato suscrito entre la Asociación Nacional de Empresarios -ANDI- y la Universidad de Antioquia (Contrato ANDI CO 1125 – Universidad de Antioquia), el cual tuvo por objeto adelantar un estudio para examinar cómo, en los países de América Latina, se ha afrontado la problemática de la pandemia en términos de gastos, especialmente con relación al gasto gubernamental o público y al gasto de bolsillo.

El material que comprende el documento es para uso exclusivo de la ANDI y de la Universidad de Antioquia (Grupo de Economía de la Salud, Facultad de Ciencias Económicas).

Asociación Nacional de Empresarios -ANDI

Carlos Dáguer

Director

Cámara de Aseguramiento en Salud

Juan Felipe Santos

Coordinador

Cámara de Aseguramiento en Salud

Equipo de investigadores (GES)

Jairo Humberto Restrepo – Director

Economista y magíster en Políticas Públicas

Dahiana Palacios

Administradora en Salud

Magíster en Finanzas

Juan José Espinal

Economista

Magíster en Economía

El equipo de investigadores expresa su agradecimiento con los colegas de varios países de América Latina y el Caribe, quienes ofrecieron sus opiniones y sugerencias con respecto a la información y al comportamiento del gasto en salud en sus países: Ariel Goldman (Argentina), Francisco Funcia y Rodrigo Mendes (Brasil), Gustavo Picado (Costa Rica), Rafael Urriola (Chile), Ruth Lucio (Ecuador), Berenice Ramírez y Gilma Arroyave (México), Zuleika Samudio (Panamá), Margarita Petrerá y Lorena Prieto (Perú) y Miguel Ángel García (Uruguay). Asimismo, agradecen los aportes brindados por Jorge Gutiérrez y Álvaro Rojas, de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud de Colombia (ADRES).

Las ideas y opiniones que se presentan en este documento son de absoluta responsabilidad de los autores y no comprometen a las entidades cooperantes ni a quienes hayan sido consultados. La información estadística y documental está debidamente sustentada con sus fuentes.

Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina

Resumen ejecutivo

Contexto

La pandemia del covid-19 ha implicado un doble shock, uno sanitario y otro económico y social. América Latina y el Caribe ha resultado fuertemente golpeada en ambos aspectos, con altas tasas de mortalidad, una drástica reducción del crecimiento económico en 2020 y unos mayores niveles de pobreza, desigualdad y desempleo que podrían mantenerse por varios años. Esto lleva a preguntarse por las características estructurales y los desafíos de la región, con una reflexión sobre la capacidad y el desempeño de los sistemas de salud. En este sentido, el gasto público constituye un instrumento crucial de los gobiernos para alcanzar los objetivos del sistema de salud, de manera especial para procurar la cobertura universal en salud y evitar que la población incurra en un gasto de bolsillo que resulte catastrófico y empobrecedor.

Ante una situación como esta pandemia, según el Banco Mundial se pueden presentar cuatro escenarios probables sobre lo que puede suceder con el gasto público per cápita en salud: *i) Gasto procíclico en salud*, en el que el gasto sigue el patrón del PIB per cápita, con una reducción en 2020; *ii) Gasto con prioridad del status quo a la salud*, con un aumento del gasto en 2020 y un retorno a la tendencia anterior en 2022; *iii) Gasto a favor de la salud*, con un aumento constante del gasto per cápita en salud, y *iv) Gasto ambicioso*, en el cual aumentaría el gasto público y se buscaría compensar parcialmente el menor gasto de los hogares.

Objetivo

Examinar cómo, en los países de América Latina, se ha afrontado la problemática de la pandemia en términos de gastos, especialmente el gasto público y el gasto de bolsillo. Se tomaron diez países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay.

Aspectos metodológicos

Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo mediante búsqueda de literatura en varias bases de datos, tanto a nivel general como para cada uno de los diez países seleccionados. A partir de esto, se adelantó lectura completa de 44 trabajos y por lo menos 20 artículos de divulgación y notas de prensa. Además, se realizó una exploración en los ministerios de salud y de hacienda o finanzas de cada país estudiado, y en centros o institutos oficiales de estadísticas, y se realizaron entrevistas con expertos en el campo de la economía de la salud de los países objeto de estudio.

Resultados generales

Al momento de iniciar la pandemia, los países de la región se encontraban en una posición desfavorable en cuanto a cobertura y protección financiera. Los hogares deben cubrir con gasto directo por lo menos una tercera parte del gasto total en salud, y unos 12 millones de personas se empobrecen debido a estos gastos. Por otra parte, según el índice de cobertura universal en salud, entre 0 y 100, los países mejor posicionados en la región apenas están por encima de 70 (Costa Rica y Perú con 76, y Chile y Colombia con 74), y se encuentran países con resultados más bajos (Ecuador con 64, y México y Argentina con 61).

Al relacionar el gasto público en salud (% del PIB) y el índice de cobertura universal en salud, se aprecian tres grupos de países según el estado en que se podrían encontrar para afrontar la pandemia:

- i. **Países con las coberturas más altas y mayor financiamiento público: Costa Rica, Uruguay y Colombia**, reconocidos como sistemas integrados. No reportan problemas relativos a gasto de bolsillo.
- ii. **Países con las coberturas más bajas y financiamiento público menor:** México, Ecuador y Brasil. Presentan sistemas fragmentados, con indicios de aumentos del gasto de bolsillo y gastos catastróficos de las familias.
- iii. **Países con cobertura baja y gasto público alto (Argentina)**, con sistemas fragmentados y en los que el gasto público es determinante para la protección financiera, sin reportes de problemas de gasto de bolsillo, y **países con cobertura media o alta pero bajo gasto público**, también fragmentados y en donde se da cuenta de aumento del gasto de bolsillo (**Perú, Chile y Panamá**).

Para enfrentar la crisis sanitaria, los gobiernos realizaron inversiones para fortalecer y aumentar la capacidad instalada de los sistemas de salud: disponibilidad y aumento de las camas UCI, compra de reactivos para el diagnóstico y la adquisición de pruebas rápidas, compra de equipos médicos como ventiladores mecánicos, capacitación del recurso humano, medicamentos, suministros, dispositivos médicos, equipo de protección personal, contratación de profesionales de la salud, adecuación de centros móviles de atención, adecuación de hoteles para garantizar el aislamiento, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, reorganización y ampliación de los servicios de salud, y finalmente, la adquisición de vacunas para controlar y reducir los efectos del virus.

En lo que respecta al gasto público en salud, según información del Fondo Monetario Internacional, los países que con los mayores recursos adicionales para el sector salud, como proporción del PIB, han sido: Panamá (1,7%), Brasil (1,5%), Colombia (1,4%) y Perú (1,4%). En un nivel intermedio estarían Uruguay (0,8%), Argentina (0,7%) y Chile (0,6%), y los más bajos fueron México (0,4%), Costa Rica (0,3%) y Ecuador (0,3%)

Resultados por país

Argentina

El gasto público en salud aumentó en 2020 en unos US 1.700 millones. Para 2021 el esfuerzo fiscal fue de unos US 1.400 millones, y para 2022 de unos US 944 millones. Coherente con las garantías de acceso que ofrece el sector público y con las medidas para cubrir las atenciones derivadas del covid-19, no se encontraron reportes o noticias sobre situaciones o incrementos preocupantes. El país se aproxima al **escenario a favor de la salud**, con un crecimiento sostenido del gasto per cápita en salud durante 2020-2022.

Brasil

El Ministerio de Salud de Brasil ha destinado unos US 21.150 millones a la atención del covid-19 entre 2020 y 2021. Aún así, debido a la falta de disponibilidad de camas y asistencia en la red pública, muchas personas recurren a servicios privados, generando costos catastróficos y deudas impagables. El país sigue el **escenario prioridad del status quo a la salud**, con un aumento del gasto per cápita en 2020 y un leve descenso en 2021.

Colombia

Colombia dispuso recursos adicionales para la atención de la pandemia, provenientes del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), con unos US 10.800 millones de 2020, de los que se han asignado US 4.300 millones para salud. Los hogares colombianos no han tenido que incurrir en altos gastos de bolsillo para la atención del covid-19. El país estaría siguiendo el **escenario prioridad del status quo a la salud**.

Costa Rica

Costa Rica estaría siguiendo un comportamiento entre el escenario de **prioridad del status quo a la salud** y el del **gasto a favor de la salud**, de modo que luego del aumento del gasto público per cápita en salud en 2020 y una pequeña reducción en 2021, tendría un nuevo aumento en 2022. No se reportan problemas sobre gastos de bolsillo.

Chile

Chile estaría siguiendo el escenario del **gasto a favor de la salud**, de manera que el gasto público per cápita en salud crece de manera sostenida durante 2020-2022. No obstante, se da cuenta de dificultades en cuanto al gasto de bolsillo. Según el CADEM, en abril de 2021 los problemas para pagar en salud se convirtieron en el tercer rubro más preocupante, especialmente para las familias de bajos ingresos (41%).

Ecuador

Ecuador parece haber seguido el **escenario procíclico en salud** en salud, de manera que el gasto público per cápita habría tenido un comportamiento similar al del PIB, con una reducción en 2020. Esto es preocupante si se tiene en cuenta que en el país se presentaba una disminución del presupuesto para la salud desde el año 2019. En contraste, los hogares estuvieron sometidos a mayores gastos de bolsillo. Se encontraron reportes de prensa donde se manifestaba que Independientemente de que el paciente superara o no la enfermedad, a los familiares se les emitían facturas que fácilmente superaban los US 100.000.

México

Los recursos adicionales a la Secretaría de Salud fueron de unos US 1.325 millones para apoyar gastos médicos, de infraestructura hospitalaria y vacunación. La respuesta fiscal del país ha sido una de las más pequeñas. En cuanto al gasto de bolsillo, según los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, se habría producido un incremento del 40,5% entre 2018 y 2020, debido principalmente al mayor gasto en medicamentos (68%). El país podría estar siguiendo un poco el escenario 2, **prioridad del estatus a la salud**, con un leve aumento del gasto público per cápita durante 2020 y 2021.

Panamá

Panamá sigue una tendencia del escenario **status quo para la salud**, aunque no es muy notorio el incremento del gasto per cápita, y no presenta evidencias sobre incremento del gasto de bolsillo.

Perú

Perú sigue la tendencia de escenario 2, **prioridad del status quo a la salud**, con uno de los aumentos más destacados en la región, en cuanto al gasto público en salud. En 2022 el país mantendría un gasto per cápita aún superior al de 2019. En cuanto al gasto de bolsillo, según la Encuesta Nacional de Hogares este se habría reducido un 12% en 2020, pero para los hogares más pobres la variación habría sido positiva 37%, especialmente si alguno de sus miembros padeció covid.

Uruguay

Uruguay estaría siguiendo el escenario 2, con **prioridad del status quo a la salud**, de modo que luego del aumento del gasto público per cápita en salud en 2020 y 2021, bajaría en 2022 pero quedaría en un nivel superior al de 2019, manteniendo la senda creciente que traía desde años atrás.

1. Introducción

La pandemia del covid-19 ha golpeado a los países de diversas maneras y en distintas proporciones, tanto en lo que respecta a los efectos directos sobre la salud, en particular los contagios, las personas enfermas y las muertes, como a los efectos sociales, económicos y políticos producto de las medidas sanitarias y de la carga de la enfermedad. Es así como el mundo se ha visto abocado a un doble shock, uno sanitario y otro económico. El primero está representado por los millones de vidas perdidas y por los efectos de la enfermedad, incluidas las secuelas para muchos de los sobrevivientes. Por su parte, el shock económico se ve reflejado en la pérdida de empleos y en la caída de la actividad económica, debido especialmente a las medidas de distanciamiento físico y a los cambios en las expectativas y los comportamientos de los agentes económicos, lo que además repercute negativamente sobre los ingresos de las familias y los niveles de pobreza.

A propósito de este doble shock, la región de América Latina y el Caribe (ALC) se destaca por tener cifras muy malas en los dos ámbitos. A pesar de las medidas tomadas por los países, para controlar la propagación del virus y minimizar el número de decesos, la región ha resultado fuertemente golpeada. Con una participación del 8,4% en la población mundial, al 19 de septiembre de 2021 se reportaron para la región 44.420.653 de casos confirmados y 1.473.136 muertes, lo cual equivale al 19,6% y al 31,6% de las cifras mundiales, respectivamente (Oxford University, 2021).

Luego de los dos primeros meses de la aparición del virus en China, en diciembre de 2019, la pandemia parecía concentrarse en Europa y desde entonces se encaminó al continente americano, en donde ha producido los mayores estragos. Además de los Estados Unidos, el papel de ALC ha sido fuerte. Hacia septiembre de 2020, ocho de los quince países del mundo con mayor número de infectados por cada millón de habitantes pertenecían a la región (Perú, Chile, Brasil, Argentina, Colombia, Costa Rica, Bolivia y República Dominicana) (Maceira, 2020). En septiembre de 2021 el panorama era similar, pues el país que en el mundo encabezaba la lista de muertes por millón de habitantes es Perú, y seis de los veinte países con el mayor número de muertes pertenecen a la región (Brasil, México, Perú, Colombia, Argentina y Chile) (Johns Hopkins University, 2021). Esta situación lleva a preguntarse por las características y los desafíos especiales de la región, en donde existen altos índices de pobreza, desigualdad e informalidad, y en donde los sistemas de salud y protección social presentan debilidades importantes (Cepal, 2020b; OIT, 2021).

Al tiempo que se ha padecido el rigor de la enfermedad, las políticas dirigidas a disminuir la curva de contagios han llevado a que la mayoría de los países experimenten niveles más bajos de actividad económica, con la caída generalizada del producto interno bruto (PIB), un aumento del desempleo y mayor empobrecimiento y desigualdad de ingresos (Cepal, 2021). La economía de la región se desplomó en -6,5% en 2020, cuando el indicador de crecimiento fue de -4,0% a nivel mundial, de -3,5% en Estados Unidos, de -3,9% en Europa y de 2,3% en China (Banco Mundial, 2021 a).

Ante este panorama, conviene preguntarse cómo estaban preparados los países de la región para atender una situación como la pandemia, y cómo de hecho la han afrontado. Interesa, de manera especial, resaltar las características de los sistemas de salud de cara a la cobertura universal y a los niveles de gasto, tanto público como privado. Es así como el objetivo de este trabajo ha sido examinar cómo, en los países de América Latina, se ha afrontado la problemática de la pandemia en términos de gastos, especialmente el gasto gubernamental o público y el gasto de bolsillo. Para esto se tomaron diez países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay.

Con el propósito de conocer el comportamiento del gasto en salud durante la pandemia, se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos Academic Search, Medline, EBSCOhost, SciELO, Science, Science Direct, así como una búsqueda abierta en Google y en Google Scholar. Los términos de búsqueda utilizados fueron: “Gasto en salud y covid-19”, “Gasto en salud y covid-19 y América Latina”, “Gasto de bolsillo y covid-19”, “Gasto de bolsillo y covid-19 y América Latina”. Estos términos, también en inglés: “Health expenditure and covid-19”, “Health expenditure and covid-19 and América Latina”, “Out-of-pocket expenditure and covid-19”, “Out-of-pocket expenditure and covid-19 and América Latina”. La misma búsqueda se hizo para cada uno de los diez países, agregando el nombre del país correspondiente y otros términos como gasto catastrófico, empobrecimiento, pago de pruebas y hospitalización.

Se identificaron 59 artículos académicos e informes técnicos de los cuales, a partir de la revisión del resumen, se seleccionaron 44 para lectura de texto completo teniendo en cuenta que efectivamente se referían al gasto en salud durante la pandemia: 15 artículos generales y 29 específicos a alguno de los países objeto de estudio distribuidos así: 4 de Brasil, 4 de Perú, 3 de México, 4 de Chile, 2 de Colombia, 3 de Uruguay, 2 de Ecuador, 2 de Argentina, 3 de Panamá y 2 de Costa Rica. Adicionalmente, se identificaron 20 artículos de divulgación y notas de prensa de Perú (4) Chile (5), Ecuador (3), México (4) y Brasil (4), lo que fue utilizado especialmente para la aproximación al gasto de bolsillo.

Para lograr una aproximación de los gastos adicionales en salud, derivados de la pandemia, además de las búsquedas de artículos y notas de prensa planteadas anteriormente se realizó una exploración en los ministerios de salud y de hacienda o finanzas de cada país estudiado, y en centros o institutos oficiales de estadísticas. De manera especial se realizaron entrevistas con expertos en el campo de la economía de la salud de los países objeto de estudio, y, para el caso colombiano, se tuvo una aproximación con la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Por último, se tuvieron en cuenta eventos académicos realizados en la región y de los cuales se conserva grabación o material de difusión.

En este documento se presenta, además de esta introducción, una mirada de contexto con unas consideraciones sobre el marco conceptual y tendencias internacionales, se da cuenta de los principales hallazgos para los países estudiados, y se plantean unas conclusiones en las que se destacan los resultados del análisis y algunas perspectivas de análisis para ahondar en el tema propuesto.

2. Marco conceptual y contexto

La pandemia del covid-19 ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y ha dejado en evidencia las carencias y los retos que estos enfrentan. Dada la importancia de los sistemas de salud, para dar atención oportuna y adecuada a los pacientes y minimizar y evitar la mortalidad causada por el virus, es necesario contar con buenas capacidades en cuanto a infraestructura, dotación y talento humano. Sobre el particular, la región de ALC presenta rezagos en la disponibilidad de camas y personal de salud, con unos indicadores cercanos a la mitad de la situación característica de países más desarrollados. A esto se suma que los sistemas de salud de la región presentan importantes debilidades, como su bajo financiamiento público, la segmentación y la fragmentación, lo que representa importantes barreras para el acceso (CEPAL, 2020a).

Ahora bien, en la región se encuentran sistemas de salud característicos de diferentes tipologías, de tal modo que pueden presentarse diferencias en el impacto de la pandemia según el tipo de sistema. En un estudio reciente (OIT, 2021) se propone la siguiente clasificación: sistemas sin seguros contributivos, característico de Brasil, sistemas con seguro único que combinan financiamiento contributivo y rentas generales (Costa Rica), sistemas con reformas avanzadas para eliminar fragmentación (Uruguay y Colombia), sistemas con reformas tendientes a reducir brechas (Perú, Bolivia y Ecuador), sistemas que consolidaron la fragmentación (Chile), y sistemas divergentes como el de Argentina. En términos generales, es de esperar que en este mismo orden los países pudieran responder con una mayor protección financiera y cobertura de servicios, aunque debido a la situación de emergencia las respuestas también pueden variar según el manejo de cada país y la magnitud y composición del gasto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) ha hecho énfasis en que para garantizar un adecuado manejo de la pandemia es necesario establecer acciones en la prestación de servicios, financiamiento y gobernanza de los sistemas de salud. En cuanto al financiamiento, la OMS considera necesario procurar suficientes recursos a fin de garantizar bienes comunes para la salud y eliminar las barreras financieras para el acceso a los servicios. Para ello, es necesario aumentar la financiación pública y ajustar las políticas de financiamiento de modo que se eliminen las barreras financieras para la atención. Entre las recomendaciones se destacan: suspender todos los copagos o cargas al usuario, compensar a los establecimientos de salud por la pérdida de ingresos, otorgar anticipos a proveedores públicos y privados para hacer frente a los aumentos previstos en la demanda, considerar la posibilidad de realizar transferencias monetarias multipropósito a los hogares, entre otros, con el fin de garantizar el acceso, proteger a las familias para que no incurran en gastos catastróficos y garantizar la atención en medio de la crisis sanitaria.

