

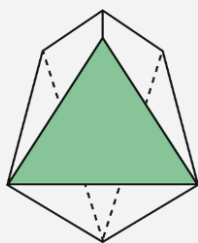
Salud y seguridad social

El sistema de salud argentino en perspectiva regional

Una comparación con nueve países sudamericanos

Documento técnico

Diciembre 2024



Fundación
Poliedro

Resumen ejecutivo

La evolución de las condiciones de salud en América Latina ha estado intrínsecamente ligada a los procesos históricos y sociales que han dado forma a las sociedades de la región. Este devenir ha estado impulsado por fenómenos que van desde transformaciones demográficas hasta la organización de respuestas sociales diversas frente a los desafíos de salud pública.

En este contexto, los sistemas de salud y su interacción con otras dimensiones de la vida social han definido realidades sanitarias heterogéneas en cada país, caracterizadas por una distribución desigual de recursos y disparidades en la cobertura de los servicios. Estas condiciones han configurado un panorama regional marcado por inequidades significativas en términos de morbilidad y mortalidad.

Frente a esta realidad, disponer de datos precisos y de calidad en perspectiva comparada, se torna imprescindible para orientar políticas basadas en evidencia. Este documento busca contribuir a este objetivo mediante un análisis del sistema de salud argentino y el estado de salud de su población en relación con nueve países sudamericanos: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. La perspectiva regional adoptada permite situar a Argentina dentro de un marco que comparte procesos históricos y dificultades estructurales similares, como el crecimiento de la pobreza y la desigualdad, facilitando la identificación de fortalezas, debilidades y oportunidades para la formulación de políticas efectivas.

Este análisis aborda aspectos esenciales de los sistemas de salud, tales como el tipo de cobertura de salud de la población, la disponibilidad de camas hospitalarias, los recursos humanos en salud y el financiamiento, elementos que reflejan la capacidad de los sistemas para responder a las necesidades asistenciales. Asimismo, se evalúan indicadores del estado de salud de la población como la cobertura de vacunación, la salud materno-infantil, las causas de muerte prematura y discapacidad predominantes y los factores de riesgo.

Cita sugerida

Fundación Poliedro (2024). *El sistema de salud argentino en perspectiva regional. Una comparación con 9 países sudamericanos*. Dirección de Salud y Seguridad Social. Fundación Poliedro. Diciembre, 2024.



Índice

Introducción	4
El continente sudamericano	5
Argentina y la región en seis indicadores sanitarios	6
El contexto económico y social	8
Sistemas de Salud	11
1. Cobertura de salud de la población	11
2. Camas hospitalarias	13
3. Trabajadores de la salud	14
4. Financiamiento en salud	17
Estado de Salud	22
1. Esperanza de vida al nacer	22
2. Natalidad	24
3. Salud materno infantil	26
4. Cobertura de vacunación	32
5. Carga de enfermedad	34
Consideraciones finales	37
Bibliografía	42



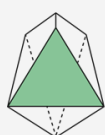
Introducción

La evolución de las condiciones de salud en América Latina ha sido profundamente moldeada por el devenir histórico de sus sociedades, en un proceso impulsado por diversos fenómenos que abarcan desde cambios demográficos hasta la organización de variadas respuestas sociales frente a los problemas de salud de sus poblaciones. Todo ello ha transformado significativamente el panorama sanitario de la región. Sin embargo, la realidad sanitaria en cada país de América Latina ha seguido una senda particular, moldeada por la interacción de su sistema de salud con otras esferas de la vida social. A ello se suman factores como la concentración desigual de recursos y las disparidades en la cobertura de salud, que han dado lugar a un panorama heterogéneo y a menudo desigual en términos de morbilidad y mortalidad en toda la región.

En América Latina, se evidencia un **perfil epidemiológico complejo en el que coexisten enfermedades infecciosas persistentes –aunque en declive– y un crecimiento marcado de enfermedades no transmisibles** que han ganado relevancia en los últimos años. En Argentina, esta diversidad epidemiológica se acentúa por las diferencias que existen entre las distintas jurisdicciones y por las variaciones según el nivel socioeconómico, dando lugar a considerables brechas sanitarias que vulneran el cuidado de la salud de la población.

Para orientar el debate y la acción en salud pública es esencial disponer de información precisa y de calidad que permita tomar decisiones informadas. Además, las políticas sanitarias y los resultados que estas logran se encuentran profundamente condicionados por el contexto en el cual se implementan. En este sentido, **comprender los desafíos del sistema de salud argentino requiere situarlo en un marco comparativo que incluya a otros países de la región con los cuales comparte no solo una historia y un proceso de consolidación nacional similar, sino también dificultades estructurales**, como el crecimiento de la pobreza y la desigualdad.

Desde este marco, el presente documento propone una mirada comparativa sobre el sistema de salud argentino y el estado de salud de su población, en relación con otros nueve países de Sudamérica: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Esta perspectiva regional constituye una herramienta indispensable para identificar fortalezas, debilidades y oportunidades para el desarrollo de políticas de salud en un contexto social y económico tan desafiante como el latinoamericano.



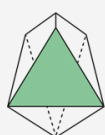
El continente sudamericano

Sudamérica, con alrededor de 17,8 millones de km², abarca una vasta diversidad geográfica que incluye llanuras extensas, desiertos, selvas y cadenas montañosas y que se traduce en una amplitud de recursos naturales, desde la biodiversidad en la cuenca del Amazonas hasta los ricos depósitos minerales en las regiones andinas (Minkel et al, 2024).

En términos políticos, la región está compuesta por 12 países independientes —en este trabajo no se incluyen a dos de ellos: Guyana y Guayana Francesa—, cada uno con su propio sistema político y de gobierno. La forma de gobierno predominante es la democracia representativa, aunque la región ha experimentado períodos de inestabilidad política en el pasado. Argentina, Brasil y Venezuela son repúblicas federales, mientras que el resto de los países cuentan con una organización política de tipo unitario. Brasil es la nación más grande y poblada de Sudamérica, seguido por Argentina y Colombia.

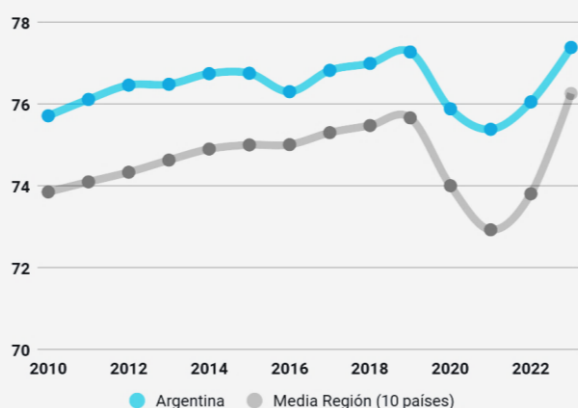
En términos económicos, **Sudamérica presenta fuertes contrastes entre regiones, albergando una mezcla de economías en desarrollo y emergentes**. Con aproximadamente el **5% de la población mundial**, la región representa entre el 5 y el 6% del PIB global, siendo Brasil su país más populoso y su economía más importante. Las naciones sudamericanas exportan una variedad de productos asociados a los recursos naturales, entre los que se destacan los minerales, el petróleo, los productos agropecuarios y los alimentos procesados, así como una variedad de servicios y de productos manufacturados. Brasil y Argentina son destacados exportadores agropecuarios a nivel mundial, mientras que países como Chile y Perú son conocidos por sus exportaciones mineras, especialmente de cobre. En un marco de relativa falta de diversificación y agudas desigualdades, las crisis de deuda y los desequilibrios macroeconómicos afectan con frecuencia a la región (Fundación Poliedro, 2024a).

Los sistemas de salud sudamericanos cuentan con una rica historia, desplegada al calor del desarrollo de la sociedad civil, el fortalecimiento de las capacidades estatales y la expansión del estado de bienestar durante finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. En una región con poblaciones diversas y grandes extensiones territoriales, **los sistemas de salud han debido dar respuesta a las necesidades de salud de su población en contextos de demandas sociales crecientes y fuertes restricciones** presupuestarias, de infraestructura y de recursos humanos.



Argentina y la región en seis indicadores sanitarios

1. Esperanza de vida al nacer



Entre 2010 y 2019, la **esperanza de vida tendió a crecer** de manera consistente en la región. Sin embargo, la llegada de la pandemia se tradujo en una caída promedio de 2,7 años, que recién comenzó a ser revertida en 2022 y 2023. **Entre 2010 y 2023, el indicador se incrementó en un promedio de 3,3%.** Perú lideró la mejoría con una tasa de 5,5%, seguido por Bolivia, Brasil, Colombia y Chile, que rondaron el 3,6%. **Argentina y Uruguay presentaron las alzas más reducidas: 2,2% y 1,7% respectivamente.** Venezuela fue el único país con tasa decreciente durante el período (-0,5%).

Fuente: División de Población ONU (2023).

2. Cobertura pública exclusiva de salud

Las cifras presentadas reflejan la proporción de la **población que cuenta con cobertura de salud únicamente por un esquema cuyos fondos provienen principalmente de las arcas públicas.** Se diferencia, entonces, de los esquemas de financiamiento por aporte compulsivo o voluntario. En la mayoría de los países de la región, la población con **cobertura pública exclusiva** alcanza porcentajes de entre el 70% y el 40%. En el caso de Chile, el FONASA cubre al 77% de la población, pero solo el Tramo A, el más pobre, es financiado directamente por el Estado.

ARG 2021	BOL 2023	BRA 2019	CHI 2021	COL 2021	ECU 2008	PAR 2019	PER 2020	URU 2021	VEN 2014
39%	52%	71%	15%	51%	70%	73%	64%	29%	51%

Fuente: MSAL (2023), Vargas (2021), IBGE (2020), DEIS (2021), Minsalud (2022), Ruth et al (2011), MSP (2019), CDN (2021), OPS (2021a), Carrillo Roa (2019).



3, 4 y 5. Recursos financieros, físicos y humanos en salud

Gasto per cápita en salud



Camas cada 10.000 h



Personal cada 10.000 h



Fuente: OMS (2023) Global Health Observatory Indicators y OPS (2023c) Core Indicator Dashboard.

En 2020, Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay invirtieron el equivalente a más del 9% de su Producto Interno Bruto (PIB) en salud. Se observa una tendencia similar en términos de gasto por habitante, donde el gran volumen poblacional de Brasil deja al país significativamente por debajo de sus pares del cono sur. **Argentina ocupa el 2° lugar tanto en gasto per cápita como en porcentaje del PIB.**

Argentina y Uruguay, por otro lado, presentan la mayor tasa de camas hospitalarias, con los valores más bajos correspondiendo a Paraguay y Venezuela. **Argentina es el país con la mayor tasa de camas hospitalarias en la región, más que duplicando el promedio con 50 camas cada 10 mil habitantes.** En cuanto a la densidad de profesionales de la salud, Uruguay, Brasil, Argentina y Chile son los únicos países que superan la cifra de 44,5 cada diez mil habitantes recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

6. Porcentaje de población con vacuna triple bacteriana

La **cobertura de vacunación** es de utilidad para poder **medir el acceso de las personas al sistema de salud, particularmente en el primer nivel de atención**, dando cuenta de la efectividad de las políticas de prevención de enfermedades inmunoprevenibles y su distribución a lo largo y ancho de cada territorio. La DTP3 (DTPa, triple bacteriana acelular) es utilizada como trazadora de cobertura vacunal por la OPS. **Chile, Uruguay, Colombia, Perú y Argentina presentan valores de cobertura superiores al 80%.** Venezuela y Paraguay, por su parte, no alcanzan el 60% de inmunización.

ARG	BOL	BRA	CHI	COL	ECU	PAR	PER	URU	VEN
81%	70%	68%	95%	87%	72%	58%	82%	91%	56%

Fuente: OPS (2023b) Immunization data and statistics.

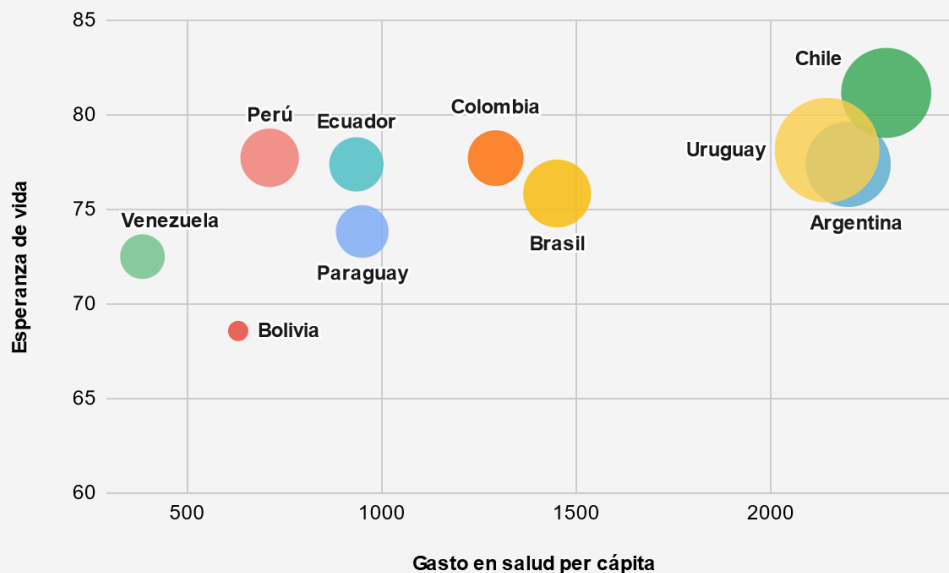


El contexto económico y social

Una lectura rápida de la sección anterior alcanza para constatar lo evidente: **existen fuertes disparidades en los indicadores de salud en Sudamérica**. Estas brechas no pueden ser comprendidas sin una radiografía del contexto económico y social de los países involucrados: si bien las políticas sanitarias y la eficacia, eficiencia y progresividad del sistema de salud tienen un impacto sobre los resultados sanitarios (Papanicolas et al., 2022), ningún sistema opera en el vacío. Las condiciones demográficas, la situación social y el nivel de desarrollo económico constituyen determinantes directos e indirectos del estado de salud de la población (Kamiya, 2010; Marmot y Wilkinson, 2005; Or, 2001).

Tan solo un ejemplo de esta correlación puede observarse en la Figura 1: la **esperanza de vida al nacer en los países analizados parece estar positivamente asociada con el nivel de gasto en salud per cápita, pero también con el PIB per cápita**. En este sentido, antes de presentar algunos indicadores sobre los sistemas de salud nacionales y sobre sus estados de salud, corresponde repasar brevemente las condiciones socioeconómicas diferenciales que atraviesa cada país.

