



ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR DE LA SALUD EN EL PERÍODO 2019-2021

Resultados para Chile, Colombia, Guatemala, Honduras,
Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN PARA LAS AMÉRICAS

ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR DE LA SALUD EN EL PERÍODO 2019-2021

Resultados para Chile, Colombia, Guatemala, Honduras,
Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay

Washington, D.C., 2024

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Análisis del desempeño presupuestario del sector salud en el período 2019-2021. Resultados para Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay

ISBN: 978-92-75-32841-5 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32842-2 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Análisis del desempeño presupuestario del sector salud en el período 2019-2021. Resultados para Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275328415>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

OPS/HSS/HS/2024

Fotografías: © OPS

ÍNDICE

CAPITULO I. Introducción	1
CAPITULO II. Marco conceptual y metodológico para el análisis del financiamiento de la respuesta a la COVID-19	4
II.1. La gestión financiera pública	4
II.2. Atención primaria de salud: conceptos y mediciones	6
II.3. Métodos del estudio	6
II.4. Limitaciones	8
II.5. Características de la estructura presupuestaria en Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay	8
CAPITULO III. Principales hallazgos del análisis del financiamiento de la respuesta a la COVID-19	12
III.1. Panorama general	12
III.2. Tendencias en el presupuesto del primer nivel de atención	16
III.3. Presupuestación por programas en la respuesta a la COVID-19	16
III.4. Hallazgos en países seleccionados	20
III.4.1 Chile	20
III.4.2 Colombia	25
III.4.3 Guatemala	27
III.4.4 Honduras	32
III.4.5 Panamá	36
III.4.6 Perú	38
III.4.7 República Dominicana	42
III.4.8 Uruguay	46
CAPITULO IV. Discusión	52
CAPITULO V. Conclusiones y oportunidades	55
REFERENCIAS	57
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXO	61

CUADROS

Cuadro 1.	Distribución de los países seleccionados por grupos de ingreso, 2021.....	7
Cuadro 2.	Características de las estructuras presupuestarias en países seleccionados	9
Cuadro 3.	Alcance de la información presupuestaria recolectada en ocho países seleccionados de América Latina y el Caribe.....	10
Cuadro 4.	Tasa de crecimiento del producto interno bruto (PIB) total anual a precios constantes, por habitante	13
Cuadro 5.	Estructuras presupuestarias creadas para la asignación de recursos destinados a las medidas sanitarias contra la pandemia de COVID-19	17
Cuadro 6.	Fondos específicos creados o utilizados para hacer frente a la pandemia de COVID-19, en países seleccionados	19
Cuadro 7.	Presupuesto inicial del Ministerio de Salud de Chile, por institución ejecutora, 2019-2021 (millones de pesos chilenos)	21
Cuadro 8.	Presupuesto del Ministerio de Salud de Chile, por etapas, 2019-2021 (millones de pesos chilenos).....	22
Cuadro 9.	Presupuesto de los principales programas presupuestarios, 2019-2021 (millones de pesos chilenos).....	24
Cuadro 10.	Presupuesto de la función salud en Colombia, por entidades, 2019-2021 (miles de millones de pesos colombianos).....	26
Cuadro 11.	Presupuesto del Sistema General de Participaciones en Colombia, 2019-2021	27
Cuadro 12.	Presupuesto de la función salud en Guatemala, por entidades, 2019-2021 (miles de millones de quetzales).....	28
Cuadro 13.	Presupuestos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por programa, 2019-2021 (millones de quetzales).....	30
Cuadro 14.	Composición institucional del presupuesto público salud de Honduras, 2019-2021 (millones de lempiras)	32
Cuadro 15.	Presupuesto de la Secretaría de Salud de Honduras, por programa, 2019-2021 (millones de lempiras)	34
Cuadro 16.	Presupuesto del régimen de salud del Instituto Hondureño de Seguridad Social, 2019-2021 (millones de lempiras).....	35
Cuadro 17.	Participación del primer nivel de atención en Honduras, por etapa presupuestaria, 2019-2021 (millones de lempiras).....	36

Cuadro 18. Presupuesto del Ministerio de Salud, por componentes, 2019-2021 (millones de dólares).....	37
Cuadro 19. Presupuesto del sector de la salud en Perú, 2019-2021 (millones de soles).....	39
Cuadro 20. Presupuesto del sector de la salud en Perú, por subfunciones, 2019-2021 (millones de soles).....	40
Cuadro 21. Presupuesto de la función salud, por institución y etapas presupuestarias, 2019-2021 (millones de pesos dominicanos).....	43
Cuadro 22. Presupuesto de los principales programas presupuestarios agrupados por nivel de atención y actividades centrales del sector de la salud en República Dominicana, 2019-2021 (millones de pesos dominicanos).....	44
Cuadro 23. Presupuesto del sector de la salud en Uruguay, 2019-2021 (millones de pesos uruguayos).....	47
Cuadro 24. Presupuesto de los organismos del sector salud de Uruguay, por programa y unidad ejecutora, 2019-junio de 2021 (millones de pesos uruguayos).....	49

FIGURAS

Figura 1. Etapas de la gestión financiera pública.....	5
Figura 2. Tasa de ejecución presupuestaria sobre la base del presupuesto inicial, 2019-2021.....	13
Figura 3. Tasa de ejecución presupuestaria por sector sobre la base del presupuesto inicial, 2019-2021.....	14
Figura 4. Tasa de ejecución presupuestaria por sector sobre la base del presupuesto inicial y final, 2019-2021.....	15
Figura 5. Participación del primer nivel de atención en Chile, por ejecución presupuestaria, 2019-2021.....	25
Figura 6. Porcentaje del presupuesto ejecutado en el primer nivel de atención de Guatemala, 2019-2021.....	31
Figura 7. Porcentaje del presupuesto ejecutado en el primer nivel de atención, en el gobierno central de Guatemala, 2019-2021.....	31
Figura 8. Presupuesto del Ministerio de Salud, con exclusión de las transferencias no destinadas al sector de la salud, 2019-2021 (millones de dólares).....	36

Figura 9. Participación del primer nivel de atención, por etapa presupuestaria en Panamá, 2019-2021	38
Figura 10. Tasas de ejecución presupuestaria del sector de la salud, por nivel de gobierno, 2019-2021	39
Figura 11. Presupuesto del primer nivel de atención como porcentaje del presupuesto de salud en Perú, por etapa presupuestaria, 2019-2021	41
Figura 12. Presupuesto final de los servicios de salud colectiva como porcentaje del presupuesto total, 2019-2021.....	42
Figura 13. Presupuesto del primer nivel de atención como porcentaje del presupuesto de salud en República Dominicana, por etapa presupuestaria, 2019-2021	45
Figura 14. Presupuesto devengado del primer nivel de atención como porcentaje del presupuesto de salud devengado sin gastos relacionados con la COVID-19, 2019-2021	45
Figura 15. Presupuesto devengado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Seguro Nacional de Salud, 2020-2021 (millones de pesos dominicanos).....	46
Figura 16. Participación del primer nivel de atención sobre el gasto total en salud de Uruguay, con y sin gastos por COVID-19, 2019-2021.....	51



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes (1) afirma que es necesario contar con un financiamiento mayor y sostenido que contribuya a mejorar la resiliencia de los sistemas de salud. Conforme a ello, la estrategia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza la necesidad de dar prioridad a las inversiones en el primer nivel de atención (PNA) debido a su incidencia en la cobertura de los servicios de salud y el acceso a ellos. En este ámbito, los presupuestos públicos sirven como mecanismo de revisión de las políticas públicas donde se plasman las prioridades de los gobiernos, se articula el modelo de atención y se reasignan recursos ante eventos de emergencia sanitaria como la reciente pandemia de COVID-19.

Existe consenso en aceptar que la resiliencia, entendida como un atributo de los sistemas de salud que permite avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, no depende solamente de un mayor y mejor financiamiento. Por ello, las intervenciones destinadas a fortalecer la resiliencia deben ser diseñadas desde una perspectiva sistémica, a fin de garantizar la sostenibilidad y accesibilidad de los servicios, y la recuperación de los logros obtenidos antes de la aparición de una emergencia. Ello implica aplicar el enfoque de atención primaria de salud (APS); fortalecer las capacidades de rectoría y gobernanza; mejorar la disponibilidad y prestación de los servicios; y transversalizar los determinantes sociales de la salud.

En cuanto al financiamiento, se ha de tener en cuenta que el fortalecimiento del PNA implica, asimismo, generar los incentivos adecuados para que la prestación de los servicios y el cuidado de la salud respondan a un modelo de atención centrado en las necesidades de las

personas y su entorno. Desde esta perspectiva, en este informe se analizan las características de la ejecución presupuestaria durante los años 2020 y 2021 y el considerable incremento en los flujos de financiamiento de la atención de salud en relación con el 2019, que es tomado como el período de base.

En este informe, se plantean un conjunto de preguntas de investigación relativas al alineamiento entre la priorización del PNA y el desempeño presupuestario; a las innovaciones en las reglas de gestión financiera pública que viabilizaron esa priorización; y al análisis de la capacidad de absorción del sector de la salud ante el incremento de los recursos financieros. Permanece como una tarea pendiente establecer la relación entre la asignación y uso de estos recursos, por un lado, y las barreras de acceso no financieras y la interrupción de los servicios esenciales durante el mismo período, por otro lado.

En virtud de la pandemia de COVID-19, en América Latina y el Caribe el producto interno bruto (PIB) se contrajo en un 6,7% (2) y el desempleo se incrementó del 8,1 al 10,3% en el año 2020 (3). Los ingresos fiscales se vieron afectados y los gobiernos tuvieron que ajustar sus prioridades respecto de las medidas económicas, sanitarias y sociales para responder a los efectos de la pandemia. Se ha de tener en cuenta, además, que en el contexto de una emergencia la inadecuada asignación de fondos puede conducir a un desplazamiento de recursos hacia otros problemas de salud, lo que podría perjudicar el acceso a los servicios sanitarios y producir retrocesos en los indicadores de salud.

Por otro lado, en los países de América Latina y el Caribe se produjeron interrupciones de servicios esenciales en el PNA. De hecho, en el 2021 se interrumpió el 55% de los servicios del PNA, frente a una discontinuidad del 20% en los servicios especializados (emergencias, cuidados intensivos y servicios quirúrgicos) y del 38% en los servicios auxiliares. Los servicios del PNA y de base comunitaria que sufrieron mayores interrupciones fueron los de promoción de la salud (65%) y las consultas médicas programadas (62%), mientras que las renovaciones de prescripciones médicas para enfermedades crónicas se vieron menos afectadas (48%).

Los recursos presupuestarios son la base de los esquemas de financiamiento público. Datos de la Plataforma Mundial de Gasto en Salud (GHED, por sus siglas en inglés) muestran que en Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, República Dominicana y Uruguay, los recursos canalizados a través del presupuesto representan entre un 47 y un 72% de los ingresos de los esquemas de financiamiento público. En la práctica, una parte de los recursos presupuestarios se canalizan hacia otros esquemas de financiamiento, como los seguros sociales, principalmente para el aseguramiento subsidiado en salud.

Los países han adoptado diversas medidas para que sus presupuestos respondieran a la emergencia sanitaria. Se implementaron diferentes paquetes de estímulo fiscal y de recursos de emergencia a fin de compensar la caída de los ingresos y canalizar los medios necesarios para dar respuesta a la epidemia. El uso de la presupuestación por programas ha facilitado el seguimiento tanto de los recursos destinados a la COVID-19 (4) como de los asignados para la provisión de servicios de atención primaria y especializados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) recomiendan la utilización de las clasificaciones estadísticas de funciones de salud en las cuentas de salud para monitorear el gasto en atención primaria (5). Sin embargo, debido a los retrasos y discontinuidades que se observan en las cuentas de salud, es importante tener presupuestos estandarizados y orientados hacia las prioridades de la atención de la salud a fin de poder dar seguimiento al gasto público en salud en el corto plazo.

Ante este contexto, la OPS condujo un estudio para explorar el modo en que la pandemia de COVID-19 modificó el desempeño de los presupuestos de salud y la priorización del PNA en el sector. Este informe se propone responder las siguientes preguntas:

- ¿Cómo ha afectado la pandemia de COVID-19 la formulación y la ejecución del presupuesto?
- ¿Se ha dado prioridad al PNA durante el período 2019-2021?
- ¿Qué innovaciones hubo en la canalización de nuevas fuentes de recursos a través de la gestión financiera pública?



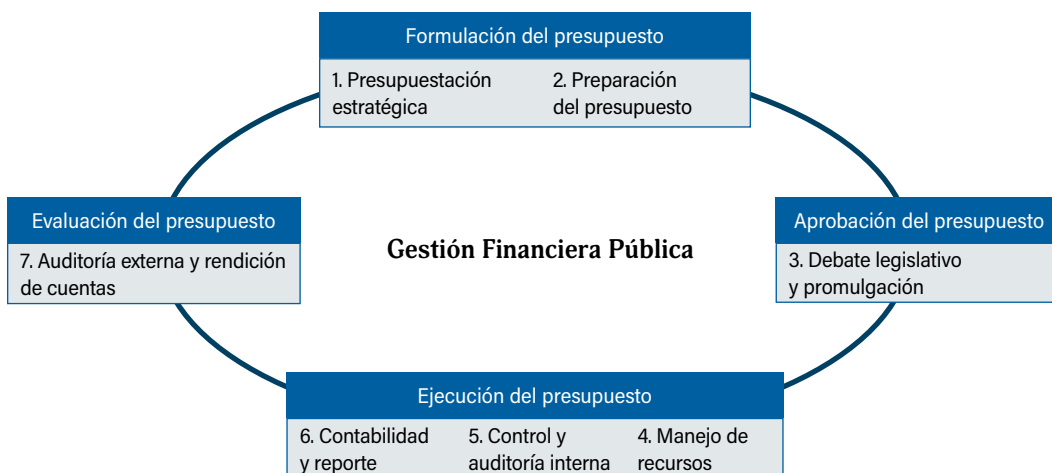
CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS DEL FINANCIAMIENTO DE LA RESPUESTA A LA COVID-19

II.1. La gestión financiera pública

La **gestión financiera pública** es un conjunto de reglas, instituciones, políticas y procesos que rigen la asignación, el uso y el reporte de los fondos públicos. La estructura de la gestión financiera pública consta de cuatro etapas: la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación de la gestión presupuestaria.

Figura 1. Etapas de la gestión financiera pública



Fuente: Andrews M, Cangiano M, Cole N, de Renzio P, Krause P, Seligmann R. This Is PFM. Working Paper Series rwp14-034. Cambridge, MA: Harvard University, John F. Kennedy School of Government; 2014.

La **formulación del presupuesto** se inicia con la presupuestación de las estrategias institucionales y sectoriales y el establecimiento de techos presupuestarios, y concluye con la preparación del presupuesto, donde se incorporan métodos como el marco de mediano plazo. Posteriormente, la propuesta de presupuesto es remitida al órgano legislativo para su debate y **aprobación**.

En la siguiente etapa se aplican las reglas de la **ejecución del presupuesto** y se dota a las unidades correspondientes de los insumos necesarios para la provisión de bienes y servicios de consumo final. La **evaluación del presupuesto** consiste en la auditoría externa (reporte de los gastos, evaluaciones de desempeño, auditoría) y la rendición de cuentas a la ciudadanía sobre el uso de los recursos.

La función de financiamiento a la salud y la gestión financiera pública pueden trabajar en armonía asegurando que las políticas y prioridades se reflejen en los presupuestos, los fondos se canalicen de forma adecuada para responder a las necesidades de salud y haya flexibilidad en la compra y pago a los proveedores (6).

A partir de estas etapas se derivan diferentes mediciones que pueden ser utilizadas en el informe. El **presupuesto inicial** expresa la disponibilidad de recursos al inicio del año conforme a lo que ya ha sido aprobado por el Poder Legislativo. El **presupuesto vigente o final** representa el presupuesto inicial más los ajustes (deducciones y adiciones) realizados en el transcurso del año fiscal, ya sea con la aprobación interna de la entidad a cargo de los fondos, el Ministerio de Finanzas, o mediante decretos presidenciales y presupuestos complementarios.

El **presupuesto devengado** es el monto ejecutado de los recursos disponibles en el presupuesto final. El principio del devengo refleja el registro de las **transacciones** al momento en que se contraen las obligaciones (7).

II.2. Atención primaria de salud: conceptos y mediciones

La **atención primaria de salud** (APS) se compone de servicios de salud integrados y enfocados principalmente en la prevención y la atención curativa; políticas e intervenciones multisectoriales; y el empoderamiento de las personas y comunidades. En los presupuestos se puede cuantificar de modo parcial la asignación de fondos para la APS utilizando las categorías de programas; sin embargo, la manera más sistemática para monitorear los recursos es la elaboración de cuentas de salud (8).

La OMS recomienda medir la atención curativa general ambulatoria, la atención curativa ambulatoria odontológica, la atención ambulatoria y domiciliaria de largo plazo, y la atención preventiva. La medición incluye asimismo el 80% del gasto en administración del sistema de salud y el 80% del gasto en medicamentos suministrados por fuera de dicho sistema. Los presupuestos del nivel hospitalario no están completamente adecuados a la clasificación de funciones de salud del Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA 2011, por su sigla en inglés) debido a que ello requiere desagregar el gasto hospitalario por servicios.¹

En los presupuestos es posible identificar los recursos desde la perspectiva del proveedor utilizando los programas presupuestarios por niveles de atención y los de atención preventiva de los planes de salud pública, tales como VIH, tuberculosis, planificación familiar e inmunización, entre otros. Si bien los presupuestos asignados a estructuras del primer nivel no contemplan una desagregación por tipo de servicios, estas partidas constituyen una aproximación adecuada para estimar los gastos del PNA porque dichos establecimientos proveen principalmente atención ambulatoria general y de baja complejidad.

La OCDE tiene una propuesta de medición del gasto en APS; sin embargo, este abordaje metodológico restringe dicha medición a los proveedores de servicios ambulatorios, lo cual puede llevar a que no se consideren los servicios preventivos (5). En el diseño de los presupuestos, por lo regular, los programas presupuestarios de establecimientos del PNA no incluyen los recursos para los programas de salud colectiva, por lo cual en este estudio se propone medir el PNA sumando ambos componentes.

II.3. Métodos del estudio

Para este estudio se ha realizado una recolección detallada de la información presupuestaria por etapas para el sector de la salud en **ocho países** de América Latina y el Caribe: **Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay**. En América Latina y el Caribe, el 40% de las economías es de ingreso alto, el 50% de ingreso mediano alto y el 10% de ingreso mediano bajo (9).

¹ Disponer el gasto por servicios exige desagregar insumos (salario - hora, por ejemplo) por finalidad (hospitalización, consulta externa, procedimientos quirúrgicos, otros), lo cual es operativamente poco viable de realizar en la gestión financiera pública.

Cuadro 1. Distribución de los países seleccionados por grupos de ingreso, 2021

Ingreso alto	Ingreso mediano alto	Ingreso mediano bajo
Chile	Colombia	Honduras
Panamá	Guatemala	
Uruguay	Perú	
	República Dominicana	

Fuente: Elaborado a partir de la clasificación de países del Banco Mundial y grupos crediticios.