Varios gobiernos de la región han adoptado la recomendación de eliminar las barreras financieras, de manera especial frente a las pruebas de diagnóstico y al tratamiento del covid-19, asumiendo el costo de estos servicios mediante las redes públicas de servicios o la contratación con recursos públicos. Sin embargo, ante las debilidades de los sistemas de salud y la baja disponibilidad de recursos para la atención, resulta difícil garantizar el acceso oportuno y universal, dando lugar a listas de espera como mecanismo de racionamiento. Esto ha llevado a que muchas personas deban o prefieran pagar por la atención en el sector privado, situación reportada especialmente en México, Ecuador, Paraguay, Brasil, Chile, Guatemala y Uruguay (Cid, 2021).

El gasto público constituye así un instrumento crucial de los gobiernos para alcanzar los objetivos del sistema de salud, los que pueden resumirse en tres: mejorar la salud, brindar cobertura y garantizar protección financiera. Estos objetivos también se expresan en términos de la triple meta que deben alcanzar los sistemas de salud (Berwick, Nolan y Whittington, 2008), con indicadores concretos en cuanto a estado de salud, acceso y financiación. Desde la perspectiva del gasto, se espera que un mayor gasto público y un mínimo de gasto de bolsillo sirvan para cubrir a la población de la atención necesaria y no se ponga en riesgo financiero a las familias debido a la enfermedad. En este sentido, el gasto en salud se aborda siguiendo la metodología del sistema de cuentas nacionales de salud (SCN-SHA 2011, OECD, Eurostat & WHO, 2011), que considera dos categorías del gasto según la fuente de financiación: público y privado. El gasto público describe la prioridad que tiene el gobierno nacional para recaudar recursos mediante contribuciones a la nómina e impuestos generales y específicos. Por su parte, el gasto privado corre por cuenta de las familias y de las empresas y se compone de los seguros privados voluntarios y de los gastos directos o pagos de bolsillo.

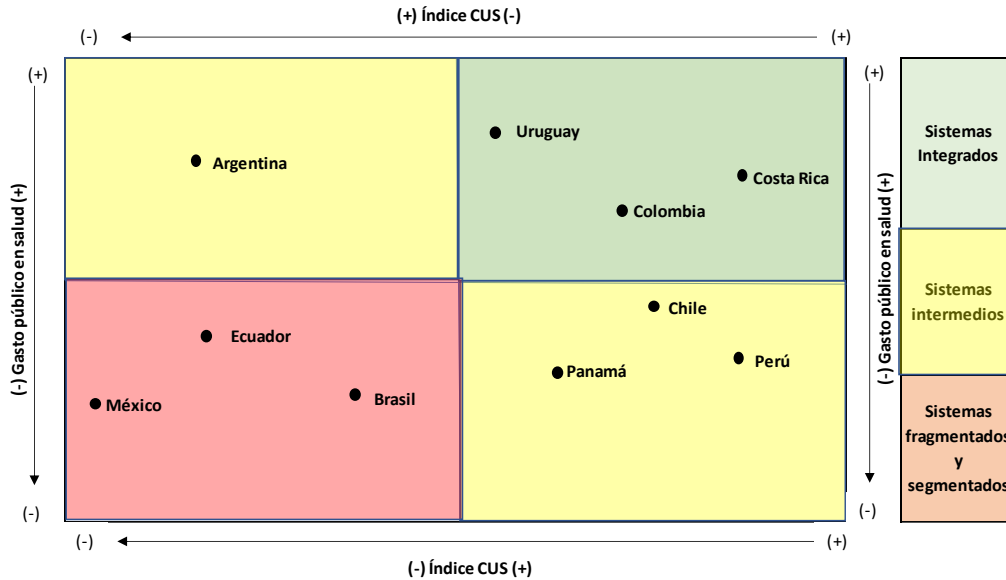
De manera que cualquier mecanismo de aseguramiento social debe garantizar la protección financiera para evitar que los usuarios incurran en gastos de bolsillo financieramente empobrecedores, gastos catastróficos o que representen una porción insostenible del ingreso familiar, y que, por tanto, coloquen a los hogares por debajo de la línea de pobreza (Hsiao y Shaw, 2007). Sobre el particular, el panorama es bastante preocupante si se tiene en cuenta que “en promedio, los hogares de la región deben cubrir más de un tercio del financiamiento de la atención de salud con pagos directos de bolsillo (34%), cerca de 95 millones de personas realizan gastos catastróficos en salud y casi 12 millones de personas se empobrecen debido a estos gastos” (CEPAL, 2021)”. El gasto en salud por esquemas gubernamentales y seguros de salud obligatorios representan un promedio de 54,3% del gasto total en salud, así que los sistemas de salud de la región aún dependen en una proporción importante del gasto privado, y, más preocupante aún, es el peso que tiene el gasto de bolsillo (CEPAL, 2020b).

En cuanto a cobertura en salud, en el estudio de la carga global de enfermedades, lesiones y factores de riesgo (Global Health Metrics, 2020) se evaluó la cobertura efectiva para un conjunto de 204 países, con una matriz que comprende 23 indicadores en una escala de 0 a 100 y el cálculo de un índice que relaciona características de la atención en servicios o programas de promoción, prevención y tratamiento. Según este índice, los países con mejores resultados son Japón (96), Islandia (95) y Noruega (94). En el caso de los países objeto de estudio con mejores resultados son Costa Rica y Perú (76), luego Chile y Colombia (74), mientras que los países con peores resultados son Ecuador (64), México y Argentina (61). Al relacionar este índice con la participación del gasto público en salud, los países con mejor cobertura y mayor público gasto son Costa Rica, Colombia y Uruguay, y los países con menor cobertura y bajo gasto público son México, Brasil y Ecuador.

Así las cosas, los avances en materia de cobertura y gasto público pueden verse como unos ciertos predictores de la manera en que los países habrían de sortear la emergencia sanitaria con ocasión del covid-19, especialmente en lo que respecta a la capacidad de los sistemas de salud para brindar atención y garantizar protección financiera, con un bajo impacto sobre el gasto de bolsillo. En la figura 1 se aprecian cuatro grupos de países según la magnitud de las dos variables consideradas. En el cuadrante superior derecho se encuentran los países con las coberturas más altas y el mayor financiamiento público, los mismos que son reconocidos como sistemas integrados o con avances significativos hacia una mayor integración. Precisamente para estos países, como se verá más adelante, no se reportan problemas relativos a gasto de bolsillo durante la pandemia. En el otro extremo están los países con las coberturas más bajas y el menor financiamiento público, los mismos sobre los que se encontraron indicios de aumentos del gasto de bolsillo y gastos catastróficos de las familias para la atención del covid-19.

Los demás casos, en el cuadrante superior izquierdo y en el inferior derecho, corresponden en general a sistemas fragmentados. No obstante, como podrá verse para cada país, independiente del tipo de sistema e incluso del índice de cobertura, resulta determinante el tamaño del gasto público para salud como garantía para la protección financiera. Es el caso de Argentina, que ha solventado la crisis sin que se hayan encontrado reportes de problemas relativos al gasto de bolsillo, contrario a la situación especialmente de Perú y Chile, países en donde se da cuenta de aumento del gasto de bolsillo o presiones sobre el gasto familiar para acceder a los servicios de atención del covid-19.

Figura 1. Índice de cobertura universal y gasto público en salud (% PIB) en diez países de América Latina, 2018

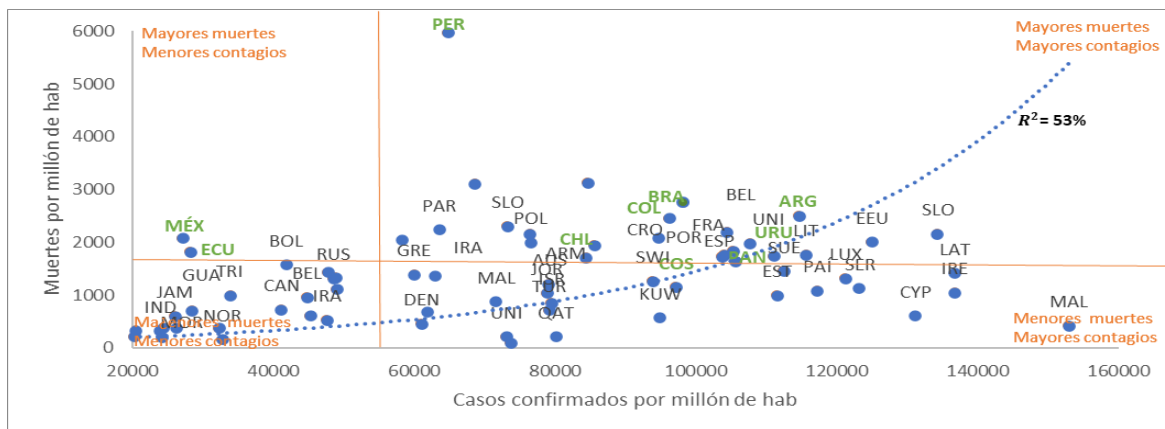


Nota: La división del cuadrante se mide a partir del promedio de las variables de análisis.

Fuente: Our World in Data de la Universidad de Oxford y Repositorio de datos de la OMS. Cálculos propios.

En lo que respecta a la manera como se han visto afectados los países por el covid-19, específicamente en cuanto a contagios y muertes, en la figura 2 se presentan los países del mundo y se destaca en color verde los países objeto de estudio. Con la excepción de Costa Rica, los demás países presentan una tasa de mortalidad por covid-19 superior al promedio mundial, destacándose Perú como un caso extremo, lo cual da cuenta de la severidad con la que se ha desarrollado la pandemia en la región. Si además se toman en cuenta indicadores como pruebas totales por mil, la cobertura de vacunación, el grado de positividad de las pruebas, la letalidad del virus y el exceso de mortalidad, los países con los resultados menos malos serían Chile, Panamá, Uruguay y Costa Rica, los que habrían obtenido resultados intermedios serían Ecuador, Argentina y Colombia, y finalmente los países con peores resultados serían Brasil, México y Perú.

Figura 2. Casos confirmados y muertos por covid-19 en países del mundo (tasas por millón de habitantes)



Fuente: Our World in Data de la Universidad de Oxford (datos al 15 de septiembre de 2021). Cálculos propios.

En la medida en que una situación como la pandemia del covid-19 implica un desequilibrio y un riesgo de incumplimiento de los objetivos del sistema de salud, junto con la caída de la economía debido a las medidas sanitarias, se espera entonces una respuesta centrada en el gasto público. Sobre el particular, el Banco Mundial (2021b) planteó cuatro escenarios probables sobre el gasto público per cápita en salud:

- i. **Gasto procíclico en salud**, en el que el gasto público sigue el mismo patrón observado en recesiones económicas anteriores, como la de 2008, de modo que habría una reducción de dicho gasto en el curso de la pandemia y una recuperación a partir de 2021;
- ii. **Prioridad del status quo a la salud**, en cuyo caso los gobiernos eligen mantener constante la participación del gasto público en salud, de modo que el gasto público per cápita en salud sigue la tendencia del gasto público general. En medio de la crisis se esperaría un aumento de este gasto especialmente en 2020, y un retorno a la tendencia o a los niveles alcanzados en 2019, a partir de 2022;
- iii. **Gasto a favor de la salud**, con un aumento constante del gasto per cápita en salud, a pesar de la reducción en el gasto del gobierno general, y
- iv. **Gasto ambicioso**, en el cual los gobiernos no solo aumentarían su gasto en salud, sino que también buscarían compensar parcialmente el menor gasto en salud de los hogares (Banco Mundial, 2021b).

Según el trabajo del Banco Mundial, el escenario más probable para la mayoría de los países es el segundo, con prioridad del status quo a la salud en el gasto público, así que el gasto per cápita en salud aumentaría en 2020 con el gasto del gobierno general por efectos de la pandemia, y luego se presentaría una caída en 2021 y 2022 para retomar la senda que se traía antes de la pandemia, en 2019.

En cuanto al gasto de bolsillo, especialmente durante el primer año de la pandemia, el efecto neto puede resultar indeterminado y acaso depende del tipo de sistema de salud, especialmente si es integrado y cuenta con una buena cobertura, en cuyo caso se presentaría una reducción del gasto directo de las familias. En términos generales, debido a la caída del PIB per cápita y ante la menor capacidad de pago de las familias, el gasto de bolsillo se reduciría debido a una utilización más baja de servicios que requieren pago, de manera especial los que tienen un carácter de bien de lujo o no esencial, como los servicios odontológicos o estéticos, a lo cual se suma el cierre de servicios durante las cuarentenas obligatorias.

No obstante lo anterior, el gasto de bolsillo también pudo haber aumentado entre las familias en las que se presentaron contagios y pacientes con covid-19, quienes pudieron enfrentar dificultades para acceder a las pruebas y a la atención de esta enfermedad. Adicionalmente, al reorientar los servicios de salud para ocuparse de la pandemia, se presentaron barreras para la atención de patologías diferentes al covid-19, especialmente enfermedades crónicas, de modo que muchos hogares pudieron verse sometidos a un mayor gasto relacionados especialmente a la compra de medicamentos e insumos médicos (OMS, 2020a, 2020b).

De manera que la llegada del covid-19 demandó que los gobiernos realizaran inversiones para fortalecer y aumentar la capacidad instalada de los sistemas de salud. Al principio de la pandemia existía una preocupación sobre la disponibilidad y aumento de las camas UCI. Sin embargo, en la mayoría de los países no se contaba con suficientes laboratorios para el procesamiento de pruebas, por consiguiente, hubo una movilización de recursos hacia la compra de reactivos para el diagnóstico y la adquisición de pruebas rápidas para la detección del virus. Luego se orientó la inversión en el tratamiento y el manejo de los casos positivos,

lo cual llevó a la compra de equipos médicos, específicamente ventiladores mecánicos, aumento de la capacidad de camas, capacitación del recurso humano, medicamentos, suministros, dispositivos médicos, equipo de protección personal, contratación de profesionales de la salud, adecuación de centros móviles de atención, adecuación de hoteles para garantizar el aislamiento, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, reorganización y ampliación de los servicios de salud, y finalmente, la adquisición de vacunas para controlar y reducir los efectos del virus. Posteriormente, los países ampliaron sus esfuerzos para garantizar la atención de aquellas consultas e intervenciones quirúrgicas que fueron retrasadas o canceladas por la atención de la pandemia.

Todas estas acciones habrían de requerir recursos para el sector de la salud a partir de medidas excepcionales que permitieran cubrir los gastos extra. Además de los recursos extraordinarios es importante tener en cuenta la posibilidad de adelantar un redireccionamiento de los recursos existentes hacia la atención de la pandemia, con la consecuente desatención de las demás enfermedades y acciones en salud pública. La dinámica que se haya presentado en cada país, en cuanto a atender las necesidades de la pandemia con recursos existentes y/o con recursos adicionales, muy probablemente está asociada al tipo de sistema y a la organización de los servicios de salud, de modo que en los sistemas más integrados y públicos podría requerirse menos recursos adicionales, a diferencia de los sistemas más segmentados y con mayor participación de oferta privada. En pocas palabras, la pandemia ha demandado una serie de recursos que en su mayoría han sido cubiertos por los sistemas de salud y por los hogares, por medio del gasto de bolsillo (ver anexo 1).

En lo que respecta al gasto público en salud, el Fondo Monetario Internacional (FMI, 2021) reunió información con las medidas fiscales que los gobiernos de 187 países habían anunciado o tomado en respuesta a la pandemia. Estos recursos habrían sido asignados o planificados desde enero de 2020 para las vigencias 2020, 2021 y posteriores, así que no se precisa el momento de su ejecución. Con base en esta información, se puede observar el comportamiento del gasto público adicional dispuesto por los países analizados en este estudio, diferenciando los recursos para el sector salud y para los demás sectores o propósitos, especialmente las transferencias a las familias y a las empresas (ver tabla 1). Los países que estarían haciendo los mayores esfuerzos, con recursos adicionales para el sector salud, son Panamá, Brasil, Colombia y Perú, todos ellos con un monto que supera el 1% del PIB de un año; al otro extremo, con las asignaciones muy bajas, se encuentran Ecuador, Costa Rica y México.

Tabla 1. Gasto fiscal de países de América Latina para afrontar la emergencia del covid-19 (% PIB)

País	Gastos adicionales o ingresos no percibidos (Porcentaje del PIB)		
	Total parcial	Sector salud	Otros sectores
Panamá	3.4	1.7	1.7
Brasil	9.2	1.5	7.8
Colombia	4.7	1.4	3.3
Perú	7.8	1.4	6.5
Uruguay	2.7	0.8	1.9
Argentina	4.5	0.7	3.8
Chile	14.1	0.6	13.5
México	0.7	0.4	0.2
Costa Rica	1.5	0.3	1.2
Ecuador	0.7	0.3	0.4

Fuente: Fondo Monetario Internacional (FMI, 2021).

3. La pandemia y el gasto en salud en diez países de América Latina

En la sección anterior se presentó un contexto general acerca de la cobertura y el gasto en salud, como factores clave que pueden advertir sobre la capacidad de los sistemas de salud para proteger a su población frente a una contingencia como la ocurrida con la pandemia del covid-19. Se registran además algunas tendencias y cifras globales que dan cuenta especialmente de la dinámica del gasto público. Con estos antecedentes, a continuación se presenta la situación particular para cada uno de los diez países que se abordaron en este estudio, conforme a la información que se pudo recolectar en cada caso.