Figura 1. Gasto per cápita en salud y esperanza de vida en países seleccionados.



Fuente: elaboración propia en base a datos de OPS (2019), Banco Mundial (2023) y ONU (2023). **El tamaño de las burbujas corresponde al PIB per cápita.**

* Gasto en salud per cápita: 2019 / PIB per cápita: 2022 / Esperanza de vida: 2023.



Para comenzar, la Tabla 1 presenta una síntesis de los aspectos demográficos y socioeconómicos más importantes a la hora de contextualizar la realidad de los sistemas de salud de las naciones sudamericanas. La demografía, la extensión geográfica y el desarrollo económico, especialmente, son variables que presentan diferentes desafíos, fortalezas y debilidades a la hora de garantizar la salud de los ciudadanos.

Tabla 1. Principales factores demográficos y socioeconómicos

	ARG	BOL	BRA	CHI	COL	ECU	PAR	PER	URU	VEN
Población (millones) 2022	46,23	12,01	203,01	19,83	51,68	16,93	7,45	33,39	3,55	32,61
Superficie (miles km ²)	2.780	1.098	8.515	0.775	1.141	0.283	0.406	1.285	0.176	0.916
PIB per cápita (USD) 2022	13.801	3.600	9.071	15.367	6.643	6.391	6.150	7.125	20.832	5.040
Índice de Desarrollo Humano 2021	0,842	0,692	0,754	0,855	0,752	0,740	0,717	0,762	0,809	0,726
Esperanza de vida 2022	76,1	64,9	73,4	79,5	73,7	77,9	70,5	73,4	78,0	71,1
Tasa de natalidad 2022	13,8	21,6	12,6	11,8	13,9	16,6	20,3	17,4	10,4	15,6
Porcentaje de personas +65 años 2021	11,7	10,6	10,9	12,7	9,2	7,7	5,7	8,3	15,5	8,3
Población bajo el umbral internac. de pobreza 2021	1,0	2,0	5,8	0,7	6,6	3,6	0,7	2,9	0,1	-
Tasa de desempleo 2022	6,3	4,3	7,9	8,0	9,5	3,2	5,8	4,7	7,9	-
Tasa de homicidios 2015	6,3	9,5	27,3	3,4	30,0	9,8	9,4	6,1	8	51,4

Fuentes: elaboración propia en base a fuentes variadas. Consultar referencias bibliográficas.

La tabla refleja contrastes significativos entre los países sudamericanos. El análisis de las variables demográficas muestra **grandes variaciones en el tamaño poblacional de los países lo que, sumado a las diferencias en superficie, se traducen en densidades poblacionales y distribuciones en el territorio muy heterogéneas**. A su vez, Argentina, Brasil, Chile y Uruguay se ubican dentro de los países que presentan mayor proporción de población envejecida al mismo tiempo que las menores tasas de natalidad. Bolivia, Paraguay, Perú y Ecuador, en cambio, muestran el comportamiento inverso. Es bien sabido que diferentes estructuras y comportamientos demográficos supondrán desafíos sanitarios diferenciales para cada país.

En la Tabla 1 destacan, a su vez, grandes disparidades en la tasa de homicidios encabezadas por Venezuela y Colombia con valores muy superiores a los de la media regional. Reflejo de fenómenos

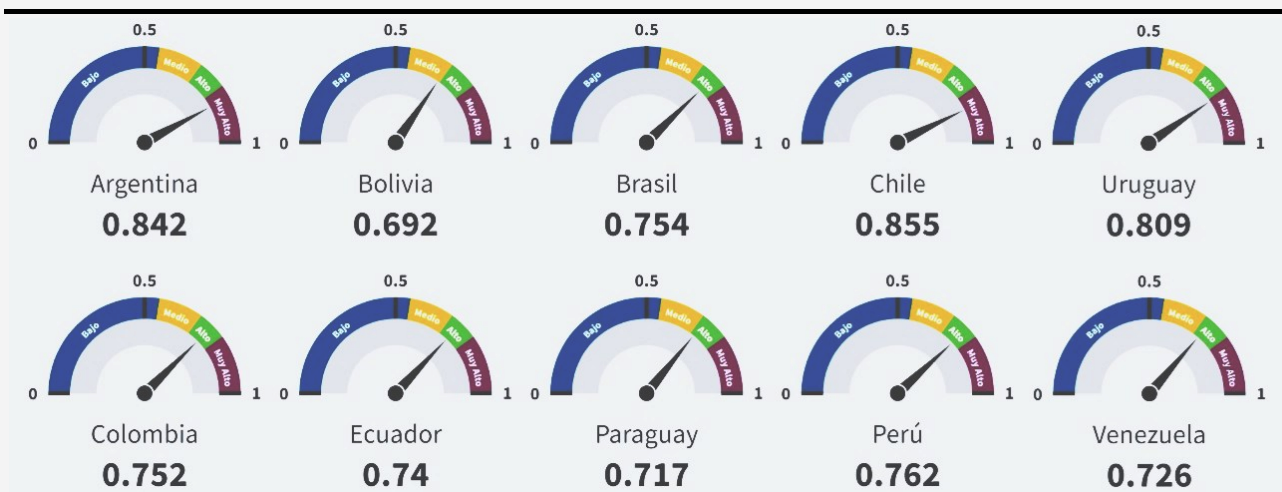


sociales complejos, esta problemática repercute en determinar cuáles son las principales causas de muerte de dichos países.

En la **dimensión económica**, Uruguay más que quintuplica a Bolivia en relación al PIB per cápita, mientras que Argentina se destaca por ser el tercer país mejor posicionado detrás de Uruguay y Chile. Las asimetrías se reproducen cuando se analiza la población bajo el umbral internacional de pobreza, donde Colombia presenta una proporción sesenta y seis veces mayor que Uruguay. En la tasa de desempleo las diferencias se sostienen, pero en menor medida. Las desigualdades económicas se traducen en inequidades en el acceso a recursos y servicios esenciales y, como ya fue dicho, acaba por condicionar las políticas de salud.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹, tiene el fin de comparar el nivel de desarrollo en los diferentes países, pudiendo tomar valores entre el 0 y el 1 que buscan reflejar el nivel de desarrollo humano a partir de tres dimensiones: la salud, la educación y el nivel de ingresos. Como es esperable, el ranking de países se correlaciona con el indicador de esperanza de vida al nacer (EVN). En Sudamérica, solo **Chile, Argentina y Uruguay presentan valores de IDH superiores a 0,8 (IDH muy alto)**; Perú, Brasil y Colombia se ubican en cifras de entre 0,75 y 0,76; Paraguay, Venezuela y Ecuador, entre 0,74 y 0,72. Bolivia es el único país de la región que aún cuenta con un IDH medio, aunque, con 0,692, es probable que sea calificado como "Alto" en el mediano plazo (Figura 2).

Figura 2. Índice de Desarrollo Humano (IDH) por país. Año 2022.



Fuente: elaboración propia en base a PNUD (2022).

¹ Indicador compuesto diseñado en 1990 por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)



Sistemas de Salud

El sistema de salud de un país representa una **respuesta organizada de la sociedad ante las necesidades y problemas sanitarios** de su población, integrando recursos, actores e instituciones en torno a los procesos de regulación, financiamiento y provisión de servicios (Fundación Poliedro, 2024b). En este marco, la preservación y mejora de la salud de las poblaciones se convierten en objetivos primordiales, y su cumplimiento depende de la coordinación entre diversos sectores y del modo en que se organiza económica y socialmente cada comunidad. **En el contexto latinoamericano, la estructura y desempeño de los sistemas de salud varían significativamente de acuerdo con las capacidades y prioridades de cada país.** Para evaluar la efectividad y equidad del sistema de salud argentino en relación con otros países de la región, en este documento se analizan aspectos fundamentales que reflejan su alcance y funcionamiento: la cobertura de salud de la población, que indica el acceso a servicios de calidad; la disponibilidad de camas hospitalarias, como indicador de infraestructura; el número y distribución de trabajadores de la salud, que determina la capacidad de atención; y el financiamiento en salud, que señala la inversión destinada a responder a las necesidades sanitarias.

1. Cobertura de salud de la población

Desde la perspectiva del financiamiento, los habitantes de América del Sur disponen de diferentes coberturas que les permiten hacer frente a los costos asociados con la atención médica y sus servicios relacionados. **Todos los países analizados cuentan con algún tipo de cobertura con financiamiento público**, la cual se combina, bajo diferentes modalidades, con esquemas de contribuciones obligatorias y/o voluntarias. En la Figura 3 se presenta la proporción de personas abarcadas por cada tipo de cobertura en cada país.

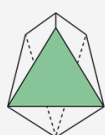
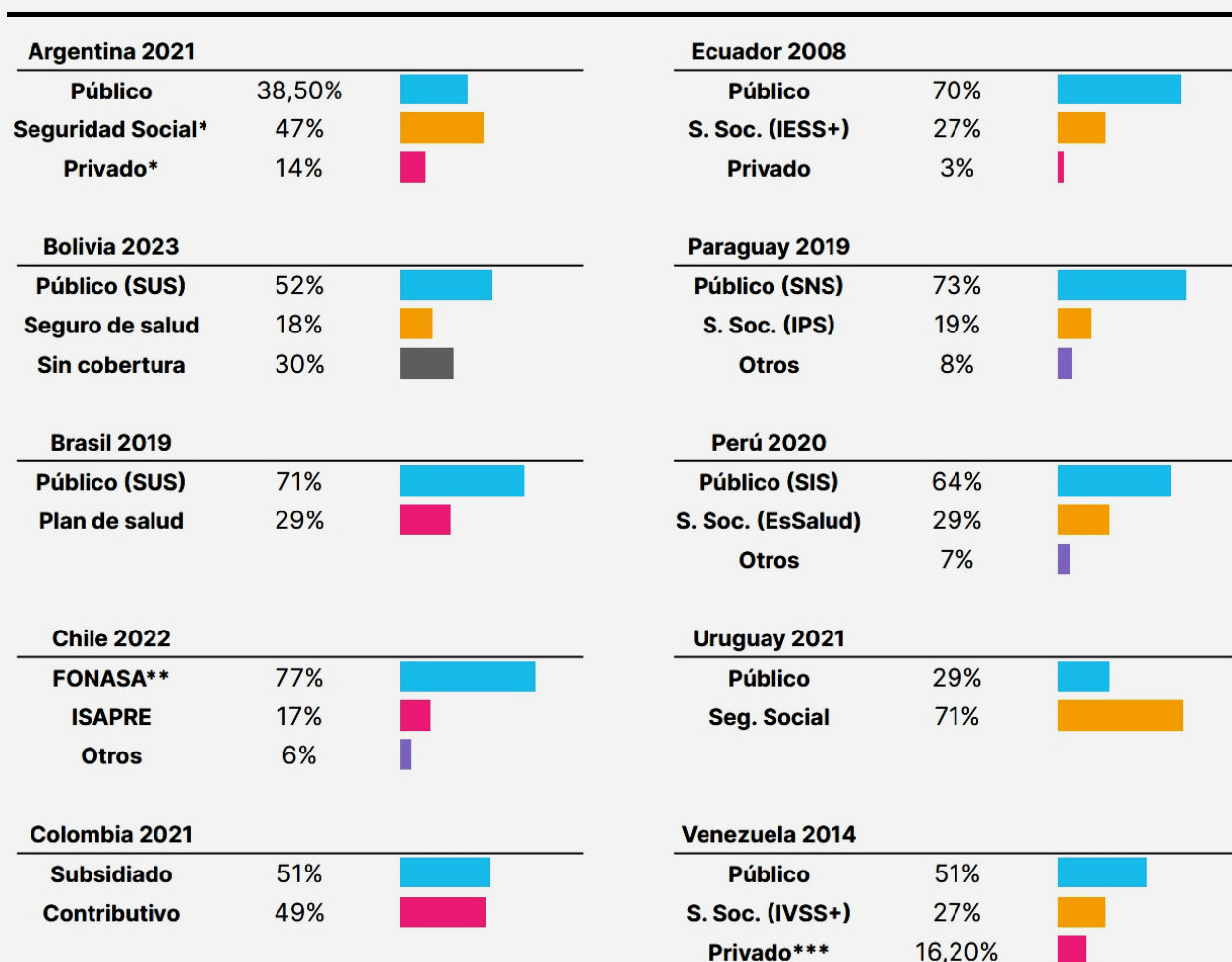


Figura 3. Coberturas de salud por subsistema.



* Se estima la distribución entre seguridad social y privado en base a "Coberturas de Salud en Argentina" (MSAL, 2022).

** Solo el Tramo "A" es financiado públicamente para personas 'carentes de recursos'. Los Tramos "B", "C" y "D" cotizan. El Tramo "A" equivale al 15,40% de la población total. // *** A 2023, se considera que este número se redujo al 5%.

Fuente: elaboración propia en base a las siguientes fuentes: Argentina (INDEC, 2023), Bolivia (Revista Y/O, 2023), Brasil (IBGE, 2019), Chile (DEIS, 2021), Colombia (Minsalud, 2022), Ecuador (Lucio et al., 2011), Paraguay (MSPyBS, 2019), Perú (SuSalud, 2020), Uruguay (OPS, 2021), Venezuela (Carrillo Roa, 2018).

Como puede observarse, en la mayoría de los países de la región el porcentaje de población cubierto por un esquema cuyos fondos provienen principalmente de las arcas públicas alcanza proporciones elevadas, de entre el 70% y el 40%. Destaca el hecho de que Argentina se ubica entre los que presentan menor porcentaje, por detrás de Uruguay.