Esta recolección de datos está centrada en recursos internos y de origen extranjero canalizados a través de los presupuestos públicos del gobierno central. Se utiliza el gobierno general (que incluye a los gobiernos regionales y locales, y/o entidades de la seguridad social) conforme a su integración en la gestión financiera pública y la disponibilidad de información.

En los ocho países se aplicó un estudio de caso sobre la estructura presupuestaria a fin de identificar los elementos de cada sistema que se introducirían en la base de datos. Para su análisis se tomó como **línea de base el año 2019 (período previo a la pandemia) y se llegó hasta el 2021**. Los datos se recopilaban entre mayo y julio del 2022, utilizando leyes de presupuestos aprobados, presupuestos institucionales de agencias del sector de la salud, bases de datos de ejecución presupuestaria, estados financieros e informes de desempeño presupuestario.

La **información se recolectó por etapa presupuestaria**, tomando en consideración la siguiente distinción: a. **Presupuesto inicial**, con la finalidad de evaluar la disponibilidad de recursos en la apertura del presupuesto aprobado por el órgano legislativo; b. **Presupuesto vigente**, para identificar los ajustes realizados en el año fiscal y las áreas programáticas en las que se asignaron las nuevas dotaciones; c. **Presupuesto devengado**, utilizado para conocer la tasa de ejecución presupuestaria respecto del presupuesto inicial, así como las variaciones que se produjeran en distintos organismos y programas.

De forma estandarizada, las **tasas de ejecución presupuestaria** se calculan dividiendo el presupuesto devengado por el presupuesto inicial. En ciertas ocasiones se ha utilizado el presupuesto final para conocer la implementación de los ajustes presupuestarios. Por ejemplo, las bajas tasas de ejecución pueden ser muestra tanto de presupuestos muy optimistas como de una insuficiente capacidad de implementación (10).

Con el fin de explorar la participación del PNA en el período previo y posterior a la pandemia, el informe se propone aprehender las asignaciones destinadas al funcionamiento de establecimientos del primer nivel conforme a las definiciones nacionales y de los servicios de salud pública (planificación familiar, VIH, inmunización, tuberculosis, otros). Para evaluar tendencias, resulta más apropiado aplicar este enfoque que hacer comparaciones entre países, debido a que no hay certeza con respecto a que en todos los países se recolecte la misma información, como se espera que ocurra cuando se utiliza un método estandarizado como el de las cuentas de salud.

A nivel general, la **cuantificación de las asignaciones al PNA se realiza a partir de la clasificación por programas presupuestarios** y en algunos casos, cuando las funciones relativas al PNA recaen

sobre una entidad exclusiva, por unidad ejecutora. Perú, por ejemplo, cuenta con un alto nivel de desagregación por productos según propósito, los cuales son agrupados en la clasificación de subfunciones de gobierno. Por consiguiente, en este caso, el uso de las subfunciones es un enfoque más apropiado y eficiente para la obtención de datos.

II.4. Limitaciones

Las principales limitaciones del estudio obedecen al hecho de que los recursos de entidades descentralizadas y autónomas (seguros sociales, empresas públicas y otras) que no se canalizan por las vías presupuestarias, no están incluidos en el análisis realizado. Por consiguiente, el análisis del desempeño presupuestario puede estar afectado por un subregistro, el cual variará de acuerdo con la configuración de cada sistema de salud.

El análisis y captura de datos del PNA puede estar subestimado por dos razones: 1) la variabilidad en las definiciones nacionales de las líneas presupuestarias relacionadas con el PNA y en la madurez de los sistemas presupuestarios (por ejemplo, sistemas presupuestarios orientados a resultados); 2) el subregistro en los gastos destinados a dar respuesta a la COVID-19 (mascarillas, *test* rápidos, productos de higiene) realizados en organismos públicos distintos del sector y que no se encuentran etiquetados en los presupuestos.

II.5. Características de la estructura presupuestaria en Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay

En América Latina y el Caribe, los países han avanzado en el establecimiento de marcos de asignación de recursos sobre la base de **programas presupuestarios** vinculados a indicadores de producto y resultado predefinidos. Este enfoque ha significado un progreso con respecto a los sistemas basados en la clasificación económica,² en la cual no es posible dar seguimiento a las prioridades presupuestarias y a la asignación de recursos para los principales bienes y servicios de consumo final de la población.

Actualmente, en la mayoría de los países, los recursos asignados al sector de la salud pueden ser monitoreados mediante el **seguimiento de la función salud**. Dicha clasificación es la que permite tener una visión de mayor alcance sobre las asignaciones destinadas a la atención sanitaria, ya que abarca los programas y actividades relacionados con la salud de todas las entidades, independientemente de que sean o no agencias del sector.

La presupuestación por programas regularmente está estructurada por programas, subprogramas/productos, proyectos y actividades. Solamente en Colombia y Uruguay se reporta el uso de programas y proyectos, mientras que en Panamá se utiliza la estructura programa/actividad, lo cual no es necesariamente negativo porque una alta desagregación puede conducir a imprecisiones.

² Esta clasificación distingue el gasto corriente –remuneraciones, bienes, servicios, transferencias corrientes– y el gasto de capital –edificaciones, equipos–.

De los ocho países seleccionados, Perú es el que muestra mayor granularidad, dado que cuenta con acciones presupuestales orientadas a productos finales. Esta estructura se aplica para los distintos niveles de gobierno.

República Dominicana ha seguido pasos similares en cuanto a la presupuestación por productos, ya que en el 2018 implementó la clasificación de productos en el presupuesto, dando mayor visibilidad a las asignaciones de recursos para intervenciones vinculadas a la salud colectiva, algunas de las cuales se han incluido en los presupuestos orientados a resultados (PoR) desde el 2016.³

Cuadro 2. Características de las estructuras presupuestarias en países seleccionados

País	Niveles de gobierno	Porcentaje de recursos fiscales en el gasto público en salud ^a	Transferencias del gobierno a seguros sociales de salud ^b	Clasificación para el gasto sectorial	Despliegue programático
Chile	Central	58%	Sí	Función	Programa, actividad
Colombia	Central	47%	Sí	Sector/rama	Programa, proyecto
Guatemala	Central	55%	No	Función salud	Programa, subprograma, proyecto, actividad/obra
Honduras	Sector público no financiero	72%	No ^c	Función salud	Programa, subprograma, proyecto, actividad/obra
Panamá	Central	55%	Sí	Institucional	Programa, actividad
Perú	Nacional, regional, local	55%	No	Función	Programa, subprograma, producto, proyecto, actividad/obra
República Dominicana	Central	54%	Sí	Función	Programa, subprograma, producto, proyecto, actividad/obra
Uruguay	Central	46%	Sí	Función	Programa, proyecto

^a Calculado como la división de la suma del gasto de los esquemas de gobierno (HF.1.1) y las transferencias del gobierno (FS.1.2 o HF.1.2.1 – FS.3) a los esquemas de seguros sociales de salud dividido entre el total de gasto público. Los datos corresponden al año 2019 y provienen de Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Database (GHED).

^b Identificado a partir de fuentes de financiamiento de los esquemas de seguros sociales en la GHED.

^c El Instituto Hondureño de Seguridad Social presenta una asignación de recursos fiscales en el periodo; sin embargo, estos recursos no se ejecutaron en dicho lapso.

Fuente: Global Health Expenditure Database (GHED) 2021 y revisiones de presupuestos.

La información presentada en el cuadro 2 a partir de las cuentas de salud muestra que en Chile, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú y República Dominicana los recursos presupuestarios representan la mayor parte del gasto público en salud (seguridad social y gobierno), entre un 54% y un 72%; mientras que en Colombia y Uruguay el financiamiento presupuestario es mucho menor, alcanzando un 46-47%. En estos dos países el financiamiento de la provisión de servicios con cargo al presupuesto por la vía de la oferta es mucho menor. Al excluirse las transferencias fiscales a seguros sociales de salud, estos porcentajes se reducen a un 3 y un 26%, lo que implica

3 Técnica de presupuestación que vincula los recursos (financieros) con los resultados requeridos y valorados por los ciudadanos a lo largo de todo el ciclo presupuestario y cuyo piloto fue iniciado en la Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES) con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

que la mayor parte de los pagos a proveedores se realiza fuera de la administración pública financiera del gobierno central.

En cinco de los países de interés se reportan transferencias del gobierno central a regímenes de seguros de salud contributivos obligatorios. Chile es el país donde dichas transferencias representan una mayor proporción del gasto de los esquemas de seguros, con un 60%. En Colombia es un 45%, en Panamá alcanza un 7%, en República Dominicana un 18% y en Uruguay un 27%.

Límites en el monitoreo del gasto en salud. En el ejercicio actual se utilizaron los datos de acuerdo con la agregación provista y en algunas oportunidades se realizaron ajustes, como en los casos de Colombia y Panamá, donde hubo que sustraer gastos relacionados con la protección social.

En Honduras se utiliza la clasificación funcional; sin embargo, las estadísticas presupuestarias publicadas solo presentan el nivel institucional y programático, por lo que hubo que mapear las asignaciones al sector de la salud dentro de este esquema.

Cuadro 3. Alcance de la información presupuestaria recolectada en ocho países seleccionados de América Latina y el Caribe

País	Fuente	Cobertura del gasto en salud
Chile	Dirección de Presupuesto	Ministerio de Salud y agencias adscritas. Se excluyen prestaciones pecuniarias e ingresos del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía.
Colombia	Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bases de datos de ejecución presupuestaria	Ministerio de Salud. Función salud y protección social. Se deducen transacciones relacionadas con la protección social.
Guatemala	Ministerio de Economía y Finanzas	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
Honduras	Secretaría de Finanzas	Ministerio de Salud, agencias del sector de la salud y asignaciones destinadas a la salud en otras entidades.
Panamá	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud. Se deducen los gastos por transferencias a los sistemas de previsión social.
Perú	Ministerio de Economía y Finanzas	Función salud: gobierno nacional, regional y local.
República Dominicana	Dirección General de Presupuesto	Función salud: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, agencias del sector de la salud y asignaciones destinadas a la salud en otras entidades.
Uruguay	Oficina de Planeamiento y Presupuesto	Función salud: Ministerio de Salud Pública, Administración de los Servicios de Salud del Estado, diversos créditos y otras agencias. Función educación: Hospital de Clínicas de la Universidad de la República. Fondo Solidario COVID-19: medidas sanitarias.

Fuente: Elaboración propia basada en revisiones presupuestarias.

En cuatro países no se incluyeron los componentes de seguros sociales debido a que existen entidades público-privadas que participan en la seguridad social, no es posible dar seguimiento al componente de salud, o la información no se acoge a las etapas de la gestión financiera pública descritas en el marco de análisis.

En Colombia y República Dominicana no se incluyó el estudio de los seguros sociales debido a que existe participación público-privada y los agentes no están integrados a los procesos presupuestarios de formulación, ejecución y evaluación. Usualmente, estos agentes presentan un flujo de ingresos y gastos que es diferente de la utilización de apropiaciones presupuestarias. En el caso de Panamá, el presupuesto de la Caja de Seguro Social solo se puede monitorear por insumos. Por último, en Uruguay el componente contributivo Fondo Nacional de Salud (FONASA) ha sido excluido debido a que la información no está estructurada en función de las etapas presupuestarias.

El presupuesto por programas no es garantía de mejor información. En ciertos casos este método puede llevar a imprecisiones debido a una alta desagregación en subprogramas o actividades cuyos recursos no reflejan la definición de la línea presupuestaria. Para llevar a cabo el seguimiento del propósito de los gastos, la agregación por nivel de programa resulta más apropiada, ya que, al concentrar gran parte de los costos, ofrece mayor consistencia. Los salarios tienden a representar una alta proporción del presupuesto de salud y generalmente no pueden ser desagregados por medio de las actividades o productos creados en las estructuras presupuestarias, como ocurre en Honduras y República Dominicana.⁴



4 Véase el Anexo.



CAPÍTULO III

PRINCIPALES HALLAZGOS DEL ANÁLISIS DEL FINANCIAMIENTO DE LA RESPUESTA A LA COVID-19

III.1. Panorama general

En América Latina y el Caribe se reportó un decrecimiento del producto interno bruto (PIB) per cápita en el año 2020 del 7,7%, y una recuperación del 6,3% en el 2021. El impacto negativo de la pandemia de COVID-19 en las economías estudiadas fue heterogéneo, con países que tuvieron tasas negativas que duplicaban la tendencia regional.

Cuadro 4. Tasa de crecimiento del producto interno bruto (PIB) total anual a precios constantes, por habitante

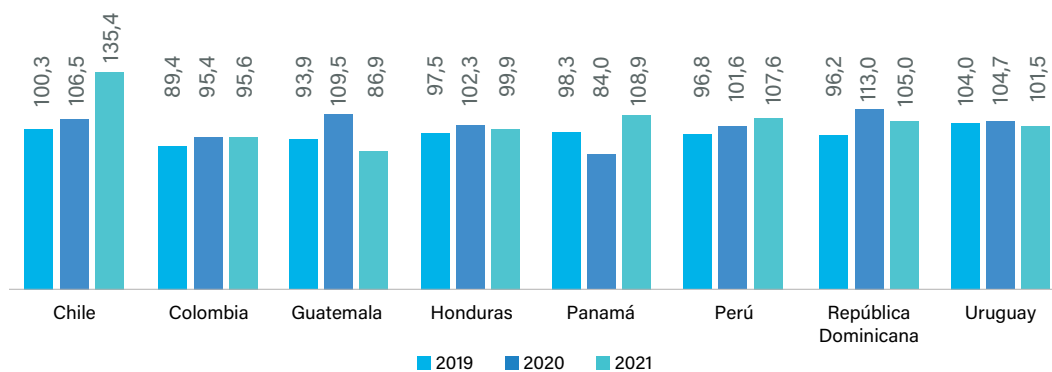
País	2019	2020	2021
América Latina y el Caribe	-0,8	-7,7	6,3
Chile	-1,0	-7,4	10,6
Colombia	1,3	-8,6	9,8
Guatemala	2,5	-3,2	6,5
Honduras	0,9	-10,4	10,8
Panamá	1,6	-18,9	14,3
Perú	0,3	-12,2	12,0
República Dominicana	3,9	-7,7	11,1
Uruguay	0,7	-6,3	5,4

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALSTAT. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas (Internet). Santiago de Chile: CEPAL; s. f. [consultado el 2 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=2&lang=es>.

Entre los países estudiados, Panamá, Perú y Honduras fueron los más afectados económicamente por la pandemia, con un decrecimiento de entre el 10,4 y el 18,9% en el año 2020. Por el contrario, Guatemala fue el país donde la pandemia de COVID-19 tuvo menores efectos en su crecimiento, con un 3,2%.

Por otra parte, se observa cierta relación entre las tasas de ejecución presupuestaria por parte de los gobiernos centrales y el decrecimiento económico del año 2020 (véase la figura 2). Panamá fue el único país donde hubo una reducción de la tasa de ejecución presupuestaria respecto de los niveles previos a la pandemia, ya que disminuyó del 98,3 al 84,0%. En las siete economías restantes hubo un desempeño presupuestario superior al reportado en el 2019 y en seis de ellas (Chile, Guatemala, Honduras, Perú, República Dominicana y Uruguay) fue superior al 100,0%, lo que indica que hubo ajustes presupuestarios significativos.

Figura 2. Tasa de ejecución presupuestaria sobre la base del presupuesto inicial, 2019-2021



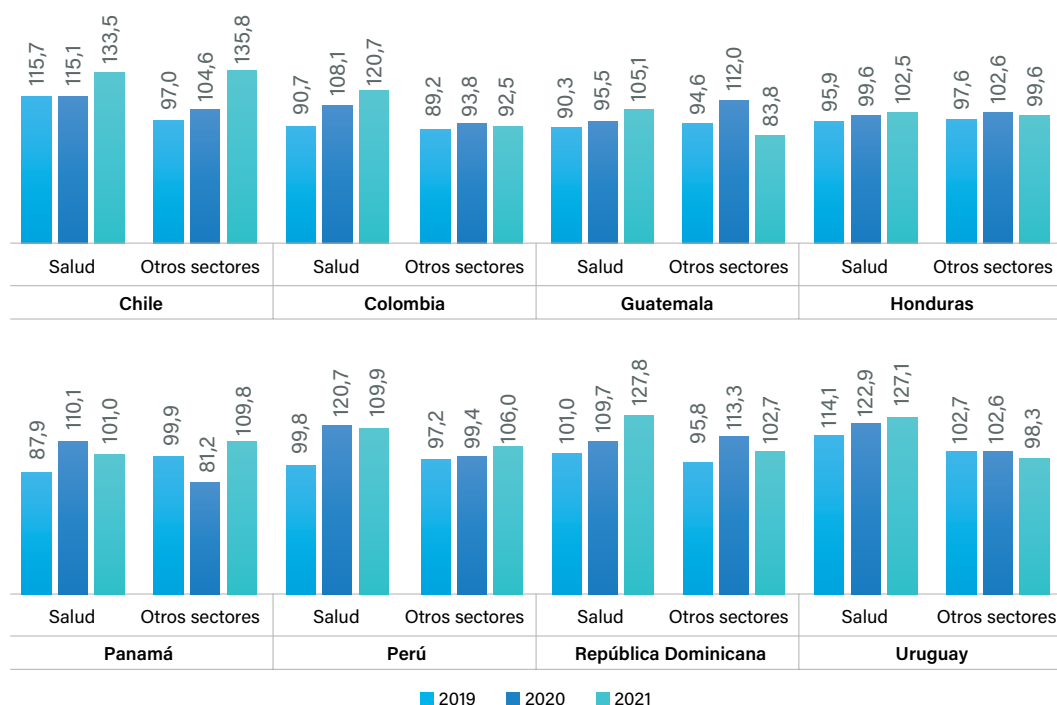
Fuente: Elaborada a partir de bases de datos e informes de ejecución presupuestaria.

El análisis del desempeño por sector puede aportar información sobre la prioridad otorgada al sector de la salud en el contexto de la pandemia. Se ha de tener en cuenta que la disminución de las recaudaciones fiscales afecta la liquidez de los gobiernos, lo que puede llevar a priorizar procesos de adquisiciones en un sector u otro. Un aspecto que también adquiere mucha importancia es el funcionamiento de los sistemas de protección social y el rol de los recursos fiscales en su sostenibilidad.

En el año 2020, solamente en Guatemala, Honduras y República Dominicana, la tasa de ejecución presupuestaria en el sector de la salud fue inferior a la de otros sectores. No obstante, en el 2021 se observó un repunte de la función salud en estos países (véase la figura 3).

En los resultados señalados pueden haber incidido mucho las medidas de cuarentena y de interrupción de los servicios de salud. Por ejemplo, en República Dominicana la siniestralidad del Seguro Familiar de Salud en el Régimen Subsidiado disminuyó del 101,0 al 74,6% entre marzo-diciembre del 2020 y el mismo período del 2019.⁵

Figura 3. Tasa de ejecución presupuestaria por sector sobre la base del presupuesto inicial, 2019-2021



Fuente: Elaborada a partir de bases de datos e informes de ejecución presupuestaria.