3.1. Argentina

Argentina, con 45 millones de habitantes, tuvo un crecimiento económico negativo en 2019 (-2,1%) y en 2020 (-9,9%), y se espera un crecimiento de 6,4% en 2021. El sistema de salud, denominado como divergente por su alto grado de fragmentación (OIT, 2021), está compuesto por un sector público, uno de seguridad social y uno privado. El sector público de salud, al que pueden acceder todos los habitantes sin importar que tengan algún tipo de cobertura social o privada, se encuentra financiado con recursos de los gobiernos provinciales y municipales, con el complemento de aportes del gobierno nacional para un grupo de programas priorizados; la seguridad social, que cubre a un 60% de la población, la conforman numerosas instituciones, conocidas como Obras Sociales, con diferentes poblaciones afiliadas y marcos normativos propios (Laborato, Velasco & D'agostino, 2021), y los seguros voluntarios son empresas de medicina prepaga que dan cobertura a sectores de altos ingresos. La cobertura privada de afiliación voluntaria abarca 2 millones de afiliados, un 4,5% de la población total (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

El país destina el 9,6% del PIB a salud (OMS, 2018). En su composición, el gasto público representa 61,4% y el gasto privado el 38,6% del gasto total. En el gasto privado se destaca el gasto de bolsillo, el cual asciende al 27,7% del gasto total. Aunque se presenta un considerable gasto de bolsillo, el aumento de la brecha de pobreza debido a los gastos en salud de los hogares es bajo en comparación con los demás países de la región (OMS, 2016), lo cual da cuenta de avances importantes en cuanto a protección financiera.

El primer caso detectado de covid-19 en Argentina se informó el 3 de marzo de 2020 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en un viajero procedente de Italia y España. En el nivel nacional se diseñó el “Plan Operativo de preparación y respuesta al covid-19”, y para acompañar la coordinación gubernamental se conformó un consejo de asesores sanitarios, formado por diversos expertos, para brindar respaldo técnico a las decisiones (OCDE, 2020). El testeo se inició de manera centralizada, pero a partir del 28 de marzo se descentralizó operativamente, lo que agilizó el diagnóstico. El 30 de marzo el covid-19 se incorporó al régimen de enfermedades de notificación obligatoria para mantener la información actualizada. En una nueva etapa, desde el 20 de abril, se incorporaron test serológicos rápidos para evaluar la circulación del virus, y el 7 de mayo el país logró desarrollar la tecnología para producirlos internamente y en forma pública para el sistema de salud.

Entre las medidas adoptadas por el gobierno nacional para enfrentar la emergencia sanitaria, se destacan:

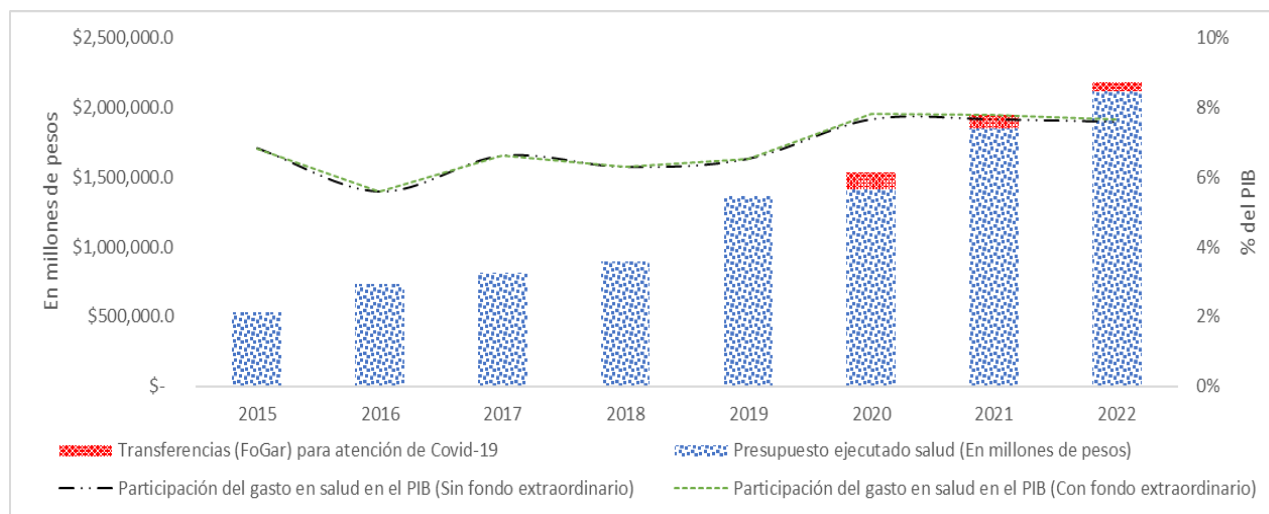
- Creación de un fondo extraordinario de US 1.700 millones para fortalecer la respuesta del país frente a la propagación del coronavirus, adquirir equipamiento e insumos para laboratorios y hospitales.

- Creación de la Unidad Coronavirus covid-19, integrada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el CONICET y la Agencia I+D+i, para coordinar las capacidades del sistema científico y tecnológico con miras a realizar tareas de diagnóstico e investigación sobre el covid-19. Para esto se realizó una inversión de \$ 25 millones.
- Construcción de 12 hospitales modulares de emergencia: El Ministerio de Obras Públicas puso en marcha la construcción de módulos hospitalarios para ampliar en 1.200 las camas UCI.
- Aprobación de un kit de pruebas rápidas por la agencia nacional de regulación de medicamentos.
- Acuerdos para adquirir 198 millones de dosis de vacunas del Centro COVAX de la OMS y de los laboratorios AstraZeneca, Pfizer y CanSino Biologics.
- Acuerdo firmado entre mAbxience, AstraZeneca y la Universidad de Oxford para producir entre 150 y 250 millones de dosis de la vacuna covid-19 en el primer semestre de 2021.

Con las consideraciones previas, el impacto del gasto público en salud adicional para enfrentar la pandemia puede considerarse positiva. Durante esta etapa, se fortalecieron las funciones esenciales de la salud pública y la expansión de la cobertura de servicios en muchos hospitales, y se ha mejorado el abastecimiento de insumos críticos y medicamentos (ONU, 2020). De igual modo, se han visto mejoras del sistema de vigilancia epidemiológica, han aumentado la capacidad instalada para diagnóstico de laboratorio y la disponibilidad de recursos financieros (ONU, 2020).

Estas mejoras tuvieron énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención para asegurar acceso a los servicios de salud. Según datos de la Oficina de Presupuesto del Ministerio de Economía de Argentina, para el año 2020, se destinaron \$ 119.074 millones (unos US 1.700 millones) para el procesamiento de pruebas de diagnóstico, el fortalecimiento de infraestructura (expansión de camas UCI) y el pago extraordinario a personal salud. Para el año 2021, se reduce el esfuerzo fiscal en salud a \$ 99.002 millones (unos US 1.400 millones) para la compra de vacunas, el fortalecimiento de la capacidad instalada y un nuevo pago extraordinario a personal salud. Finalmente, para el año 2022 se destinaron \$ 66.599 millones (US 944 millones) para el apoyo a la seguridad social y para ampliar el lote de vacunas para avanzar en el esquema completo de la población.

En cuanto al gasto de bolsillo, coherente con las garantías de acceso que ofrece el sector público a toda la población, y con las medidas tomadas para cubrir las atenciones derivadas del covid-19, no se encontraron reportes o noticias que den cuenta de situaciones o incrementos preocupantes. Según un estudio sobre el impacto del covid-19 en los hogares de la Gran Buenos Aires, que reúne el 40% de la población del país, entre agosto y octubre de 2020 los hogares en donde algún integrante manifestó dificultades para acceder a medicamentos alcanzaron el 4,6%, y aquellos con inconvenientes para realizar una consulta médica fueron el 8,6% (INDEC, 2020). El bajo impacto en el acceso a consultas y medicamentos se debe, en parte, a que el sistema de salud implementó y extendió nuevas herramientas (con alguna disparidad según subsistema) como la atención médica remota y la entrega de recetas y órdenes digitales, modalidad que permitió –aun en condiciones de aislamiento social, preventivo y obligatorio– acceder al médico y adquirir los medicamentos.

Figura 3. Argentina: Presupuesto del gobierno para salud, 2015-2022 (en \$ y % PIB)

Fuente: Ministerio de Economía, Oficina Nacional de Presupuesto, Ejecución presupuestaria y proyecto de Ley Presupuesto 2021 y 2022. Cálculos propios.

En resumen, el gobierno argentino habría reaccionado ante la crisis mediante un escenario cercano al escenario 3 propuesto en el documento del Banco Mundial, el **escenario a favor de la salud**, con un crecimiento sostenido del gasto per cápita en salud durante 2020-2022.

3.2. Brasil

Brasil contaba en 2020 con una población de 212,6 millones de habitantes. En 2019 el país registró un crecimiento económico de 1,4%, en 2020 tuvo una caída de -4,1%, siendo uno de los países de la región con menor impacto económico por la pandemia, y se espera una recuperación para 2021 con un crecimiento de 5,2%. El sistema de salud se divide en dos sectores: el público y el privado. El sector público lo conforma el Sistema Único de Salud (SUS), el cual prevé una cobertura universal y se constituye en uno de los pocos de América Latina que en teoría permite el acceso gratuito de toda la población. El SUS ha ampliado el acceso a los servicios de salud en todo el país, ha mejorado los resultados y ha reducido las desigualdades de salud (Castro et al., 2019; Bhalotra et al., 2019). No obstante, se reporta una cobertura del SUS de 71,5% (IBGE, 2019), financiada mediante impuestos y contribuciones sociales provenientes de los estados, del Distrito Federal y de los municipios (Negri, 2021), y el sector privado cubre al 28,5% restante. Este sector funciona bajo un esquema de aseguramiento que comprende la medicina de grupo con planes de salud para empresas y familias, las cooperativas médicas, los planes autoadministrados o sistemas de aseguramiento de las empresas, y los planes privados individuales.

Las desigualdades en salud persisten en Brasil, junto con problemas de cobertura y calidad, y existe una gran segmentación público-privada tanto en la prestación como en la financiación. El sistema presenta complicaciones de las frágiles bases políticas, con una financiación crónica, la reciente implementación de medidas de austeridad y la débil legitimidad social (CEE-FIOCRUZ, 2018). El SUS no ha tenido la inversión necesaria para ofrecer a la población lo idealizado bajo los principios de universalidad, equidad e integralidad, y a partir de 2018 el SUS está sujeto a una medida de austeridad (Enmienda Constitucional 95). Se destaca en

este contexto que según un informe de la OCDE el país está entre los últimos del grupo de países desarrollados o emergentes en términos de inversión pública en salud, con un gasto per cápita 30% inferior al promedio. En 2018, el 16,4% de las familias no pudo acceder a medicamentos y el 26,2% a servicios de salud.

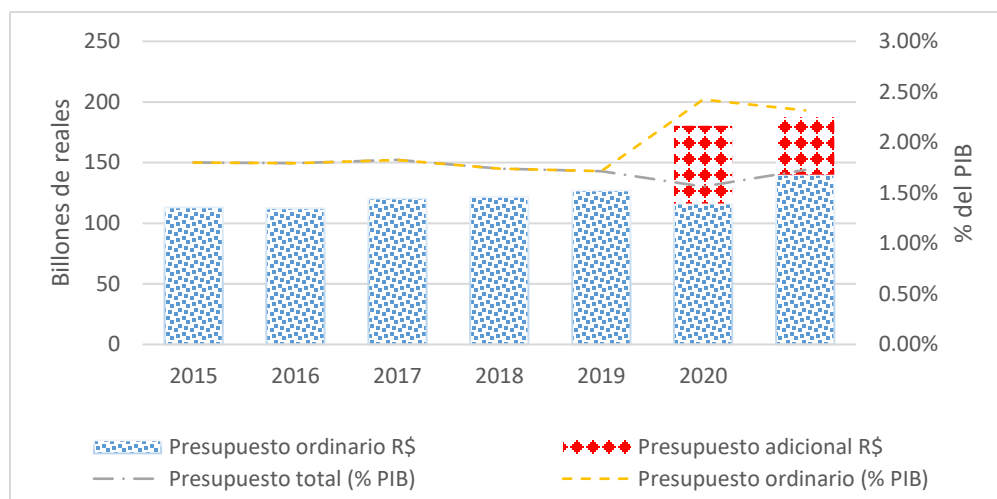
En 2018 Brasil destinaba el 9,5% del PIB a salud. En contraste con el propósito de un sistema público, de cobertura universal y gratuito, el gasto público tiene una participación baja, con el 41,7% del gasto total en salud, y el sector privado el 58,3% (Rocha, 2020). El gasto de bolsillo es de 27,5 % del gasto total en salud. El peso del gasto en salud a nivel de las familias se puede evidenciar mediante la encuesta de presupuesto familiar (IBGE,2018), según la cual el 7,98% de los gastos familiares están destinados a medicamentos, productos farmacéuticos, servicios y seguro médico. Por otra parte, el estado brasileño ha financiado indirectamente clínicas privadas por la vía de deducciones fiscales otorgadas a personas que pueden pagar un seguro médico privado.

El primer caso de covid-19 se confirmó el 25 de febrero de 2020, pero solo el 31 de marzo el Ministerio de Salud declaró la Emergencia Pública Sanitaria y creó un centro de operaciones de covid-19 para coordinar la respuesta a nivel nacional. Las medidas tomadas por el gobierno al principio de la pandemia no fueron eficientes para contener el avance y tardaron en implementarse. Políticamente, la respuesta ha sido poco coordinada por las diferentes autoridades del país. Tal vez por esto, en comparación con los países más poblados de cada continente, Brasil presenta más muertes y menos pruebas por millón de habitantes (Negri, 2021), lo cual no solo indica que es uno de los países más afectados, sino también que no se reportan todos los casos. Un estudio que utilizó un enfoque serológico estimó que el número de personas infectadas es aproximadamente seis veces mayor que el número notificado al Ministerio de Salud (Hallal et al, 2020).

Desde el inicio de la pandemia, según cifras oficiales, el Ministerio de Salud de Brasil ha destinado \$ 111.570 millones de reales a la atención del covid-19 entre 2020 y 2021 (unos US 21.150 millones), lo que representa un promedio de 0,72% del PIB adicional cada año, siendo uno de los países que ha dispuesto más recursos para este fin. Estos recursos han sido utilizados principalmente para la atención especializada en salud, formación del recurso humano, vigilancia epidemiológica, asistencia a pueblos indígenas, desarrollo científico, atención básica, asistencia hospitalaria y ambulatoria (Ministerio de Salud de Brasil,2021).

Es importante resaltar que el aumento del gasto público para la salud estuvo impulsada por el rol que juega en el país el Consejo Nacional de Salud (CNS), el cual desde el inicio de la pandemia ha venido produciendo numerosos documentos para los órganos Ejecutivo, Legislativo y Judicial con foco en el combate a la pandemia, y en su momentos advirtió las dificultades (o falta de voluntad política) del gobierno para aplicar efectivamente los recursos destinados a hacer frente a la pandemia. Además, el CNS ha orientado sus acciones y promovido iniciativas para la garantía de recursos para el sistema, incluyendo el SUS (Frente pe la vida, 2020; Soares,2021).

Figura 4. Brasil: Presupuesto del Ministerio de Salud Pública 2015-2021
Recursos ordinarios y recursos extraordinarios para la atención del covid (Reales y % PIB)



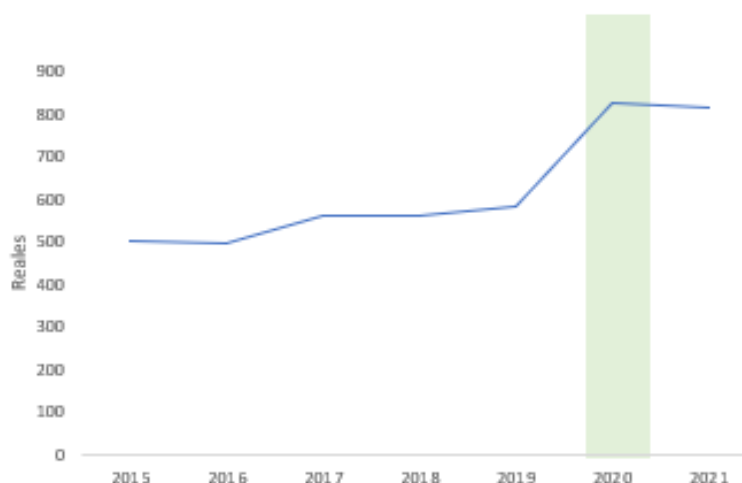
Fuente: Ministerio de Salud de Brasil. Cálculos propios.

Hasta julio de 2020, el Ministerio de Salud había firmado cinco contratos con empresas brasileñas para producir 16.252 ventiladores respiratorios, de los cuales 6.500 fueron producidos por Magnamed, 4.300 de Intermed, 3.300 por KTK, 1.202 de Leistung, y 950 por WEG. Por otra parte, debido a la emergencia de salud, el gobierno federal paga parte de los costos junto con los estados y municipios con camas intensivas utilizadas exclusivamente para pacientes con síntomas graves de covid-9. Cada cama de UCI para pacientes con covid-19 en la red pública cuesta R \$ 1.600 por día, el doble de lo habitual (Gomes, 2021)

Al 13 de septiembre de 2021 se habían destinado 1.480 millones de reales (unos US 280 millones) en la realización de pruebas (25.314.264 pruebas TC PCR; 11.797.195 Test rápido Tmuno y 2.492.125 Antígeno por \$ 50.967.100,34 reales) (Ministerio de Salud de Brasil, 2021a).

En cuanto a gasto de bolsillo, las familias han tenido que incurrir en deuda para poder acceder a la atención de los servicios de salud (CNN Brasil, 2021). Debido a la falta de disponibilidad de camas y asistencias en la red pública, las personas recurren a los servicios de hospitales privados en tiempos de urgencia, lo que resultó en deudas impagables para muchas familias. El reporte de deudas con instituciones privadas de salud fue expuesto en redes sociales y se multiplicó rápidamente, con el objetivo de buscar ayuda de conocidos y extraños para pagar las cuentas hospitalarias (Estado de Minas, 2020).

Figura 5. Brasil: Gasto del gobierno en salud (per cápita) 2015 – 2021



En conclusión, de acuerdo a los escenarios propuestos por el BM, Brasil sigue la tendencia del escenario 2 de **prioridad del status quo a la salud**, con un aumento del gasto per cápita en 2020 y un ligero descenso en 2021, lo que puede llevar a retomar en 2022 la tendencia que traía el gasto hasta 2019.

Fuente: Ministerio de salud de Brasil.
Cálculos propios.

3.3. Colombia

Colombia, con 51 millones de habitantes, había presentado un crecimiento económico del 3,3% en 2019, pero con la pandemia tuvo una caída del -6,8% en 2020, y para 2021 se espera una recuperación de por lo menos el 9%. El país sigue una estrategia de aseguramiento para brindar cobertura a toda la población mediante un seguro de salud solidario, con afiliación obligatoria y financiación pública. Los recursos del sistema provienen de las cotizaciones de empleados y empleadores y de recursos fiscales, todos los cuales son reunidos en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Esta entidad reconoce un pago por cada afiliado (cápita) a las empresas promotoras de salud (EPS), encargadas de garantizar la prestación del plan de beneficios en salud mediante las prestadoras (IPS).