Todos los países, con excepción de Brasil, cuentan con un sistema de seguridad social, donde trabajadores y/o empleadores realizan contribuciones obligatorias a un fondo que luego se utiliza

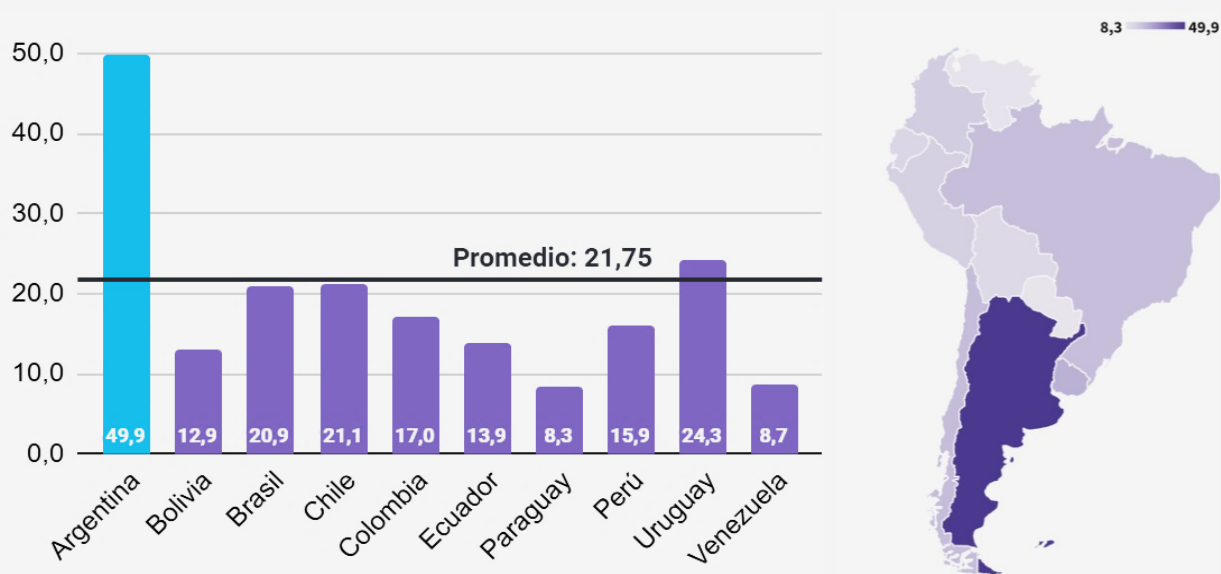


para financiar la atención médica. **Uruguay, Argentina, Chile y Colombia cuentan con sistemas de seguridad social amplios y consolidados.** En el caso de Chile, la cobertura pública y de seguridad social se combinan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es financiado por aportes y contribuciones en sus tramos B, C y D y por recursos públicos en su Tramo A, el que abarca a la población más necesitada. En Colombia, por su parte, el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado financian a entidades privadas de promoción de la salud a fin de garantizar la cobertura del Plan Obligatorio de Salud (POS). Del mismo modo, en Uruguay tanto la cobertura pública (financiada por rentas generales) como la seguridad social contienen el mismo plan de servicios de salud (PIAS).

2. Camas hospitalarias

La tasa de camas hospitalarias es utilizada para medir la disponibilidad de servicios de internación a lo largo del sistema de salud. Aunque no existe un criterio de referencia global sobre la densidad óptima de camas, la estandarización por 10.000 habitantes permite comparar valores entre los diferentes países de la región. Una mayor disponibilidad de camas por habitantes no necesariamente refleja un mejor desempeño del sistema de salud, pero sí ofrece una perspectiva sobre su paradigma de organización (OMS, 2023).

Figura 4. Camas hospitalarias cada 10.000 habitantes (2016–17)



Fuente: elaboración propia en base a OMS (2023c).

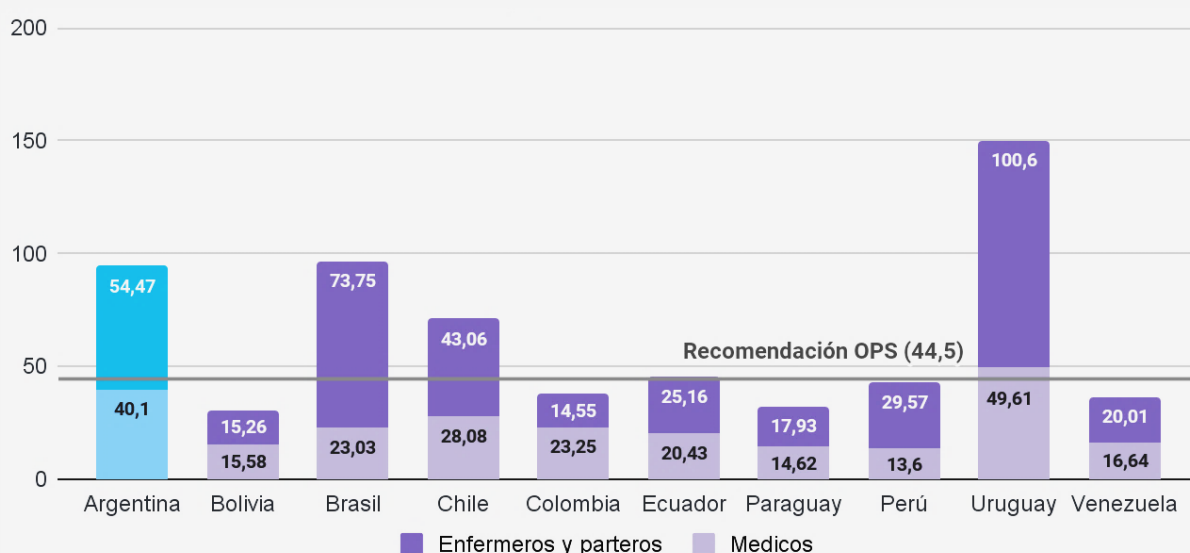


A nivel regional, Uruguay, Chile y Brasil presentan cifras cercanas al promedio sudamericano (de 24, 21 y 21 respectivamente), con Colombia alcanzando las 17 camas cada 10 mil habitantes. **Argentina, por su parte, duplica la media regional y dispone de 50 camas cada 10 mil.** Venezuela y Paraguay, con 8,7 y 8,3 camas por 10 mil respectivamente, se ubican en los últimos puestos en términos de camas hospitalarias por habitante.²

3. Trabajadores de la salud

Al igual que con las camas hospitalarias, la densidad de trabajadores de salud es un indicador clave para medir la disponibilidad de personal y, en consecuencia, evaluar el acceso, la calidad y la cobertura de un sistema de salud. Naturalmente, este indicador no refleja dichas variables de manera abarcativa: es preciso tener en cuenta su distribución geográfica, su formación y capacitación y los insumos con los que cuentan, entre otros factores intervinientes.

Figura 5. Médicos, enfermeros y parteros cada 10.000 habitantes, 2018 – 21



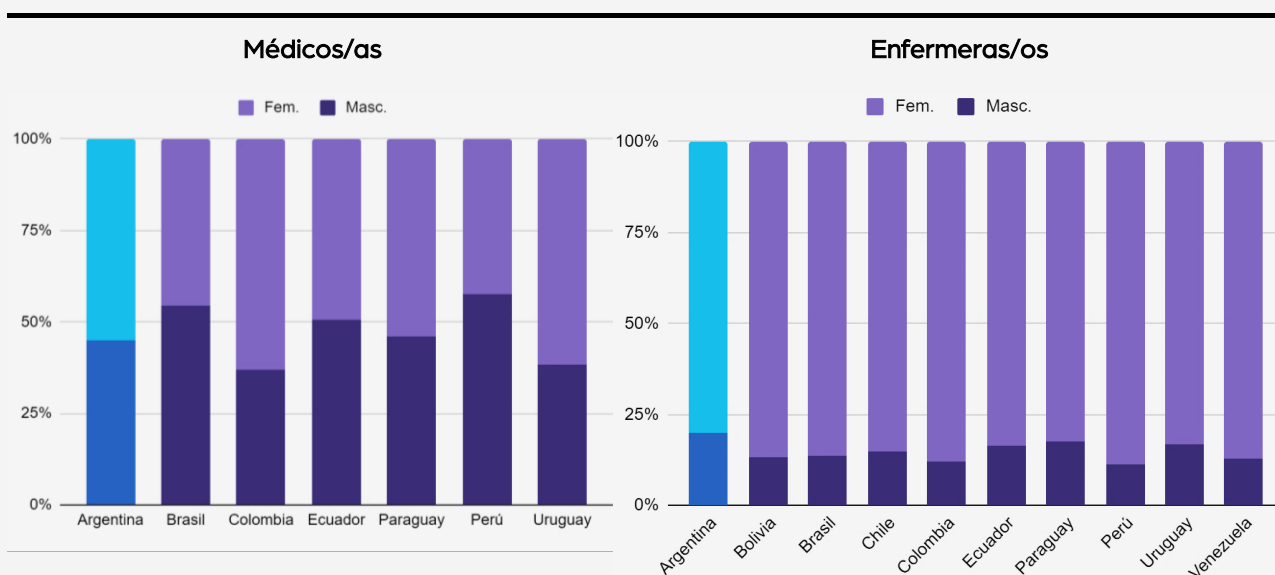
Fuente: elaboración propia en base a OMS (2023a).

² Como contextualización a nivel internacional, países como Estados Unidos, Canadá, Italia, Reino Unido y Dinamarca presentan valores de entre 20 y 30 camas cada 10 mil, mientras que Francia, Alemania, los países de la Ex Unión Soviética y la mayoría de las naciones de Europa del Este cuentan con cifras superiores a las 50 camas por 10 mil. En el extremo inferior, India, Pakistán, Indonesia, México y la mayoría de los países de América Central y África Subsahariana promedian valores menores a las 10 camas cada 10 mil; en el extremo superior, los sistemas de salud de Japón y Corea del Sur superan las 120 camas cada 10 mil habitantes.



En la Figura 5 se compara la densidad acumulada de médicos, enfermeros y parteros de los países de América del Sur en relación con el umbral mínimo recomendado por la OPS en 2016 (Colaboradores GBD, 2022).³ En promedio, la región cuenta con 23,9 médicos y 51,8 enfermeros y parteros cada 10.000 habitantes, resultando en un valor acumulado de 75,7 por 10.000. Esta cifra, sin embargo, está guiada por **tres países que superan ampliamente la media: Uruguay (150,21), Brasil (96,78) y Argentina (94,57)**. Además de ellos, Chile (71,14) y Ecuador (45,59) son los únicos países que superan el umbral de 44,5 estimado por la OPS, aunque Perú presenta una cifra muy cercana (43,17). Por otra parte, Uruguay y Argentina, con 49,6 y 40,1 médicos cada 10.000 habitantes respectivamente, superan ampliamente la media para esta categoría.

Figura 6. Médicos y enfermeros según género



Fuente: elaboración propia en base a OMS (2023a). // Los datos corresponden al reporte más reciente del período 2016 a 2021, variando según país. Dada la relativa estabilidad del indicador, es posible mantener la comparación.

En lo que respecta a distribución de género (Figura 6), se observa una **intensa feminización de la profesión de enfermería**, con cifras masculinas que en ningún caso superan el 25%. La medicina, en cambio, se aproxima a la paridad de género en todos los países analizados, con una leve mayoría de proporción femenina.

³ Cabe aclarar que el personal de enfermería y parteros abarca tanto a quienes ejercen la enfermería como a quienes practican la obstetricia dentro de una región nacional o subnacional específica. Según la fuente de datos utilizada, puede referirse exclusivamente al personal activo en dichas profesiones o a la totalidad de los profesionales registrados en estas áreas.



Tabla 2. Plazas anuales de residencias en especialidades seleccionadas c. 100.000 habitantes⁴

	Medicina general*	Pediatría	Medicina interna	Ginecología y obstetricia	Cirugía general	Total
Argentina	0,75	1,13	0,86	0,49	0,37	3,60
Bolivia	0,83	0,42	0,32	0,34	0,25	2,17
Brasil	0,25	0,58	0,81	0,43	0,61	2,68
Chile	0,20	0,42	0,59	0,24	0,28	1,73
Colombia	0,03	0,19	0,21	0,13	0,11	0,68
Paraguay	0,58	0,64	0,36	0,54	0,31	2,43
Perú	0,20	0,38	0,28	0,37	0,27	1,50
Uruguay	1,13	0,98	0,93	0,48	0,28	3,80

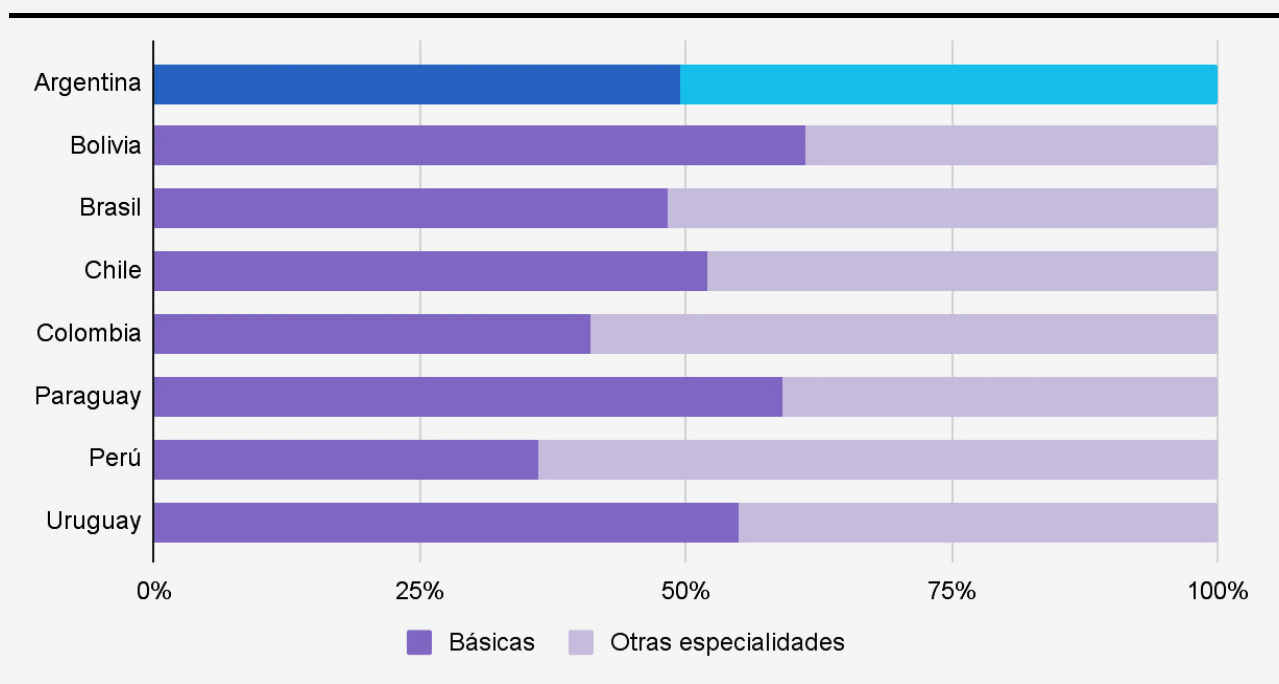
Fuente: elaboración propia en base a OPS (2011) // * Incluye medicina general integral, familiar y comunitaria.