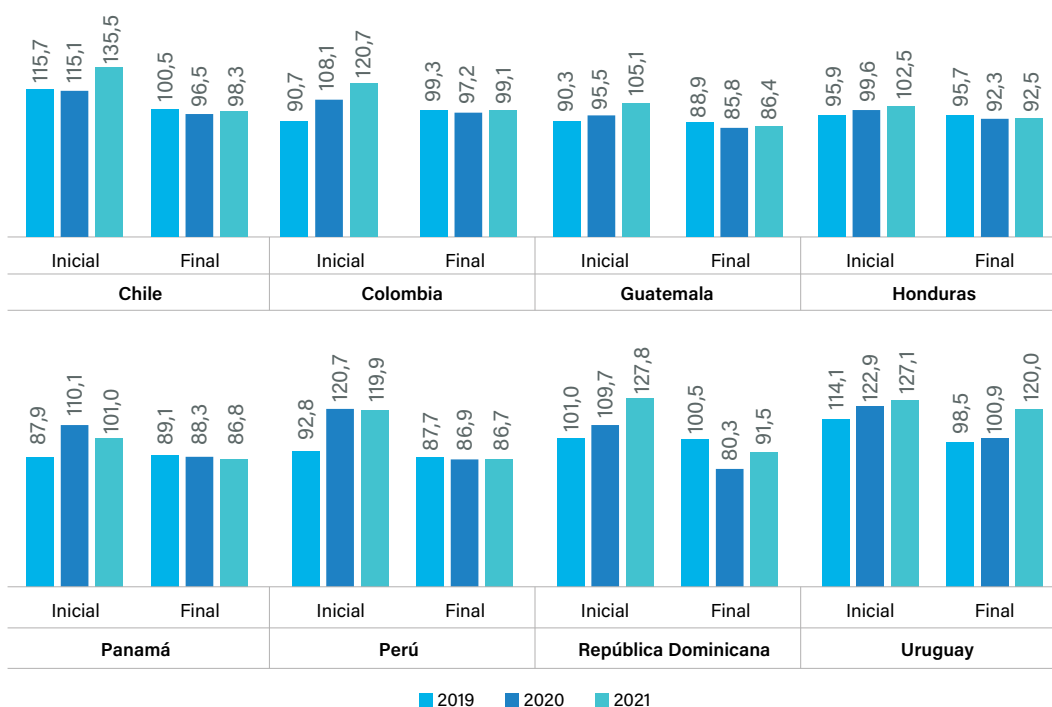
5 Datos de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

En el 2019, Chile, Colombia, República Dominicana y Uruguay reportaron tasas de ejecución presupuestarias superiores para el sector de la salud. Panamá constituye un caso particular, ya que, a pesar de registrar en el 2020 un descenso en la tasa de ejecución presupuestaria correspondiente al gobierno central y una caída en el crecimiento económico, reportó una tasa de ejecución en el sector de la salud de un 110,1%.

En Uruguay ocurre algo similar; si bien los niveles de ejecución en otros sectores del gobierno central fueron disminuyendo entre el 2019 y el 2021, en el de la salud se observaron tasas de ejecución superiores. En el 2021 se incrementó aún más la tasa de ejecución del sector, porque los recursos del Fondo Solidario COVID-19 para las medidas sanitarias aumentaron considerablemente. Estos fondos representan por lo menos el 25% del gasto en salud del año 2021.

En la figura 4 se puede apreciar una comparación entre las tasas de ejecución sobre la base de los presupuestos inicial y final de los países. La tasa de ejecución con respecto a la dotación inicial de recursos permite conocer la predictibilidad del gasto público en salud.

Figura 4. Tasa de ejecución presupuestaria por sector sobre la base del presupuesto inicial y final, 2019-2021



Fuente: Elaborada a partir de bases de datos e informes de ejecución presupuestaria.

Como se puede apreciar, en el 2021 en siete de los ocho países el desempeño presupuestario con respecto a los presupuestos finales disminuyó en relación con el 2019, lo que indica que los países hicieron ajustes presupuestarios muy ambiciosos que no pudieron ejecutar.

Los países donde la ejecución se vio menos afectada han sido Panamá y Perú, con una reducción de 0,8 puntos porcentuales. En cambio, República Dominicana pasó de ejecutar el 100,5% en el 2019 al 80,3% en el 2020, tras lo cual tuvo una recuperación en el 2021, con una tasa de ejecución del 91,5% respecto del presupuesto final.

En Uruguay, se registran tasas altas para ambos presupuestos debido a que los recursos del Fondo Solidario COVID-19 no se reflejan en el presupuesto vigente de las instituciones del sector de la salud.

III.2. Tendencias en el presupuesto del primer nivel de atención

En este informe se cuantificó el presupuesto del PNA sobre la base de las definiciones establecidas en los presupuestos de cada país. Si bien estos valores no son comparables entre sí, entre los hallazgos obtenidos en cada país es posible destacar lo siguiente:

1. En la mayoría de los países analizados se observó una tendencia creciente en los gastos destinados al PNA como porcentaje del presupuesto de salud. Estos recursos están dirigidos tanto a intervenciones de salud que formaban parte de la cartera de servicios previa a la pandemia, como a la provisión de nuevos servicios relacionados con la COVID-19, tales como el diagnóstico, el seguimiento de casos activos y el tratamiento de pacientes.
2. Los recursos para la prevención y control de la pandemia tuvieron una incidencia significativa en los incrementos. A pesar de ello, cuando se excluyen los gastos destinados a la atención de la COVID-19 algunos países parecen estar dando menos prioridad al PNA en sus presupuestos.
3. En el caso de Colombia, no hubo suficientes elementos para hacer el ejercicio debido a que los fondos del presupuesto son transferidos al régimen subsidiado de salud de la seguridad social y para subsidios a la oferta (salud pública y atención individual)⁶ a cargo de las entidades territoriales. Estos fondos se encuentran agregados y no es posible distinguir lo que corresponde al PNA.

III.3. Presupuestación por programas en la respuesta a la COVID-19

En el período 2020-2021, en cuatro de los países seleccionados se constató la creación de programas o productos presupuestarios específicos para la asignación de recursos destinados a dar respuesta a la COVID-19. En algunos casos, la definición de estos programas presupuestarios está ligada a los componentes de préstamos externos.

⁶ El Sistema General de Participaciones establece transferencias obligatorias a las entidades territoriales para ser aplicadas en salud y educación.

Cuadro 5. Estructuras presupuestarias creadas para la asignación de recursos destinados a las medidas sanitarias contra la pandemia de COVID-19

Pais	Entidad	Programa	Proyecto	Actividad
Honduras	Comisión Permanente de Contingencias	Cultura de prevención y control del riesgo	N/A	Atención de emergencia para la COVID-19
	INVEST - Honduras	Atención de emergencia para la COVID-19	N/A	Administración, monitoreo y evaluación de la implementación del proyecto
			N/A	Respuesta a emergencias por COVID-19
			N/A	Atención de emergencia para la COVID-19
	Hospital Escuela Universitario	Atención médica por grupos y enfermedades priorizadas	N/A	Servicios hospitalarios priorizados para dar respuesta a la COVID-19
			N/A	Adquisición de la vacuna contra la COVID-19
	Secretaría de Salud	Provisión de servicios de salud del segundo nivel de atención	N/A	Respuesta a emergencias por COVID-19
			N/A	Servicios hospitalarios para atención de la COVID-19
			N/A	Conducción de la respuesta a nivel de país
			N/A	Detección y seguimiento de casos
			N/A	Interrupción de la cadena de transmisión de la enfermedad
				Gestión administrativa del proyecto

Cuadro 5. Estructuras presupuestarias creadas para la asignación de recursos destinados a las medidas sanitarias contra la pandemia de COVID-19 (cont.)

Guatemala	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	Atención a desastres y calamidades públicas	N/A	Intervenciones realizadas para la atención de emergencia para la COVID-19
				Vacuna contra la COVID-19
Perú	Gobierno central	Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	N/A	Prevención y tratamiento de la COVID-19
	Gobiernos regionales			Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19
	Gobiernos locales			Apoyo al hospital modular Albrook
Panamá	Ministerio de Salud	Otros proyectos de inversión	Proyecto COVID-19	Apoyo al hospital INMFRE COVID-19
				Apoyo, protección, higiene y equipamiento
				Apoyo al Hotel Solidario COVID-19
				Apoyo para insumos sanitarios y medicamentos para la atención de la COVID-19
				Adquisición de equipos médicos
				Apoyo a la respuesta a la emergencia de la COVID-19
				Equipamiento de centros de atención de la COVID-19
				Insumos de laboratorios para la atención de la COVID-19
				Apoyo a la respuesta de emergencia a la COVID-19
				Habilitación del Centro de Atención Figali
	Equipamiento de centros para la atención de la COVID-19			
		N/A		

Fuente: Elaboración propia en base a revisiones de presupuestos.

En el caso de Honduras y Perú, se destaca que se segregaron las asignaciones por nivel de atención. Honduras obtuvo una serie de créditos externos que se reflejaron dentro de la estructura programática para el PNA y el nivel especializado. Entre tanto, Perú creó asignaciones presupuestarias que no resultan en productos en la mayoría de las funciones (gestión, salud colectiva, atención médica básica, atención médica especializada), las cuales se definían generalmente como prevención y tratamiento de la COVID-19.

En el 2020, Guatemala creó el programa presupuestario de Atención a Desastres y Calamidades Públicas, el cual concentra una serie de asignaciones para medidas de respuesta sanitaria a la COVID-19. En el caso de Panamá, en los años 2020 y 2021 se mantuvieron programas relacionados con la infraestructura y el equipamiento de centros, así como gastos corrientes destinados a insumos médicos y al apoyo a unidades de tratamiento de la COVID-19 en hospitales específicos.

En el resto de los países (Chile, Colombia, República Dominicana y Uruguay) se definieron nuevas categorías de fuentes de financiamiento en el presupuesto o en cuentas extrapresupuestarias que costearon las medidas sociales, económicas o sanitarias para responder a los efectos de la pandemia. Una de las desventajas de la creación de cuentas o fuentes de financiamiento es que resulta más complicado rastrear el uso de los recursos, ya que los fondos pueden ser utilizados para transferencias a entidades extrapresupuestarias.

Cuadro 6. Fondos específicos creados o utilizados para hacer frente a la pandemia de COVID-19, en países seleccionados

País	Fuente específica / Fondo	Nivel	Descripción
Chile	Fondo de Emergencia Transitorio	Cuenta especial	Mecanismo especializado de fondos públicos. Se financia adicionalmente con la rentabilidad de los recursos.
Colombia	Fondo de Mitigación de Emergencias	Fuente específica presupuestaria	Mecanismo de recepción de fondos públicos, privados y externos.
República Dominicana	Donaciones pecuniarias privadas de personas físicas y jurídicas para la respuesta a la COVID-19	Fuente específica presupuestaria	Recursos donados por empresas privadas, inicialmente para la adquisición de vacunas contra la COVID-19.
	Fondo de Calamidades y Emergencias Públicas	Fuente específica presupuestaria	Préstamo interno del Banco de Reservas.
Uruguay	Fondo Solidario COVID-19	Fondo extrapresupuestario	Mecanismo de recepción de fondos públicos, privados y externos.

Fuente: Elaboración propia en base a revisiones de presupuestos.

En Colombia se creó una cuenta para el Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), el cual ha financiado la respuesta a nivel sectorial desde diversas entidades del Poder Ejecutivo y la administración regional. En República Dominicana se obtuvieron recursos extrapresupuestarios de reservas de entes públicos y de la seguridad social, y luego estos fondos se etiquetaron en subcuentas específicas del Fondo General de Salud.

En Chile se creó el Fondo de Emergencia Transitorio (FET) COVID-19, cuyos recursos son concentrados en una cuenta especial y posteriormente se utilizan para hacer ajustes en el presupuesto regular de las entidades del gobierno central. El caso de Uruguay fue distinto, debido a que se creó un fondo que es financiado parcialmente por el gobierno central, pero que se ejecuta a través de un fondo extrapresupuestario que transfiere recursos a entidades centralizadas y descentralizadas.

Algunos gobiernos tomaron medidas más específicas y crearon paquetes fiscales mediante leyes o decretos presidenciales que determinaban asignaciones concretas. Por ejemplo, Guatemala aprobó tres decretos presidenciales (11-13) que estipulaban asignaciones específicas para medidas económicas, sociales y sanitarias.

III.4. Hallazgos en países seleccionados

III.4.1 Chile

En Chile, los recursos para el sector de la salud están concentrados en un capítulo presupuestario del Ministerio de Salud (MINSAL). La partida del MINSAL agrega sumas del Fondo Nacional de Salud (FONASA),⁷ la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, la Subsecretaría de Salud Pública y otras entidades que concentran menos del 1% del presupuesto.

El FONASA agrega al menos el 81% de los recursos del MINSAL y realiza transferencias y pagos por servicios a prestadores del sector privado y la red pública. Los recursos del FONASA incluyen aportes fiscales, aportes previsionales de los trabajadores y los copagos que recauda el propio FONASA. El presupuesto para el PNA representa alrededor de un 26% de las apropiaciones del FONASA, el cual consta de transferencias a los Servicios de Salud. Los gastos hospitalarios suman entre el 64 y el 67% de los recursos.

⁷ Se excluyen prestaciones pecuniarias (subsidios por licencias médicas).

Cuadro 7. Presupuesto inicial del Ministerio de Salud de Chile, por institución ejecutora, 2019-2021 (millones de pesos chilenos)

Entidades - Programa	2019		2020		2021	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Total	8444,7	100,0	9369,0	100,0	9746,3	100,0
Fondo Nacional de Salud (FONASA)	6836,8	81,0	7732,8	82,5	8215,9	84,3
Atención primaria	1752,5	20,8	1993,1	21,3	2186,4	22,4
Financiamiento de hospitales por grupo relacionado de diagnóstico	-	-	3166,0	33,8	3558,6	36,5
Programa de Prestaciones Valoradas	1879,8	22,3	-	-	-	-
Programa de Prestaciones Institucionales	2227,1	26,4	1529,0	16,3	1662,4	17,1
Compras al sector privado	258,6	3,1	294,4	3,1	282,0	2,9
Resto	718,8	8,5	750,4	8,0	526,4	5,4
Instituto de Salud Pública	31,6	0,4	35,0	0,4	34,0	0,3
Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud	10,2	0,1	11,0	0,1	11,2	0,1
Subsecretaría de Salud Pública	288,3	3,4	309,9	3,3	324,2	3,3
Subsecretaría de Redes Asistenciales	813,7	9,6	1079,6	11,5	959,5	9,8
Superintendencia de Salud	14,2	0,2	14,9	0,2	14,4	0,1
Servicios de Salud	449,9	5,3	185,9	2,0	187,2	1,9

Nota: Se descontaron las transferencias interinstitucionales de las entidades del sector de la salud para eliminar la duplicidad, las asignaciones para prestaciones pecuniarias (incapacidad laboral) del FONASA y los ingresos por cesantías de la Subsecretaría de Salud Pública.

Fuente: Dirección de Presupuestos de Chile (DIPRES).

En términos globales, se reporta que antes de la pandemia se realizaban ajustes presupuestarios relevantes, pues la tasa de ejecución fue de un 115,7% en el año 2019. Esta tasa disminuyó levemente a un 115,1% en el 2020 y aumentó a un 133,5% en el 2021.

En el 2021, el 79,4% de los recursos adicionales se debió a la adopción de medidas especiales relacionadas con la COVID-19. Los ajustes presupuestarios se componen de programas dirigidos tanto a la prevención y el tratamiento de la COVID-19, como a mitigar los efectos de la pandemia en la provisión de servicios de salud y en la salud mental.

Cuadro 8. Presupuesto del Ministerio de Salud de Chile, por etapas, 2019-2021
(millones de pesos chilenos)

Año	Monto		Tasa de ejecución		
	Inicial	Vigente	Ejecutado	Sobre el presupuesto inicial	Sobre el presupuesto final
2019	8444,7	9721,9	9768,4	115,7	100,5
2020	9369,0	11 176,9	10 782,8	115,1	96,5
2021	9746,3	13 238,5	13 008,8	133,5	98,3

Nota: Incluye ejecuciones extraordinarias por parte del Fondo Especial Transitorio COVID-19 para los años 2020 y 2021.

Fuente: Dirección de Presupuestos de Chile (DIPRES).

El incremento de las tasas de ejecución en el 2021 se sustenta en la creación del FET COVID-19 y en el conjunto de medidas extraordinarias adoptadas para el sector de la salud. El FET COVID-19 se creó en el 2020 y ha sido usado por el gobierno para responder a la emergencia canalizando recursos a través de diferentes capítulos presupuestarios (14). El Fondo ha servido para financiar los siguientes programas:

- **Fondo para vacunas COVID-19:** Comenzó con un presupuesto de \$153 140 millones y en el primer trimestre del 2021 había ejecutado el 77,3% de los fondos asignados (15). Posteriormente, se aumentaron los recursos disponibles a \$436 812 millones, de los cuales se había ejecutado el 98,4% en diciembre del 2021.
- **Fondo para acelerar resoluciones en las listas de espera.** Contempla la disponibilidad de recursos para resolver las atenciones más urgentes de las listas de espera. El presupuesto extraordinario asciende a \$114,9 millones, de los cuales se liberaron \$68,9 millones al FONASA.

Además de los programas presupuestados a través del FET COVID-19, se dispuso la asignación de aportes fiscales para un bono COVID-19 destinado a profesionales de la salud (\$48,1 millones) y tres fondos extraordinarios (\$2802,8 millones), los cuales tuvieron una ejecución del 100% en el 2021. Asimismo, se asignaron recursos para un fondo específico dirigido a proveer información para mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas (16).

Programas presupuestarios. En esta sección se analizan los ajustes realizados en los principales programas presupuestarios presentados en el cuadro 9. Los datos permiten apreciar que los programas agrupados en acciones del nivel secundario y terciario presentaron tasas de ejecución por encima del 122% en el período 2019-2021, lo cual pone en evidencia que con anterioridad al 2020 se habían realizado ajustes significativos.

En el PNA, la tasa de ejecución presupuestaria es menor; sin embargo, en el 2020 aumentó del 103 al 107%, y en el 2021 al 122%. Este incremento del año 2021 se explica ante todo por la implementación del programa de vacunación contra la COVID-19.

El principal mecanismo de financiamiento del PNA es el pago per cápita del FONASA, el programa ampliado de inmunizaciones y otras asignaciones históricas canalizadas a través del presupuesto central y recursos municipales. En el PNA se destaca que el único programa que no muestra ejecución es el de pagos por satisfacción del usuario, sustentado en la Ley No. 20.645.