El país destina el 7,6% del PIB a salud (OMS,2018). En su composición, el gasto público representa la mayoría de los recursos, con el 71,6% del total, y la participación del sector privado representa el 28,4% restante. Es notorio el bajo gasto de bolsillo (15,1%), uno de los más bajos de la región y similar al de los países más desarrollados. Así mismo, el porcentaje que destinan los hogares a servicios de salud representan el 1,7% del gasto total según la encuesta de nacional de presupuestos de los hogares (ENPH).

Aunque en Colombia se presenta una cobertura de 97,8% (MSPS,2020), en términos de acceso y calidad persisten desigualdades entre las regiones del país y entre los usuarios, según su régimen de afiliación sea contributivo o subsidiado, a pesar de que la normativa establece que los usuarios de uno u otro régimen tienen acceso universal. Adicionalmente, aunque en el país se registre una alta cobertura de aseguramiento, según el índice de Cobertura Universal en Salud (CUS) esta asciende a 74, aún así una de las más altas de la región junto con Costa Rica, Perú y Chile.

El primer caso de covid-19 en Colombia se presentó el 6 de marzo de 2020 y seis días después se declaró la emergencia sanitaria. Para el manejo de la pandemia se asignaron recursos adicionales destinados a fortalecer la autoridad sanitaria y garantizar la atención de la población. Entre las medidas se destacan: compra de ventiladores, transferencia de recursos financieros a 504 hospitales públicos para el pago de obligaciones laborales, ampliación de la oferta de servicios de salud, vigilancia epidemiológica y compra de reactivos y

equipos para la realización de pruebas diagnósticas. En el caso de laboratorios, el país no contaba con una buena capacidad de procesar las pruebas, por lo que se dio lugar a la adquisición de diferentes elementos para la ampliar la capacidad en el territorio nacional, como lo hizo el Instituto Nacional de Salud (INS) con la compra de reactivos semanales para la extracción de ácidos nucleicos y robots para el procesamiento de pruebas. Luego de cinco meses de pandemia, Colombia alcanzó 110 laboratorios en 23 entidades territoriales.

Al mismo tiempo se buscó garantizar la disponibilidad de camas para pacientes covid-19, por lo cual se establecieron anticipos por disponibilidad de camas en los servicios UCI o intermedios en las IPS públicas y privadas. Por otra parte, se garantizó, mediante la modalidad “activos por emergencia”, el aseguramiento en salud a quienes perdieron su trabajo. Adicionalmente, se estableció un reconocimiento económico temporal para el talento humano de salud que prestaba sus servicios durante la atención de la emergencia, así como para los afiliados al régimen subsidiado diagnosticados con covid-19, siempre y cuando cumplieran la medida de aislamiento preventivo obligatorio, con un valor equivalente a siete días de salario mínimo diario, pagado por una sola vez y por núcleo familiar.

En este contexto, el pago de las pruebas de detección del covid-19 y los rubros anteriormente señalados han sido financiados con recursos públicos adicionales. El mayor gasto público ha estado acompañado de medidas para proteger a las familias y buscar una reorientación de recursos del sistema de salud. Fue así como se dispuso que no se cobrarían cuotas moderadoras ni copagos, y se ordenó el cubrimiento de la atención de los pacientes covid-19 con cargo a la UPC, al tiempo que se estableció una canasta de tecnologías en salud y servicios que pudiera reconocerse con recursos adicionales en caso de agotarse los recursos de la UPC. La vacunación también requirió recursos adicionales del presupuesto público. Aparte del costo de las vacunas, se reconoce un valor unitario a los prestadores por el agendamiento y la aplicación de las dosis, y la gestión de verificación, apoyo y validación por EPS u otra entidad.

Los recursos adicionales fueron dispuestos por el Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), el cual fue creado en el marco de la emergencia sanitaria y económica (Minhacienda, 2021). Los recursos del FOME provienen de préstamo a la Nación por parte del Fondo de Ahorro y Estabilización (FAE) del Sistema General de Regalías, del Fondo Nacional de Pensiones de Entidades Territoriales (FONPET), del Fondo de Riesgos Laborales (FRL), el impuesto solidario por el covid-19, inversión obligatoria en Títulos de Solidaridad, y rendimientos financieros. Por concepto de esas fuentes El FOME ha contado con unos \$40 billones (cerca de 4% del PIB, unos US 10.800 millones de 2020), entre los cuales se han asignado \$15,89 billones (US 4.300 millones) para atender la emergencia sanitaria.

Tabla 2. Colombia: Recursos para la atención del covid-19, 2020-2021 (\$ billones)

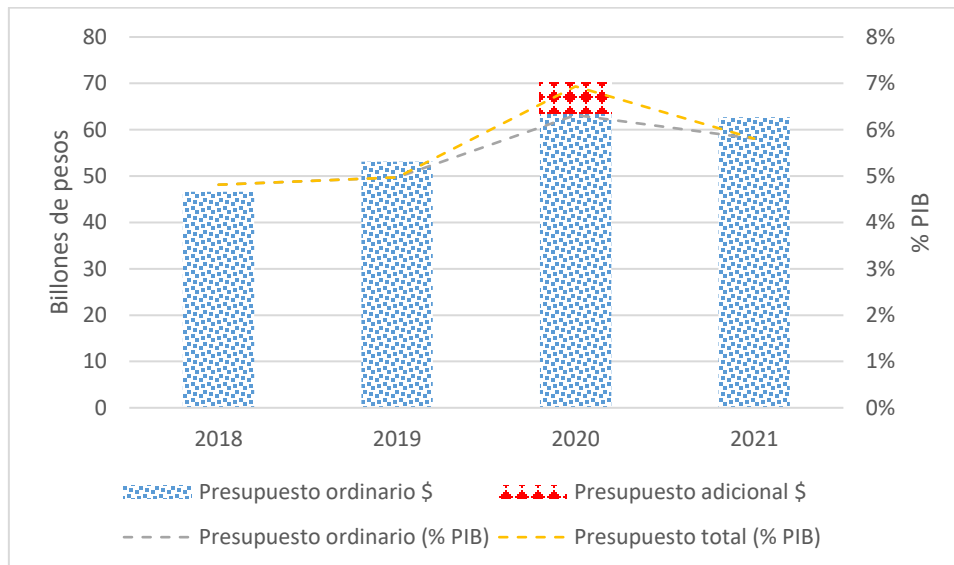
Concepto	Asignaciones
Ampliación de la oferta de servicios	1,60
Aseguramiento	3,60
Estrategia PRASS	0,24
Vacunas covid-19	4,68
Recursos disponibles sector salud	4,73
Total	15,89

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia, información con corte al 17 marzo 2021.

Al 31 de agosto de 2021, en Colombia se habían destinado \$1,6 billones para la medida de activos por emergencia, \$463.838 millones en pago de anticipo por disponibilidad de UCI, \$1,02 billones en pruebas covid-19, \$1,38 billones en atenciones, \$403.030 millones en bonificación para el talento humano, \$53.567 millones en compensación económica temporal para usuarios del régimen subsidiado, \$1,3 billones para la inversión en equipos (ventiladores mecánicos, monitores, bomba de infusión, camas UCI, desfibriladores entre otros), \$460.000 millones para el pago de deudas al talento humano en salud de las Empresas Sociales del Estado (ESE), \$21.000 millones en el fortalecimiento de laboratorios territoriales y \$7.000 millones en el fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico del INS.

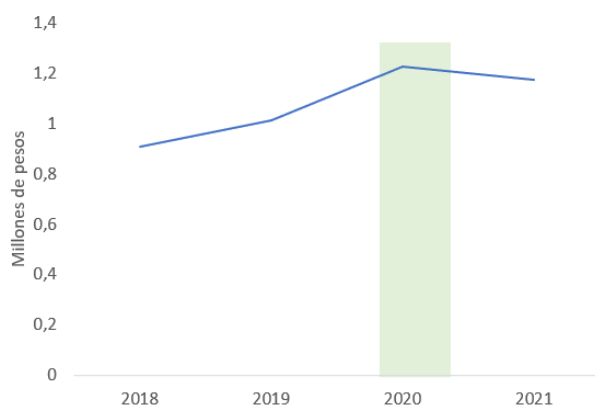
Con las medidas tomadas por el gobierno, respaldadas en un mayor gasto público, se puede inferir que los hogares colombianos no han tenido que incurrir en altos gastos de bolsillo para la atención del covid-19. Como resultado de la búsqueda en prensa, no se identificaron casos como en otros países. En el caso de las pruebas para la detección del covid-19, una revisión de la base de datos suministrada por el Instituto Nacional de Salud (Sismuestras), junto con los reconocimientos de la ADRES y un sondeo entre varias EPS sugiere que por lo menos el 75% de las pruebas han sido financiadas con recursos públicos, provenientes del sistema de salud o de las entidades territoriales (departamentos y municipios), y el resto correría por cuenta de seguros privados y particulares, entre ellos muchos turistas.

Figura 6. Colombia: Presupuesto del sistema de salud, 2018-2021 (\$ billones y % PIB)



Fuente: ADRES, Colombia. Cálculos propios.

Figura 7. Colombia: Gasto del gobierno en salud (per cápita) 2018 – 2021



Sin embargo, se identificaron caos de corrupción dentro del sistema, pues en el pago por disponibilidad de camas UCI, y pagos por atención en clínicas y hospitales, se han reportado sobrecostos de hasta el 163 % en elementos de protección y del 90% en algunos medicamentos (Monsalve, 2021)

De acuerdo a los escenarios propuestos por el BM, aunque no se conoce el gasto por cápita para el año 2022, parece ser que Colombia sigue la tendencia de escenario 2, **prioridad del status quo a la salud**.

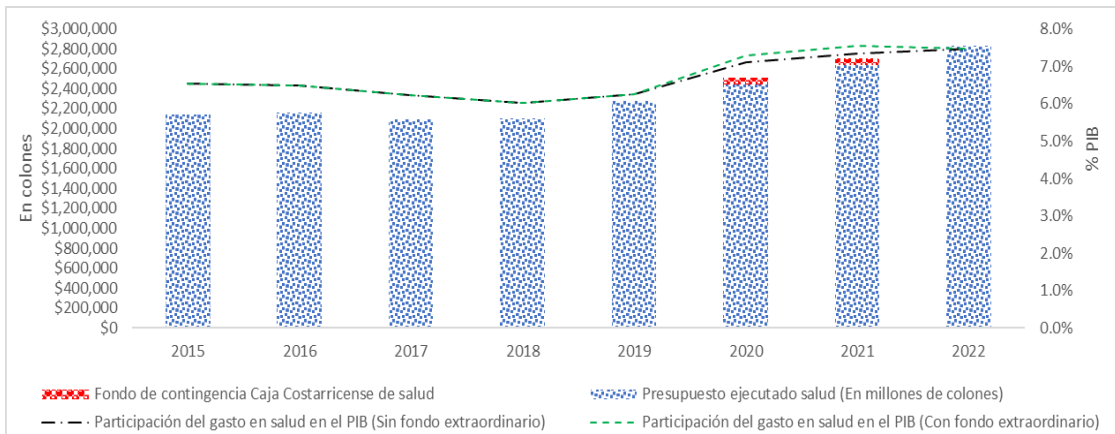
Fuente: ADRES y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Cálculos propios.

3.4. Costa Rica

Costa Rica cuenta con una población de 5,1 millones de habitantes. Luego de tener un crecimiento económico de 2,2% en 2019, en 2020 cayó -4,1%, y se espera un crecimiento de 2,7% en 2021. Su sistema de salud está basado en un seguro único, siendo en la región el caso más claro y tradicional de coordinación entre fuentes de financiamiento, cotizaciones e impuestos, con un sistema de cobertura universal homogéneo estructurado alrededor de la Caja Costarricense de Seguro Social (OIT, 2020). Con la Ley de Universalización de los Seguros Sociales de 1961, y con la reforma del sector salud de mediados de la década de 1990, la Caja se constituyó como el único proveedor público para todos los ciudadanos (OPS, 2004). La cobertura es del 94,4% de la población, y el restante 5,6% se refiere a trabajadores con capacidad contributiva que evaden el pago de contribuciones a la seguridad social, incluido un 0,3% que se encuentra cubierto por algún seguro privado (OCDE, 2017).

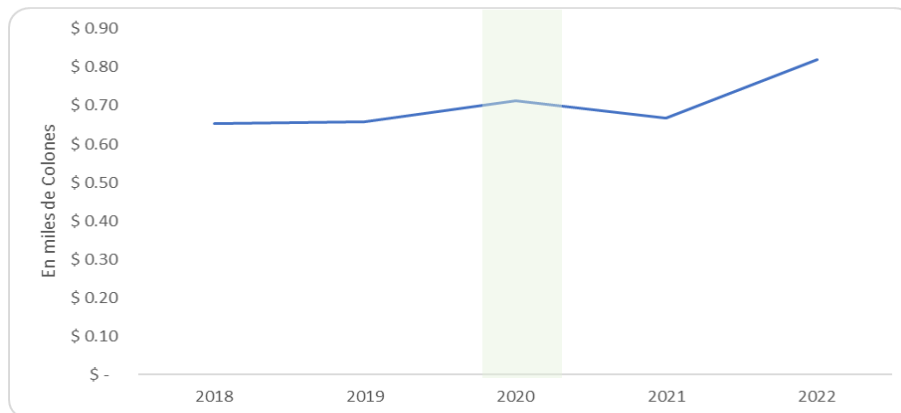
El país destina el 7,6% del PIB para salud (OMS,2018). En su composición, el gasto público representa 72,4% del total del gasto y el gasto privado el 27,6% restante. El gasto de bolsillo asciende al 21,5% del gasto total, uno de los más bajos de la región junto con Colombia, Argentina y Uruguay. Este gasto se concentra en rubros como la adquisición de medicamentos, consultas externas especializadas y odontología, y cirugías ambulatorias. Aunque es reducida la población con planes privados de gastos médicos, se presenta un incremento sostenido en los últimos años conforme a la apertura del mercado de seguros de 2008 (OIT, 2020).

El Gobierno costarricense aprobó un presupuesto extraordinario que consta de 377 mil millones de colones; 82,2 mil millones provienen de recortes presupuestarios en todas las instituciones públicas. Los recursos aprobados protegen a la ciudadanía en las áreas de salud, lo social y lo económico ya que mejora el perfil y colocación de la deuda con recursos para fortalecer la atención de la emergencia nacional por covid-19 y preservar la estabilidad financiera del país.

Figura 8. Costa Rica: Presupuesto público para salud, 2015-2022 (Colonos y % PIB)

Fuente: Ministerio de Hacienda y Banco Central de Costa Rica. Cálculos propios.

Estos fondos reforzarán el presupuesto del Ministerio de Salud en 2.200 millones de colones para ampliar y reforzar la atención de la emergencia nacional, y contribuyen a la entrega del Bono Proteger a personas que perdieron el trabajo, les redujeron la jornada o suspensión del contrato, con la entrega de 150 mil millones de colones.

Figura 9. Costa Rica: Gasto del gobierno en salud (per cápita) 2018 – 2022

Fuente: Ministerio de Hacienda y Banco Central de Costa Rica. Cálculos propios.

3.5. Chile

Chile, con una población de 19 millones de habitantes, tuvo un leve crecimiento económico en 2019, en 2020 su economía cayó -5,8%, y se espera un crecimiento de 6,1% en 2021. El sistema de salud es mixto (público y privado) en el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios, de modo que los ciudadanos se adscriben a uno de ellos según sus ingresos y preferencias. Toda persona puede acceder a alguno de los seguros, pero la orientación del seguro público a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA) es colectiva e independiente de los riesgos de salud que pueda presentar una persona, mientras que los seguros privados, a cargo de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), funcionan bajo la lógica de un seguro privado.

FONASA es la entidad encargada de financiar, recaudar, administrar y distribuir los recursos del sector público de salud, y sus fondos provienen de aportes del Estado y de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7%), asegurando a un 75% de la población. Por su parte, las ISAPRE son aseguradoras privadas que administran las cotizaciones obligatorias, pudiendo también captar cotizaciones adicionales o voluntarias, y aseguran al 18% de la población. El aseguramiento de las FFAA lo realiza cada una de sus ramas (Ejército, Fuerza Aérea y Armada). Existe también la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena), que asegura a los funcionarios en retiro de todas las ramas que opten por esta caja y a los funcionarios civiles (OIT, 2021).

Chile destina el 9,1% del PIB a salud (OMS,2018). En su composición, el gasto público representa el 50,8% del total del gasto, porcentaje menor que el promedio América Latina y el Caribe. Se presenta un elevado gasto privado en salud, del 49,1% del gasto total, del cual el 67,75% corresponde a gasto de bolsillo (33,2% del gasto total), y el resto a esquemas de aseguramiento privado.

La provisión de servicios asistenciales está a cargo de 29 servicios de salud distribuidos a lo largo del país, que disponen de una red asistencial constituida por hospitales e institutos de especialidad, centros de diagnóstico terapéutico (CDT), centros de referencia de salud (CRS) y establecimientos en convenio. La Atención Primaria de Salud (APS) también forma parte de la red asistencial, pero su administración está delegada principalmente en los Municipios (Universidad del Desarrollo, 2020).

Desde el inicio de la epidemia se ha observado una caída abrupta de las consultas en servicios de urgencia respecto al promedio de los cinco años previos, con 870.620 consultas menos durante las primeras ocho semanas, un promedio de 108.828 consultas menos cada semana y una caída del 36,9% (Toro, 2020, pág. 2). Estos resultados indican que la pandemia ha tenido un impacto en la disminución de consultas por causas no relacionadas a esta enfermedad. Especialmente preocupante es la disminución de consultas por accidentes cerebrovasculares y crisis hipertensivas, condiciones donde es improbable que su incidencia real haya disminuido durante la pandemia, lo cual indica que existe un grupo de pacientes que no está accediendo a una adecuada atención de salud para estas patologías. Según esto, es esperable un aumento de la mortalidad global de la población chilena, independiente de los fallecidos por covid- 19 (Toro, 2020, pág. 4).

El primer caso de covid-19 fue informado el día 03 de marzo de 2020, el decreto de estado de excepción constitucional de catástrofe se inició el día 18 de marzo, y las primeras cuarentenas comenzaron el 25 de marzo. Entre las medidas adicionales, que se implementaron para evitar la propagación del virus, el 10 de mayo se dio inicio a las pruebas rápidas del personal sanitario para detectar anticuerpos de covid-19, así como el uso de la fuerza aérea para llevar a los pacientes a instalaciones con menos del 80% de capacidad de atención, y el 4 de julio se desarrolló la implementación de una nueva estrategia para probar, rastrear y aislar mejor los casos de covid-19.

En medio de la preocupación por la capacidad y el aumento de los precios, el gobierno nacional concertó acuerdos con clínicas privadas para aumentar de forma inmediata la cantidad de camas disponibles, de igual forma se emitió el Decreto 356 por el que las clínicas debían aumentar la capacidad de camas UCI en 20% en una semana, y en 100% en un mes (Ministerio de Salud de Chile, 2021).