La Tabla 2 ofrece información desagregada sobre las plazas anuales disponibles en cada país para la realización de residencias en especialidades médicas definidas por la OPS como básicas. A fin de favorecer la comparabilidad, se estandarizan los cupos cada 100.000 habitantes. Como puede observarse, **Uruguay, Argentina y Brasil tienen un desarrollado sistema de residencias, asentado principalmente en la medicina general, la pediatría y la medicina interna** en el caso de los dos primeros países, y en la medicina interna y la cirugía en el caso de Brasil. Colombia presenta valores muy por debajo del promedio, dando indicios de un sistema de residencias poco desarrollado en términos regionales. La carga de especialidades básicas, reflejada en la Figura 7, es relativamente equilibrada a lo largo de los países, destacándose su falta de preponderancia en Perú y su alto peso en Bolivia y Paraguay.

⁴ Cabe destacar que los datos presentados corresponden al año 2011 y que desde entonces la oferta de plazas de residencia y su cobertura por especialidad presentaron variaciones significativas.



Figura 7. Proporción de plazas de residencia correspondientes a especialidades seleccionadas. Año 2010.



Fuente: elaboración propia en base a OPS (2011). No se reporta información para Ecuador.

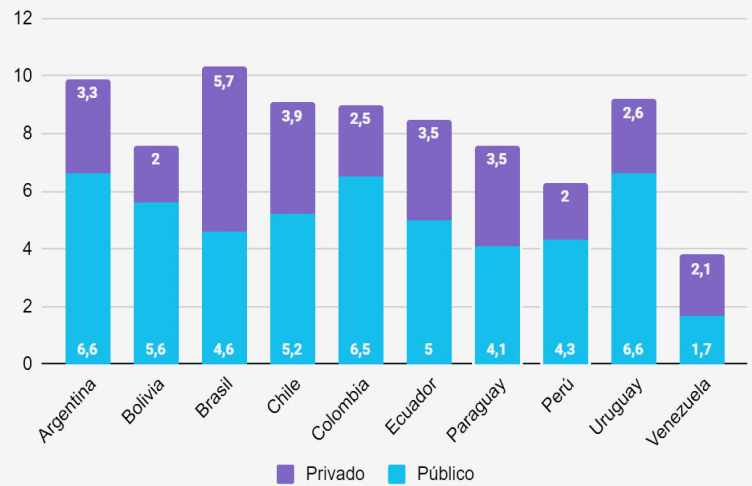
4. Financiamiento en salud

El gasto en salud no es el único factor que explica el desempeño de los sistemas sanitarios, pero continúa siendo un elemento ineludible para analizar su estructura y sus capacidades. En este apartado, se ofrece información del **gasto público y privado ajustado por PIB** y por población y desplegado a lo largo del tiempo.

Como puede observarse en la Figura 8, **Brasil, Argentina y Ecuador presentan las tasas más altas de gasto en salud en términos de su PIB**, destacándose el volumen del gasto privado (5,7) en el país más grande de la región. Con excepción del caso venezolano, el gasto de todos los países se ubica entre el 6% y el 10%, y el gasto público entre el 4 y el 6,6%. En Argentina, Colombia y Uruguay la fuerte inversión en salud se ve apalancada por el **gasto público, que incluye tanto al subsistema público como al de la seguridad social**.



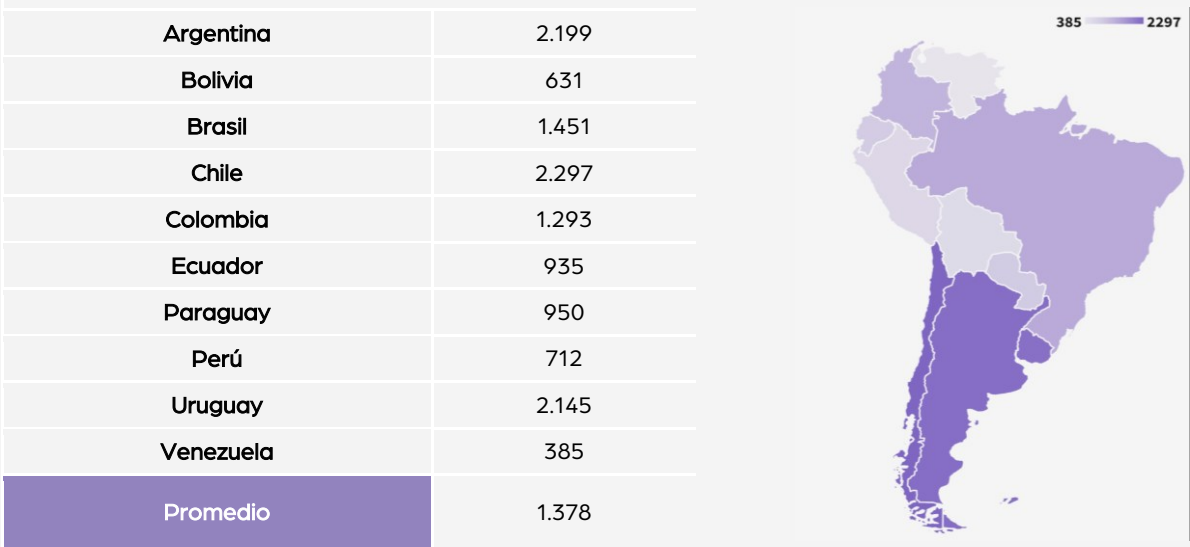
Figura 8. Gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB (2023)



Fuente: elaboración propia en base a OMS (2023d).

Tal como exhibe la Figura 9, a nivel regional, el promedio de gasto per cápita es de 1.378 USD. **Chile, Argentina y Uruguay son los países con mayor gasto por habitante** (2.297, 2.199 y 2.145 USD respectivamente). Brasil, el país con la economía de mayor volumen y la población más numerosa, da cuenta de una inversión sanitaria per cápita de 1.451 USD, lo cual lo ubica por encima de la media regional. Colombia, Paraguay, Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela, por su parte, sostienen valores de gasto por debajo del promedio de Sudamérica.

Figura 9. Gasto en salud anual per cápita en USD (2019)



Fuente: elaboración propia en base a OPS (2023c).

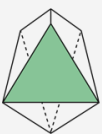
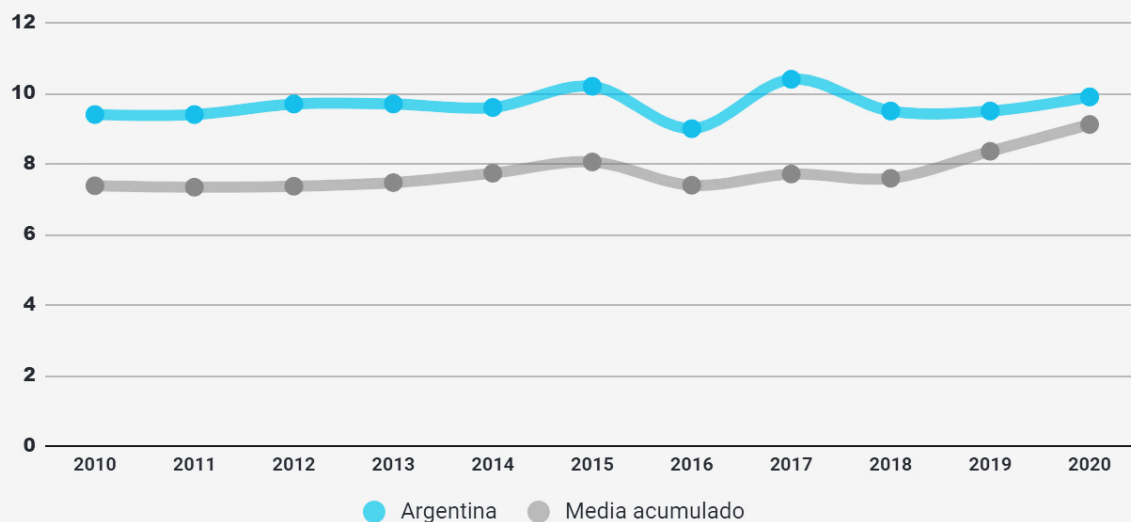


Figura 10. Evolución del gasto acumulado en salud como % del PIB. Argentina y media regional (2010 – 2020)

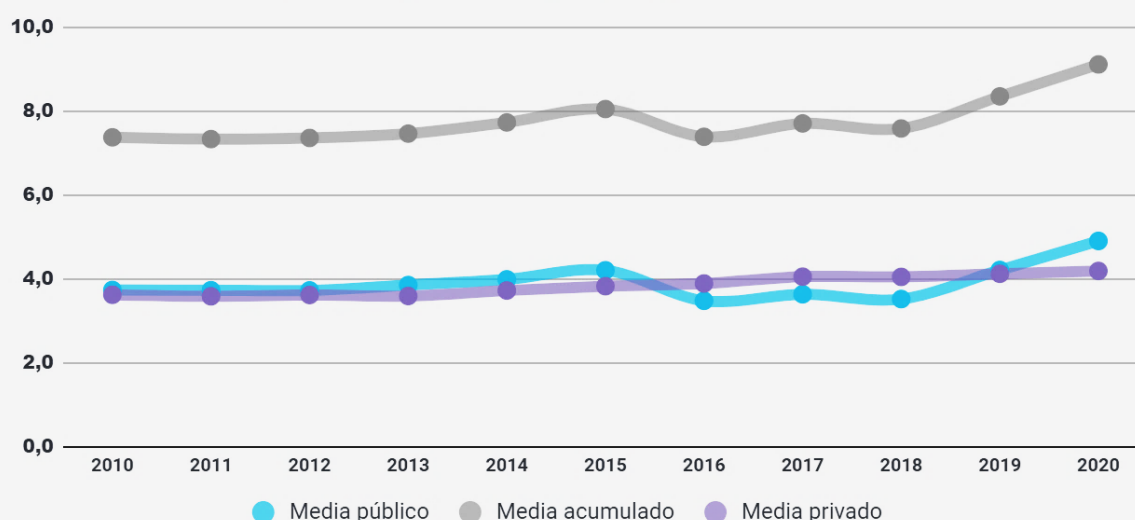


Fuente: elaboración propia en base a OMS (2023d).

Analizando la variación del gasto a lo largo del tiempo (Figura 10), se destaca una tendencia creciente en el gasto en salud tanto en la Argentina como en la totalidad de Sudamérica. **La media del gasto acumulado en la región pasó de 7,4% del PIB en 2010 a 9,1% en 2020**, principalmente debido a un incremento en los últimos dos años del período. Desde entonces, la brecha entre el valor nacional y el promedio regional, que supo ser de 2,7 puntos ha tendido a achicarse: en 2020, el gasto en Argentina era apenas 0,8 puntos superior.



Figura 11. Evolución del gasto en salud por sector público y privado como % del PIB. Países de Sudamérica (2010 – 2020)



Fuente: elaboración propia en base a OMS (2023d).

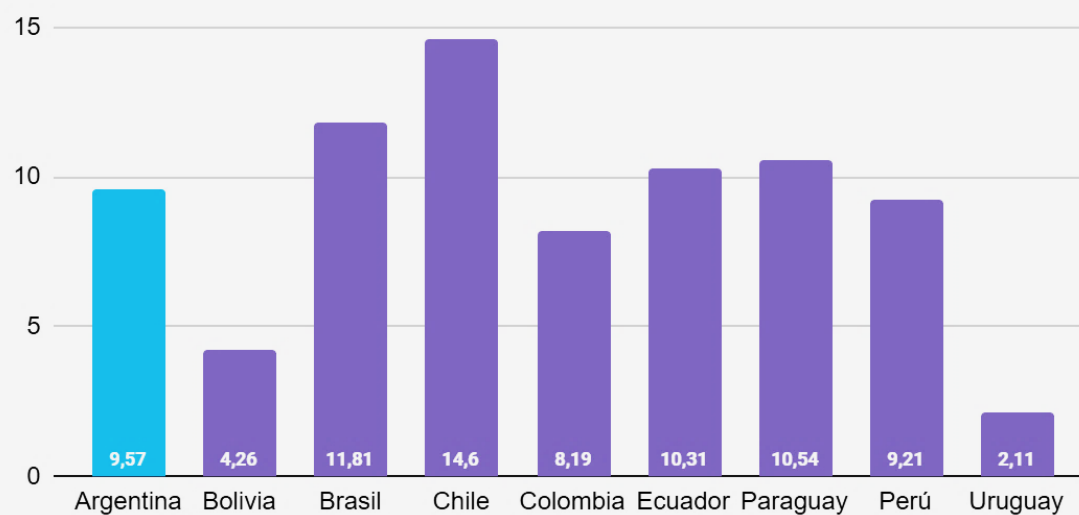
Al desagregar el gasto, la Figura 11 da cuenta de una división prácticamente paritaria entre el gasto público y el gasto privado a nivel regional, los cuales tendieron a orbitar los 4 puntos del PIB durante todo el período. Como puede observarse, tanto la caída durante 2016–2018 como el incremento posterior tuvieron como motor principal al gasto público, mientras que el gasto privado se mantuvo generalmente estable, con una leve tendencia positiva.

La Figura 12 exhibe la incidencia del gasto catastrófico en salud⁵ en los hogares de Sudamérica. Uruguay y Bolivia presentan las cifras más bajas, mientras que en Chile, Brasil, Paraguay y Ecuador más del 10% de los hogares deben afrontar gastos catastróficos en salud, encontrándose Argentina (9,57%) y Perú (9,21%) apenas por debajo.

⁵ Definido como el gasto destinado a la salud que supera el 10% del ingreso disponible del hogar.



Figura 12. Porcentaje de población cuyo hogar cuenta con gastos de bolsillo en salud superiores al 10% del gasto o ingreso del hogar.



Fuente: elaboración propia en base a OMS (2018).



Estado de Salud

El estado de salud de una población, evaluada a través de resultados sanitarios, constituye un indicador clave del desarrollo de una sociedad y refleja, concordantemente, tanto sus condiciones socio-económicas como la efectividad del sistema de salud que la sostiene. De esta manera, el presente apartado repasa **indicadores esenciales que ilustran diferentes ángulos del estado de salud de las poblaciones de los países seleccionados**. La esperanza de vida al nacer representa una medida resumen de la mortalidad de una población que, al no verse afectada por la estructura por edad, permite comparaciones precisas entre países o regiones, reflejando de manera general las condiciones de salud y vida de la población.