Con el inicio de la pandemia de COVID-19, el PNA comenzó a recibir más fondos de los ajustes presupuestarios, pasando de un 6,0% de los incrementos en el 2019 a un 10,3% en el 2020 y a un 17,4% en el 2021. Los programas de los niveles secundario y terciario obtuvieron un 87,6% de los ajustes realizados en el 2019 y un 78,0% en el 2020. En el 2021, estos programas disminuyeron a un 47,3% de los incrementos presupuestarios debido a que hubo otros incrementos de la Secretaría de Salud no desagregados por programa.

Dentro de los recursos consignados como parte de la respuesta a la COVID-19 en el nivel secundario y primario, se destaca que el programa de reducción de las listas de espera del FONASA no tuvo ejecución en el año 2021.



Cuadro 9. Presupuesto de los principales programas presupuestarios, 2019-2021 (millones de pesos chilenos)

Programas	2019			2020			2021		
	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado
Acciones en el nivel primario	1898,5	1976,6	1955,2	2148,8	2335,1	2295,2	2342,1	2949,9	2861,1
Atención primaria	1752,5	1849,6	1.830,7	1993,1	2134,3	2095,3	2186,4	2379,7	2297,2
Programa Nacional de Alimentación Complementaria	46,1	39,3	36,9	44,9	36,4	36,4	37,7	26,0	26,9
Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor	25,2	20,9	20,9	24,6	23,1	23,0	23,6	25,0	25,0
Programa Ampliado de Inmunización	59,0	59,0	59,0	69,8	117,9	117,8	75,1	75,1	75,1
Programas especiales de atención primaria	4,3	7,8	7,8	4,4	23,5	22,6	7,3	7,3	7,3
Vacunación COVID-19	-	-	-	-	-	-	-	436,8	429,7
Atención Primaria, Ley No. 20.645 Trato Usuario	11,4	0,0	-	12,0	0,0	-	12,0	-	-
Acciones en el nivel secundario y terciario	4579,9	5698,7	5630,8	5206,0	6611,1	6340,2	5762,4	7413,7	7142,3
Financiamiento hospitalares por grupo relacionado de diagnóstico	-	-	-	3166,0	3575,5	3570,8	3558,6	4076,0	4032,8
Programa de Prestaciones Valoradas	1879,8	1934,0	1921,3	-	-	-	-	-	-
Programa de Prestaciones Institucionales	2227,1	3322,1	3254,3	1529,0	2472,1	2222,2	1662,4	2556,5	2411,7
Compras al sector privado	258,6	288,9	301,5	294,4	331,7	315,4	282,0	452,3	452,3
Fondo Tratamiento de Alto Costo	84,0	71,9	71,9	86,2	130,1	130,6	115,5	115,5	115,5
Programa de Apoyo al Recién Nacido	15,1	14,6	14,5	15,5	15,5	15,1	15,0	14,8	8,6
Transferencias de capital a los niveles secundario y terciario	115,3	67,3	67,3	115,1	86,3	86,1	128,7	129,5	121,4
Reducción de listas de espera	-	-	-	-	-	-	-	68,9	-
Inversiones	602,7	795,3	643,9	886,1	632,9	541,7	754,1	494,5	371,7

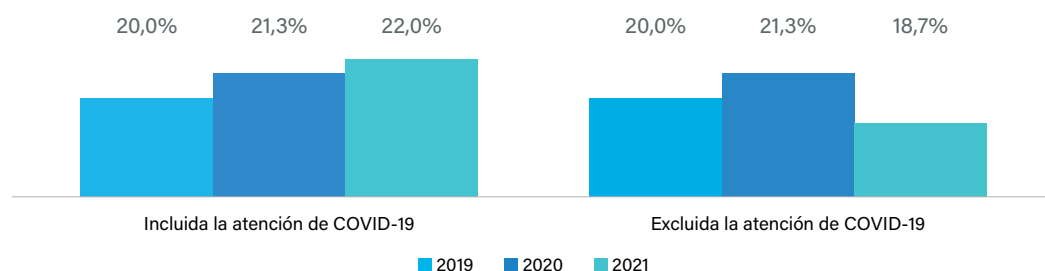
Fuente: Dirección de Presupuestos de Chile (DIPRES).

En el caso de las inversiones, este programa presupuestario contiene asignaciones para los niveles primario y secundario que no están desagregadas. En el 2019, la tasa de ejecución presupuestaria llegaba al 106%, pero se redujo a un 61% en el 2020 y un 49% en el 2021.

Primer nivel de atención. En cuanto a las acciones llevadas a cabo en el PNA, se puede destacar que en el 2021 se asignaron recursos al Programa Ampliado de Inmunización a fin de extender el programa de vacunación contra la influenza en el contexto de la pandemia de COVID-19, al igual que en el 2020 (15). Por otro lado, se aprobaron fondos a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública para la implementación de la estrategia de trazabilidad, la cual consiste en la realización de visitas domiciliarias a casos confirmados y tomas de pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la confirmación de casos sospechosos. Otra de las razones que explican el incremento del gasto del PNA en el año 2020 es el aumento del valor per cápita de asignación de recursos (16).

La incidencia del PNA en el presupuesto para el período muestra que hubo un leve incremento en los recursos canalizados en los años 2020 y 2021, cuando se incluyen las asignaciones dirigidas a enfrentar la COVID-19. Al excluir los recursos destinados a contrarrestar la pandemia, se registra una caída del 21,3 al 18,7% en el 2021, lo cual se explica principalmente por los recursos para la inmunización contra la COVID-19.

Figura 5. Participación del primer nivel de atención en Chile, por ejecución presupuestaria, 2019-2021



Fuente: Elaborada a partir de bases de datos de ejecución presupuestaria.

III.4.2. Colombia

En Colombia, los recursos destinados al sector de la salud están concentrados en el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el cual aglutina aproximadamente entre el 98 y el 99% del presupuesto sectorial. El resto de las asignaciones se canalizan a través de la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y el Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales.

Cuadro 10. Presupuesto de la función salud en Colombia, por entidades, 2019-2021
(miles de millones de pesos colombianos)

Entidades	2019			2020			2021		
	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado
Total	31 679,2	28 944,5	28 743,5	31 242,8	34 723,9	33 759,1	35 378,6	43 081,6	42 702,9
Ministerio de Salud y Protección Social	11 986,6	11 880,9	11 758,6	12 218,9	14 132,9	13 844,8	13 143,5	13 916,0	13 693,7
Ministerio de Salud y Protección Social - Transferencias al régimen subsidiado	19 102,2	16 468,6	16 468,6	18 388,4	19 946,1	19 352,1	21 506,8	28 429,4	28 389,7
Superintendencia Nacional de Salud	154,4	154,4	134,8	167,1	165,6	149,8	194,5	194,5	163,7
Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales	189,7	199,3	175,1	209,1	210,3	180,2	229,5	237,3	209,8
Instituto Nacional de Salud	63,4	63,0	57,9	63,2	81,8	75,8	95,0	95,0	77,2
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos	182,9	178,3	148,6	196,1	187,1	156,4	209,4	209,4	168,8

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia.

Como se observa en el cuadro anterior, la mayor parte de los incrementos presupuestarios para el año 2020 se registraron en el MSPS, mientras que en el 2021 el grueso estuvo dirigido al régimen subsidiado en salud de la seguridad social. Las tasas de ejecución del MSPS no fueron afectadas drásticamente durante la emergencia y se sitúan por encima del 97,0% para el periodo, tanto para el presupuesto inicial como para el final. En el régimen subsidiado se reportó una ejecución cercana o por encima del 100,0% para los años 2020 y 2021, esto es, superior al 86,2% del 2019.

Entre el 80,0 y 88,1% de los recursos del MSPS (sin aseguramiento) proviene del Sistema General de Participaciones (SGP) en salud, a través del cual se asignan fondos a las entidades territoriales para acciones de salud pública, subsidios a la oferta y el aseguramiento de la población subsidiada. Estos subsidios se transfieren de forma agregada y se fijan proporciones para su utilización, por lo que es poco viable dar seguimiento al uso de fondos para el PNA.

Cuadro 11. Presupuesto del Sistema General de Participaciones en Colombia, 2019-2021

Año	Monto (miles de millones de pesos colombianos)			Porcentaje del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social (sin aseguramiento)		
	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado
2021	11 180	11 180	11 180	85,1%	80,3%	81,6%
2020	10 278	10 278	10 278	84,1%	72,7%	74,2%
2019	10 361	10 361	10 361	86,4%	87,2%	88,1%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Bases de datos de ejecución presupuestaria 2019–2021.

En el año 2020 se observa que la incidencia del SGP en el presupuesto devengado del MSPS disminuyó de un 88,1 a un 74,2%. A pesar de que no se registra un incremento en el SGP, el Decreto Legislativo No. 538 del 2020 y la Circular Externa No. 44 del 2021 del MSPS aprobaron la utilización de los excedentes del 2019 y el 2020 para realizar intervenciones de prevención y control de la COVID-19. Dichos excedentes se acumularon en las cuentas de las entidades territoriales y no están contabilizados en el presupuesto del MSPS.

En el 2020 se añadieron \$3481,1 miles de millones de pesos colombianos al presupuesto inicial del MSPS, de los cuales un 41% corresponde a recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), un 14% al Programa de Emergencia Sanitaria y un 6% al Programa de Mejoramiento de la Red de Urgencias y Atención de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tráfico. En el 2021, este programa recibió el 65%, y el restante 35% se destinó a programas de desarrollo de salud.

El FOME fue creado en el 2020 con la finalidad de responder a la pandemia de COVID-19. El Decreto 444/20 establece que sus fuentes de financiamiento son los recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización (FAE) y el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET) (17). De los fondos asignados, en el 2020 se giró un 9,1% al sector de la salud y en el 2021, solamente un 0,1% (18-19). El resto de los recursos han sido dirigidos a los sectores de hacienda, inclusión social, vivienda, trabajo y agropecuario.

El FOME ha permitido financiar \$4675,6 miles de millones de pesos colombianos para la implementación del Plan de Vacunación. De estos fondos, al menos \$3408,8 miles de millones han sido utilizados para la adquisición de dosis de vacunas (20).

III.4.3. Guatemala

En Guatemala, el presupuesto del sector de la salud está concentrado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), los cuales agrupan más del 96% de dicho presupuesto. Existen otras apropiaciones a cargo de la Administración del Tesoro y otros ministerios del gobierno central.

En la etapa anterior a la pandemia, el presupuesto de salud del gobierno central reportó un ajuste negativo del presupuesto inicial, mientras que en la seguridad social se registró un incremento del presupuesto de apertura. En los años 2020 y 2021, el 97 y el 94%, respectivamente, del incremento del presupuesto se centralizó en el MSPAS.

En el 2019, la tasa de ejecución presupuestaria con respecto a la dotación inicial alcanzó el 90%, incrementándose al 95 y el 105% en los años 2020 y 2021. A pesar de esto, la absorción del presupuesto final disminuyó de un 89% en el 2019 a un 86% en el 2020, y se recuperó a un 88% en el 2021.

Cuadro 12. Presupuesto de la función salud en Guatemala, por entidades, 2019-2021
(miles de millones de quetzales)

Entidades	2019			2020			2021		
	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado
Total	14 462,9	14 702,2	13 066,5	14 932,3	16 614,3	14 255,6	16 132,7	19 621,3	16 954,0
Gobierno central - Función salud	8268,6	8092,7	7681,0	8268,6	9852,0	8448,3	9943,9	13 056,6	11 189,0
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ^a	7762,2	7735,4	7392,9	7762,2	9395,4	8115,3	9379,5	12 642,4	10 812,9
Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda	3,1	13,5	10,7	3,1	71,4	9,0	61,1	62,0	54,3
Ministerio de Desarrollo Social	152,9	0,5	0,1	152,9	7,4	1,8	152,9	1,1	0,2
Ministerio de Gobernación	32,0	26,0	20,7	32,0	60,6	52,8	32,0	34,7	31,8
Obligaciones del Estado a Cargo del Tesoro	187,4	186,2	127,3	187,4	153,6	124,5	187,4	158,9	134,3
Ministerio de Defensa Nacional	131,0	131,1	129,3	131,0	163,6	144,9	131,0	157,5	155,5
Sector descentralizado - Función salud	6194,3	6609,5	5385,5	6663,7	6762,3	5807,3	6188,8	6564,7	5765,0
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	6194,3	6609,5	5385,5	6663,7	6762,3	5807,3	6188,8	6564,7	5765,0

^a Incluye gastos de salud por atención a emergencia y desastres - COVID-19 no clasificados en la función salud.

Fuente: Ministerio de Finanzas Públicas de Guatemala. Portal de Transparencia Presupuestaria.

El Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda se vio beneficiado por aumentos en el presupuesto modificado del año 2020; sin embargo, la ejecución fue similar a la del año 2019. En el 2021 se muestra una capacidad superior de ejecución de los fondos, lo cual puede deberse a una mayor adaptación de la población ante la pandemia y a la reactivación económica.

Desempeño de los programas presupuestarios. En el presupuesto por programas del MSPAS se destaca que el de infraestructura en salud no reporta la ejecución presupuestaria en el año 2020; sin embargo, no se produjo una reasignación de estos recursos a otros programas de salud. En el 2021, la ejecución fue menor a los niveles de la etapa anterior a la pandemia, un 10,7% frente a un 71,2% en el 2019.



Cuadro 13. Presupuestos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por programa, 2019-2021 (millones de quetzales)

Entidades - Programas	2019			2020			2021		
	Asignado	Vigente	Devengado	Asignado	Vigente	Devengado	Asignado	Vigente	Devengado
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	7762,1	7735,4	7393,0	7762,1	9395,5	8115,2	9379,5	12 642,4	10 812,9
Administración central	249,4	359,8	342,3	249,4	336,9	299,4	262,1	360,7	335,3
Infraestructura en salud	76,1	88,5	54,2	76,1	56,1	-	106,1	42,6	10,8
Fomento de la salud y medicina preventiva	957,7	1279,0	1255,4	957,7	1419,2	1362,2	1094,9	1492,5	1461,0
Recuperación de la salud	4103,1	3782,4	3634,2	4103,1	3716,9	3339,1	4359,8	4087,2	3957,7
Prevención de la mortalidad de la niñez y de la desnutrición crónica	1023,8	868,6	841,9	1023,8	977,4	727,9	1024,1	882,5	807,6
Prevención de la mortalidad materna y neonatal	492,2	446,6	394,2	492,2	441,8	354,0	492,2	497,6	438,3
Prevención y control de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA	117,3	105,2	96,6	117,3	81,6	62,5	117,3	74,3	63,7
Prevención y control de la tuberculosis	371	33,0	21,8	371	31,5	14,8	371	19,3	15,4
Prevención y control de las enfermedades vectoriales y zoonóticas	188,0	200,0	185,5	188,0	212,1	177,7	198,5	198,6	187,5
Atención a desastres y calamidades públicas	-	-	-	-	1564,6	1223,2	1170,0	4439,7	2988,2
Reconstrucción JL7	-	1,5	1,5	-	-	-	-	-	-
Partidas no asignables a programas	517,4	570,8	565,4	517,4	557,4	554,4	517,4	547,4	547,4
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	6194,3	6609,5	5385,5	6663,7	6762,3	5807,3	6188,8	6564,7	5765,0
Atención por desastres naturales y calamidades públicas	0,0	0,0	0,0	0,0	747,1	441,2	79,0	631,0	477,3
Inversión en atención médica y previsión social	108,6	108,6	0,0	115,0	0,0	0,0	61,6	61,6	0,0
Promoción de la salud y prevención de enfermedades	97,7	127,7	70,4	110,8	67,2	38,6	88,4	69,8	53,4
Servicios de atención médica	5988,0	6373,2	5315,1	6437,9	5948,1	5327,5	5959,8	5802,3	5234,3
Total	7762,2	7735,4	7392,9	7762,2	9395,4	8115,3	9379,5	12 642,3	10 812,8

Fuente: Ministerio de Finanzas Públicas de Guatemala.w

Los programas del MSPAS que mostraron mayor reducción en la tasa de ejecución presupuestaria respecto de los niveles de la etapa anterior a la pandemia fueron el de prevención y control de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA (34%), prevención y control de la tuberculosis (29%), prevención de las enfermedades vectoriales y zoonóticas (4%), prevención de la mortalidad de la niñez y de la desnutrición crónica (4%), administración central (7%) e infraestructura en salud (86%). En el IGSS, el programa de Promoción y Prevención de Enfermedades fue el más afectado, pues su tasa de ejecución disminuyó del 72,0% en el 2019 al 34,9% en el 2020, pero repuntó a un 60,4% en el 2021.

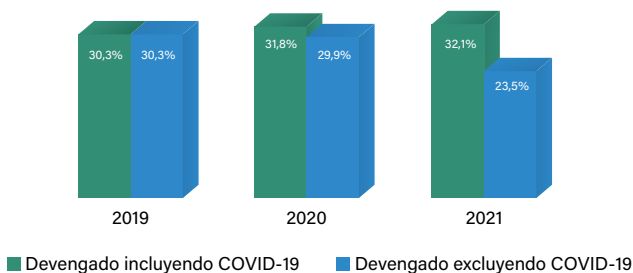
Los programas del MSPAS con menor desempeño en su ejecución de recursos fueron los relacionados con la infraestructura y el equipamiento. En el caso del IGSS, el programa de Inversión en Atención Médica y Previsión Social consta de diversas construcciones y renovamientos de establecimientos de salud y no ejecutó los fondos asignados en todo el periodo.

El programa que registró mayor crecimiento en la tasa de ejecución presupuestaria fue el de prevención de la mortalidad materna y neonatal, que agrega principalmente actividades de los hospitales y las direcciones de áreas de salud. La tasa de ejecución presupuestaria se elevó de un 80% en el 2019 a un 89% en el 2021.

Financiamiento del primer nivel de atención. El PNA fue medido, en el MSPAS, a través del gasto de las direcciones de áreas de salud y, en el IGSS, a través de los establecimientos de atención ambulatoria. En ambas instituciones se crearon programas presupuestarios para la respuesta a la COVID-19, con lo cual es posible medir las tendencias incluyendo y excluyendo este componente.

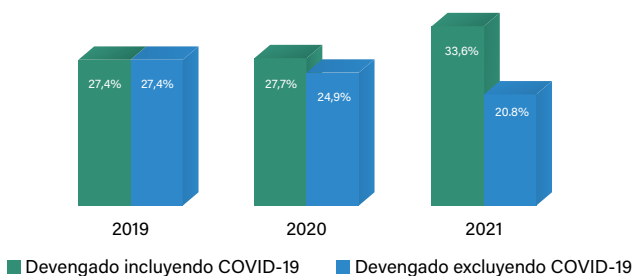
Como se observa, se registró un crecimiento en la incidencia del PNA en el gasto público en salud en los años 2020 y 2021, al pasar de un 30,3% en el 2019 a un 32,1% al cierre del periodo. Esto sugiere que el PNA fue parte importante de la respuesta a la COVID-19. Al excluir la incidencia de la respuesta a la pandemia, se observa que hay una reducción de los gastos del PNA para otros problemas de salud.

Figura 6. Porcentaje del presupuesto ejecutado en el primer nivel de atención de Guatemala, 2019-2021



Fuente: Elaborada a partir de las bases de datos de ejecución de egresos 2019-2021.