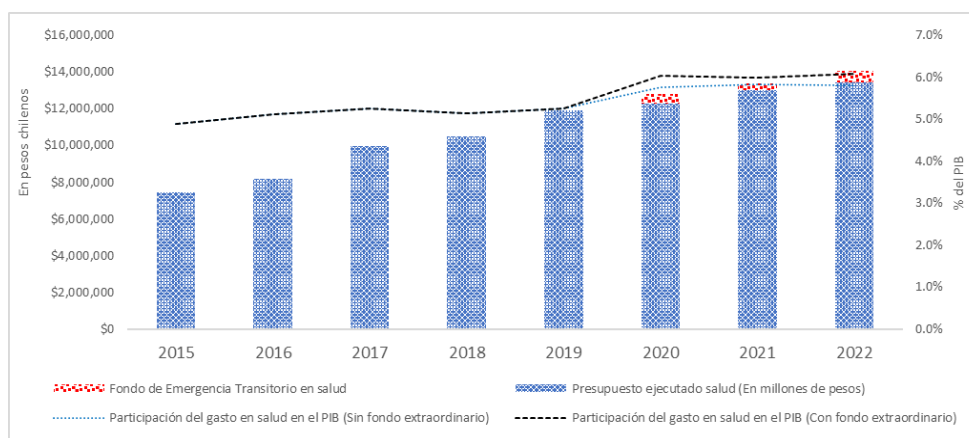
Chile alcanzó, a 19 de septiembre de 2021, 1.647.469 personas contagiadas, lo que representa un total de 85.750 casos por millón, y un total de muertes de 37.359, lo que representa 1.945 por millón, y un total de 20.840.102 pruebas (1.085 por mil personas). La cobertura de las pruebas, las atenciones hospitalarias y

vacunación están a cargo del FONASA, mediante el servicio de urgencias médicas, y las ISAPRES también financiaron las atenciones de la pandemia mediante los recursos destinados para las enfermedades crónicas una vez se emitió aclaración por parte de la Superintendencia de Salud.

El proyecto de presupuesto del Ministerio de Salud para el año 2020 fue de \$ 9,55 (unos US 12.000 millones), lo que representa un incremento de 5,7% respecto a la Ley de Presupuestos 2019. Para el año 2021, el presupuesto se incrementó en el 8,9% respecto a 2020 (ver figura 10). En el marco del presupuesto público se crearon tres fondos como acciones para enfrentar el covid 19:

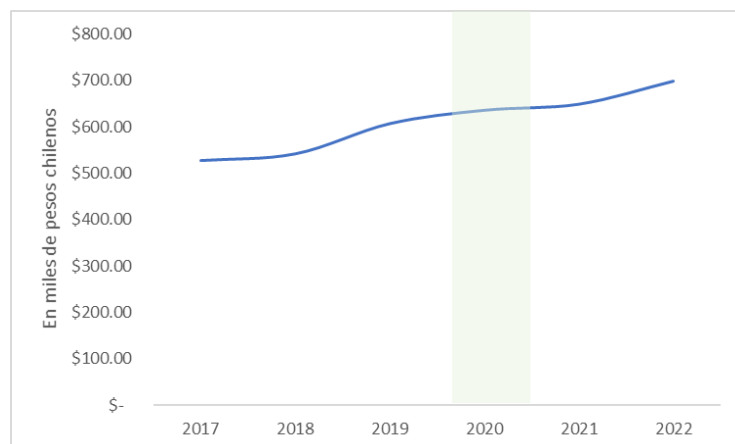
- Fondo de contingencias por vacunas covid 19 por valor de \$ 153.140 millones (unos US 190 millones) que tiene como objetivo provisionar recursos para el financiamiento de vacunas por covid 19.
- Fondo para acelerar resolución de listas de espera en salud a partir de 2021 por valor de \$ 114.855 millones (unos 150 millones), el cual contempla recursos para hacerse cargo de las necesidades más urgentes de las listas de espera acumuladas producto de la emergencia de covid 19.
- Fortalecimiento del programa de salud mental por valor de \$ 10.000 millones (US 13 millones).

Figura 10. Chile: Presupuesto público para salud 2015-2022 y fondo de emergencias para la atención del covid-19 (\$ y % PIB)



Fuente: Gobierno de Chile. Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. Cálculos propios.

En lo que respecta al gasto de bolsillo, según el CADEM, un centro privado de investigación de mercados, de encuesta adelantada en abril de 2021 se concluye que los principales temores e incertidumbres de los hogares están relacionados en un 44% con perder su trabajo y que no le alcance el dinero, 20% tener problemas de salud, 11% la situación política y 10% miedo a enfermarse de covid-19. Respecto a los problemas por sectores económicos, en agosto de 2020 la salud representaba el sexto rubro con mayores problemas para pagar por parte de los hogares, mientras que en abril de 2021 se convirtió en el tercer rubro más importante. Cuando se mira la participación porcentual por clases sociales para abril de 2021, se evidencia una relación fuertemente regresiva, pues la clase media alta se enfrenta a un 6% de problemas para pagar los servicios de salud, la clase media a un 19%, la clase media baja a un 27% y la clase baja a un 41%. De igual forma, la encuesta revela que los lugares de compra según canal con mayor evolución.

Figura 11. Chile: Gasto del gobierno en salud (per cápita) 2018 – 2022

En resumen, de acuerdo a los escenarios propuestos por el BM, Chile estaría siguiendo el escenario 3, con un **gasto a favor de la salud**. De manera que el gasto público per cápita en salud crece de manera sostenida durante 2020-2022.

Fuente: Gobierno de Chile, Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. Cálculos propios.

3.6. Ecuador

Ecuador cuenta con una población de 17,6 millones de habitantes. En 2019, el país tuvo un crecimiento económico cercano a cero (0,012%), en 2020 se contrajo en -7,8%, y, para 2021 se espera un crecimiento de 3,4%. El sistema de salud es fragmentado y segmentado, y en los últimos años ha sufrido una reducción de recursos, lo que ha llevado a un deterioro en las políticas de salud pública. La falta de inversión en infraestructura y recursos humanos condicionaron la respuesta frente a la crisis social, sanitaria y económica (OIT,2021). El sistema lo conforman dos sectores: público y privado. Del sector público hacen parte las instituciones de seguridad social, que cubren a los trabajadores formales (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social -IESS-, Seguro Social Campesino, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional), y el Ministerio de Salud Pública, que brinda asistencia pública a la población más vulnerable y con escasos recursos. En 2019 el Ministerio cubría el 60,6% de la población, la seguridad social el 31,3%, y el 8,1% de la población contaba con seguros privados o no tenían cobertura (INEC).

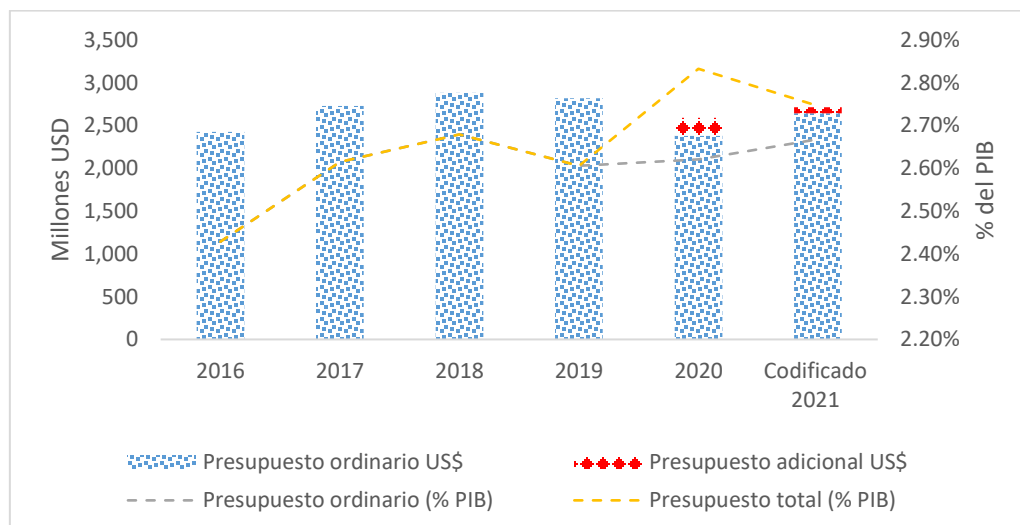
El país destina el 8,14% del PIB a salud (OMS,2018). El gasto público representa el 52% del total del gasto y el 48% corresponde a gasto privado, con uno de los mayores gastos de bolsillo en la región, equivalente al 39,8% del gasto total en salud.

En Ecuador se declaró estado de emergencia sanitaria el 11 de marzo de 2020. El país se convirtió en uno de los territorios con mayores índices de contagios y muertes de la región. Durante el inicio de la pandemia se presentaban noticias, videos y relatos de cuerpos de fallecidos abandonados en las calles debido a la saturación de espacio en hospitales y morgues, principalmente en Guayaquil, la ciudad más grande del país. Al 19 de septiembre de 2021 se habían reportado 507.003 casos y 32.661 muertes. Con una tasa de contagio de 28.342 casos y 1828 muertes por millón. Se llegó a reportar 5.913 contagios y 178 muertes en un día, aunque el país ocupa uno de los últimos lugares de la región en realizar pruebas por mil habitantes

Dentro del presupuesto del Estado no se evidenciaron adiciones al presupuesto público para atender la emergencia sanitaria. Por el contrario, dentro del informe anual de ejecución presupuestal, en 2019 se evidencia un presupuesto codificado de US 2.816,6 millones, el cual disminuyó en 8,1% para 2020 (Ministerio de Economía y Finanzas). Este comportamiento plantea la hipótesis de una redistribución de recursos, antes

utilizados en la prestación de servicios o en otras actividades de salud, para costear las necesidades de financiamiento que generó la pandemia (OIT, 2021)

Figura 12. Ecuador: Presupuesto del Ministerio de Salud Pública, 2016-2021 (USD y % PIB)



Fuente: Gobierno de Ecuador. Ministerio de Economía y Finanzas. Cálculos propios.

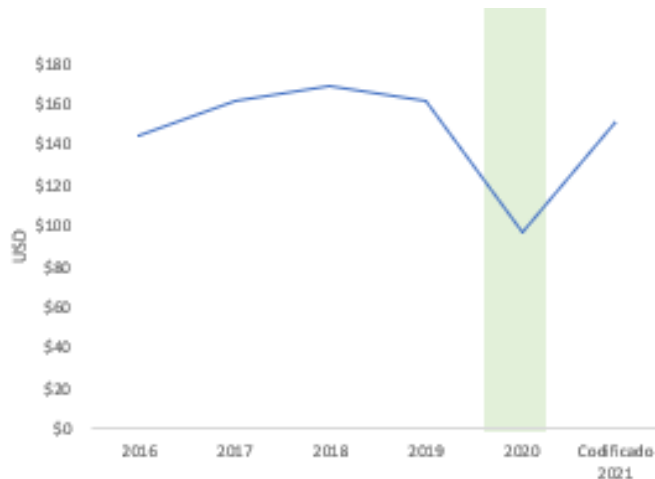
De todas maneras, aunque el presupuesto total fue inferior al de 2019, se identifican recursos adicionales al presupuesto inicial. En 2020 se destinaron USD 209,37 millones para el MSP y USD 7,19 millones para el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública. Para 2021 se identifican USD 73 millones para el MSP, los cuales provenían de anticipo de impuesto a la renta, donaciones y préstamos externos.

Luego de la mala experiencia vivida a principios de la pandemia, en el país se aplicaron estrategias dirigidas a reorganizar, incorporar y capacitar personal adicional, mejorar en infraestructura y transferencia tecnológica, usar innovación tecnológica para procesos de codificación, ingreso de datos y reporte de resultados y colaboraciones interinstitucionales.

En medio de la pandemia, el MSP, a través de la Subcomisión del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, debió determinar tarifas para la prueba RT-PCR (hisopado nasofaríngeo), a un valor de USD 45,08. Esto, debido al incremento de casos por covid-19 y frente a la crisis económica del país, con el fin de que los ciudadanos tuvieran acceso a ellas, pues se llegó a reportar un alto costo por estas pruebas.

Si bien el sector público cubría hospitalización, pruebas y demás atenciones, la falta de camas y de capacidad de resolución hizo que muchas personas acudieran al sector privado y asumieran los costos de la atención. Se encontraron reportes de prensa donde se manifestaba que Independientemente de que el paciente superara o no la enfermedad, a los familiares se les emitían facturas que fácilmente superaban los USD 100.000 (El Universo, 2021a; 2021b).

Figura 13. Ecuador: Gasto del gobierno en salud (per cápita) 2016 – 2021



En conclusión, entre los planteados por el Banco Mundial, Ecuador parece haber seguido el *escenario procíclico en salud* en salud, de manera que el gasto público per cápita habría tenido un comportamiento similar al del PIB. Esto es particularmente preocupante si se tiene en cuenta que en el país se presentaba una disminución del presupuesto para la salud desde el año 2019. En contraste, los hogares estuvieron sometidos a mayores gastos de bolsillo.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Presupuesto General del Estado. Cálculos propios.

3.7. México

México cuenta con 129 millones de habitantes. La economía presentó una leve caída en 2019, de -0,055%, agudizándose en 2020 con -8,3 %, y para 2021 se espera un crecimiento del 6,2%. El sistema de salud comprende dos sectores y varios segmentos. El sector público lo integran las instituciones de seguridad social que cubren a los trabajadores formales (Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS-, con un 51% de la población (INEGI, 2020b), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado -ISSSTE-, con el 8,8% de la población, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina), y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social, destacándose el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual reemplazó al Seguro Popular de Salud, por medio del cual se busca cubrir al 35,5% de la población.

El país destina el 5,4% del PIB a salud (OMS,2018). En su composición, el gasto público representa el 50,1% y el gasto privado el 49,9% del total. Diversos estudios dan cuenta que el gasto público en salud en México es insuficiente y precisamente se ha planteado que un problema para enfrentar la crisis del covid-19 ha sido el insuficiente financiamiento del sistema de salud (Lomelí, 2020). De manea que un segundo problema se refiere a la presión del gasto en salud sobre los hogares. Llama la atención que luego de décadas de gasto insuficiente, sumado a la ley de austeridad implementada por el actual gobierno, al iniciar la pandemia se contaba con un reducido número de instalaciones médicas, la mayoría de las cuales estaban mal equipadas y contaban con poco personal, lo que resulta más preocupantes si se tiene que de la pandemia los hospitales públicos ya estaban funcionando a plena capacidad (UCSF, 2021).

Algunos segmentos de la población aún no tienen acceso regular a la atención médica, y los limitados presupuestos y servicios públicos provocan que los gastos de bolsillo sigan siendo altos según los estándares de la OCDE (OCDE). Adicionalmente, se mantienen rezagos en la cobertura en las zonas más marginadas, que siguen presentando altos índices de mortalidad materno-infantil y otras expresiones de rezago social.

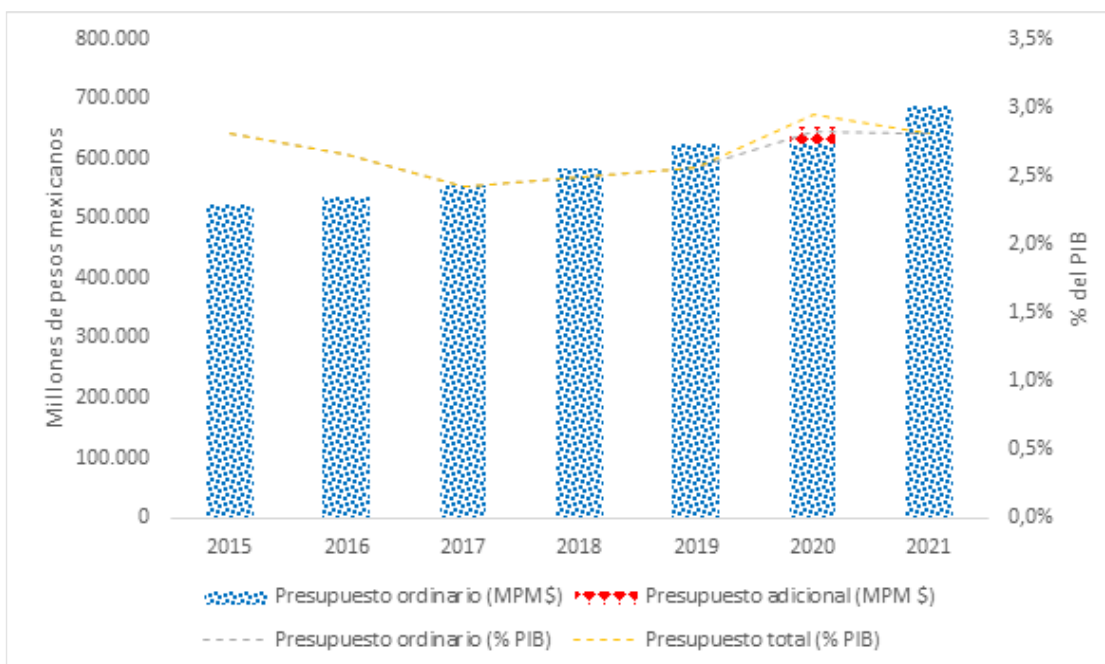
El primer caso detectado en México ocurrió el 27 de febrero de 2020 y el 31 de marzo el Consejo General de Salubridad declaró emergencia sanitaria por covid-19, con medidas extraordinarias. El país ha sido uno de los más afectados durante la pandemia, aunque no tanto por el número de casos confirmados debido a que no ha sido muy activo en la realización de pruebas. Se han reportado 3.569.677 de casos y 271.503 muertes, ubicándose entre los primeros 20 países en número de casos y muertes. En cuanto a tasas, se presentan 27.404 casos confirmados y 2.084 muertes por millón habitantes. El 24 de julio del 2021 fue el día donde se reportaron más casos confirmados, con un total de 32.244 casos.

México es uno de los países del mundo con menor número de pruebas diagnósticas aplicadas a la población. Al 31 de agosto del 2021 se habían realizado 9.758.240 pruebas ocupando el puesto número 6 en número de pruebas entre 26 países de ALC, con tan solo 74.771 pruebas por millón de habitantes. El bajo número de pruebas se relaciona con el porcentaje alto de positividad de las mismas, del orden de 34 %, pero en tres estados (Campeche, Puebla y Quintana Roo) más de la mitad de las pruebas resultan positivas (SSM).

Desde el principio, la respuesta de salud pública al covid-19 en México fue más reactiva que proactiva. El gobierno decidió no buscar activamente casos para interrumpir las cadenas de transmisión. En cambio, se enfocó en mantener la disponibilidad de camas de hospital, brindar apoyo financiero para comprar elementos de protección personal, medicamentos, insumos y equipos médicos, de modo que en general se trató de responder a la necesidad urgente de mantener los hospitales en funcionamiento durante la crisis (UCSF, 2021). Dentro de las medidas un tema central fue incrementar las camas hospitalarias, lo cual se logró mediante la ampliación de centros hospitalarios y la colaboración público-privada (OIT, 2021).