Por su parte, las tasas de natalidad y el crecimiento vegetativo son fundamentales para comprender la dinámica demográfica de una población, ya que proporcionan información sobre su expansión o declive, la demanda futura de servicios de salud y el impacto de las políticas sociales y sanitarias sobre la estructura poblacional. A su vez, la salud materno-infantil indica la calidad y el acceso a los servicios de salud en las etapas más vulnerables de la vida, reflejando la efectividad de los sistemas de atención en la prevención y el tratamiento de riesgos para la madre y el niño.

Por otro lado, el análisis de la cobertura de vacunación es clave para evaluar el acceso equitativo a servicios preventivos de salud, ya que garantiza la protección de la población contra enfermedades infecciosas y refleja la capacidad de los sistemas sanitarios para llegar a todos los segmentos sociales. Por último, la morbilidad permite identificar las principales causas de enfermedad y muerte en una población, proporcionando datos esenciales para priorizar intervenciones de salud pública y evaluar la efectividad de las políticas sanitarias en la prevención y tratamiento de enfermedades.

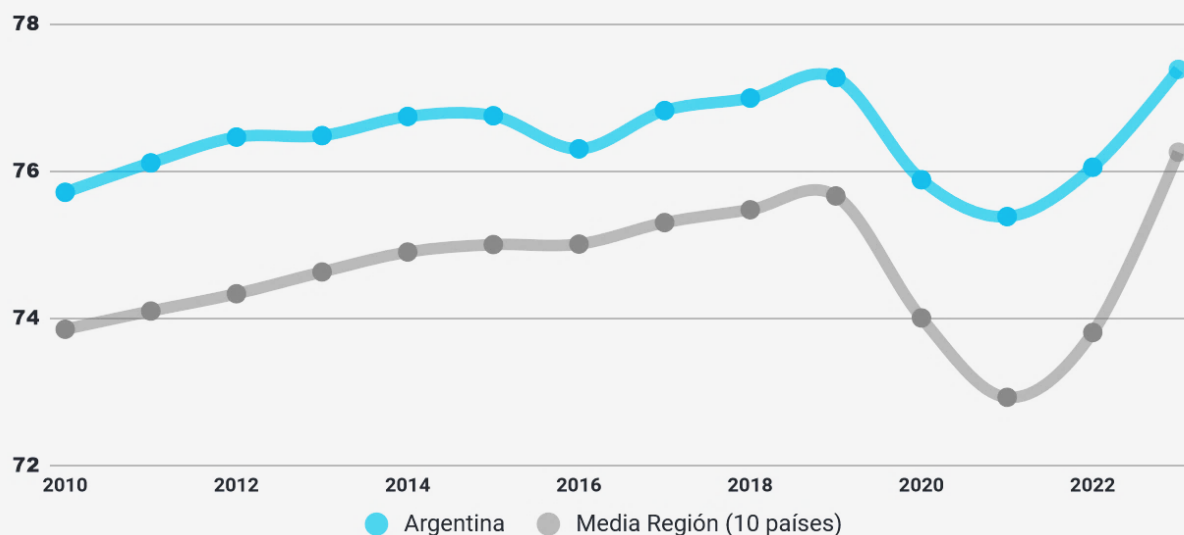
1. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer es un indicador sintético que resume la información de la estructura poblacional y su mortalidad observada en un período determinado de tiempo. Este indicador arroja una estimación sobre la cantidad de años que un recién nacido espera vivir, en el caso de que a lo largo de su vida se mantuvieran constantes las tasas de defunción para cada grupo etario.



Entre 2010 y 2019, el aumento regional de esperanza de vida fue de 2,45%, pasando de 73,9 a 75,7 años. Perú y Brasil lideraron el crecimiento, con cifras cercanas al 3%. En el caso de Argentina el incremento fue menor (2,06%), aunque este partió de un piso más elevado. Venezuela, por su parte, fue el único país con tasa decreciente durante el período (-1%).

Figura 13. Variación de la Esperanza de Vida al Nacer (2010–2022)



Fuente: elaboración propia en base a datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2023).

La llegada de la pandemia por COVID-19 (2020 y 2021) se tradujo en una caída promedio de 2,7 años. En consecuencia, la esperanza de vida media a nivel regional en 2022 fue prácticamente idéntica a la de 2010: 73,82 años contra 73,86 años, respectivamente. Esta disminución comenzó a ser revertida en 2022 y alcanzó valores equilibrados en 2023. En el balance del período 2010–2023, se destaca un incremento promedio de 3,3% en la esperanza de vida de los países analizados. Perú lideró la mejoría con una tasa de 5,5%, seguido por Bolivia, Brasil, Colombia y Chile, que rondaron el 3,6%. **Argentina y Uruguay presentaron las alzas más reducidas: 2,2% y 1,7% respectivamente.** Venezuela continuó siendo el único país con tasa decreciente (-0,5%).

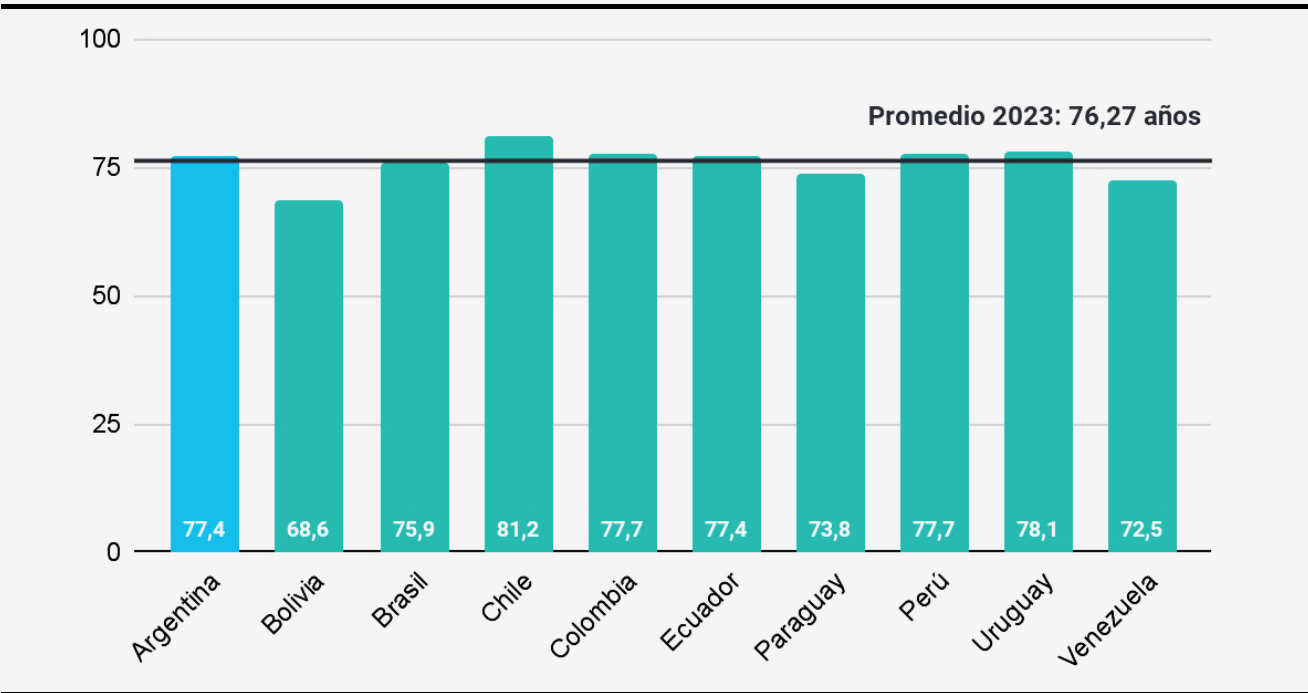
Entre 2010 y 2019, la esperanza de vida en Argentina aumentó en un 2,06%. Entre 2019 y 2021, la cifra cayó en 1,89 años; al imputarla junto al año posterior, la variación resultante durante el período 2010–2022 fue de 0,45%. Se trata de un incremento por encima del promedio, principalmente explicado por la menor magnitud de la caída durante la pandemia.

Brasil, el país más populoso de la región, presenta una esperanza de vida de 75,9 años. Chile y Uruguay lideran el ranking sudamericano, con 81,2 y 78,1 años respectivamente, seguidos por Perú



y Colombia (con 77,7 años) y Argentina y Ecuador (77,4 años). Bolivia, Venezuela y Paraguay exhiben los valores más bajos de la serie, con una esperanza de vida de 68,6, 72,5 y 73,8 años respectivamente.

Figura 14. Esperanza de vida al nacer por país sudamericano (2023)

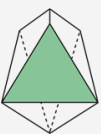


Fuente: elaboración propia en base a la División de Población ONU (2023).

2. Natalidad

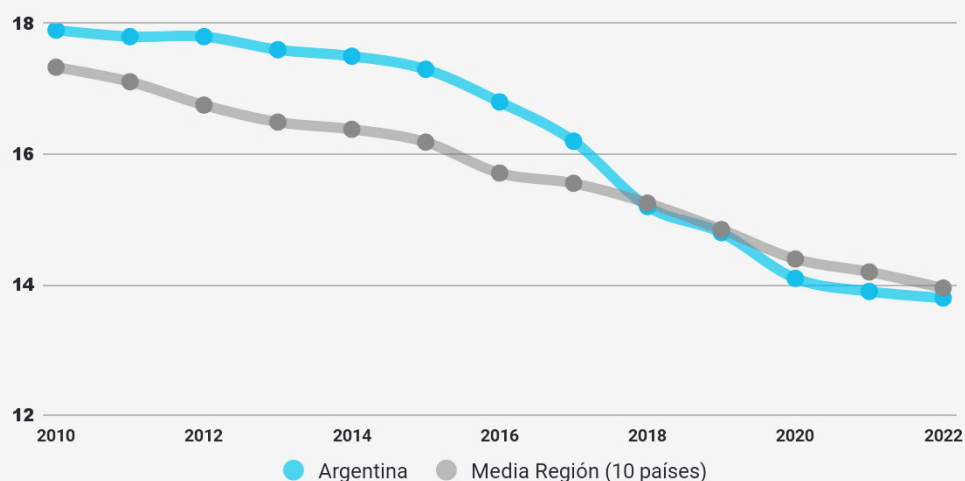
Este indicador demográfico es fundamental para comprender la dinámica poblacional de la región siendo un componente clave en la formulación de políticas públicas ya que su variación puede tener impactos significativos en diversos aspectos sociales y económicos. La variación en la tasa de natalidad puede influir en la estructura demográfica de una sociedad y por consiguiente en la planificación del sistema educativo, de salud, de seguridad social, productivo y urbano. La formulación de políticas públicas debe tener en cuenta estos indicadores que tienen impacto tanto a corto como largo plazo en la distribución de una sociedad, en su organización y en su proyección a futuro.

Como puede verse en la Figura 15, **la tasa de natalidad en Sudamérica ha descendido de manera sostenida durante la última década**, de manera consistente con lo que viene ocurriendo en muchos países del mundo. La natalidad promedio de la región pasó de 17,3 nacimientos cada 1.000



habitantes en 2010 a 14,0 en 2022, mientras que la natalidad **en Argentina descendió —más pronunciadamente— de 17,8 a 13,8**, lo cual representa una caída de 4 nacimientos por mil habitantes en doce años: una disminución del 22,47%.

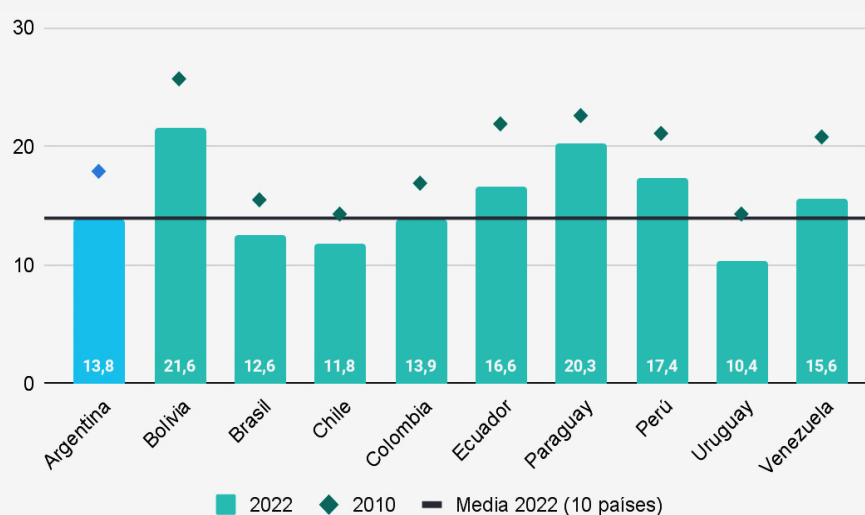
Figura 15. Evolución de la tasa de natalidad (2010–2022)



Fuente: elaboración propia en base a la División de Población ONU (2022).

Uruguay, Ecuador y Venezuela mostraron las caídas de mayor magnitud, con reducciones del 27%, 25% y 24% respectivamente. Paraguay y Bolivia, por su parte, redujeron su natalidad en 10% y 16% cada uno, con valores muy inferiores a la media regional de 19,5%.

Figura 16. Tasa de natalidad por país sudamericano (2022 y 2010)



Fuente: elaboración propia en base a la División de Población ONU (2022).



Como resultado, la tasa de natalidad media de América del Sur (14 nacimientos por cada mil habitantes) se ubicó, en 2022, 4 puntos por debajo del promedio mundial. Bolivia y Paraguay, con tasas superiores a 20 por mil, superan ampliamente la media, mientras que Uruguay, Chile y Brasil cuentan con las cifras de natalidad más bajas de la región. De 13,8 y 13,9 respectivamente, la tasa de natalidad de Argentina y de Colombia se aproxima al promedio de los diez países sudamericanos, aunque la caída del valor del país andino durante los últimos 12 años fue inferior a la de la Argentina.