Figura 7. Porcentaje del presupuesto ejecutado en el primer nivel de atención, en el gobierno central de Guatemala, 2019-2021



Fuente: Elaborada a partir de las bases de datos de ejecución de egresos 2019-2021.

Cuando se focaliza la medición de los indicadores en el gobierno central, se observa que el incremento es mucho más pronunciado en el año 2021, de un 27,7 a un 33,6% incluyendo la atención a la COVID-19. Al excluir la respuesta a la pandemia, se observa la misma tendencia a la baja.

III.4.4. Honduras

En Honduras, la Secretaría de Salud (SESAL) concentra las asignaciones para el sector de la salud y las transferencias a proveedores descentralizados, como el Hospital Escuela Universitario. En cuanto a la clasificación económica del gasto, en el año 2020 la tasa de ejecución de bienes capitalizables fue del 60%, lo que puede ser consecuencia de la suspensión de las actividades económicas y de que se diera menos prioridad al gasto de capital. En el 2021 hubo una recuperación en la ejecución del rubro, con una tasa de ejecución de un 164%.

Cuadro 14. Composición institucional del presupuesto público salud de Honduras, 2019-2021 (millones de lempiras)

Sector - Entidad	2019			2020			2021		
	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado
Gobierno central	14 836,1	14 649,7	14 134,2	16 001,3	17 733,8	16 831,2	18 893,9	21 317,4	20 163,5
Inversión Estratégica de Honduras	7,5	8,5	8,2	-	712,6	312,1	94,1	177,7	177,3
Comisión Permanente de Contingencias	-	-	-	-	88,5	86,0	-	474,9	430,3
Secretaría de Salud	14 742,0	14 544,3	14 032,7	15 880,2	16 805,2	16 340,7	18 218,4	20 494,1	19 396,7
Agencia de Regulación Sanitaria	94,2	105,4	101,6	121,1	133,2	92,4	110,4	171,7	159,8
Sector descentralizado	5444,7	5763,4	5397,1	6693,5	6709,2	5767,9	7301,8	7297,6	6274,3
Instituto Hondureño de Seguridad Social	5444,7	5763,4	5397,1	6693,5	6709,2	5767,9	7301,8	7297,6	6274,3
Total	19 998,4	20 036,7	19 172,3	22 385,1	24 138,9	22 291,2	25 384,8	28 116,0	26 010,2

Nota: El presupuesto de la Secretaría de Salud excluye las transferencias al Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados. El presupuesto de la Inversión Estratégica de Honduras incluye recursos para la salud sexual y reproductiva de Ciudad Mujer, la construcción de la red hospitalaria traumatológica y la respuesta sanitaria a la COVID-19. El presupuesto de la Comisión Permanente de Contingencias incluye los programas de atención a emergencias: Dengue, Unidad Médica de Emergencias y Atención de Emergencia COVID-19.

Fuente: Secretaría de Finanzas.

El presupuesto inicial de la SESAL se ha incrementado en un 23% en el 2021 respecto del año 2019. Con anterioridad a la pandemia de COVID-19, se había sido reducido en un 1,3% a raíz de las modificaciones presupuestarias, mientras que en los años 2020 y 2021 fue incrementado en un 5,8 y un 12,5%, respectivamente.

En el 2021 se crearon asignaciones especiales para el tratamiento de la COVID-19 en el Hospital Escuela Universitario. Existen otras asignaciones para la atención de la COVID-19 en la Inversión Estratégica de Honduras (INVEST-Honduras), una unidad de proyectos estratégicos del Poder Ejecutivo, y en el Consejo Permanente de Contingencias. Los proyectos implementados mediante la INVEST-Honduras son financiados con crédito externo.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es una entidad del sector descentralizado que administra el régimen de salud de la seguridad social. Este régimen no recibe transferencias del gobierno central y los reportes muestran que durante la pandemia no se registró un descenso en los ingresos por cotizaciones, los cuales se incrementaron un 12,9% en el 2020 y un 12,8% en el 2021 (21).



Cuadro 15. Presupuesto de la Secretaría de Salud de Honduras, por programa, 2019-2021 (millones de lempiras)

Programas	2019			2020			2021		
	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado
Actividades centrales	1864,2	1492,0	1472,4	2315,9	2358,7	2149,3	3442,9	2712,2	2005,7
Rectoría de salud	1031,0	969,2	921,9	368,1	358,5	357,1	638,9	363,9	362,6
Provisión de servicios en el primer nivel de atención	3447,0	3514,6	3414,6	4325,3	4293,3	4245,9	4718,2	6108,2	5869,0
Provisión de servicios en el segundo nivel de atención	5742,5	5868,5	5542,9	7125,9	7931,0	7724,7	7607,5	8792,3	8641,9
Transferencias y asignaciones globales	2657,3	2700,0	2680,9	1745,0	1863,7	1863,7	1811,0	2517,4	2517,4
Transferencias al sector público	1693,1	1745,1	1725,9	1745,0	1863,7	1863,7	1811,0	2291,0	2291,0
0507 - Instituto Hondureño para la Prevención y Tratamiento del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia	15,8	15,8	15,8	15,8	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3
0701 - Universidad Nacional Autónoma de Honduras	85,3	91,3	90,5	85,3	88,6	88,6	85,3	94,3	94,3
0708 - Hospital Escuela Universitario	1462,1	1508,0	1489,7	1514,0	1629,7	1629,7	1580,4	2051,4	2051,4
4999 - Medicamentos Hospital Escuela Universitario	130,0	130,0	130,0	130,0	130,0	130,0	130,0	130,0	130,0
003 - Transferencias para la atención a la emergencia COVID-19 - Hospital Escuela Universitario	-	-	-	-	-	-	-	226,4	226,4
Otras transferencias	964,3	954,9	954,9	-	-	-	-	-	-
Total	14 742,0	14 544,3	14 032,7	15 880,2	16 805,2	16 340,7	18 218,4	20 494,1	19 396,7

Fuente: Secretaría de Finanzas.

En el 2019 se observa que, pese a una reducción del presupuesto, hubo una reasignación de recursos de las actividades centrales a los niveles primario y secundario. En el inicio de la pandemia, en el 2020, se reporta una ligera reducción de los fondos para el PNA (0,7%), mientras que el nivel secundario recibió el 99,6% del ajuste al presupuesto inicial. En el 2021, el presupuesto de la SESAL mostró incrementos a nivel global y reducciones en las asignaciones al nivel central de un 24,6%. Por medio de la redistribución de fondos y recursos adicionales, se canalizaron \$3281,4 millones, de los cuales un 42% fue destinado al PNA y un 57% al nivel secundario. De dichos fondos, un 6,9% fue destinado a la atención de la COVID-19 en el Hospital Escuela Universitario.

En cuanto al régimen de salud de la seguridad social, se muestra que las tasas de ejecución han disminuido en el 2020 y el 2021 respecto del 2019. Pese a disponer de mayores recursos en el 2020, frente a 93,2% en el 2019, las tasas de ejecución en el 2021 se han reducido más en el programa de consultas médicas (74,3% frente a 93,2%), y en menor medida en la atención hospitalaria (99,4% frente a 103,0%).

Cuadro 16. Presupuesto del régimen de salud del Instituto Hondureño de Seguridad Social, 2019-2021 (millones de lempiras)

Programa	Inicial	Final	Devengado	% de ejecución de presupuesto inicial
Total 2019	5154,7	5378,4	5029,8	97,6%
Consultas médicas	2862,4	2831,1	2668,8	93,2%
Atención hospitalaria	2292,3	2547,3	2361,0	103,0%
Total 2020	6383,8	6399,5	5460,0	85,5%
Consultas médicas	3953,0	3862,0	3082,1	78,0%
Atención hospitalaria	2430,8	2537,5	2378,0	97,8%
Total 2021	6961,8	6797,6	5846,2	84,0%
Consultas médicas	4273,8	3862,6	3175,0	74,3%
Atención hospitalaria	2687,9	2935,0	2671,2	99,4%

Fuente: Secretaría de Finanzas.

En el 2021, el IHSS destinó \$135 millones de lempiras del programa de consultas médicas para la adquisición de vacunas contra la COVID-19 (22).

Primer nivel de atención. La medición del presupuesto del PNA incluye el gasto de la SESAL y del IHSS destinado a este nivel. El programa presupuestario del PNA en la SESAL contiene los gastos operativos de los establecimientos y las asignaciones para los programas de salud preventiva (inmunización, planificación familiar, malaria, entre otros).

Pese a que se ha reportado un cambio en las apropiaciones iniciales para el primer nivel en el 2021, el 52% de los fondos adicionales corresponden a la adquisición de vacunas contra la COVID-19, mientras que los restantes se han destinado a gastos operativos del PNA.

Durante los años 2020 y 2021, la SESAL recibió importantes aumentos para la contratación de personal de primera línea y la adquisición de equipo e insumos médicos para la atención de la emergencia sanitaria (23). Adicionalmente, el último trimestre del 2021, la SESAL

realizó 91 modificaciones presupuestarias debidas a incorporaciones de recursos propios y a disminuciones autorizadas internamente o por la Secretaría de Finanzas.

El presupuesto del primer nivel ha ido en aumento tanto en el presupuesto final como en el gasto en salud, pasando de un 33,8% en el 2020 a un 35,5% en el 2021. A pesar de ello, es posible que haya un desplazamiento de fondos hacia servicios no relacionados con la COVID-19, dado que al excluir el gasto destinado a la atención de esta enfermedad la proporción disminuye al 30,4%.

Cuadro 17. Participación del primer nivel de atención en Honduras, por etapa presupuestaria, 2019-2021 (millones de lempiras)

Descripción	2019			2020			2021		
	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado
Primer nivel sobre total en salud	31,5	31,7	31,7	37,0	33,8	32,9	35,4	35,5	34,8
Primer nivel (excluyendo COVID-19) sobre total en salud	31,5	31,7	31,7	37,0	33,8	32,9	35,4	30,4	30,1

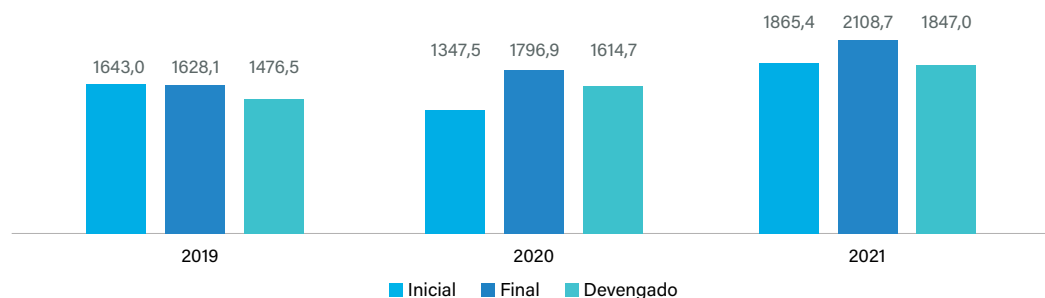
Fuente: Cálculos realizados en base a los gastos del primer nivel de atención en el Instituto Hondureño de la Seguridad Social (IHSS) y la Secretaría de Salud (SESAL).

En el segundo porcentaje, al excluir los gastos de la respuesta a la COVID-19 en el PNA, se reporta una tendencia a la baja con un repunte en el 2020. Para ese año, los porcentajes son iguales a los del anterior indicador porque estos gastos se ajustaron en el 2021.

III.4.5 Panamá

En Panamá solo existe la clasificación institucional, y los recursos son canalizados, principalmente, a través del Ministerio de Salud (MINSa), que tiene a su cargo las asignaciones para el sector de la salud, agua, saneamiento y seguridad social general. En la figura 8, que muestra la evolución del presupuesto del MINSa (con exclusión de las transferencias a otros sectores), se observa que el presupuesto ejecutado en el 2021 ha aumentado un 25% con respecto al del 2019.

Figura 8. Presupuesto del Ministerio de Salud, con exclusión de las transferencias no destinadas al sector de la salud, 2019-2021 (millones de dólares)



Fuente: Ministerio de Salud de Panamá. Informes de Ejecución Presupuestaria.

En el 2020 se ejecutaron un 120,0% del presupuesto inicial y un 89,9% del final, lo que sugiere que hubo en Panamá capacidad para ejecutar los recursos adicionales. En el 2021, hasta el mes de noviembre, se habían ejecutado un 99,0% del presupuesto inicial y un 87,6% del final. Estas tasas muestran un nivel cercano al 90,6% reportado en el 2019, en el cual se ajustó el presupuesto inicial a la baja.

Desempeño de los programas presupuestarios. Los programas y actividades presupuestarios del MINSA fueron agrupados a fin de identificar los programas asociados con el primer nivel, la respuesta a la COVID-19 y la prevención en salud.

La tasa de ejecución del presupuesto del PNA fue de un 84,5% en el 2021, ligeramente inferior al 85,5% del 2019 y al 85,0% del 2020. Pese a mantener los niveles previos en la ejecución, el PNA no tuvo adiciones de recursos en el 2020, como sí ocurrió en el nivel especializado.

Las partidas de los programas de salud colectiva reportaron niveles de ejecución por encima del 95% con respecto al presupuesto final en los tres años del estudio. Sin embargo, en el 2021 las asignaciones fueron revisadas a la baja: pasaron de \$55,2 a \$37,7 millones de dólares.

Cuadro 18. Presupuesto del Ministerio de Salud, por componentes, 2019-2021
(millones de dólares)

Componentes	2019			2020			2021		
	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado
Salud pública - nivel central y regional	354,8	400,7	372,9	370,8	428,4	407,5	386,1	395,8	344,7
Salud colectiva (nutrición, programas, control de vectores)	59,7	63,9	60,9	48,5	55,3	54,1	55,2	37,7	35,4
Provisión de servicios	685,6	679,7	627,8	647,9	665,4	637,1	652,1	659,4	598,2
Nacional y regional (nivel especializado)	205,7	220,6	207,3	189,0	225,4	219,3	195,5	192,0	179,7
Primer nivel (distrital y centros de atención primaria)	139,7	126,0	119,5	107,1	101,6	99,1	112,2	100,1	94,8
Transferencias a hospitales especializados	340,2	333,2	301,0	351,9	338,4	318,7	344,4	367,4	323,6
Asignaciones para la respuesta a la COVID-19	-	-	-	-	234,7	219,2	38,8	138,4	122,8
Construcción y equipamiento de establecimientos	226,9	181,2	161,4	53,3	5,7	5,4	52,9	77,4	50,0
COVID-19 - equipamiento de centros	-	-	-	-	1,0	0,1	0,5	79,1	68,5
Otras asignaciones	80,6	64,0	14,8	126,7	165,1	50,1	52,6	75,9	31,3

Nota: Se excluyen las transferencias en concepto de seguros sociales distintos a los de salud.

Fuente: Ministerio de Salud de Panamá. Informes de Ejecución Presupuestaria.

Los programas específicos para la respuesta a la COVID-19 fueron dotados de recursos derivados, principalmente, de las modificaciones del presupuesto en los años 2020 y 2021. Estas asignaciones representaron entre un 17 y un 18% del presupuesto final y del devengado.

El 76,4% del ajuste presupuestario del año 2020 se debió a las asignaciones específicas para la respuesta a la COVID-19. En el 2021, esta cifra aumentó

a un 102%, lo que implica que en ese año se reasignaron fondos de otros programas para hacer frente a la epidemia. Estas partidas no tienen una desagregación que permita conocer las intervenciones financiadas (vacunación, detección oportuna, provisión de servicios); sin embargo, en vista de que los servicios del primer nivel fueron los más afectados por las interrupciones, es posible inferir que la mayor parte de estos fondos se dirigieron al nivel especializado en el año 2020 y en menor medida en el 2021, debido a la implementación de los programas de vacunación.

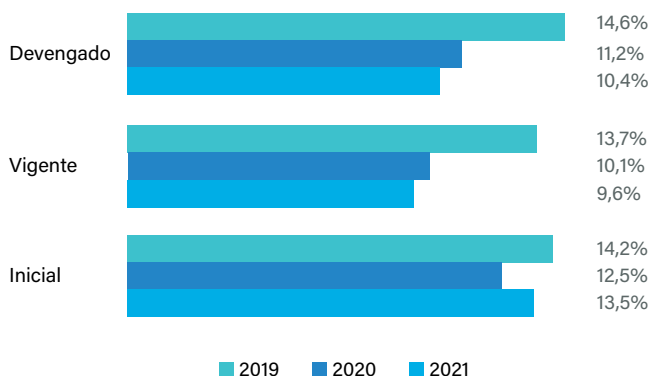
En el 2020, un 34% de los fondos relacionados con la COVID-19 consistieron en un traslado de partidas interinstitucionales del MINSA a la Caja del Seguro Social (CSS). Los traslados se realizaron mediante tres aprobaciones entre junio y agosto del 2020 (24), con el propósito de adquirir útiles, materiales médicos, productos de laboratorio de bioseguridad y métodos para la realización de pruebas de diagnóstico de la COVID-19.

En Panamá, se reportó un descenso en las asignaciones del PNA destinadas a la provisión de servicios en el nivel distrital y a las áreas a cargo de los programas de salud colectiva. Como se observa, la incidencia del primer nivel ha ido a la baja entre el 2019 y el 2021. Esto puede atribuirse a una concentración de los nuevos fondos en partidas para proyectos vinculados con la COVID-19 que no han sido transferidos de forma directa para expandir las capacidades del PNA.

III.4.6 Perú

En Perú, los recursos del sector de la salud están desconcentrados en los niveles de gobierno regional y local, por lo cual las entidades que los conforman aglutinaron entre un 51,0% y un 53,6% del gasto público en salud para el período 2019-2021. Entre el 2004 y el 2006, el sector de la salud experimentó un proceso de transferencias de funciones hacia los niveles regionales y locales. La delegación de dichas funciones ha contemplado autonomía política, económica y administrativa (25).

Figura 9. Participación del primer nivel de atención, por etapa presupuestaria en Panamá, 2019-2021



Fuente: Elaborada en base a informes de ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud.

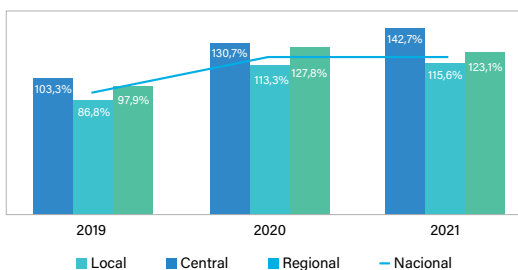
Cuadro 19. Presupuesto del sector de la salud en Perú, 2019-2021 (millones de soles)

Año - nivel de gobierno	Inicial	Vigente	Devengado
2019	18 217,1	19 264,9	16 900,6
Local	299,3	444,1	309,3
Central	8569,9	7954,7	7438,7
Regional	9347,9	10866,1	9152,6
2020	18 494,7	25 681,8	22 314,7
Local	351,7	695,6	459,9
Central	9214,0	12 434,3	10 441,0
Regional	8928,9	12 551,8	11 413,8
2021	20 991,6	29 029,1	25 166,1
Local	431,5	988,9	615,7
Central	10 069,3	13 479,4	11 637,3
Regional	10 490,9	14 560,8	12 913,1

Nota: Se excluyeron los cargos por transferencias del Sistema Integral de Salud (SIS) a los gobiernos regionales para eliminar la duplicidad. Los recursos del presupuesto inicial fueron añadidos al nivel regional.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Portal de Transparencia Económica.