Según el informe de cuentas públicas (2020) los recursos adicionales a la Secretaría de Salud fueron de \$ 28.670,6 millones (unos US 1.325 millones), con el fin de apoyar los gastos médicos, la infraestructura hospitalaria y la vacunación de la población. Adicionalmente, el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública emitió un acuerdo que permitió la reorientación de fondos públicos que estaban previstos para capacitación y evaluación de los cuerpos policiacos a nivel municipal, así como para proyectos de prevención social, a la atención de la emergencia sanitaria (Gobierno de México, 2020). El presidente anunció medidas adicionales de austeridad para el gasto público, como la reasignación de gastos no prioritarios a rubros de salud y algunas reducciones voluntarias de salarios de funcionarios gubernamentales de alto rango. No es clara la inversión pública para atender la pandemia, pues aparte de lo contemplado en el presupuesto se pudo identificar que se ordenó retirar del Fondo para enfermedades catastróficas hasta 73 mil MPM etiquetándolos para el INSABI y/o la compra de vacunas de covid-19. Sin embargo, el subsecretario anunció que se han destinado 45.000 MDM para enfrentar la pandemia (Gobierno de México, 2020).

Figura 14. México: Presupuesto de la Secretaría de Salud Pública, 2015-2021 y recursos extraordinarios para la atención del covid-19 (\$ y % PIB)



Fuente: Gobierno de México. Proyecto de presupuesto público federal para la función salud. Cálculos propios.

La respuesta fiscal de México ante la pandemia ha sido una de las más pequeñas del mundo y mucho más baja que la respuesta de la mayoría de las economías de ingresos medios y altos. Para fines de enero de 2021, las medidas relativas al gasto en salud representaban el 0,2% del PIB (UCSF, 2021). Algunos estados implementaron políticas de asistencia económica y social para apoyar las políticas de salud pública, pero en muchos casos los fondos fueron insuficientes debido a restricciones presupuestarias, especialmente en el contexto de inacción del gobierno federal (CIDE, 2020). El sector privado, directamente o a través de las organizaciones de la sociedad civil, ha complementado el financiamiento con pruebas y apoyo para sus propios empleados, y donando elementos de protección personal, ventiladores y otros equipos a hospitales públicos.

También se dio reconocimiento económico para el personal médico y no médico que trabaja en las áreas específicas de covid, que se relaciona directamente y que podría tener un riesgo de infectarse porque se expone al virus, es decir, que está directamente en la primera fila atendiendo a los pacientes covid, este reconocimiento se otorga un 20 % de sobresueldo.

En lo que respecta al gasto de bolsillo, según los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGI, 2020c), los gastos en salud de los hogares mexicanos pasaron de representar 2,6% del presupuesto familiar en 2018 a 4,23% en 2020, presentándose un incremento del 40,5 %. Para el primer decil de ingresos, el gasto de bolsillo aumentó 68,3%. Este rubro comprende servicios médicos durante el parto, servicios médicos y medicamentos durante el embarazo, consulta externa, control de peso, atención hospitalaria, medicamentos sin receta y material de curación, medicina alternativa, aparatos ortopédicos y terapéuticos y seguro médico. El aumento del gasto de bolsillo estuvo provocado en mayor medida por el

incremento porcentual de los medicamentos, que aumentó 68% y pasó de \$376 en 2018 a \$632 en 2020. Adicionalmente, las familias optaron por la afiliación a los servicios privados, según el CIEP (2021) el número de usuarios del sistema privado de salud pasó de 36,4 millones en 2018 a 46,2 millones de personas en 2020.

Coherente con lo anterior, algunos informes prensa dan cuenta de cómo el acceso de un paciente a la atención médica por covid-19 se hacía difícil en el sector público, y en el privado los costos eran inaccesibles. La inevitable saturación en clínicas públicas obligaba a la población a buscar inalcanzables opciones en hospitales privados que, de acuerdo con testimonios, obligó a familias a vender casas, autos, acudir a préstamos con familiares y amigos (Chávez, 2020). La atención hospitalaria en el sector privado, por un mínimo de cinco días en hospitales de nivel medio, pueden tener un costo mínimo de \$350 mil, las pruebas desde \$1.250 a \$3.950 un tratamiento en cama normal \$435 mil, y para quienes tienen un seguro el costo podría ser de \$222 mil y de \$920 mil en UCI.

De acuerdo a los escenarios planteados por el Banco Mundial, podría estar siguiendo un poco el escenario 2, **prioridad del estatus a la salud**, con un leve aumento del gasto público per cápita durante 2020 y 2021.

3.8. Panamá

Panamá tiene una población de 4,3 millones de habitantes. La economía de este país ha sido una de las más afectadas durante la pandemia, pues pasó de presentar un crecimiento de 3,04 % en 2019 a una caída en 2020 de -17,9 %, y se espera un incremento del 12% para 2021. El sistema de salud comprende dos sectores: el público y el privado. El sector público está compuesto por el Ministerio de salud (MINSAL), que atiende a las personas sin seguridad social, y la Caja del Seguro Social (CSS) que atiende a trabajadores del sector formal y sus familias. Se estima que el 90 % de la población tiene acceso a los servicios de salud de cualquiera de las dos instituciones, independientemente de su afiliación o no, ya que existen subsidios cruzados entre ambas organizaciones. Por su parte, el sector privado atiende a población con mayor capacidad de pago. Se estima que la CSS cubre al 60% de la población y el 40% es cubierto por la MINSAL (ICEX,2020).

El país destina para salud el 7,27% del PIB (OMS,2018), En su composición, el gasto público representa 63,9% del gasto total, y el gasto privado el 35,42%, del cual el 81% correspondió a gasto de bolsillo (28,7%).

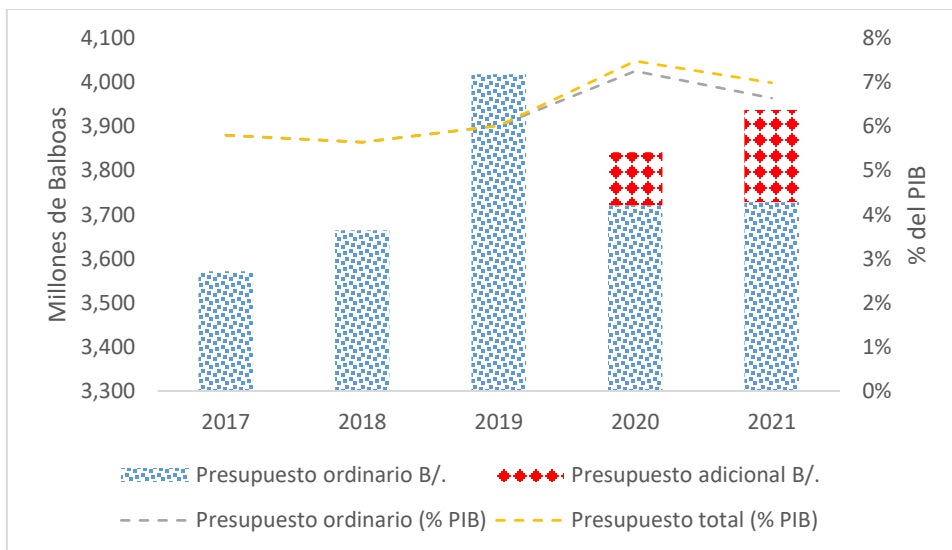
El 13 marzo de 2020, Panamá declaró el estado de emergencia mediante la Resolución de Gabinete Nro. 11. Al 19 de septiembre del 2021 se habían reportado 464.288 casos confirmados y 7.172 muertes. En cuanto a tasas, se presentan 105.963 casos confinados y 1.637 muertes por millón habitantes. El 6 de enero del 2021 fue el día donde se reportaron más casos confirmados, con un total de 5.186 casos y el 12 de enero del 2021 se presentó el máximo de muertes en un día (61 muertes). De los países analizados, después de Chile y Uruguay, Panamá es el país que más realiza pruebas por 1.000 habitantes.

Panamá fue uno de los países primeros países en iniciar la preparación para la pandemia y desde el mes de enero del 2020 inició el despliegue de acciones de preparación. Con el apoyo técnico de la OPS/OMS, capacitó al personal de laboratorio del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) en la nueva prueba RT-PCR en Brasil y México, y a través del Fondo Estratégico de la OPS se apoyó en la compra y donación de equipos, insumos y kits de pruebas rápidas para detección de covid-19. Así el ICGES ha fortalecido su capacidad de diagnóstico de la RT-PCR, la cual se ha expandido en 33 laboratorios. Los equipos de prueba que eran usados para diagnosticar el VIH y la tuberculosis fueron usados para realizar las pruebas de covid-19, así

mismo, amplió la cobertura en el sistema. Acciones como uso de drones sensibles al calor para detectar casos de covid-19, telemedicina, la distribución de kits ambulatorios “Protégete Panamá” a los hoteles y albergues hospitales y a los pacientes que están en aislamiento domiciliario.

El Gobierno ha realizado gestiones para reestructurar el presupuesto con la finalidad de atender la emergencia sanitaria y permitir la ejecución de un plan de emergencia y asistencia social, denominado Plan Panamá Solidario. La Ley 139 permite utilizar el Fondo de Ahorro de Panamá y disponer de hasta US 1.300 millones para financiar las medidas de emergencia, y sienta las bases para flexibilizar el límite del déficit fiscal para este año (CEPAL,2020c). No es muy claro cuál ha sido el aumento de recursos dispuestos para la atención sanitaria, sin embargo, según el FMI Panamá estaría disponiendo un 1,7% adicional del PIB durante estos años.

Figura 15. Panamá. Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y presupuesto extraordinario para la atención de covid-19 (Balboas = US y % PIB)

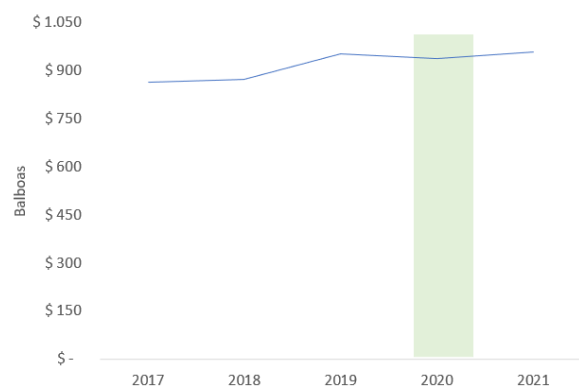


Fuente: Ministerio de salud, ejecución presupuestaria. Cálculos propios.

Figura 16. Panamá. Gasto del gobierno en salud (per cápita) 2017 – 2021

No fue posible identificar el comportamiento del gasto de bolsillo durante la pandemia, aunque mediante un relato se comentó que muchas personas optaron por acudir al sector privado para la atención, incurriendo en gasto de bolsillo, debido a la falta de confianza del sector público.

En conclusión, Panamá sigue una tendencia del escenario *status quo para la salud*, aunque no es muy notorio el incremento del gasto per cápita.



Fuente: Gobierno de Panamá. Ministerio de salud, ejecución presupuestaria. Cálculos propios.

3.9. Perú

Perú posee una población de 32 millones de habitantes. En 2019 el crecimiento económico fue 2,2%, para 2020 se registró una disminución de -11,1%, y se espera un crecimiento de 10,3% para 2021. El sistema de salud comprende cinco segmentos. En primer lugar, el gobierno ofrece servicios a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que también subsidia la provisión de servicios a la población en situación de pobreza. La prestación de servicios, tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS, se realiza mediante la red de establecimientos de los gobiernos regionales y del Ministerio de Salud (MINS) (OIT, 2021). Los otros cuatro subsistemas que brindan servicios de salud son: i) el Seguro Social de Salud (EsSalud), adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que opera con su propia red de hospitales y centros de salud; ii) las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército), adscritas al Ministerio de Defensa, que cuentan con sus propias instalaciones; iii) la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP), adscrita al Ministerio del Interior, que también cuenta con sus propias instalaciones, y iv) las instituciones del sector privado: entidades restadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC) (Cetrángolo et al., 2013).

En 2009, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley AUS-29344) fue aprobada para garantizar el derecho universal a la seguridad social, con independencia de la inserción laboral y situación económica de las personas (Prieto et al., 2014; Cetrángolo et al., 2013). Esta ley definió un plan mínimo de prestaciones, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que todos los aseguradores del sistema deben proveer, y su implementación fue pensada de manera progresiva.

A fines de 2019, el Decreto 017 estableció la afiliación al SIS de toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud y cerrar brechas de cobertura en el país. Como consecuencia de estos cambios, Perú experimentó un avance progresivo en la cobertura de salud, con una elevada proporción de la población cubierta por el sector público a través del SIS, aun cuando la coordinación entre los numerosos actores del sistema es deficiente y, a menudo, desempeñan funciones que se superponen (OIT, 2021). Según datos de la Superintendencia de Salud (SUSALUD), la cobertura del SIS para 2019 ascendía al 60,1% de la población total, un 31% de la población se encontraba cubierta por EsSalud y un 2,9% correspondía a cobertura en el sector privado.

El país destina el 5,2% del PIB a salud (OMS, 2018), el 62,6% corresponde a gasto público y el resto al privado. Aunque el país ha avanzado en la reducción del gasto de bolsillo, lo cual se debe especialmente al mayor gasto público y a la cobertura del SIS, aún resulta alto (29,2% del gasto total).

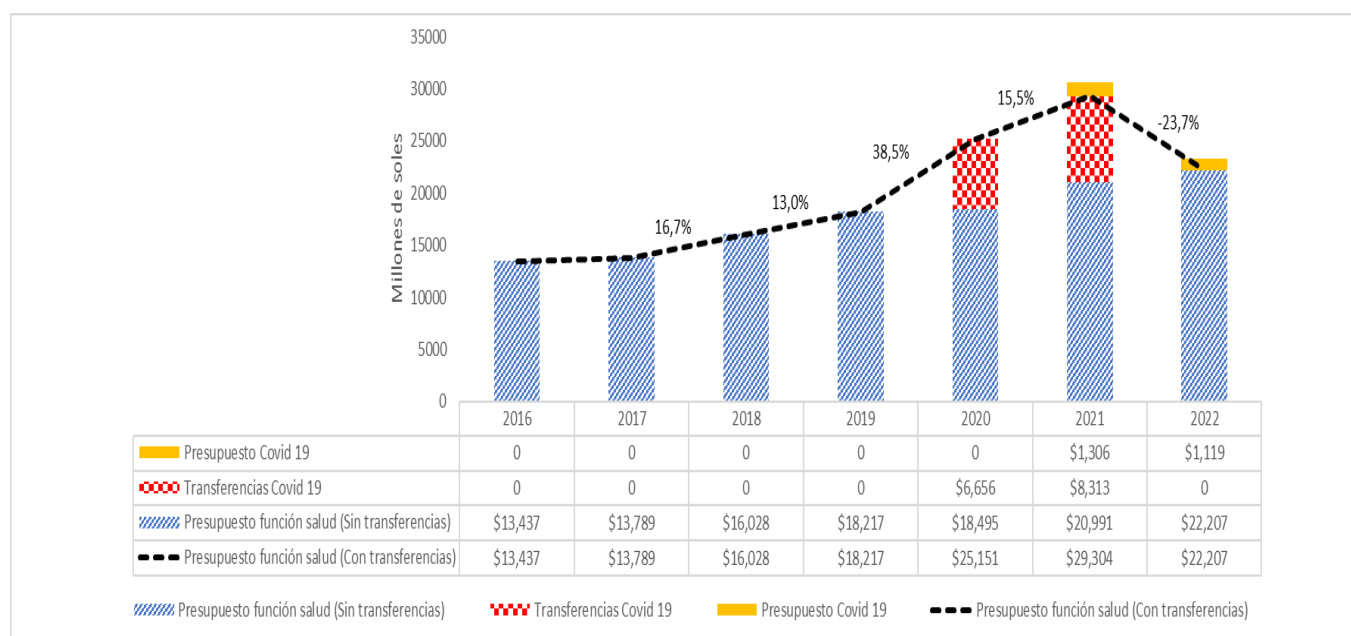
El 6 de marzo de 2020 se reportó el primer caso de covid-19 en el país y el 27 de marzo se definieron las primeras medidas para contener el virus. Se destacan: el programa de medicina a distancia para hacer frente a las necesidades sanitarias derivadas de la pandemia, un ultimátum para que las clínicas privadas acuerden precios fijos para cobrar al gobierno cuando den tratamiento a pacientes covid sin seguro, incorporación de 85 médicos y profesionales cubanos para ayudar en la primera línea de combate a la pandemia. Además, el gobierno realizó transferencias a las personas vulnerables Reactiva Perú, que tiene como objeto garantizar hasta el 98% de las empresas con préstamos para pagar a sus empleados y proveedores. También se adelantó subvención de los sueldos de los trabajadores no esenciales que perdieron sus empleos, se realizó un desembolso de 200 dólares a un millón de familias en zonas rurales, y se concedió permiso para que los

trabajadores con contribuciones en los fondos privados de jubilación pudieran retirar sin penalización hasta unos 12.900 dólares de esos fondos.

Perú tiene un total de casos a 19 de septiembre de 2021 de 2.167.008, lo que representa un total de casos por millón de 64.959, un total de muertes 199.066 lo que representa un total de muertes por millón de 5.967,3 un total de pruebas de 5.320.887, lo que representa un total de pruebas por mil de 149,84.

El gobierno nacional puso en marcha un Plan Económico para la contención y reactivación económica frente al impacto del covid-19, que comprende un conjunto de medidas implementadas el 27 de abril de 2020 por un monto de S/ 67.199 millones, lo cual equivale a 8,8 puntos del PIB. Los rubros más representativos de dicho gasto para cubrir la presión en el sistema de salud se definieron según decretos (ver tabla 3):

Figura 17. Perú: Evolución del gasto del gobierno en la función salud 2016-2022



Fuente: Oficina de presupuesto Ministerio de Economía y Finanzas de Perú. Cálculos propios.

En cuanto al gasto de bolsillo, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH, 2020), a nivel agregado este se habría reducido. Mientras en 2019 un hogar promedio declaró gastar S/1.291 en consultas y medicinas, entre otros gastos en salud, en 2020 dicho monto fue de S/1.136, un 12% inferior (IPE, 2021). No obstante, la variación no fue uniforme y claramente se muestra un efecto regresivo en la medida en que las familias en el quintil de menores ingresos aumentaron su gasto de bolsillo de S/311 a S/426 entre uno y otro año, lo que indica un aumento de 37%. Esto además muestra que los hogares con menores recursos fueron los más golpeados por la pandemia, especialmente si alguno de sus miembros padeció covid, pues en el mismo quintil inferior declararon gastar en salud hasta 4,5 veces más en comparación con las familias que no estuvieron afectadas por el virus. Por otra parte, según se desprende de la Enah 2020, la población asegurada declaró pagar directamente entre el 46% y 48% del costo total de los servicios recibidos (el resto fue cubierto por sus seguros o por otros aportes públicos o privados), lo que significa un porcentaje elevado. En contraste, las personas sin ninguna cobertura declararon haber pagado el 78% del costo total de esos servicios.