3. Salud materno infantil

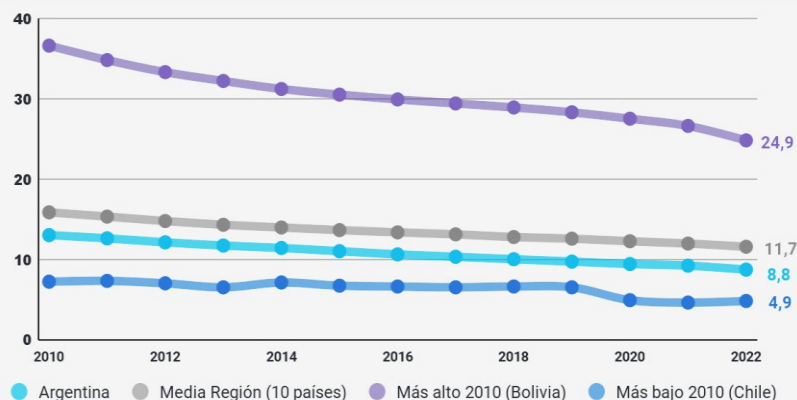
El análisis de la salud materno-infantil permite abordar desde un enfoque integral el conjunto de condiciones y servicios que afectan la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el período postparto, así como la salud de los niños durante el nacimiento y los primeros años de vida. La tasa de mortalidad infantil (TMI) y la tasa de mortalidad materna (TMM) emergen como indicadores fundamentales a la hora de evaluar el estado de la salud materno-infantil y –en especial la TMI– se consideran indicadores clave e ineludibles para analizar el estado de salud y desarrollo de una población y el funcionamiento de su sistema sanitario.

La TMI es el cociente entre el número de defunciones de menores de un año durante un año y el número de nacidos vivos registrados en ese mismo año, multiplicado por 1.000. Por la naturaleza del fenómeno que mide, la TMI se ve afectada por factores multicausales que en muchas ocasiones exceden el alcance puro del sistema de salud, por lo que es importante ponderarla teniendo en cuenta el grado de desarrollo del país analizado.

Entre 2010 y 2022, **la TMI promedio de Sudamérica disminuyó un 27%**, pasando de 16 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos a 11,7. Siete de los diez países presentaron cifras de descenso superiores al 30% mientras que en Brasil y Paraguay, la TMI disminuyó 25,5% y 24,5% respectivamente. Por su parte, Venezuela fue el único país de la región que registró un incremento del indicador (2%) en el período analizado.



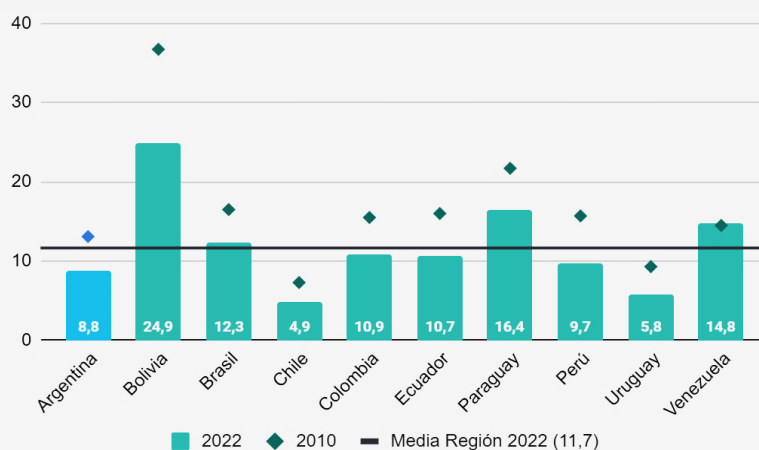
Figura 17. Evolución de la tasa de mortalidad infantil (2010–2022)



Fuente: elaboración propia en base a datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2022).

Como puede observarse en la Figura 17, la TMI atravesó una fuerte caída en el período 2010–2022 en todos los países de la región (con excepción de Venezuela). Lo mismo se verifica en la Figura 18, donde se destaca a su vez la fuerte asimetría en los valores del indicador: en 2010, Bolivia tenía una TMI de 36,7 por mil y Chile, de 7,3 por mil, lo cual representa una brecha de 29,4 muertes infantiles cada 1.000 habitantes. Doce años después, la distancia se acortó a 20, pero aún sigue siendo representativa: la tasa de Bolivia es cinco veces mayor a la de Chile. Argentina mantuvo una TMI inferior a la media durante todo el período y se consolida como el tercer país con la tasa más baja por detrás de Chile y Uruguay.

Figura 18. Tasa de mortalidad infantil por país sudamericano (2022 y 2010)

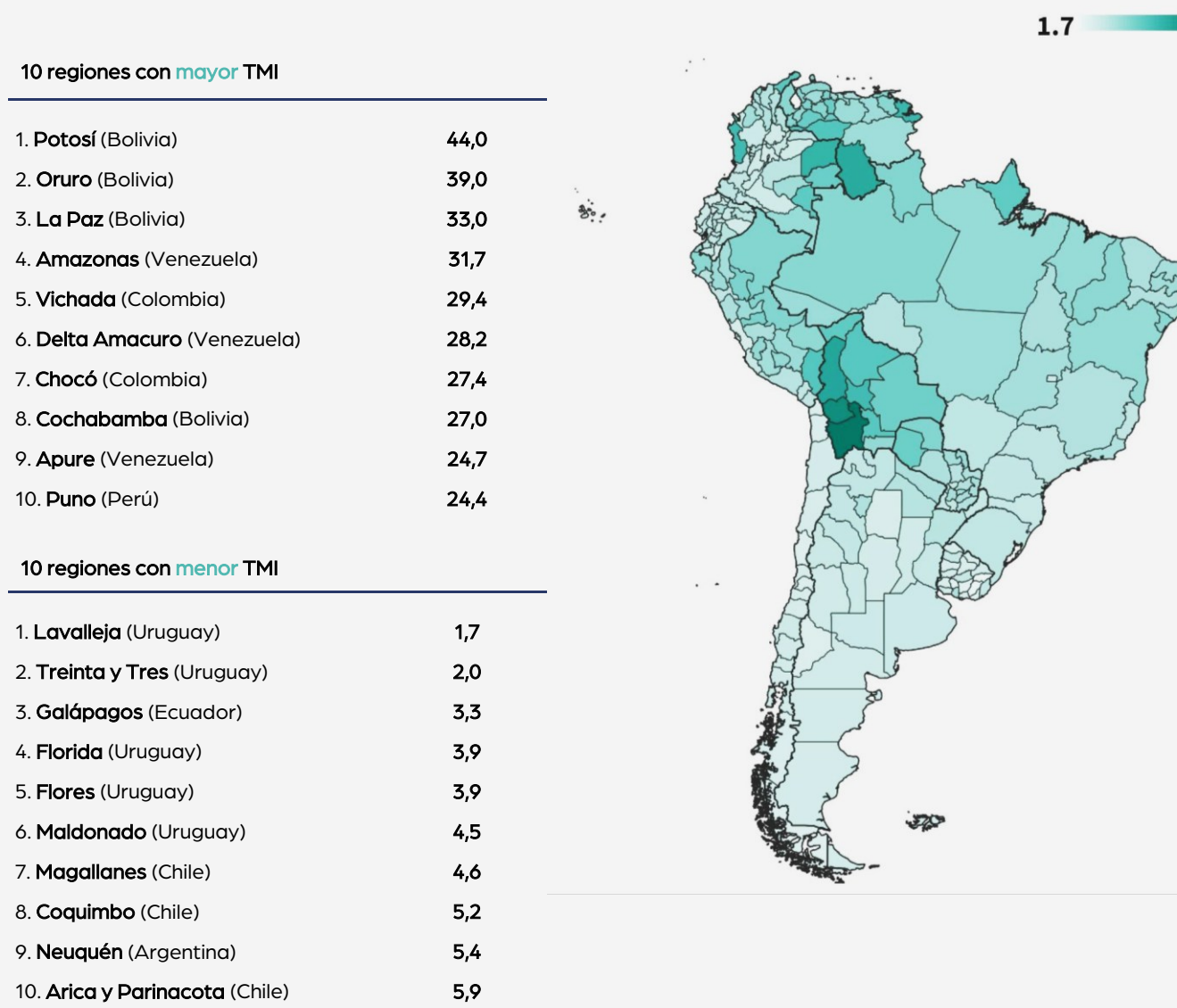


Fuente: elaboración propia en base a datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2022).



La Figura 19 permite comparar la TMI a nivel subnacional. La región andina y amazónica evidencian los mayores niveles de mortalidad, mientras que el cono sur, el este de Brasil y el centro de Ecuador y Colombia ostentan la mortalidad más baja. Cinco de las diez regiones con menor TMI pertenecen a Uruguay y cuatro de las diez con mortalidad más alta corresponden a Bolivia.

Figura 19. Tasa de Mortalidad Infantil por unidad subnacional (2019)

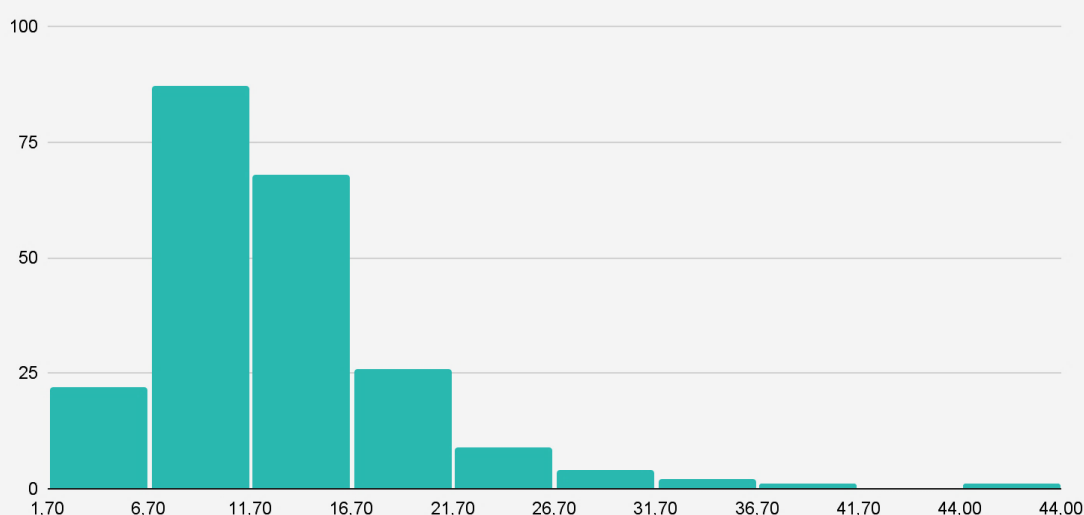


Fuente: elaboración propia en base a datos de los Institutos de Estadística de cada país (ver en Bibliografía). Es preciso tener en cuenta que los datos no provienen de una fuente unificada a la hora de efectuar comparaciones entre regiones de países diferentes. Los valores de Venezuela corresponden a 2012.



El histograma desplegado en la Figura 20 permite visualizar la distribución de regiones según su TMI. El grueso de las regiones de Sudamérica se agrupan entre los valores de 1,7 cada 10.000 y 21,7 cada 10.000. Solo 17 de ellas superan ese valor, de las cuales 7 corresponden a Bolivia, 5 a Colombia, 3 a Venezuela y una a Brasil y Perú. Por otro lado, 10 regiones muestran valores menores a 5,9 cada 10.000, correspondiendo a Uruguay, Chile, Ecuador y Argentina (correspondiente a la provincia de Neuquén).

Figura 20. Histograma de distribución de unidades subnacionales según TMI (2019)

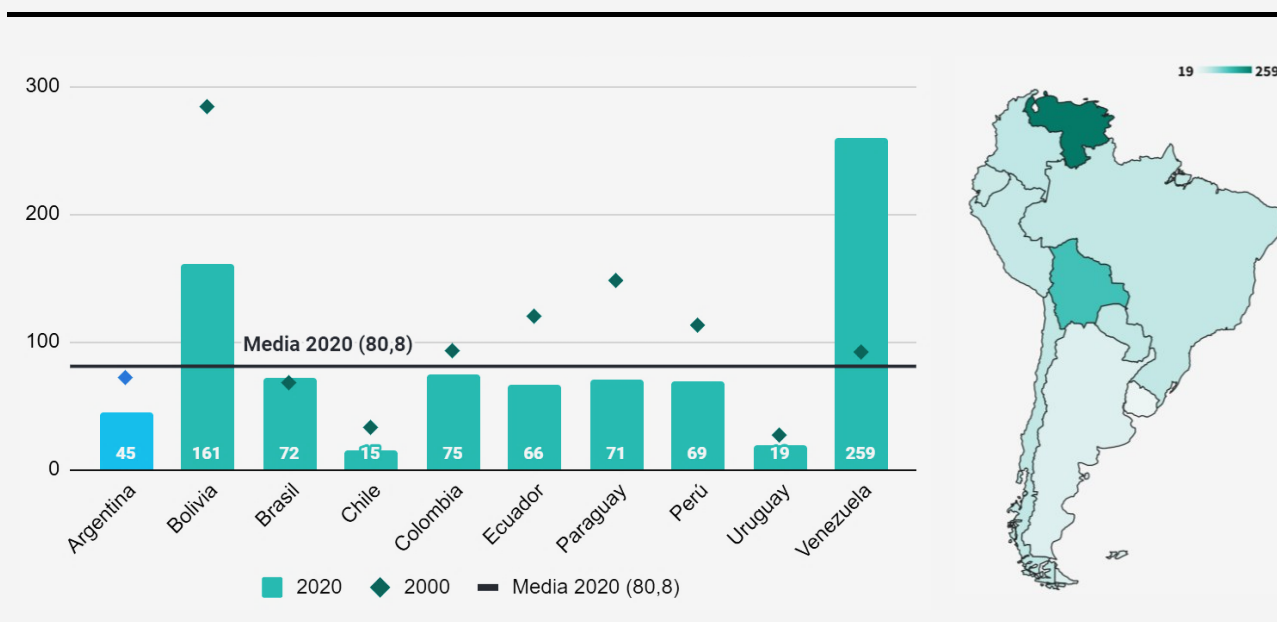


Fuente: elaboración propia en base a datos de los Institutos de Estadística de cada país.

La TMM, por su parte, refleja el riesgo de morir durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes al fin del embarazo por causas debidas o agravadas por el embarazo. Se calcula como el cociente entre el número de muertes maternas en una población durante un año determinado y el número de nacidos vivos registrados durante el mismo año, multiplicada por 100.000. Comparada con la TMI, donde factores atribuibles a la atención sanitaria se interrelacionan fuertemente con otros relativos a las condiciones de vida, podría establecerse a grandes rasgos que en la TMM la efectividad del sistema de salud es más determinante en la medida que pesa más el proceso de atención prenatal, gestacional, del parto y/o postnatal.