Figura 10. Tasas de ejecución presupuestaria del sector de la salud, por nivel de gobierno, 2019-2021



Fuente: Elaborada a partir de datos de ejecución presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

El presupuesto vigente de los gobiernos locales ha experimentado el mayor crecimiento en el año 2021 respecto del 2019: un 123%. Los presupuestos de los gobiernos central y regional crecieron entre un 34,0 y un 77,5%. En lo que respecta a la ejecución presupuestaria, el desempeño en la etapa anterior a la pandemia alcanzó un 92% y se mantuvo en alrededor del 120% en el 2020 y el 2021.

Antes de la pandemia, un 96% de las adiciones de recursos se destinó al nivel regional y un 4% al nivel local. En el 2020 hubo una mayor centralización de recursos, lo que implicó que el presupuesto del gobierno nacional superara al del nivel regional y se beneficiara con un 44,8% del incremento al presupuesto inicial.

Desempeño de los programas presupuestarios. En el 2019, el presupuesto del sector de la salud reportó incrementos de un 14,7% respecto del presupuesto inicial y una ejecución ligeramente superior a la dotación de apertura. De los incrementos, un 64% se destinó a atención médica especializada y un 24% al PNA (atención médica básica más salud colectiva).

En el 2020, la pandemia de COVID-19 generó la necesidad de dotar de más recursos al sector de la salud, lo que llevó a un incremento del presupuesto de \$18 495 millones a \$25 682 millones. A partir de estos recursos adicionales y de las deducciones de fondos para funciones comunes y gestión de riesgos, se inyectó un 31% de los recursos disponibles al PNA y el 63% al nivel especializado. En el 2021, el PNA tuvo menos incidencia en los ajustes al presupuesto, un 11%. El nivel especializado obtuvo el 63% de los recursos.

En el 2020, el 25,5% del presupuesto ajustado estuvo integrado por asignaciones relacionadas con la respuesta a la COVID-19. En el año siguiente esta proporción se elevó a un 29,7%, lo cual muestra que una buena proporción de los fondos adicionales están relacionados con la respuesta a la pandemia.

Cuadro 20. Presupuesto del sector de la salud en Perú, por subfunciones, 2019-2021
(millones de soles)

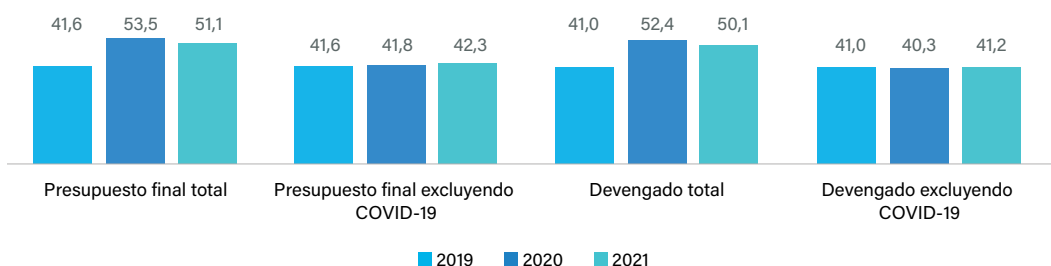
Funciones - Subfunciones	2019			2020			2021		
	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado
Funciones comunes (planeamiento, información pública, eficiencia de mercados, gestión y gobernanza)	4196,3	3688,4	3464,6	4449,1	4188,8	3922,5	3597,1	4310,2	3921,6
Gestión de riesgos y emergencias	112,3	124,4	107,5	134,7	105,1	94,4	83,7	119,4	93,0
Salud colectiva	1217,0	1420,3	1286,8	1171,3	2346,9	2123,2	1253,3	1825,9	1577,1
Infraestructura y equipamiento	222,9	214,3	149,9	163,9	123,8	92,1	113,7	204,4	117,4
Regulación y control sanitario	141,5	138,7	127,2	129,2	180,0	156,1	138,4	185,5	161,7
Control epidemiológico	50,4	62,7	58,0	54,9	628,0	555,5	87,7	249,8	187,5
Control de riesgos y daños para la salud	802,1	1004,7	951,7	823,4	1415,1	1319,5	913,6	1186,3	1110,4
Salud individual	12 669,6	14 005,8	12 017,7	12 717,4	18 991,6	16 129,3	16 027,0	22 729,6	19 535,9
Infraestructura y equipamiento	484,7	543,1	325,8	327,2	467,3	297,8	609,2	830,1	602,7
Investigación aplicada	77,9	174,3	120,2	145,3	267,1	147,4	184,1	408,8	240,0
Atención médica básica	6603,9	6584,8	5635,8	6836,8	7883,2	6632,5	8286,7	8610,3	7308,6
Atención médica especializada	4986,5	5977,0	5278,5	4887,4	9386,7	8208,1	6470,3	11 528,4	10 270,6
Servicios de diagnóstico y tratamiento	516,9	727,1	657,7	520,6	994,5	849,6	477,1	1360,3	1121,6
Asistencia social	22,0	26,0	24,0	22,2	49,3	45,4	30,4	44,0	38,5
Total	18 217,1	19 264,9	16 900,6	18 494,7	25 681,8	22 314,7	20 991,6	29 029,1	25 166,1
Porcentaje de presupuesto relacionado con la COVID-19	-	-	-	-	25,5	25,1	6,0	29,7	29,5

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Portal de Transparencia Económica.

En el 2019, el 44% del presupuesto inicial del PNA estaba a cargo del nivel regional, y disminuyó a alrededor de un 40% y un 43% en el 2020 y el 2021, respectivamente. El nivel local tiene una baja incidencia en el presupuesto de salud; sin embargo, sus actividades están concentradas en la provisión de servicios del primer nivel.

En la figura 11 se puede observar que el presupuesto total para el PNA reportó incrementos por más de 10 puntos porcentuales en el 2020 y el 2021 en relación con el presupuesto del 2019, lo que sugiere que el primer nivel tuvo participación en la respuesta a la pandemia. Cuando se excluyen del PNA los recursos destinados a la COVID-19, se observa que el presupuesto se mantiene relativamente estable, con cambios de entre 0,2 y 0,7 puntos porcentuales en el presupuesto final y el devengado, respectivamente.

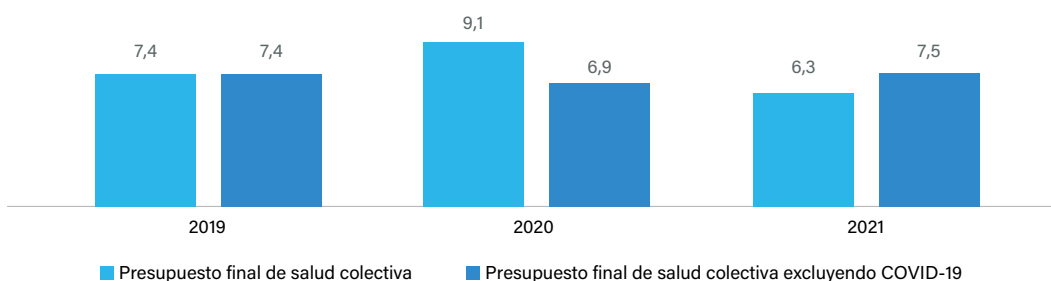
Figura 11. Presupuesto del primer nivel de atención como porcentaje del presupuesto de salud en Perú, por etapa presupuestaria, 2019-2021



Fuente: Elaborada a partir de datos del Portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas.

En lo que respecta al presupuesto destinado a la prevención en el PNA, se observa que tuvo un aumento significativo en el año 2020 y que en el 2021 se redujo por debajo del nivel inicial. En el 2020 se incrementó al 9,1% del presupuesto total y en el 2021 descendió al 6,3%. Cuando se analiza excluyendo los fondos relacionados con la COVID-19, se observa que el presupuesto de los servicios de salud colectiva fue desplazado por las partidas para la prevención de la epidemia en el 2020, puesto que el presupuesto general aumentó al 9,1% y, sin los fondos destinados a la COVID-19, disminuyó al 6,9%, por debajo de los niveles previos a la pandemia. En el 2021, el presupuesto de salud colectiva excluyendo los gastos relacionados con la COVID-19 retornó prácticamente a los niveles anteriores a la pandemia, alcanzando un 7,5% del presupuesto final total.

Figura 12. Presupuesto final de los servicios de salud colectiva como porcentaje del presupuesto total, 2019-2021



Fuente: Elaborada a partir de datos del Portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas.

III.4.7. República Dominicana

En República Dominicana, el presupuesto está fragmentado en diversas instituciones. Entre el 89 y el 97% de los fondos se concentran en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Seguro Nacional de Salud (SENASA), la Presidencia de la República y el Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESECAL). El MISPAS ha reportado incrementos significativos respecto al año 2019, ya que pasó de un gasto de \$14 309,1 millones a \$40 345,2 millones en el 2021. En el 2020, el MISPAS tuvo a su cargo las compras iniciales para responder a la pandemia, y posteriormente asignó y realizó el pago por el programa de vacunación contra la COVID-19. En el transcurso del 2020, se delegaron al PROMESECAL las compras de equipos de protección especial y otros insumos y se traspasaron las compras del Programa de Medicamentos de Alto Costo.⁸

En el caso del SENASA, el incremento se ha dado por las medidas llevadas adelante por el gobierno para afiliar en el régimen subsidiado a todas las personas que no tenían seguro de salud, sin distinción de su nivel de pobreza. Los incrementos en el presupuesto del seguro subsidiado no han estado acompañados de un incremento del pago per cápita por afiliado, pese a los aumentos de los precios de los bienes y servicios de salud durante la pandemia.

Tradicionalmente, el PROMESECAL realiza las compras para los establecimientos de salud del SNS y las farmacias del pueblo. Ello explica el incremento en las asignaciones mediante modificaciones al presupuesto en el 2020, debido a que la agencia estuvo a cargo de adquisiciones de medicamentos, equipos de protección personal e insumos médicos para ser distribuidos entre las regionales de salud.

⁸ A través de este programa se realizaron las compras del medicamento Tocilizumab, el cual fue empleado en la atención hospitalaria de pacientes con COVID-19.

Cuadro 21. Presupuesto de la función salud, por institución y etapas presupuestarias, 2019-2021 (millones de pesos dominicanos)

Entidad	2019			2020			2021		
	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado
Servicio Nacional de Salud	36 704,9	36 704,9	37 688,1	45 979,2	59 968,8	49 192,8	54 735,2	67 965,3	58 335,0
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	14 518,5	14 545,5	14 309,1	16 727,0	21 537,1	16 511,1	15 250,0	40 817,7	40 345,2
Seguro Nacional de Salud - aseguramiento subsidiado	10 140,5	10 140,5	10 140,5	10 860,5	13 040,5	12 622,8	16 860,5	16 860,5	15 455,5
Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico	3962,3	3935,3	3770,5	4155,4	10 475,7	6992,8	4156,3	6155,1	6119,4
Presidencia de la República	8013,0	8614,2	8466,4	6620,8	11 798,8	8332,6	5109,0	3494,8	3411,5
Ministerio de Defensa	953,1	1010,0	966,1	972,6	976,4	949,1	991,4	1164,8	1123,0
Otras entidades	1636,9	1326,6	1321,6	2369,0	2,034,4	1591,5	1290,9	1053,4	987,5
Total	75 929,3	76 277,0	76 662,2	87 684,6	119 831,7	96 192,7	98 393,4	137 511,6	125 777,1

Fuente: Elaborado a partir de bases de datos de ejecución presupuestaria.

Los gastos reportados en la Presidencia de la República se canalizan por medio de la Oficina Supervisora de Obras del Estado (OISOE), una dependencia que está a cargo de la construcción de hospitales y centros de atención primaria para la red del SNS. Entre otras entidades se incluyen el Ministerio de Interior y Policía (MIP), el Ministerio de Educación (MINERD) y otros ministerios.

Desempeño de los programas presupuestarios. El financiamiento del PNA y del nivel especializado está fragmentado en diversas instituciones, por lo que para fines comparativos se agregaron los programas relacionados con ambos niveles de atención. Como se observa en el cuadro 21, tanto el SNS como el MISPAS concentraron los incrementos del presupuesto final y el gasto en los programas de actividades centrales, que están destinados a contener las actividades transversales y no sustantivas del órgano rector.

Como se muestra en el cuadro 22, el presupuesto devengado de las actividades centrales se ha elevado en un 431,9% en comparación con el año 2019, lo cual obedece a la utilización de dichos programas para asignar los recursos para la respuesta a la COVID-19. En los años 2020 y 2021, los insumos relacionados con la salud (medicamentos, útiles médicos quirúrgicos, entre otros) representaron un 69,2 y un 97,6% de los incrementos para las actividades centrales del SNS y el MISPAS. En cuanto a la ejecución, los fondos representaron un 29,7 y un 61,9% del gasto de los años 2020 y 2021, respectivamente.

La baja tasa de ejecución puede explicarse debido a que, si bien se hicieron asignaciones de recursos, se produjeron rezagos en los mercados nacionales e internacionales para la producción y distribución de los productos sanitarios de alta demanda, debido al cierre ocurrido a causa de la pandemia. Por otro lado, aunque se identificaron necesidades de ampliación de los servicios de unidades de cuidados intensivos (UCI) y la contratación de personal, los procedimientos del sistema de compras/contrataciones y administración pública conllevaron el pago de salarios retroactivos en el siguiente año.

Cuadro 22. Presupuesto de los principales programas presupuestarios agrupados por nivel de atención y actividades centrales del sector de la salud en República Dominicana, 2019-2021 (millones de pesos dominicanos)

Programas presupuestarios - Niveles de atención	2019		2020			2021		
	Inicial	Devengado	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado
Actividades centrales (gobernanza y administración de la red)	10 863,3	8129,3	14 419,0	28 277,2	17 758,1	19 406,5	51 464,1	43 246,2
Actividades centrales - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)	4076,1	3398,9	4111,1	9837,3	7359,9	5637,1	32 618,1	32 501,9
Rectoría, dirección y coordinación del Sistema Nacional de Salud - MISPAS	756,3	371,2	759,5	792,5	268,6	759,8	352,2	264,9
Actividades centrales - Servicio Nacional de Salud (SNS)	6030,9	4359,2	9548,4	17 647,4	10 129,5	13 009,6	18 493,9	10 479,4
Nivel primario	8341,0	11 164,1	11 308,4	13 405,5	11 532,6	11 432,1	12 879,3	12 357,0
Establecimientos del primer nivel de atención (establecimientos de atención directa y farmacias del pueblo).	5190,9	8738,1	7749,6	9727,5	9048,0	7714,0	10 037,4	9939,9
Programas de salud pública (tuberculosis, VIH/sida, inmunización, otros.)	3150,1	2426,0	3558,8	3678,0	2484,6	3718,1	2842,0	2417,1
Nivel especializado (hospitales, programa de alto costo, compra centralizada de medicamentos, transporte extra e intrahospitalario, entre otros).	41 679,2	42 119,9	40 568,8	60 303,2	53 535,9	47 094,5	47 868,0	51 145,5

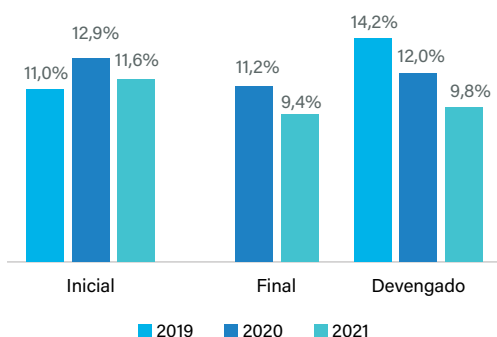
Nota: Las transferencias del MISPAS al SNS y el Consejo Nacional de Población y Familia fueron reemplazadas por el presupuesto por objeto de ambas entidades. El gasto en programas de salud pública excluye la vacunación contra la COVID-19. Los datos del presupuesto final del 2019 no están disponibles.

Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección General de Presupuesto.

Las asignaciones para la operación de los establecimientos del PNA antes de la pandemia fueron ajustadas al alza, lo que sugiere que se toma como línea de base el histórico de años previos y se realizan ajustes al medio término del año fiscal. Los programas asociados al nivel especializado reportaron un crecimiento en el gasto del 10,5%, mientras que para el PNA se informan incrementos del 20,5%. Pese a estos aumentos, el PNA tiene una incidencia menor a la que tenía antes de la pandemia, un 9,6% en el 2020 frente a un 14,2% en el 2019.

Uno de los elementos vinculados al primer nivel que pueden explicar esta disminución es que el gasto de los programas de salud pública mantuvo niveles similares al del 2019 en los años 2020 y 2021, pese a registrar un incremento sustancial en el presupuesto final del 2020. En el presupuesto de salud colectiva se ha mostrado una baja capacidad para ejecutar los recursos asignados. En el 2020, el presupuesto para vigilancia epidemiológica fue elevado de \$7,3 millones a \$107,0 millones, y su ejecución fue de apenas \$0,7 millones, ligeramente superior al gasto del 2019, unos \$0,5 millones.

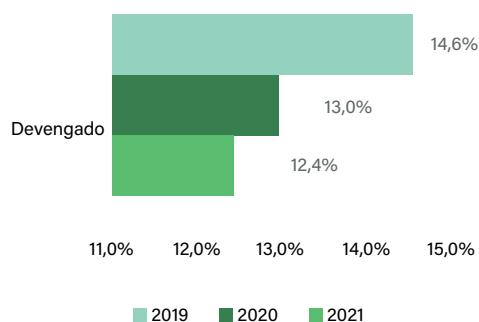
Figura 13. Presupuesto del primer nivel de atención como porcentaje del presupuesto de salud en República Dominicana, por etapa presupuestaria, 2019-2021



Nota: Los datos del presupuesto final del 2019 no están disponibles.

Fuente: Elaboradas en base a datos de la Dirección General de Presupuesto.

Figura 14. Presupuesto devengado del primer nivel de atención como porcentaje del presupuesto de salud devengado sin gastos relacionados con la COVID-19, 2019-2021



Nota: Los datos del presupuesto final del 2019 no están disponibles.

Fuente: Elaboradas en base a datos de la Dirección General de Presupuesto.

Asignación de recursos para hacer frente a la COVID-19. A diferencia de algunos países de la Región, en República Dominicana no se crearon fondos especializados para la COVID-19, sino que se canalizaron recursos de reservas de la seguridad social, donaciones del sector privado y apoyo presupuestario dentro de los programas presupuestarios existentes. En este sentido, no se reportaron innovaciones en el presupuesto de salud en cuanto al diseño de programas presupuestarios etiquetados específicamente para la COVID-19.