Tabla 3. Perú: medidas que impactaron el gasto en salud en pandemia

Fecha	Decreto	Presupuesto adicional salud
25 de marzo 2020	DU 025 de 2020	S/ 100.000.000 Adquisición de insumos médicos a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta frente al covid-19.
		S/20.059.468 Bono extraordinario personal salud.
26 de marzo de 2020	DU 026 de 2020	S/60.000.000. Contratación laboratorios para pruebas.
		S/100.026. 487 Adquisición de pruebas y sistematización de diagnóstico.
16 de abril de 2020	DU 039 de 2020	S/25.448.713, Adecuación hospitales para atención del covid-19.
10 de julio de 2020	DU 010 de 2020	S/57.034.349. Infraestructura y equipamiento temporal para la atención de covid-19.
		S/ 213.957.583. Compras de medicamentos para atención de pacientes covid-19.
7 de octubre de 2020	DU 119 de 2020	S/76.558.347. Compras vacunas para enfrentar el covid-19.
17 de octubre de 2020	DU 314 de 2020	S/6.455.300. Aumento de UCI
25 de octubre de 2020	DU 131 de 2020	S/145.639.384. Almacenamiento y distribución de la vacuna.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas de Perú.

Tabla 4: Perú: Gasto de bolsillo con o sin miembros afectados por covid-19, 2020.

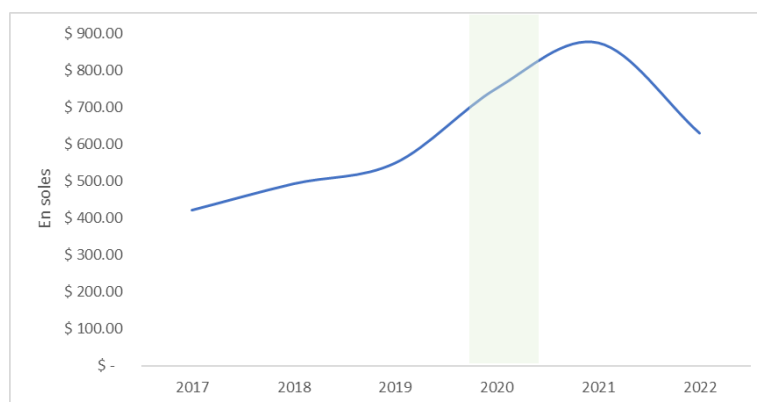
Quintil	Miembros sin covid-19	Algún miembro con covid-19	Impacto
1	S/381	S/1.719	4,5 veces
2	S/504	S/1.757	3,5 veces
3	S/679	S/2.221	2,9 veces
4	S/1.192	S/2.839	2,4 veces
5	S/2.379	S/5.115	2,1 veces

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2020, Enaho.

Figura 18. Perú: Gasto del gobierno en salud (per cápita) 2015 - 2022

En conclusión, según los escenarios planteados por el Banco Mundial, Perú sigue la tendencia de escenario 2, **prioridad del status quo a la salud**, con uno de los aumentos más destacados en la región, en cuanto al gasto público en salud. En 2022 el país mantendría un gasto per cápita aún superior al de 2019.

Fuente: Oficina de presupuesto Ministerio de Economía y finanzas de Perú.



3.10. Uruguay

Uruguay cuenta con una población de 3,5 millones de habitantes. Luego de un crecimiento económico del 0,4% en 2019, en 2020 se presentó una caída de -5.9% y se espera un aumento de 3,4% en 2021. El sistema de salud está regido por la Ley 18.211 de 2007 que conformó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Los afiliados pueden elegir al prestador público (ASSE) o a los prestadores privados (IAMC o Seguros Integrales). A marzo de 2020, la población afiliada a las IAMC ascendía al 62,2% del total, el 38,6% se encontraba en la ASSE y un 3% de la población contaba con Seguros Privados Integrales (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2020). Con la reforma de 2007 se constituyó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), conformado por el aporte de los trabajadores formales en relación con sus ingresos y personas a cargo (desde 3% hasta 8% del ingreso), las contribuciones de las empresas y rentas generales del Estado. Así se financia la cobertura de la población contributiva, mientras el Ministerio de Salud cubre la red pública para atender a la población que no puede cotizar, y todos reciben en mismo plan de beneficios, el denominado plan integral de atención en salud (PIAS).

Al momento de asegurar la cobertura, una de las características centrales del SNIS es la separación entre las funciones de prestación, a cargo de los prestadores integrales de salud, y la de financiamiento, a través del FONASA, según la complejidad de la práctica. En este sentido, la función prestacional está intermediada y regulada por la JUNASA que, como ente desconcentrado del Ministerio de Salud, es la encargada de gestionar contratos de capitación con los prestadores integrales de salud responsables de garantizar el PIAS.

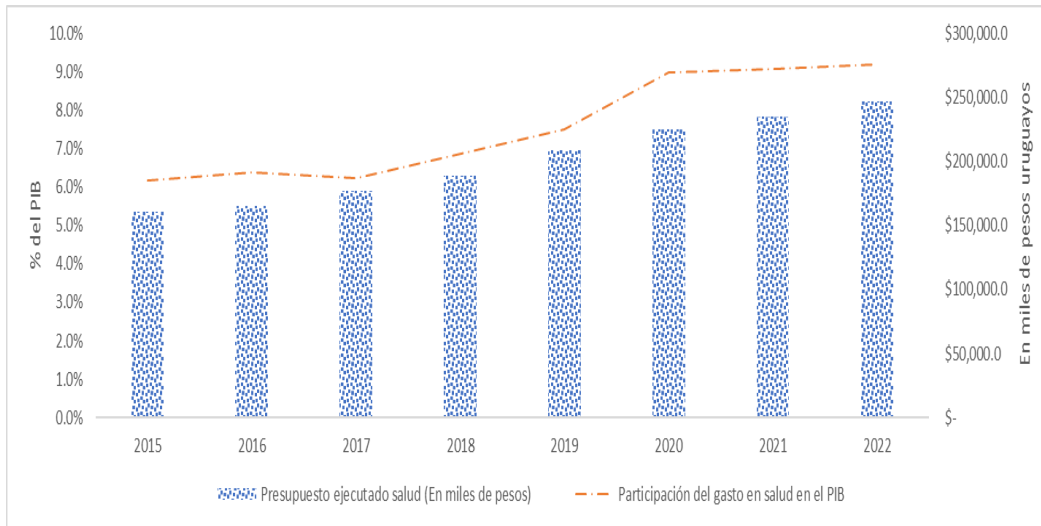
El país destina el 9,2% del PIB en salud, uno de los más altos de la región, (OMS,2018) y en su composición el gasto público representa 73% del gasto total y el 27% restante es gasto privado. Se destaca además, junto con Costa Rica y Colombia por tener un bajo gasto de bolsillo (17,2% del gasto total en salud).

Al inicio de la pandemia el gobierno uruguayo anunció medidas que muestran una redefinición de las prioridades de la política económica y en salud. Dentro de las medidas destinadas a proteger a la población y a las empresas más vulnerables han estado: ampliar y facilitar el acceso al seguro de desempleo, diferir el pago de impuestos y contribuciones a la seguridad social para las micro y pequeñas empresas, aumentar y expandir programas a cargo del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), generar subsidio por enfermedad para trabajadores privados mayores a 65 años y anuncio que empleados públicos de esta franja etaria no deberán concurrir a trabajar, incorporar el coronavirus como enfermedad profesional para el personal de la salud, implementar beneficios para el pago de cuotas de préstamos para vivienda y ampliar acceso de internet para hogares con el plan básico.

En el marco de la emergencia sanitaria, el gobierno conformó el Fondo Solidario covid-19 a partir de la Ley 19.874 de 2020 con el fin de centralizar el financiamiento de las acciones desarrolladas para paliar y prevenir las consecuencias de dicha emergencia. Se trata de un fondo extra presupuestal, donde ingresos y egresos se registran en el Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF). El registro de los gastos desarrollados por el fondo se concentran en toda actividad estatal destinada a la protección de la población frente a la emergencia sanitaria nacional, las erogaciones que deba atender el Ministerio de Salud Pública y demás prestadores públicos de la salud de manera directa o mediante ayudas y transferencias a los prestadores privados, las actividades de prevención, mitigación, atención y rehabilitación a cargo del Sistema Nacional de Emergencias, en el marco del estado de emergencia sanitaria.

En el ejercicio 2020, el Fondo Solidario covid-19 recibió ingresos por \$41.197 millones. El uso del fondo en el mismo período ascendió a \$ 38.362 millones, de los cuales \$ 2.184 millones fueron usados en medidas sanitarias tales como el incremento de la capacidad instalada de los centros de salud que incluye insumos y material médico, equipamiento médico-quirúrgico, así como también adquisición de respiradores, monitores de vida, entre otros. Se incluyen también los gastos asociados a la vigilancia epidemiológica, seguimiento y rastreo de casos y contactos, estudios de diagnóstico, vacunas y todos los gastos de prevención.

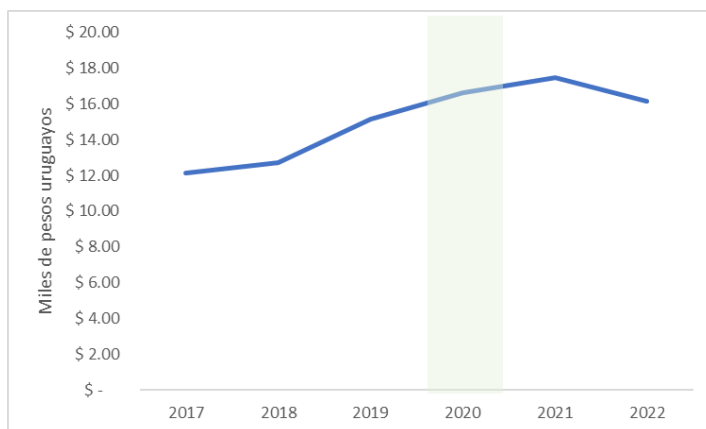
Figura 19. Presupuesto salud (participación en el PIB), 2015-2022



Fuente: Oficina de planeamiento y presupuesto, Ministerio de Economía y Finanzas de Uruguay. Cálculos propios.

Al 19 de septiembre de 2021 el país registró 387.156 contagios por covid-19, lo que representa 111.087 casos por millón, un total de muertes de 6.045 (1.734,5 por millón), y un total de pruebas de 3.462.285 pruebas (993,4 por mil). La cobertura de las pruebas, las atenciones hospitalarias y vacunación están a cargo del Ministerio de Salud, sin que se evidencie gasto de bolsillo de las familias para cubrir la atención por covid 19.

Figura 20. Uruguay. Gasto del gobierno en salud (per cápita) 2015 - 2022



En conclusión, según los escenarios planteados por el Banco Mundial, Uruguay estaría siguiendo el escenario 2, con **prioridad del status quo a la salud**, de modo que luego del aumento del gasto público per cápita en salud en 2020 y 2021, bajaría en 2022 pero quedaría en un nivel superior al de 2019, manteniendo la senda creciente que traía desde años atrás.

Fuente: Oficina de planeamiento y presupuesto, Ministerio de Economía y Finanzas de Uruguay. Cálculos propios.

4. Conclusiones

América Latina ha sido la región del mundo que ha sufrido con mayor dureza el doble shock provocado por la pandemia: el sanitario, con un alto número de muertes, y el económico, con la mayor caída del PIB y aumentos significativos de la pobreza y el desempleo. De manera que cabe preguntarse por los factores estructurales de las economías y de los sistemas de salud, a fin de responder por las causas del desastre y plantear alternativas para la prevención y el manejo de situaciones similares en el futuro. En lo que respecta a los sistemas de salud, es claro que en muchos de los países de la región se cuenta con una disponibilidad de recursos, como camas y personal sanitario, que resulta inferior a las necesidades de la población, más aún para la atención de emergencias como las que se derivan de una pandemia.

El gasto público actúa como palanca para la prevención y la atención. Los sistemas integrados de salud, con un mayor gasto público y un bajo gasto de bolsillo, han sido un factor clave para responder a los retos de la pandemia en cuanto a cobertura de servicios. Esto es muy claro en países como Costa Rica y Uruguay, y en parte Colombia, que presentan un alto número de pruebas y unas bajas tasas de positividad, y, además, registran una atención de los pacientes prácticamente 100% a cargo del sistema de salud o del presupuesto público. En contraste, países con alto gasto privado y sistemas fragmentados han tenido una menor cobertura y una mayor presión sobre el gasto de bolsillo, como Perú, Ecuador, México y Brasil.

Es difícil determinar el saldo neto en el corto plazo y el futuro del gasto total en salud, sumando el público y el privado. i) El comportamiento del gasto en salud tiene dos sentidos en medio de la pandemia, lo que dificulta determinar el saldo neto en varios países. Por una parte, hay una presión para aumentar el gasto para atender la pandemia, pero por otro lado, y especialmente durante 2020, se generaron ahorros por la merma en atenciones médicas y hospitalarias (reasignación de recursos). ii) Luego de un posible aumento transitorio del gasto en salud existen diferentes escenarios para el futuro: aumento sostenido, estancamiento o retroceso.

En la mayoría de los países se observa un aumento del gasto público en salud, en 2020 y en menor medida en 2021, en proporciones diferentes y en algunos aún no bien determinados por falta de información. Predomina el escenario “prioridad del status quo a la salud”, entre los previstos por el Banco Mundial, de modo que se estaría presentando un incremento transitorio del gasto público per cápita en 2020 y 2021, y a partir de 2022 se retomaría la senda que se traía hasta 2019, generalmente creciente. No obstante, en sentido más positivo se destacan Chile y Costa Rica, que pudieran presentar un crecimiento sostenido en los años venideros, lo que parece ser la tendencia de los países de ingreso alto. En cambio, en otros casos se estaría presentando un comportamiento procíclico del gasto, como parece que sucede en Ecuador con la reducción del gasto público per cápita, o este gasto apenas tendría un ligero aumento, como parece que es la situación de México.

El mayor gasto público realizado por los países se ha dirigido a la adecuación del sector hospitalario, la realización de pruebas, la atención de pacientes covid-19 y implementación de los planes de vacunación.

En cuanto al gasto de bolsillo, es posible que a nivel agregado se haya presentado una reducción, como se tiene evidencia para el caso de Perú, eso sí, dejando claro que al mismo tiempo se registró un aumento importante del gasto público. Sin embargo, como también se puede observar para Perú, y en parte para Chile, la variación del gasto de bolsillo es bien diferente según el nivel de ingresos de las familias, afectando en

forma negativa a las de menores ingresos, especialmente si padecieron covid-19 o requieren continuidad en tratamiento de enfermedades crónicas que se pudo interrumpir debido al cierre de servicios. En cualquier caso, se llama la atención por cuanto muy probablemente como resultado de la pandemia se desacelere o incluso se revierte la reducción que del gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud.

Casos más dramáticos resultan ser los de México y Ecuador, en donde se espera que el gasto de bolsillo esté aumentando. De hecho, para el caso mexicano se tiene información de encuesta de hogares que así lo ratifica, lo que resulta consistente con la insuficiencia de los recursos públicos.

Lo que representa el gasto en salud para los hogares se puede estar comportando igual en la pandemia, de modo que sería proporcional al comportamiento de cada país. Es el caso de México y Ecuador, en donde el gasto en salud en las familias es alto y se encuentran noticias de gastos catastróficos para la atención del covid; algo similar se reporta en Chile y Perú, con encuestas recientes. Con los mismos criterios de búsqueda, no se encuentran noticias para Colombia, Costa Rica o Uruguay.

La voluntad política y la capacidad de gestión constituyen otro factor clave que se manifiesta por ejemplo en la realización masiva de pruebas y también en menor mortalidad. Se destaca Chile, en cuanto a pruebas y a vacunación, con una cobertura que ya supera el 70%. En otro extremo se observa la situación de países como México y Brasil, con un bajo número de pruebas o una alta mortalidad, lo que guarda relación con la baja proporción del gasto público, la política interna y la capacidad de gestión de la pandemia.

Como parte de los efectos que habrán de lidiar los países hacia adelante se encuentra el retraso o el pasivo que se ha derivado de la desatención que especialmente en medio de las cuarentenas recayeron sobre pacientes crónicos y programas de prevención, como la vacunación de los niños. Sobre el particular, se destaca el fondo creado en Chile para la resolución de listas de espera.

Colombia es uno de los países más golpeados por la pandemia y presenta un desempeño bajo en vacunación, aunque entrando al año 2022 las cifras van mejorando. En lo que respecta al comportamiento del gasto, el país se destaca por un mayor esfuerzo fiscal para salud y se ubica cercano a países con sistemas más integrados, como Costa Rica y Uruguay, sin reportes de dificultades con el gasto de bolsillo. Este contraste con las fortalezas del sistema que se revelan ante la crisis, centradas en la cobertura y la protección financiera, al mismo tiempo se ponen en evidencia algunas debilidades, como lo que respecta a la falta de gobernanza y a la atención centrada en la enfermedad más que en la promoción de la salud y en la prevención.

Esta aproximación en un buen número de países de la región ofrece un buen insumo para la discusión y la definición de una agenda de investigación más amplia que permita responder con mayor rigor a la pregunta de lo que esté pasando con el gasto en salud, especialmente el gasto de bolsillo, y las perspectivas hacia el futuro. Consideración especial debe hacerse sobre la información que ofrecen las encuestas de hogares, en los casos de Perú y México, lo que permite un análisis en mayor profundidad y la formulación de propuestas para realizar mediciones en otros países.