Figura 21. Razón de mortalidad materna cada 100.000 hab.



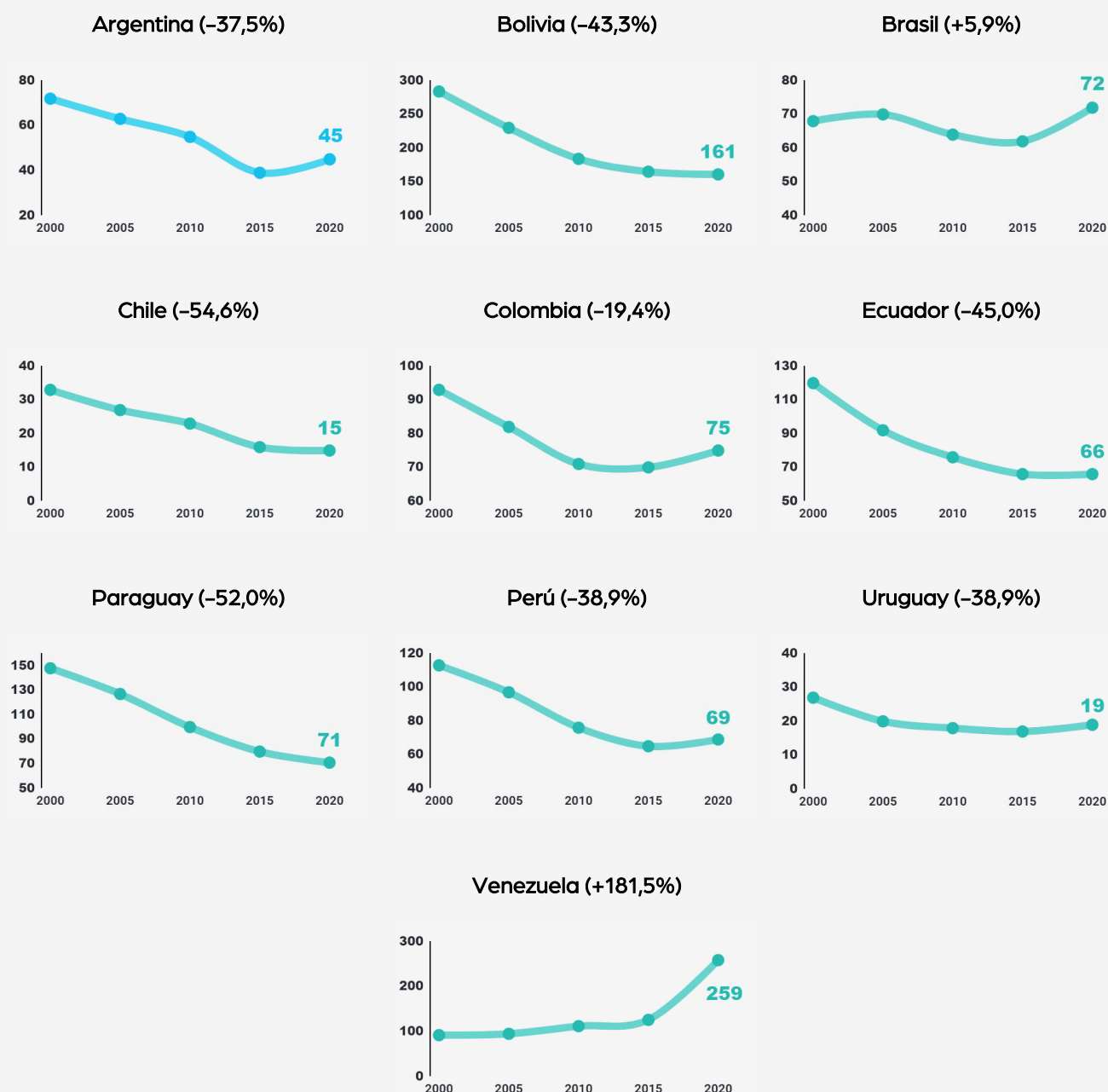
Fuente: elaboración propia en base a OMS (2023).

Como puede verse en la Figura 21, la tasa de mortalidad materna en Sudamérica es particularmente elevada en Venezuela (259 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos) y Bolivia (161 cada 100.000). Por su parte, **se destacan Chile (15), Uruguay (19) y Argentina (45) por presentar los valores más bajos de la región**, mientras los otros países exhiben cifras cercanas al promedio de 80,8 cada 100.000.

La Figura 22 da cuenta de las tendencias de variación de la mortalidad materna en los diferentes países de América del Sur. Entre 2010 y 2022, siete de los diez países presentaron cifras de descenso superiores al 30%; en Brasil y Paraguay, la TMI disminuyó 25,5% y 24,5% respectivamente, mientras que en Venezuela la cifra se mantuvo prácticamente estable, con un incremento del 2%. Durante el período analizado, Argentina presentó una disminución de 37,5% consolidándose como el tercer país con la TMM más baja de la región.



Figura 22. Tendencias en la razón de mortalidad materna (2010–2020)



Fuente: elaboración propia en base a OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial (2023).



4. Cobertura de vacunación

La cobertura de vacunación representa un factor sustancial para poder medir el acceso de las personas al sistema de salud, particularmente en el primer nivel de atención. Dicho aspecto no solo representa la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, sino también cuánto se invierte en el primer nivel de atención y como el mismo se distribuye a lo largo y ancho de cada territorio.

La Tabla 3 presenta el grado de inmunización de 3 vacunas seleccionadas: una dosis de BCG, 3 de triple bacteriana y una de triple viral. Su aplicación se considera parte del umbral mínimo de cobertura vacunal en niños menores de un año. El indicador del HIM (Health Inequality Monitor) incorpora además 3 dosis de anti hepatitis B y 3 de antipolio (bOPV), las cuales no fueron listadas en esta tabla por no contar con datos de la mayoría de los países y por el uso de la variante inyectable antipolio (IPV) en algunos países, respectivamente.

Tabla 4. Porcentaje de inmunización de vacunas seleccionadas

	BGC <i>Tuberculosis</i>	DTP3 <i>triple bacteriana acelular</i>	MMR1 <i>sarampión, paperas y rubéola</i>
Argentina	80	81	86
Bolivia	78	70	75
Brasil	69	68	73
Chile	98	95	92
Colombia	87	87	86
Ecuador	75	72	65
Paraguay	67	58	56
Perú	87	82	78
Uruguay	99	91	93
Venezuela	68	56	68

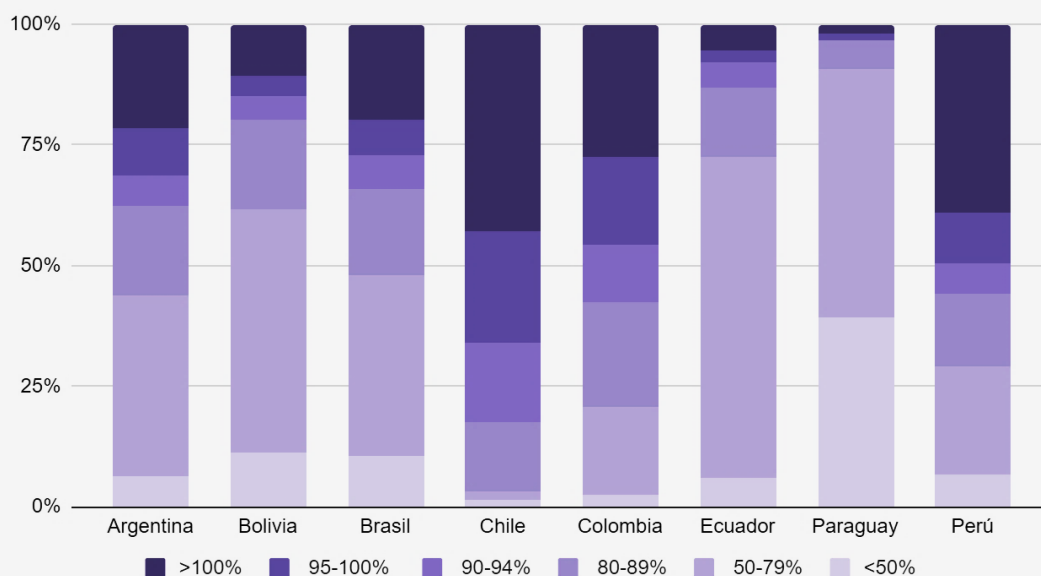
Fuente: elaboración propia en base a OPS (2022).



A nivel regional, Uruguay y Chile encabezan el ranking de cobertura de inmunizaciones, con un 90–99% de inoculación. Luego les siguen Argentina, Colombia y Perú, que comparten valores similares, teniendo Argentina mayor valor porcentual en MMR1 (86%), Colombia en BCG y DTP3 (87%) y Perú en BCG (87%). Brasil, Bolivia y Ecuador comparten valores similares en cobertura de inmunización. Brasil se destaca con la cobertura de MMR1 (73%), mientras que Bolivia y Ecuador lo hacen con TBC (78% y 75% respectivamente). Por último, Paraguay y Venezuela cuentan con la cobertura más baja de la región, siendo su cobertura más deficitaria, en el primer caso en la administración de MMR1 (56%), y en el segundo caso en la administración de DTP3 (56%).

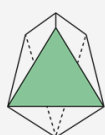
Según la OMS/OPS, la vacuna DTP3 (triple bacteriana acelular) es considerada trazadora de cobertura vacunal. En base a ese dato se construyó la Figura 23. En ella se presenta el porcentaje de municipios (unidades subnacionales) que cuentan con ciertos umbrales de cobertura de la DTP3 para todos los países de Sudamérica, con excepción de Uruguay.

Figura 23. Proporción de municipios según rango de cobertura de la vacuna DTP3 en niños/as menores a 1 año (2021).



Fuente: elaboración propia en base a OPS (2022). No se reporta información para Uruguay.

Chile se posiciona en el primer lugar en cobertura vacunal de DTP3, con una cobertura mayor al 80% en el 90% de sus municipios, seguido por Perú y Colombia, que también sostienen altas proporciones de cobertura plena. Más de la mitad de los municipios de Argentina y Brasil, por su



parte, tienen una cobertura mayor al 80%. Bolivia, Ecuador y Paraguay ostentan tasas de cobertura inferiores al 80% en el 60%, 74% y 90% de sus municipios, respectivamente. En el rango inferior, Paraguay cuenta con el alarmante porcentual de 39,18 de municipios con una cobertura de <50.

5. Carga de enfermedad

La Figura 26 ofrece una perspectiva de la carga de enfermedad en Sudamérica, presentando las cinco principales causas de AVADs (años de vida ajustados por discapacidad) de cada país de acuerdo a las estimaciones del Global Burden of Disease (GBD) para 2019. Los AVADs permiten dimensionar enfermedad y mortalidad al mismo tiempo, reflejando el número de años sanos perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura según cada causa.

Las **causas asociadas a tumores y a cardiovasculares dominan, de manera esperable, los primeros puestos en todos los países** analizados. En Argentina, Chile, Perú y Uruguay, los tumores son los principales responsables de AVADs perdidos, mientras que en Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela, la mayor carga está asociada a las cardiovasculares. Las musculoesqueléticas, diabetes y trastornos mentales cuentan con un peso significativo y transversal en casi todos los países analizados. Por otra parte, se destaca la estructura de carga de enfermedad de Bolivia, donde el 11% de los AVADs son atribuibles a causas maternas y neonatales y el 8,7%, a causas respiratorias. La preeminencia de causas transmisibles —frente a la centralidad de las no transmisibles en los otros países— denota un estadio anterior en la transición epidemiológica. También se resalta el peso de “autolesiones y violencia” en Colombia y Venezuela.

Figura 26. Principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs), 2019.

	1°	2°	3°	4°	5°
Argentina	Tumores (15,8%)	Cardiovasculares (14,9%)	Musculoesqueléticas (8,8%)	Otras ENTs (6,8%)	Trast. Mentales (6,3%)
Bolivia	Maternos y neonat. (11,0%)	Tumores (10,0%)	Cardiovasculares (9,5%)	Respiratorias (8,7%)	Otras ENTs (8,6%)
Brasil	Cardiovasculares (13,6%)	Tumores (10,5%)	Trast. Mentales (7,5%)	Musculoesqueléticas (7,3%)	Otras ENTs (6,9%)
Chile	Tumores (15,3%)	Cardiovasculares (12,4%)	Musculoesqueléticas (10,9%)	Trast. Mentales (8,6%)	Otras ENTs (7,1%)



Colombia	Cardiovasculares (11,7%)	Tumores (10,7%)	Autoles. y violencia (10,1%)	Musculoesqueléticas (9,1%)	Otras ENTs (10,1%)
Ecuador	Cardiovasculares (10,4%)	Tumores (10,2%)	Diabetes y Renales (8,1%)	Otras ENTs (7,8%)	Trast. Mentales (7,3%)
Paraguay	Cardiovasculares (12,5%)	Tumores (9,7%)	Trast. Mentales (8,3%)	Diabetes y Renales (7,9%)	Musculoesqueléticas (7,3%)
Perú	Tumores (11,1%)	Otras ENTs (8,3%)	Cardiovasculares (8,0%)	Trast. Mentales (7,5%)	Musculoesqueléticas (7,3%)
Uruguay	Tumores (20,0%)	Cardiovasculares (15,5%)	Musculoesqueléticas (8,8%)	Otras ENTs (6,6%)	Trast. Mentales (6,1%)
Venezuela	Cardiovasculares (15,4%)	Tumores (11,0%)	Autoles. y violencia (9,1%)	Diabetes y Renales (9,0%)	Musculoesqueléticas (6,8%)

Fuente: elaboración propia en base a Global Burden of Disease (2019). Causas de Segundo Nivel. Estimaciones realizadas por el Institute for Health Metrics and Evaluation (GBD 2019). Negro = No transmisibles; Rojo = Transmisibles; Verde = Externas.

Los factores de riesgo son las características, comportamientos o hábitos de una persona que aumentan su probabilidad de enfermarse o lesionarse. Estos factores pueden ser de diferentes tipos —conductuales, ambientales, fisiológicos, genéticos, demográficos— y, en la práctica, no suelen darse de forma aislada. En muchas ocasiones, varios factores de riesgo coexisten e interactúan entre sí, potenciando su efecto negativo sobre la salud y el bienestar de las personas. Es por eso que el número total de muertes atribuidas a los factores seleccionados es menor a la suma de cada uno de ellos individualmente, dado que la misma muerte puede atribuirse a más de un factor de riesgo.