Por ejemplo, en agosto del 2020 el país se hizo miembro signatario del mecanismo COVAX de GAVI para la adquisición de vacunas. No obstante, el programa presupuestario Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación no sufrió ninguna alteración que reflejara las

asignaciones para la adquisición de vacunas contra la COVID-19, y un análisis de los datos presupuestarios muestra que los fondos se canalizaron en partidas que no permiten distinguir su propósito.

A los fines de conocer la magnitud de los recursos directos destinados a la respuesta sanitaria a la epidemia, se tomaron datos de la plataforma Mapa Inversiones - Módulo COVID-19, que permite conocer los gastos relacionados con la COVID-19 que son reportados cuando se cargan las obligaciones en el Sistema de Información de la Gestión Financiera (SIGEF). Se seleccionaron el SNS y el MISPAS debido a que el módulo no distingue la respuesta sanitaria a la COVID-19.

En la figura 15 se puede apreciar que en el 2020 un 9,7% del gasto de ambas instituciones se destinó a la atención de la COVID-19, mientras que en el 2021 la proporción aumentó al 29,3% de los recursos, lo cual se explica principalmente por la implementación del programa de vacunación contra la COVID-19.

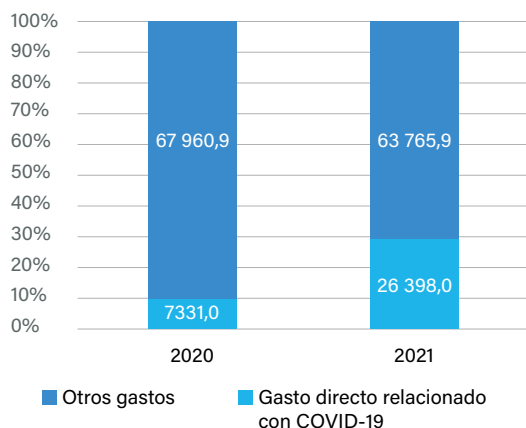
Los recursos externos o domésticos empleados en la implementación de la estrategia de vacunación contra la COVID-19 no se han transparentado en el reporte presupuestario. En el 2020, el país tuvo aprobaciones de recursos por US\$ 50,0 millones y en el 2021 por US\$ 23,2 millones para su programa de vacunación contra la COVID-19 (26).

III.4.8. Uruguay

En Uruguay, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y Diversos Créditos aglutinaron alrededor del 90% del presupuesto de la función salud en el período 2019-2021. En el 2019, el 67,5% de los ajustes al presupuesto fue destinado a la ASSE, el 14,0% al MSP y el restante 18,5% a otras entidades. En el contexto de la pandemia, en el año 2020 se experimentaron incrementos similares en la ASSE y el MSP; sin embargo, un 21,5% estuvo concentrado en Diversos Créditos. Este incremento de recursos a través de Diversos Créditos se explica en un ajuste en la dotación de recursos para el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Existen asignaciones para la salud en el área educativa, como en el caso del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República (UDELAR). Las asignaciones iniciales de la UDELAR se concentran en la unidad ejecutora del nivel central y luego se redistribuyen en los ajustes presupuestarios, lo cual explica que el presupuesto inicial del Hospital de Clínicas sea tan bajo respecto del final.

Figura 15. Presupuesto devengado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Seguro Nacional de Salud, 2020-2021 (millones de pesos dominicanos)



Fuente: Ministerio de Hacienda. Mapa Inversiones + COVID-19.

Cuadro 23. Presupuesto del sector de la salud en Uruguay, 2019-2021
(millones de pesos uruguayos)

Función - Cuentas	2019			2020			2021		
	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado	Inicial	Final	Devengado
Función salud	63 899,3	73 964,9	72 880,4	65 824,6	80 162,6	78 826,6	80 895,9	85 675,5	83 925,0
Administración de los Servicios de Salud del Estado	32 181,6	38 957,2	38 645,5	33 528,9	41 402,3	41 216,5	41 279,8	43 802,4	43 289,5
Diversos Créditos	23 103,8	24 099,9	24 099,9	23 103,8	26 180,0	26 165,5	28 282,4	27 602,7	27 506,7
Transferencia al Fondo Nacional de Recursos	1278,4	1014,3	1014,3	1278,4	1080,4	1080,4	1196,9	1114,8	1114,8
Transferencia al Sistema Nacional Integrado de Salud	21 825,4	23 085,5	23 085,5	21 825,4	25 049,8	25 049,8	27 085,5	26 391,9	26 391,9
Reservado Prestadores Convenio 2020-20	-	-	-	-	-	-	-	96,0	-
Ministerio de Salud Pública (vacunas, productos químicos, publicidad)	-	-	-	-	49,7	35,3	-	-	-
Ministerio de Salud Pública	1931,8	3357,8	3220,0	1977,3	4402,5	4009,2	3520,4	5339,9	4936,6
Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay	784,6	836,7	825,2	849,6	848,6	793,8	738,2	1056,2	1041,7
Ministerio de Defensa Nacional	2651,3	2930,9	2707,4	2864,5	3121,6	2892,1	3064,9	3405,2	3096,2
Ministerio de Transporte y Obras Públicas	1,5	1,5	1,1	1,5	1,5	0,7	0,9	0,9	0,4
Ministerio del Interior	2759,0	3122,4	2726,7	2982,8	3545,9	3135,4	3354,6	3796,5	3385,2
Presidencia de la República	10,7	11,7	9,1	11,5	12,3	7,4	9,5	10,1	7,8
Subsidios y Subvenciones	475,0	646,8	645,5	504,7	647,9	606,0	645,2	661,6	660,9
Función educación	111,6	3726,9	3706,8	116,3	3979,1	3974,7	4,4	4115,8	4113,5
Hospital de Clínicas	111,6	3726,9	3706,8	116,3	3979,1	3974,7	4,4	4115,8	4113,5
Gobierno central - Salud	64 010,9	77 691,8	76 587,2	65 940,9	84 141,7	82 801,3	80 900,3	89 791,3	88 038,5
Fondo Solidario COVID-19 - Extrapresupuestario	-	-	-	-	-	2184,8	-	-	19 162,3
Ministerio de Salud Pública	-	-	-	-	-	978,1	-	-	12 542,6

Cuadro 23. Presupuesto del sector de la salud en Uruguay, 2019-2021
(millones de pesos uruguayos) (cont.)

Administración de los Servicios de Salud del Estado	-	-	-	-	-	1098,2	-	-	6341,8
Otros (Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Desarrollo Social, Universidad de la República, etc.)	-	-	-	-	-	108,4	-	-	277,9
Total	64 010,9	77 691,8	76 587,2	65 940,9	84 141,7	84 986,1	80 900,3	89 791,3	107 200,8

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

En la cuenta de subsidios y subvenciones se reportan las asignaciones a organizaciones sin fines de lucro del sector de la salud, tales como la Cruz Roja y las asociaciones de pacientes, entre otras. El incremento en el presupuesto del año 2020 se sustenta en los aumentos a las asignaciones de las comisiones honorarias para la lucha antituberculosis y contra el cáncer.

En el 2020 se aprobó la Ley No. 19.874 que crea el Fondo Solidario COVID-19, una cuenta extrapresupuestaria que combina recursos transferidos por el gobierno central y que son captados de manera directa. Otros recursos que se han captado son las contribuciones de las utilidades del Banco de la República Oriental de Uruguay, la Corporación Nacional de Desarrollo, el impuesto COVID-19 para sueldos públicos y otros aportes de personas públicas no estatales.

En el 2020, el Fondo Solidario COVID-19 financió el 2,7% del gasto del sector de la salud, lo que equivale a \$2184 millones de pesos uruguayos. El 50,3% de los fondos fue ejecutado por la ASSE, un 43,9% por el MSP y el resto por otras entidades (Presidencia, Defensa, Interior, Economía, Corte Electoral, entre otras). En el 2021, el gasto del Fondo se incrementó a \$19 162,3 millones, de los cuales el 41,7% se utilizó en la implementación del Plan de Vacunación contra la COVID-19.

Desempeño de programas presupuestarios. Para evaluar los programas presupuestarios se hace énfasis en los recursos administrados por el MSP y la ASSE, que agregan la prestación de servicios desde la oferta en el sector público. El resto está integrado por los servicios de sanidad militar y policial, así como por otros servicios y subvenciones. No se incluyeron las transferencias de Diversos Créditos para Asistencia Integral en el FONASA debido a que la desagregación solo se presenta para las metas asistenciales, mientras que los recursos se muestran mancomunados con las cotizaciones sociales.

La Dirección General de la Salud (DIGESA) es la unidad del MSP encargada de la ejecución de los planes y programas de promoción de la salud en Uruguay. La ASSE asigna los recursos para las redes de atención primaria y los establecimientos de atención especializada de propiedad pública.

En cuanto a la etapa del presupuesto inicial, es necesario destacar que las asignaciones por unidades ejecutoras y programas no se corresponden con el histórico del gasto. Se observa que los recursos son agregados a la entidad principal y luego redistribuidos mediante modificaciones internas.

Cuadro 24. Presupuesto de los organismos del sector salud de Uruguay, por programa y unidad ejecutora, 2019-junio de 2021 (millones de pesos uruguayos)

Entidad - Programa - Unidad ejecutora	2019			2020			2021		
	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado	Inicial	Vigente	Devengado
Administración de Servicios de Salud del Estado	32 181,6	38 957,2	38 645,5	33 528,9	41 402,3	41 216,5	41 279,8	43 132,3	30 272,1
Atención Integral de la Salud	31 968,4	36 819,2	36 508,3	33 311,5	39 131,4	38 946,5	39 782,8	39 859,5	28 790,2
Red de Atención Primaria Área Metropolitana	836,9	1458,5	1455,5	902,6	1580,2	1578,8	0,0	1631,0	1243,5
Redes de Atención Primaria	540,9	2479,8	2476,1	583,7	2711,9	2709,5	0,0	2760,4	2102,4
Resto	30 590,6	32 880,9	32 576,7	31 825,2	34 839,3	34 658,2	39 782,8	35 468,2	25 444,3
Ciencia y Tecnología de la Salud	206,8	591,5	590,8	211,0	539,7	539,4	341,0	505,1	330,1
Promoción en Salud	2,5	1546,4	1546,3	6,4	1731,2	1730,6	1156,0	2,767,7	1,151,9
Red de Atención Primaria Área Metropolitana	0,9	773,5	773,5	0,9	924,5	924,5	0,0	830,8	698,0
Redes de Atención Primaria	1,5	773,0	772,9	1,5	785,3	784,9	0,0	685,1	453,8
Resto	0,0	0,0	0,0	3,9	21,4	21,1	1156,0	1251,8	-
Ministerio de Salud Pública	1931,8	3357,8	3220,1	1977,3	4452,3	4044,5	3520,3	4595,5	3144,8
Atención Integral de la Salud	260,0	277,6	255,5	255,2	297,3	258,9	278,2	294,1	182,8
Dirección General de la Salud	53,0	37,1	28,3	31,2	35,2	23,0	20,6	21,9	12,7
Resto	207,0	240,5	227,2	224,0	262,1	235,9	257,6	272,2	170,1
Ciencia y Tecnología de la Salud	18,6	16,8	15,3	19,3	18,0	16,2	12,6	13,1	6,1
Dirección General de la Salud	11,0	11,5	10,2	11,4	9,8	8,2	7,2	5,2	1,7
Resto	7,6	5,4	5,1	7,9	8,2	8,0	5,4	7,9	4,3
Promoción en Salud	60,9	25,7	25,6	25,7	15,9	14,7	484,7	484,7	216,5
Dirección General de la Salud	17,2	21,0	20,8	17,2	15,3	14,1	483,2	483,2	216,4
Resto	43,8	4,7	4,7	8,6	0,7	0,7	1,5	1,5	0,1

Cuadro 24. Presupuesto de los organismos del sector salud de Uruguay, por programa y unidad ejecutora, 2019-junio de 2021 (millones de pesos uruguayos) (cont.)

Rectoría en Salud	1592,3	3037,7	2923,7	1677,1	4121,1	3754,7	2744,8	3803,6	2739,4
Dirección General de la Salud (excluidos los medicamentos oncológicos y pagos por tutelas judiciales)	737,0	839,9	841,9	723,7	1063,8	916,6	442,0	459,2	264,6
Vacunas (recursos por transferencias de Diversos Créditos)	0,0	0,0	0,0	0,0	26,0	24,0	0,0	0,0	0,0
Otros recursos de Diversos Créditos	0,0	0,0	0,0	0,0	23,7	11,3	0,0	0,0	0,0
Resto	855,3	2197,9	2081,8	953,4	3007,6	2802,8	2302,8	3344,4	2474,8
Fondo Solidario COVID-19 (recursos de la ASSE y el MSP)	-	-	-	-	-	2076,4	-	-	18 884,4
Actividades preventivas (detección temprana, programas de vacunación)	-	-	-	-	-	811,2	-	-	12 264,9
Gastos hospitalarios	-	-	-	-	-	1075,3	-	-	6031,6
Otras erogaciones	-	-	-	-	-	189,8	-	-	587,9
Total	34 113,4	42 315,0	41 865,6	35 506,2	45 854,6	47 337,3	44 800,1	47 727,8	52 301,3

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas y Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

El presupuesto final de la DIGESA en el año 2021 se ha incrementado un 6,6% respecto al 2019, aunque disminuyó un 13,8% respecto al 2020. En los gastos operativos del nivel de atención se muestra algo similar, puesto que el presupuesto aumentó un 7,7% respecto al año 2019 y disminuyó un 1,6% en relación con el 2020.

En cuanto a los programas de salud que se pudieron identificar en la DIGESA, se destaca que el presupuesto de vacunas, que en el 2019 representaba un 39% del presupuesto vigente, se elevó al 47% en el 2020 y al 49% en el 2021.

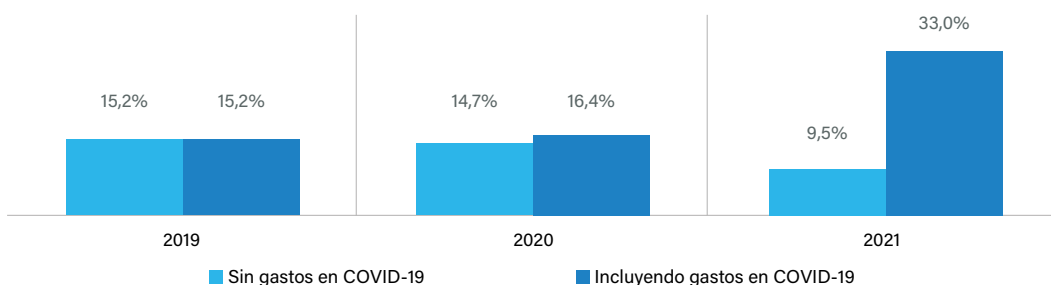
Los recursos para el PNA (DIGESA y redes de atención primaria) presentaron buenas tasas de ejecución presupuestaria en el 2019 y el 2020, un 99,8% y un 97,7% con respecto al presupuesto final. Estas tasas deben tomarse con cautela debido a que el presupuesto inicial no se relaciona con los niveles históricos de gastos y se utilizó el presupuesto final.

En cuanto a la participación en el gasto de la ASSE y el MSP, el presupuesto vigente ha disminuido por debajo de los niveles previos a la pandemia, puesto que se lo elevó del 15,0% en el 2019 al 15,5% en el 2020, y disminuyó al 14,4% en el 2021. Por otro lado, el presupuesto devengado en el 2021 se encuentra 3 puntos porcentuales por debajo del porcentaje del año 2019.

A través del Fondo Solidario COVID-19 se erogaron recursos para la salud colectiva, como los programas de vacunación contra la COVID-19, la tuberculosis y la detección temprana de la COVID-19. Estos recursos se canalizaron de forma extrapresupuestaria y no se dispone de un presupuesto inicial o final.

En la figura 16 se presentan dos indicadores: 1) gasto del PNA, excluyendo el gasto en atención de la COVID-19, sobre el gasto del sector de la salud, incluido el Fondo Solidario COVID-19, y 2) gasto del PNA, incluyendo el gasto en atención de la COVID-19, sobre el gasto del sector de la salud, incluido el Fondo Solidario COVID-19.

Figura 16. Participación del primer nivel de atención sobre el gasto total en salud de Uruguay, con y sin gastos por COVID-19, 2019-2021



Nota: por razones metodológicas, solo se utilizaron los presupuestos de la Administración de Servicios de Salud del Estado y del Ministerio de Salud Pública.

Fuente: Datos de ejecución de presupuesto central y el Fondo Solidario COVID-19.

Al analizar el indicador 1, se destaca que hubo un descenso y un estancamiento del gasto en el PNA con recursos de la ASSE y el MSP. Al incluirse los gastos en atención de la COVID-19 en el PNA, se muestra que existió un incremento entre los años 2019 y 2020, con valores del 15,2 y el 16,4%, respectivamente. En el 2021, este último porcentaje se duplicó, lo cual se explica principalmente por los gastos del programa de vacunación contra la COVID-19.

Debido a que el Fondo Solidario COVID-19 funcionó provisionalmente en el 2020 y el 2021, es probable que a partir del año 2022 se reporten incrementos en el presupuesto regular del PNA con la finalidad de integrar servicios que se financiaban con los fondos extrapresupuestarios.



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En esta sección retomamos las preguntas originales de este estudio y ofrecemos reflexiones comunes para los ocho casos de la Región estudiados.

¿Cómo ha afectado la pandemia la formulación y la ejecución presupuestarias?

La respuesta de los gobiernos afectó la predictibilidad del presupuesto de salud. A nivel general, el sector de la salud presenta una tendencia a incrementar su tasa de ejecución presupuestaria, lo cual es resultado de los significativos ajustes hechos a los presupuestos iniciales. Estos ajustes disminuyen la predictibilidad del presupuesto de salud y pueden estar sustentados en las tres siguientes razones:

1. **Los gobiernos fueron conservadores en la asignación de recursos para el año 2021 debido a la incertidumbre producto de la pandemia.** El sector de la salud reportó un incremento promedio de un 11,3% en el presupuesto inicial del 2021 con respecto al del 2020; sin embargo, se hicieron ajustes al presupuesto inicial que promediaron un incremento de un 23,5%. A pesar de ello, la ejecución sobre la base del presupuesto final muestra un descenso en algunos países, lo que indica que los gobiernos fueron muy ambiciosos al presupuestar recursos que el sector de la salud no podía absorber o ejecutar conforme a los procesos de planificación operativa.
2. **Se utilizaron fondos especiales como mecanismo de espacio fiscal.** Los países que crearon mecanismos extrapresupuestarios para el financiamiento de la respuesta económica, social y sanitaria a la pandemia, contaban con facilidades para girar más recursos al sector de la salud sin necesidad de tramitar la aprobación legislativa de las nuevas apropiaciones.

3. **Implementación de planes de vacunación.** En el año 2020, los países se hicieron signatarios del mecanismo de países autofinanciados de COVAX. Sin embargo, los costos escalaron abruptamente respecto de las previsiones iniciales y los gobiernos se abocaron a la compra acelerada de dosis de diversas farmacéuticas. En algunos países, los planes de vacunación estuvieron listos después del inicio del año fiscal y se contrató la mayor parte del financiamiento externo en el 2021 (26).