Referencias

- Banco Mundial (2021). Indicadores Banco Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador>
- Banco Mundial (2021a). Perspectivas Económicas Mundiales. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/publication/global-economic-prospects>
- Banco Mundial (2021b) "From double shock to double recovery - implications and options for health financing in the time of covid-19". Washington, 2021.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. (2008). The triple aim: Care, health and costs. *Health Affairs* 27.3.3 759-769.
- Bhalotra, S. R., Rocha, R. and Soares, R. R. (2019). Does Universalization of Health Work? Evidence from Health Systems Restructuring and Expansion in Brazil. IZA Discussion Paper No. 12111
- CADEM, 2021. El Chile que vive, abril-agosto de 2021. Especial clase media, encuesta ciudadana.
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovanella, L., Malik, A. M., Werneck, H., Fachini, L. A., & Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195):345–356
- Centro de Estudios Estratégico de Fiocruz-CEE-FIOCRUZ (2018). Los sistemas de salud pública brasileño e inglés enfrentan dilemas en el año en que cumplen 30 y 70 años. Disponible en: <https://cee.fiocruz.br/?q=os-sistemas-de-saude-publica-brasileiro-e-ingles-enfrentam-dilemas-no-ano-em-que-completam-30-e-70-anos>
- Cepal (2020a). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el covid-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45840/S2000462_es.pdf
- Cepal (2020b). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es
- Cepal (2020c) Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe. Disponible en : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46501/23/BP2020_Panama_es.pdf
- Cepal (2021). Panorama Social de América Latina. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020>
- Cetrángolo y Goldschmit, (2018). Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la seguridad social en Argentina. Serie de documentos de trabajo del IIEP, No. 25, marzo de 2018.
- Cetrángolo, O; Bertranou, F; Casanova, L & Casalí, P (2013). El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2013. 184 p.
- Chavez, V (2020). El precio de enfermarse de covid-19: mexicanos venden casas, autos y se endeudan para atenderse. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/venden-casa-auto-y-se-endeudan-para-atenderse-contra-covid-en-privados/>
- Cid, C (2021). Protección financiera en salud América Latina y el Caribe. Seminario la inversión pública en salud en tiempos de covid,
- CIDE (2020). Federalismo en covid. Disponible en: <https://www.cide.edu/coronavirus/2020/05/26/plataforma-federalismo-en-covid/>
- CIEP (2021). Interrupción de los servicios de salud por covid-19: Implicaciones en el gasto de bolsillo. Disponible en: <https://ciep.mx/interrupcion-de-los-servicios-de-salud-por-covid-19-implicaciones-en-el-gasto-de-bolsillo/>
- CNN Brasil (2021). Familias gastan hasta R\$ 75 mil y se endeudan para pagar camas de UCI en SP. Disponible en: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/familias-se-endividam-para-pagar-leitos-de-uti-em-sao-paulo/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE (2021). Información Pobreza monetaria nacional 2020.

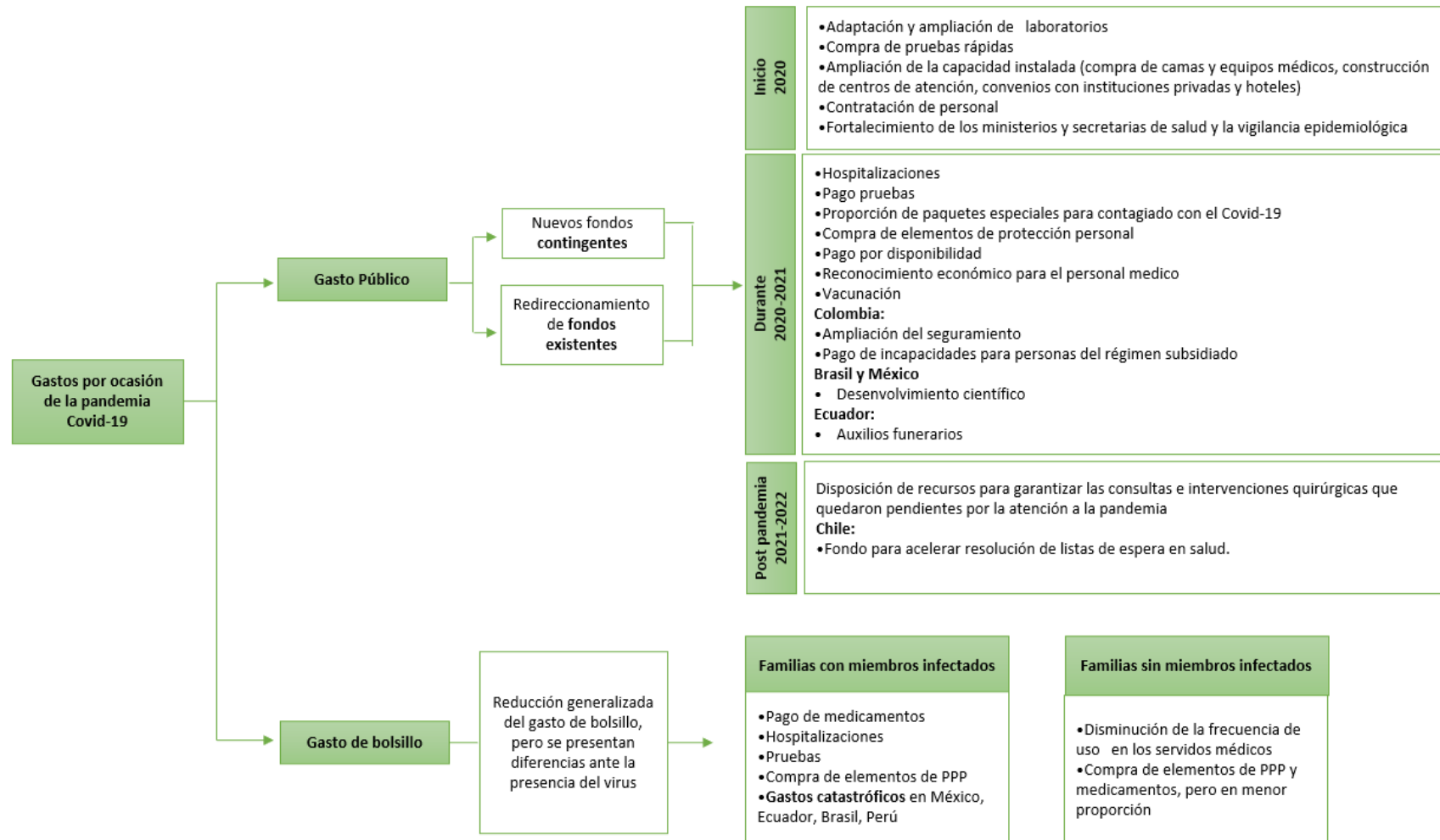
- El Universo (2021a). Lo caro que es tener covid-19 y no hallar cama en el sistema público. Disponible en : <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/costo-coronavirus-clinicas-hospitales-privados/>
- El Universo (2021b). Por deudas pendientes de atención a infectados con covid-19, en clínicas privadas de Cuenca se condiciona entrega de cadáveres a familiares. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/por-deudas-pendientes-de-atencion-a-infectados-con-covid-19-en-clinicas-privadas-de-cuenca-se-condiciona-entrega-de-cadaveres-a-familiares-nota/>
- Estado de Minas (2021). covid: para pagar conta de hospital, famílias fazem 'vaquinhas' e rifa. Disponible en: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/06/21/interna_nacional,1278751/covid-para-pagar-conta-de-hospital-familias-fazem-vaquinhas-e-rifa.shtml
- Frente pe la vida (2020). Plano nacional de enfrentamento à pandemia da covid-19. Disponible en: https://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19-minuta-15_vf.pdf
- FMI (2021). Base de datos del monitor fiscal de las medidas fiscales de los países en respuesta a la pandemia de COVID-19. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19>
- Gobierno de México (2020). Cuenta Pública 2020. Gastos presupuestarios. Disponible en: <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/Tomoi-2020>
- Gomes R, (2021). Incluso con el empeoramiento de la pandemia, el gobierno de Bolsonaro recorta los fondos para las camas de la UCI para el covid-19. Disponible en: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/02/governo-bolsonaro-corta-verba-uti-covid/>
- Hallal PC, Horta BL, Barros AJD, et al (2020). Evolução da prevalência de infecção por COVID-19 no Rio Grande do Sul, Brasil: inquéritos sorológicos seriados. Cien Saude Colet. 2020; 25(1): 2395–2401. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.09632020>
- Hsiao, W y Shaw, R. P (2007). Seguro social de salud para países en desarrollo. Estudios de desarrollo del WBI. Washington, DC: Banco Mundial. © Banco Mundial.
- ICEX (2020). Sanidad en Panamá. Disponible en: <https://www.icex.es/icex/es/navegacion-principal/todos-nuestros-servicios/informacion-de-mercados/paises/navegacion-principal/el-mercado/estudios-informes/DOC2020855081.html?idPais=PA>
- INEGI (2020b). Población total según condición de derechohabiencia. Disponible en: <https://inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>
- INEGI (2020c). Encuesta nacional de ingreso y gastos de los hogares ENIGH-2020.
- Institute for Global Health Sciences – UCSF (2021) La respuesta de México al covid-19: Estudio de caso. Disponible en: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2018). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Perfil das despesas no Brasil. Indicadores selecionados. IBGE
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2019). Encuesta Nacional de Salud (PNS), 2019. IBGE
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), 2020. Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los hogares del Gran Buenos Aires: primer informe de resultados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires agosto-octubre de 2020.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía -INEGI (2020a). Características de las defunciones registradas en México durante 2020, preliminar. Comunicado de prensa NÚM. 402/21
- Instituto Peruano de Economía-IPE (2021). Gasto en salud en tiempos del covid-19. Disponible en: <https://www.ipe.org.pe/portal/gasto-en-salud-en-tiempos-del-covid-19/#:~:text=Gasto%20monetario%20de%20los%20hogares%20en%20salud&text=Contrario%20a%20lo%20esperado%2C%20dicho,%2F1.136%2C%2012%25%20inferior>

- Johns Hopkins University (2021). Coronavirus Resource Center. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Laborato, Velasco & D'agostino (2018) Fragmentación y segmentación: una radiografía del sistema de salud argentino. Observatorio de desarrollo humano. Instituto de Economía. Aplicadas y sociedad, junio 2021.
- Lomelí (2020). Los Desafíos del sistema de salud en México / The health system challenges in Mexico. Vol. 17 Núm. 51 (2020): economía unam
- Maceira, D (2020). América Latina y el Caribe y sus sistemas de salud frente al COVID-19. Desafíos previsibles ante un escenario imprevisto. Pensamiento propio;52(2020):249-258
- Ministerio de Hacienda – Minhacienda (2021). Fondo de Mitigación de Emergencias-FOME. Medidas económicas adoptadas para la atención de la emergencia ocasionada por el covid-19. Disponible en:https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-158801%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased#:~:text=El%20FOME%20tiene%20por%20objeto,del%20Decreto%20417%20de%202020.
- Ministerio de Salud (Argentina) (2021). Información covid-19. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/informacion-epidemiologica>
- Ministerio de Salud (Brasil) (2021). Ejecución de presupuesto extraordinario Ministerio de Salud covid. Disponible en: <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/1ddb773f-0254-4c9c-9b5c-b70602688bb3/page/2nwRB>
https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAs_C19TG/DEMAs_C19TG.html
- Ministerio de Salud (Brasil) (2021a). Pruebas covid-19. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br>
- Ministerio de Salud (Chile), 2021a. Información epidemiológica covid 19. Disponible en: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-epidemiologico-covid-19/>
- Ministerio de Salud (Chile), 2021b. Planificación: vacunación contra Sars-Cov-2. Subsecretaría de salud pública. División prevención y control de enfermedades/departamento de inmunización, 2021.
- Ministerio de Salud (Perú), 2020. Análisis de situación de salud del Perú, 2019. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC).
- Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS (2020) Comportamiento histórico de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimenesubsubsidado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubsidado.aspx>
- Monsalve, M (2021) COVID-19: ¿está asfixiando aún más los recursos del sistema de salud?. El espectador.
- Negri, M, Capasso C, Marques M, Marrichi, R y , Lima, F(2021). Un año de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en Brasil: un panorama político y social. Disponible en: <https://www.annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.3182/>
- OCDE (2020) covid-19 en América Latina y el Caribe: panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis. Noviembre, 2020. 12p.
- OCDE (2021). Panorama de salud 2021. Lanzamiento del reporte Health at a Glance. Disponible en: <https://www.oecd.org/costarica/Health-at-a-Glance-2021-How-do-LAC-compare.pdf>
- OIT (2021). El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19. Disponible en : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf
- OMS (2020). Priorities for the Health Financing Response to COVID-19. Disponible en: <https://p4h.world/en/who-priorities-health-financing-response-covid19>
- OMS, (2020a). " Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic". Organización Mundial de la Salud, 2020.
- OMS, (2020b). " The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment". Organización Mundial de la Salud, 2020.

- OMS (2016). The global health Observatory. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-\(gghe-d\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-))
- OMS (2018). Global Health Expenditure Database. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- OPS (2020). Informe anual 2020. La salud universal y la pandemia Sistemas de salud resilientes. Chile. Informe anual 2020.
- Organización Internacional del Trabajo-OIT (2021). Respuestas de corto plazo y desafíos más profundos en los sistemas de salud de América Latina Perú: OIT / Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2020. 36 p.
- Oxford University (2021). Our World in Data. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD (2020). Desafíos de desarrollo ante la covid-19 en México. Panorama desde la perspectiva de la salud.
- Resolución 1161 (2020). Por la cual se establecen los servicios y tecnologías en salud que integran las canastas para la atención del Coronavirus covid-19 y se regula el pago del anticipo por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios. Ministerio de salud y protección social.
- Resolución 166 (2021). Por la cual se adopta la metodología y se fijan los valores a reconocer por las actividades asociadas a la aplicación de la vacuna contra el covid-19, se define el procedimiento para su reconocimiento y pago se dictan otras disposiciones. Ministerio de salud y protección social.
- Rocha, R (2021). Necesidades de financiamiento y el futuro de la salud en Brasil. Disponible en: <https://focoeconomico.org/2021/05/31/necesidades-de-financiamiento-y-el-futuro-de-la-salud-en-brasil/>
- Soares, R, Correia, M, Viviane M (2021). Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. Serviço Social & Sociedade [online]. 2021, n. 140 [Acessado 9 Fevereiro 2022] , pp. 118-133. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>>.
- Tandon, A; Roubal, T; McDonald, L; Cowley, P; Palu, T; de Oliveiram C.; Eozenou, P; Cain, J; Teo, H; Schmidt, M; Pambudi, E; Postolovska, I; Evans, D y Kurowski, C. (2020). Economic Impact of COVID-19 : Implications for Health Financing in Asia and Pacific. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. World Bank, Washington, DC. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34572>
- Toro L, (2020). Epidemia de COVID-19 en Chile: impacto en atenciones de Servicios de Urgencia y Patologías Específicas. Revista Médica de Chile, vol. 148, No. 4, p. 557-564. Santiago de Chile, abril 2020.
- Universidad del Desarrollo, 2019. Estructura y financiamiento del sistema de salud chileno. Facultad de medicina clínica alemana, serie de salud poblacional No. 2. 45 p.


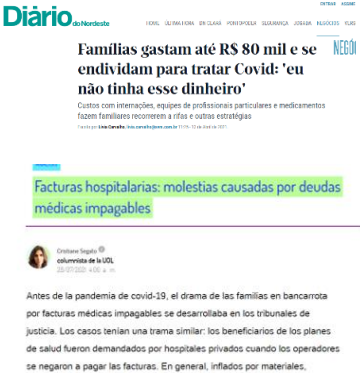

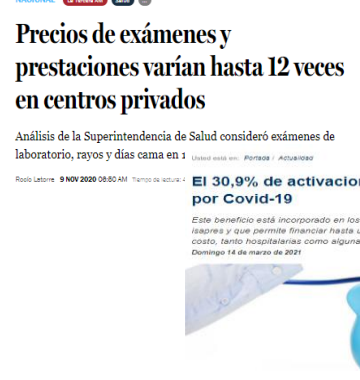







Anexo 1. Gastos en salud para la atención de la pandemia por covid-19

(Esquema para el análisis y hallazgos en países de América Latina)



Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina

Anexo 2. Noticias sobre gastos de bolsillo, identificadas por para cinco países

<div style="text-align: right;">  Brasil </div>  <p>Famílias gastam até R\$ 80 mil e se endividam para tratar Covid: 'eu não tinha esse dinheiro'</p> <p>Custos com internações, equipes de profissionais particulares e medicamentos fazem famílias recorrerem a dívidas e outros estratagemas</p> <p>Facturas hospitalarias: molestias causadas por deudas médicas impagables</p> <p>Antes de la pandemia de covid-19, el drama de las familias en bancarota por facturas médicas impagables se desarrollaba en los tribunales de justicia. Los casos tenían una trama similar: los beneficiarios de los planes de salud fueron demandados por hospitales privados cuando los operadores se negaron a pagar las facturas. En general, inflados por materiales,</p>	<div style="text-align: right;">  Chile </div>  <p>Precios de exámenes y prestaciones varían hasta 12 veces en centros privados</p> <p>Análisis de la Superintendencia de Salud consideró exámenes de laboratorio, rayos y días cama en 1</p> <p>El 30,9% de activaciones del seguro catastrófico fue por Covid-19</p> <p>Este beneficio está incorporado en los planes de salud que las personas contratan con las aseguradoras y que permite financiar hasta un 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias, realizadas en el país.</p> 	
<div style="text-align: right;">  Ecuador </div>  <p>Se repite la historia de hace un año: familias buscan camas para pacientes por COVID-19; la red privada también está al límite</p> <p>Adecuaciones y ampliaciones no han sido suficientes para atender más casos de coronavirus. La situación se debe en algunas localidades.</p> <p>Por deudas pendientes de atención a infectados con COVID-19, en clínicas privadas de Cuenca se condiciona entrega de cadáveres a familiares</p> <p>Lo caro que es tener Covid-19 y no hallar cama en el sistema público</p> <p>Familias desesperadas buscan recursos para pagar las facturas en clínicas y hospitales privados que, en algunos casos, superan los USD 100.000.</p>	<div style="text-align: right;">  Perú </div>  <p>Informe IPE: ¿Cuál es el impacto de contar con una baja cobertura en salud en medio de la pandemia del COVID-19?</p> <p>Delante de la pandemia, la ausencia de un seguro de salud resulta un gran peso en salud de los hogares. Según lo informado en el estudio, se el caso, la población asegurada declaró pagar entre el 40% y 60% del costo total de los servicios recibidos. Sin embargo, se estima que las personas sin seguro de salud tendrían que pagar el 100% de los costos.</p> <p>Coronavirus y realidad: los imposibles costos de internarse en una clínica privada</p> <p>Un peruano con sueldo mínimo de 500 soles necesitaría trabajar 8 años intermitentemente para declarar su sueldo entero a cancelar la deuda de 160 mil soles de tan solo una semana en UCI en una clínica privada.</p> <p>La odisea de salvar a un familiar de la covid-19 en Perú</p> <p>"Lo que más nos asusta es que a mis padres les quiten la casa": la angustia de una familia peruana endeudada tras enfermarse de covid-19</p>	<div style="text-align: right;">  México </div>  <p>Transparencia en precios de hospitales</p> <p>Cada año, miles de familias mexicanas hacen frente a gastos fuertes por motivos de salud.</p> <p>El precio de enfermarse de COVID-19: mexicanos venden casas, autos y se endeudan para atenderse</p> <p>Desde la sola aplicación de un test para coronavirus, los costos de atención médica privada son altos.</p> <p>Coronavirus: por qué México es el país de América Latina que menos dinero ha gastado durante la pandemia de covid-19</p>