¿Cómo se han alineado la priorización del primer nivel de atención y el desempeño presupuestario entre el 2019 y el 2021?

En el período 2019-2021 se registra una tendencia hacia la priorización del nivel primario en el presupuesto de salud. En cinco países (Chile, Guatemala, Honduras, Perú y Uruguay) de los siete evaluados se reporta un incremento de la incidencia del PNA en el presupuesto de salud.

El análisis del gasto del PNA, excluidas las intervenciones relativas a la COVID-19, muestra que Perú es, entre los cinco países, el que le ha dado la mayor prioridad. En los demás países analizados, los gastos como porcentaje del presupuesto ejecutado, excluyendo los destinados a la respuesta a la COVID-19, mostraron un descenso en detrimento de los fondos para la atención y prevención de otros problemas de salud.

¿Qué innovaciones se han presentado en la canalización de nuevas fuentes de recursos a través de la gestión financiera pública?

En los presupuestos se han presentado dos tipos de innovaciones para asignar recursos para la respuesta sanitaria. La primera es la **creación de programas presupuestarios para la respuesta sanitaria a la emergencia**, los cuales sirvieron para etiquetar recursos específicos para la prevención y tratamiento de la COVID-19, así como para fortalecer la capacidad instalada de los establecimientos de salud mediante equipamiento e infraestructura. Algunos de estos programas se crearon fuera de las agencias del sector de la salud, como ocurrió en Honduras, donde las asignaciones para la respuesta a las emergencias se canalizaron a través de la Comisión Permanente de Contingencias (COPECO) y la Inversión Estratégica de Honduras (INVEST-Honduras).

En los países en los que no se implementaron programas presupuestarios ni hubo reportes especiales sobre los fondos creados, resultó difícil hacer el seguimiento de la ejecución de los recursos en estos fondos específicos. Por ejemplo, en República Dominicana la mayoría de los recursos del MISPAS para la respuesta a la COVID-19 fueron asignados a “Actividades centrales”, por lo que solo fue posible identificar la variación de recursos a nivel de insumo.

A pesar de lo anterior, es necesario destacar que la **presupuestación por programas no garantiza ni facilita el seguimiento de los recursos.** Los fondos asignados a la emergencia sanitaria también pueden ejecutarse en programas de otras áreas de salud, lo que dificulta el monitoreo. Por ejemplo, en Honduras, el Tablero de Mando de Gasto COVID-19 muestra que el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) adquirió vacunas a través del programa de Servicios de Atención en Salud, pese a que se habían creado programas presupuestarios específicos.

La **segunda innovación es la creación de fondos especiales o transitorios** para canalizar recursos. Estas entidades contaron con los recursos necesarios para implementar las medidas económicas, sociales y sanitarias. Además, permitieron captar fondos externos, internos y provenientes de apropiaciones extraordinarias (utilidades de empresas públicas, retiros de reservas de propiedad estatal). La ventaja radica en que, al constituirse como entidades extrapresupuestarias o centralizadas en el Ministerio de Finanzas, se posibilita generar procedimientos rápidos y acelerar el desembolso de fondos para la respuesta sanitaria, aplicar enfoques de provisión público-privada e involucrar al nivel subnacional mediante la transferencia de fondos fuera de la red pública. Estos fondos estuvieron acompañados por leyes y reglamentos para regular su operación.

Una desventaja de este tipo de mecanismo es que dificulta el seguimiento del uso de los fondos, especialmente si operan de forma extrapresupuestaria. Asimismo, en los casos en que se canalizaron a través del presupuesto, los reajustes no notificaron el propósito (vacunas, atención a pacientes críticos, entre otros) porque estaban hechos en programas presupuestarios preexistentes (no etiquetados para la COVID-19).



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y OPORTUNIDADES

La evidencia sobre la necesidad de incrementar la inversión pública en sistemas de salud resilientes, de manera costo-efectiva para mejorar el acceso con protección financiera de los hogares, resulta abrumadora. El presente documento analiza en ocho países de la Región el rápido accionar que hubo para incrementar el financiamiento con un énfasis en las intervenciones del PNA, que fueron fundamentales en la respuesta a la etapa más crítica de la pandemia y mostraron que sí es factible dar la mayor prioridad a la salud. Destaca también el rol importante que tiene la adaptación de las reglas de la gestión financiera pública para ese fin.

El informe también nos muestra que durante el período 2020-2021 se plantearon retos importantes en la capacidad de absorción de esos mayores recursos. Este resultado llama a la reflexión inicial de este análisis respecto a la necesidad de que las intervenciones para construir sistemas de salud resilientes tengan un enfoque sistémico y estén enmarcadas en los procesos de transformación y fortalecimiento de la APS.

Este estudio nos permite afirmar que la pandemia expuso las debilidades en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, pese a contar con mayores recursos financieros y con la flexibilización de las reglas de gestión financiera pública para una asignación más rápida, eficaz y equitativa.

Mirando hacia el futuro, tanto la propuesta de la OPS y las resoluciones aprobadas por los países miembros sobre salud universal (27) y sistemas de salud resilientes (1), así como la política sobre atención integrada (28), resaltan la importancia para los sistemas de salud de contar con una estrategia de APS fortalecida, que ponga en el centro a las personas (no a la enfermedad) y que responda, de manera integral e integrada, a las necesidades diferenciadas de la población teniendo en cuenta su entorno y el territorio donde se desarrolla. Ello implica poner un mayor énfasis en las intervenciones de prevención y promoción de la salud desde una perspectiva

multidimensional, incorporando el rol de los determinantes sociales de la salud y de los actores que influyen en ellos y fortaleciendo capacidades para el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública.

En la práctica, la manera de hacer operativos los incrementos en la inversión en APS carece de una solución única y es altamente dependiente del contexto y la forma en que se encuentran organizados tanto el financiamiento como la prestación de servicios de salud en cada país. Por otro lado, las respuestas a cómo promover la integración del cuidado no han sido lo suficientemente discutidas y alineadas de acuerdo con cada contexto.

Este estudio es un primer paso para generar evidencia sobre la priorización de la inversión en el PNA como parte del fortalecimiento de la estrategia de APS, integrando elementos de gestión financiera pública. Quedan pendientes varias tareas. En lo que atañe al financiamiento, se ha de continuar generando evidencia sobre buenas prácticas y sobre los retos de la asignación y utilización efectiva de recursos financieros de manera que sirva de apoyo en las recomendaciones a los países para promover un mayor acceso con equidad y eficiencia. Desde una mirada más sistémica, se ha de integrar este análisis con la evidencia disponible sobre la interrupción de servicios esenciales y el incremento de barreras, así como de las listas y tiempos de espera, vinculando la necesidad del financiamiento con la de generar los incentivos adecuados.



REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Strategy for Building Resilient Health Systems and Post-COVID-19 Pandemic Recovery to Sustain and Protect Public Health Gains. Washington, D.C.: OPS; 2022.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALSTAT. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas (Internet). Santiago de Chile: CEPAL; s. f. [consultado el 12 de julio del 2022]. Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>.
3. Banco Mundial. Data World Bank (Internet). Washington, D.C.: Banco Mundial; s. f. [consultado el 20 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=ZJ>.
4. Organización Mundial de la Salud. Public financial management for effective response to health emergencies. Key lessons from COVID-19 for balancing flexibility and accountability. Ginebra: OMS; 2022.
5. Rathe M, Hernandez P, Pescetto C, Van Mosseveld C, Borges Dos Santos M, Rivas L. Primary health care expenditure in the Americas: measuring what matters. Pan American Journal of Public Health. 2022.
6. Cashin C, Bloom D, Sparkes S, Barroy H, Kutzin J, O'Dougherty S. Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage. Ginebra: OMS; 2017.
7. Fondo Monetario Internacional. Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas. Washington, D.C.: FMI; 2014.
8. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud (Internet). Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 4 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
9. Banco Mundial. World Bank Country and Lending Groups (Internet). Washington, D.C.: Banco Mundial; s. f. [consultado el 20 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
10. Piatti-Fünfkirchen M, Barroy H, Pivodic F, Margini F. Budget execution in health: Concepts, trends and policy issues. Washington, D.C.: Banco Mundial y OMS; 2021 [consultado el 4 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/ad0715ec-3f5d-5418-96f0-7db475fff5bf>.
11. Congreso de la República de Guatemala. Decreto N° 12-2020. Diario de Centro América N° 42. 1 de abril del 2020. Disponible en: https://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info_legislativo/decretos/90f74-12-2020.pdf.
12. Congreso de la República de Guatemala. Decreto N° 13-2020. Diario de Centro América N° 47. 8 de abril del 2020. Disponible en: https://www.congreso.gob.gt/detalle_pdf/decretos/13518.
13. Congreso de la República de Guatemala. Decreto N° 20-2020. Diario de Centroamérica N° 51; 16 de abril del 2020. Disponible en: https://www.congreso.gob.gt/detalle_pdf/decretos/13525#gsc.tab=0.
14. Dirección de Presupuestos (Gobierno de Chile). Fondo de emergencia transitorio y fondos especiales en el Tesoro Público. Santiago de Chile: DIPRES; 2020.
15. Aguayo Ormeño I, Cerda Toro H. Ejecución Presupuestaria al primer trimestre de 2021: Fondo para vacunas Covid-19. BCN - Asesoría Técnica Parlamentaria. 2021;130:463.

16. Dirección de Presupuestos (Gobierno de Chile). Informe de finanzas públicas del tercer trimestre 2020. Santiago de Chile: DIPRES; 2020.
17. Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Colombia). ABC: Fondo de Mitigación de Emergencias-FOME; Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público; 2020.
18. Departamento Nacional de Planeación (Colombia). Ejecución presupuestal 2020 (Internet). Bogotá: DNP; 2022 [consultado el 26 de abril del 2022]. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/Direccion-general/oficina-asesora-planeacion/Paginas/presupuesto.aspx.
19. Departamento Nacional de Planeación (Colombia). Ejecución presupuestal 2021 (Internet). Bogotá: DNP; 2022 [consultado el 26 de abril del 2022]. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/Direccion-general/oficina-asesora-planeacion/Paginas/presupuesto.aspx.
20. Observatorio Fiscal de la Pontificia Universidad Javeriana. Base de datos del FOME. Corte Septiembre 2021 (Internet). Bogotá: Gastos FOME; 2021 [consultado el 20 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.ofiscal.org/gastos-fome>.
21. Instituto Hondureño de Seguridad Social. IHSS en cifras 2005-2021. Tegucigalpa: IHSS; 2022.
22. Secretaría de Finanzas de Honduras. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (Internet). Tegucigalpa: SEFIN; 2022 [consultado el 26 de abril del 2022]. Disponible en: <https://covid19.sefin.gob.hn/detalle-de-institucion-2021-601/>.
23. Secretaría de Finanzas de Honduras. Informe de Liquidación del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República y de las Instituciones Descentralizadas. Ejercicio Fiscal 2021. Tegucigalpa: Secretaría de Finanzas; 2022.
24. Caja del Seguro Social de Panamá. Estados Financieros 2020 (Internet). Ciudad de Panamá: CSS; 2021. Disponible en: <https://transparencia.css.gob.pa/estados-financieros/>.
25. Bardález del Águila C. Descentralización en salud y gobiernos locales. Lima: USAID; 2006.
26. Organización Panamericana de la Salud. Tablero de control de las operaciones de financiamiento externo a los sistemas de salud (Internet). Washington, D.C.: OPS; s. f. [consultado el 20 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud/tablero-control-operaciones-financiamiento-externo-sistemas-salud>.
27. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014.
28. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud [documento CSP30/10]. Washington, D.C.: OPS; 2022.

BIBLIOGRAFÍA

Allen R, Hemming R, Potter B. The International Handbook of Public Financial Management. Nueva York: Palgrave McMillian; 2013.

Departamento Nacional de Planeación (Colombia). Reporte de ejecución presupuestal por agrupados acumulado 2019 - 2021 (Internet). Bogotá: DNP; 2022 [consultado el 26 de junio del 2022]. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/Direccion-general/oficina-asesora-planeacion/Paginas/presupuesto.aspx.

Dirección de Presupuestos (Gobierno de Chile). Informe de Ejecución del Gobierno Central Cuarto Trimestre 2020. Santiago de Chile: DIPRES; 2021. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/598/articles-264042_doc_pdf_reporte.pdf.

Dirección de Presupuestos (Gobierno de Chile). Presupuestos (Internet). Santiago de Chile: DIPRES; s. f. [consultado el 20 de julio del 2022]. Disponible en: <http://www.dipres.gob.cl/598/w3-propertyvalue-2129.html>.

Dirección General de Presupuesto (República Dominicana). Gastos backup. Calendario de publicación estadísticas del gasto (Internet). Santo Domingo: DIGEPRES; s. f. [consultado el 20 de julio del 2022]. Disponible en: <https://www.digepres.gob.do/estadisticas/gastos/>.

Grupo Propuesta Ciudadana. Descentralización en el sector salud: avances y limitaciones. Magdalena del Mar: Grupo Propuesta Ciudadana; s. f. Disponible en: https://propuestaciudadana.org.pe/sites/default/files/publicaciones/archivos/descentralizacion_sector_salud.pdf.

Ministerio de Economía y Finanzas (Perú). Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta amigable) (Internet). Lima: Portal de Transparencia Económica; 2022 [consultado el 20 de julio del 2022]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100944&lang=es-ES&view=article&id=504.

Ministerio de Economía y Finanzas de Uruguay. Rendición de Cuentas 2021. Montevideo: Ministerio de Economía y Finanzas; 2022.

Ministerio de Economía y Finanzas de Uruguay. Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Fondo Solidario COVID-19. Ejercicio 2020. Montevideo: Ministerio de Economía y Finanzas; 2021.

Ministerio de Economía y Finanzas de Uruguay. Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Fondo Solidario COVID-19. Ejercicio 2021. Montevideo: Ministerio de Economía y Finanzas; 2022.

Ministerio de Salud de Chile. Contenido Proyecto de Ley de Presupuesto 2021. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020.

Ministerio de Salud de Chile. Financiamiento de la atención primaria de salud: Fuentes y flujo de recursos en el período 2000-2004 (Internet). Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2008. Disponible en: <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/EstudioAPS-Mayo-2008.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Ejecución presupuestal, Ejecución mensual 2020. Bogotá: MSPS; 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/presupuesto.aspx>.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Ejecución presupuestal, Ejecución mensual 2021. Bogotá: MSPS; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/presupuesto.aspx>.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Ejecución Presupuestaria (Internet). Bogotá: MSPS; 2022 [consultado el 12 de julio del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/presupuesto.aspx>.

Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Database (Internet). Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 20 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

Organización Mundial de la Salud. Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011 (Internet). Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 20 de julio del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352448>.

Organización Panamericana de la Salud. Informe de Consultoría de Fundación Plenitud para la OPS. Análisis del financiamiento de la respuesta a la COVID-19 en República Dominicana, Guatemala, Honduras, Panamá, Colombia y Uruguay. Washington, D.C.: OPS; 2021.

Organización Panamericana de la Salud. Segunda ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19. De febrero a marzo del 2021 (Internet). Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 20 de julio del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55059>.

Poder Ejecutivo de Uruguay. Ley N° 19874, creación del Fondo Solidario COVID-19 (Internet). Diario Oficial N° 30417, 16 de abril del 2020. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19874-2020#:~:text=Art%C3%ADculo%201,a%20la%20emergencia%20sanitaria%20nacional>.

Secretaría de Finanzas de Honduras. Datos abiertos ejecución presupuestaria (Internet). Tegucigalpa: SEFIN; s. f. [consultado el 22 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.sefin.gob.hn/ejecucion-presupuestaria/>.

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. Situación Financiera Actualizada de las ARS al 2020 (Internet). Santo Domingo: SISALRIL; 2021 [consultado el 20 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.sisalril.gob.do/index.php/informacion/estadisticas/category/45-estados-financieros>.


Welham B, Hart T, Mustapha S, Hadley S. Public financial management and health service delivery. Londres: ODI; 2017.

ANEXO

Honduras: Distribución del presupuesto ejecutado por grupos de gasto en el primer nivel de atención según actividad, 2020 (millones de lempiras)					
Componentes	Remuneraciones	Servicios	Bienes	Transferencias	Total
Dirección y coordinación	2862,1	45,3	76,9	52,8	3037,1
Actividades vinculadas a la gestión del primer nivel de atención y los programas de salud pública	-	240,7	529,9	405,8	1176,4
Total	2862,1	286,0	606,8	458,6	4213,5

República Dominicana: Distribución del presupuesto ejecutado por grupos de gasto en el primer nivel de atención según actividad, 2020 (millones de pesos dominicanos)					
Componentes	Remuneraciones	Servicios	Bienes	Transferencias	Total
Dirección y coordinación	7860,0	8,4	17,6	-	7886,0
Actividades vinculadas a productos finales (servicios de consulta, emergencias y diagnósticos)	-	21,3	56,8	-	78,1
Total	7860,0	29,7	74,4	-	7964,1

Fuente: Elaborado a partir de bases de datos de presupuestos de Honduras y República Dominicana.



Esta publicación analiza el grado de alineamiento entre la necesidad de priorizar el primer nivel de atención con el desempeño presupuestario en salud y la capacidad de absorción del sector salud del incremento de los recursos financieros en el período 2019 a 2021.

La estrategia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el establecimiento de sistemas de salud resilientes enfatiza la necesidad de priorizar las inversiones en el primer nivel de atención por su incidencia en los niveles de acceso y cobertura. En este ámbito, los presupuestos públicos sirven como el mecanismo por excelencia para revisar las políticas públicas en las que se plasman las prioridades de los gobiernos y los diferentes actores del sistema de salud, se articula el modelo de atención y se reasignan recursos ante eventos de emergencia sanitaria.

La relevancia del presupuesto público se manifiesta también en la propuesta de incrementar la inversión en salud proveniente de recursos públicos, principalmente ingresos generales (o impuestos) para acercarse al 6% del producto interno bruto incluido en la estrategia de salud universal de la OPS.

El período de análisis de esta publicación se caracterizó por un incremento sin precedentes en el flujo de recursos financieros hacia el sector salud para asegurar la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a la emergencia sanitaria originada por la pandemia de la COVID-19. La mayor priorización de recursos públicos para la salud se viabilizó a través de la implementación de diferentes mecanismos de expansión fiscal, la utilización de recursos de emergencia y la adopción de medidas innovadoras en las reglas de gestión financiera pública.

Del análisis efectuado en este documento para ocho países de la Región de las Américas –sobre la base de información presupuestaria de acceso público– se obtuvieron varias lecciones que ponen de manifiesto la importancia de fortalecer las capacidades de gestión para una asignación más rápida, eficaz y equitativa, que se traduzca a la vez en una ejecución presupuestaria más eficiente y equitativa de acuerdo con los objetivos sanitarios.

Como tarea pendiente, resta establecer las relaciones entre la asignación y el uso de estos recursos con las barreras de acceso no-financieras y la interrupción de los servicios esenciales durante el mismo período.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL DE LAS AMÉRICAS

www.paho.org