En la Figura 27 se presentan los cinco factores de riesgo ambientales y conductuales con mayor peso en las muertes atribuibles en cada país de Sudamérica. En 6 de los 10 países analizados, el tabaco es estimado como el responsable de al menos el 10% de las muertes atribuibles. Por su parte, los factores dietéticos (asociados con malos hábitos de alimentación como el consumo insuficiente de vegetales o la ingesta excesiva de azúcares) superan el 10% de carga de atribución en 8 de los 10 países analizados.

Los factores dietéticos y el tabaquismo se reparten la primera y segunda posición en todos los países menos Bolivia y Paraguay, donde el segundo puesto es ocupado por la polución del aire. Se destaca, a su vez, la preponderancia de la malnutrición en Bolivia como factor de riesgo, con una carga estimada de 6,4%. En **Argentina, Uruguay y Paraguay, el porcentaje de muertes atribuibles**



al tabaco y a factores dietéticos es particularmente elevado, con cifras que rondan entre el 16,5% y el 13,5%.

Figura 27. Principales factores de riesgo ambientales y conductuales según porcentaje de muertes atribuibles, 2019.

	1°	2°	3°	4°	5°
Argentina	Tabaco (16,5%)	Dietéticos (13,2%)	Alcohol (6,0%)	Temp. no óptima (4,9%)	Polución de aire (4,0%)
Bolivia	Dietéticos (9,6%)	Polución de aire (8,2%)	Malnutrición (6,4%)	Tabaco (5,3%)	Alcohol (4,0%)
Brasil	Tabaco (13,6%)	Dietéticos (10,7%)	Alcohol (5,5%)	Polución de aire (4,3%)	Baja act. física (3,2%)
Chile	Dietéticos (12,2%)	Tabaco (11,5%)	Alcohol (7,6%)	Polución de aire (5,5%)	Temp. no óptima (4,2%)
Colombia	Dietéticos (13,3%)	Tabaco (8,2%)	Polución de aire (6,4%)	Alcohol (3,1%)	Malnutrición (2,3%)
Ecuador	Dietéticos (11,0%)	Tabaco (5,9%)	Polución de aire (5,1%)	Alcohol (4,3%)	Malnutrición (3,2%)
Paraguay	Tabaco (14,5%)	Dietéticos (12,9%)	Polución de aire (6,7%)	Alcohol (6,2%)	Malnutrición (2,6%)
Perú	Dietéticos (8,6%)	Polución de aire (7,5%)	Alcohol (4,4%)	Tabaco (3,7%)	Malnutrición (3,3%)
Uruguay	Tabaco (16,0%)	Dietéticos (13,5%)	Alcohol (5,0%)	Temp. no óptima (3,4%)	Polución de aire (2,4%)
Venezuela	Dietéticos (15,8%)	Tabaco (10,6%)	Polución de aire (6,7%)	Alcohol (4,6%)	Ocupacionales (2,5%)

Fuente: Fuente: elaboración propia en base a Global Burden of Disease (2019).



Consideraciones finales

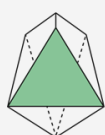
El análisis comparativo del sistema de salud argentino con otros países sudamericanos ofrece la posibilidad de iluminar algunas de sus fortalezas y de sus desafíos en el contexto regional. Dichas observaciones constituyen una premisa primordial tanto para el debate informado como para la orientación del diseño de políticas públicas en salud, aún considerando la parcialidad de la muestra utilizada –en la medida en que los parámetros analizados ni son exhaustivos ni reflejan, necesariamente, estándares de evaluación pertinentes a la realidad que procuran describir–.

En tal sentido, en el presente estudio se sintetizan una serie de **hallazgos que permiten observar en perspectiva la realidad sanitaria Argentina**, en un marco donde las diferencias en los resultados sanitarios de Sudamérica se encuentran profundamente influenciadas por las desigualdades sociales y económicas estructurales de los países que la conforman.

Por un lado, en relación a la cobertura de salud de la población, destaca el hecho de que **Argentina se ubica entre los que presentan menor porcentaje de población con cobertura pública exclusiva de servicios de salud, por detrás de Uruguay (38.5% y 29%, respectivamente).**⁶ Por su parte, Argentina se encuentra entre los países con mayor nivel de cobertura por recaudaciones basadas en la recaudación compulsiva del salario (correspondiente al subsector de la seguridad social) con un 47%, sólo detrás de Uruguay (71%) y Chile (61,6%). El bajo porcentaje de cobertura pública exclusiva y el alto porcentaje de cobertura por la seguridad social en Argentina no representan, por sí mismos, elementos positivos ni negativos. Por el contrario, constituyen características que forman parte de un **modelo de financiamiento mixto que ofrece, en potencia, la posibilidad de maximizar las virtudes de ambos modelos**, aunque resaltan el desafío de consolidar mecanismos de coordinación e integración para su funcionamiento equitativo y eficiente.

Asimismo, **Argentina se posiciona como uno de los países líderes en Sudamérica en términos de capacidad hospitalaria, con 50 camas cada 10.000 habitantes**, lo que constituye más del doble del promedio regional de 21,75 camas. Este indicador refleja una infraestructura sólida que permite al

⁶ Cabe destacar que, si bien Chile presenta un 77% de cobertura para el FONASA (Fondo Nacional de Salud, equivalente a la cobertura pública de salud), solo el segmento A del mismo se financia exclusivamente con fondos públicos, lo que equivale a una cobertura del 15,4% de la población chilena. Considerando esto, Chile es el país con menor población con cobertura pública exclusiva, seguido por Uruguay y luego por Argentina.



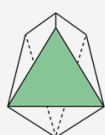
país enfrentar mejor las demandas del sistema de salud, tanto en tiempos de estabilidad como durante crisis sanitarias.

En cuanto al personal de salud, **Argentina**, con 40,1 médicos y 54,47 enfermeros y parteros por cada 10.000 habitantes –lo que suma un total de 94,57 trabajadores de salud seleccionados por la misma cantidad de población– **supera significativamente el promedio regional**, que se sitúa en 23,9 médicos y 51,8 enfermeros y parteros (75,7 en conjunto). Aunque solo es superada por Uruguay (150,21) y levemente por Brasil (96,78), Argentina se destaca por tener una mayor cantidad de médicos por cada 10.000 habitantes en comparación con este último (40,1 frente a 23,03). Asimismo, en cuanto a plazas anuales de residencias en especialidades seleccionadas, Argentina ocupa el segundo lugar con 3,6 por cada 100.000 habitantes, solo por detrás de Uruguay (3,8) y muy por encima del promedio regional de 2,32. Estos datos evidencian un panorama relativamente favorable para la oferta de recursos humanos en salud, aunque no reemplazan el necesario análisis de las condiciones de distribución y acceso de los mismos.

Argentina, además, se posiciona entre los países con mayor inversión en salud como porcentaje de su PIB en Sudamérica, alcanzando un 9,9%, sólo superado por Brasil (10,3%). Este nivel de gasto está respaldado por una significativa contribución del sector público, que incluye tanto el subsistema estatal como el de seguridad social, con un 6,6% del PIB, cifra que comparte con Colombia y Uruguay como la más alta de la región.

En términos de **gasto anual per cápita en salud**, Argentina ocupa el segundo lugar con 2.199 USD, **detrás de Chile (2.297 USD)**, y se sitúa muy por encima del promedio regional de 1.378 USD. Sin embargo, en relación a la presión del gasto de bolsillo sobre los hogares, **nuestro país se encuentra apenas por encima del promedio regional en cuanto a la proporción de población cuyos gastos de bolsillo en salud superan el 10% de su ingreso o gasto total (9,57% frente al promedio regional de 8,95%)**. Por todo lo anterior, aunque Argentina demuestra un notable esfuerzo financiero en salud y se encuentra bien posicionada en el contexto regional, persiste el desafío de reducir la carga económica directa sobre los hogares para consolidar un sistema más equitativo y sostenible.

En relación a la **esperanza de vida al nacer**, entre los años 2010 y 2019, Argentina experimentó un **incremento de la misma del 2,06%**, un ritmo ligeramente inferior al promedio regional del 2,45%. No obstante, este desempeño debe contextualizarse considerando que en 2010 Argentina ya partía de una base superior, con casi dos años más que la media regional. Actualmente, el país mantiene una esperanza de vida al nacer por encima del promedio sudamericano, con 77,4 años frente a 76,27, aunque **ocupando el quinto lugar entre los diez países analizados**. Aunque el crecimiento de

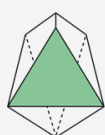


la esperanza de vida en Argentina ha sido moderado en la última década, el país conserva una posición sólida en la región.

Por otro lado, **la tasa de natalidad en Sudamérica mostró un descenso general, pasando de 17,3 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 2010 a 14,0 en 2022.** En el caso de Argentina, la caída fue aún más marcada, pasando de 17,8 a 13,8 nacimientos por cada 1.000 habitantes, lo que equivale a una reducción del 22,47% en doce años. Este cambio hizo que el país, que en 2010 superaba la media regional, ahora registre una tasa de natalidad inferior al promedio sudamericano en 2022. Este pronunciado descenso de la natalidad en Argentina refleja un cambio demográfico central que deberá ser considerado en la planificación de políticas públicas, particularmente en áreas como salud materno-infantil y planificación familiar, así como en la proyección de necesidades futuras en otros sectores, como el educativo y el previsional.

En relación a la salud materno-infantil, **entre los años 2010 y 2022 Argentina logró reducir su Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de 13,1 a 8,8, lo que representa una variación negativa del 32,82%.** Este descenso supera el promedio regional de -27% y posiciona a Argentina como el segundo país con mayor mejora relativa, sólo detrás de Perú (-38,2%). Complementariamente, a lo largo del período Argentina mantuvo una TMI consistentemente inferior al promedio regional (8,8 frente a 11,7 en 2022) y se ubica como el tercer país con la tasa más baja, después de Chile (4,9) y Uruguay (5,8). Además, a escala subnacional la provincia de Neuquén destaca por figurar entre las diez unidades con menor TMI en Sudamérica, ocupando el noveno puesto con un valor de 5,4. En cuanto a la Tasa de Mortalidad Materna (TMM), Argentina registró 45 en 2022, situándose como uno de los países con los indicadores más favorables de la región, solo superado por Chile (15) y Uruguay (19). Con una media regional de 80,8, Argentina prácticamente redujo dicho promedio a la mitad. Además, entre 2010 y 2022, logró una reducción del 37,5% en la TMM, ubicándose como el sexto país con mayor descenso, detrás de países como Chile y Paraguay, que lideraron las mejoras reducciones. Por lo anterior, Argentina registró importantes mejoras tanto en TMI como en TMM en relación al resto de los países analizados, consolidando una posición destacada en la región.

En cuanto a la cobertura de vacunación, Argentina ocupa el **quinto lugar en la región en lo que respecta a la vacuna BCG contra la tuberculosis**, con una cobertura del 80%, por detrás de Uruguay (99%), Chile (98%), Colombia (87%) y Perú (87%). En el caso de la **DTP3 (triple bacteriana acelular) contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa, Argentina mantiene la misma posición**, con una cobertura del 81%, siendo superada por Chile (95%), Uruguay (91%), Colombia (87%) y Perú (82%). Para la triple viral, que protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola, Argentina ingresa en el tercer lugar con una cobertura del 86%, solo por detrás de Uruguay (93%) y Chile (92%). Además,



más de la mitad de los municipios de Argentina (56,25%) cuentan con una cobertura vacunal superior al 80%, aunque está por detrás de países como Chile (96,64%), Colombia (79,47%) y Perú (71%).

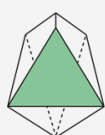
Por último, en cuanto a la **carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)**, Argentina presenta como principales grupos de causas a los **tumores (15,8%) y las enfermedades cardiovasculares (14,9%)**. Este patrón es similar al de países como Chile (15,3% por tumores y 12,4% por enfermedades cardiovasculares) y Uruguay (20% y 15,5%, respectivamente). Si bien el perfil de las principales causas de AVAD en Argentina guarda cierta congruencia con el promedio regional, existen excepciones notables, como Bolivia, donde adquieren mayor relevancia las causas maternas, neonatales y respiratorias, y Colombia y Venezuela, en las que se destacan las causas relacionadas con autolesiones y violencia. En términos de factores de riesgo ambiental y conductual, el tabaco es el principal en Argentina, siendo responsable del 16,5% de las muertes atribuibles, el porcentaje más alto de la región, seguido de Uruguay (16%) y Paraguay (14,5%). El segundo factor más relevante son los riesgos dietéticos, donde Argentina ocupa el segundo lugar con un 13,2%, ligeramente por debajo de Uruguay (13,5%). En conclusión, los patrones de carga de enfermedad y factores de riesgo en Argentina reflejan características comunes con la mayoría de los países de la región, aunque se destaca negativamente en la relevancia de factores de riesgo como el consumo de tabaco.

En suma, el sistema de salud argentino se destaca en varios aspectos en comparación a sus pares regionales. **Entre los aspectos positivos, sobresalen su destacada capacidad hospitalaria, una sólida dotación de personal de salud y oferta de formación básica, altos niveles de inversión en el sector y un gasto per cápita que lo posiciona favorablemente en la región. Asimismo, los avances en los indicadores de salud materno-infantil, en particular en las tasas de mortalidad infantil y materna, y su notable cobertura de vacunación en triple viral refuerzan la fortaleza del sistema en áreas clave.** Sin embargo, enfrenta limitaciones vinculadas a la presión económica del gasto de bolsillo sobre los hogares, un crecimiento moderado de la esperanza de vida al nacer –además de ocupar la mitad de la tabla en términos absolutos–, y una marcada disminución en la tasa de natalidad, lo que sugiere desafíos demográficos importantes. Asimismo, la cobertura vacunal en general, salvo en la triple viral, presenta rezagos respecto de otros países líderes de la región, mientras que el impacto del consumo de tabaco se mantiene como un factor de riesgo elevado en términos comparativos.

Estos hallazgos destacan un panorama dual que combina fortalezas importantes con desafíos estructurales que requieren atención prioritaria en nuestro país. Para consolidar los logros



alcanzados y avanzar hacia un sistema más equitativo y eficiente en los aspectos con mayor nivel de rezago, resulta crucial implementar políticas públicas focalizadas. Solo mediante un abordaje integral y sostenido será posible maximizar el potencial del sistema de salud argentino en beneficio de toda su población.



Bibliografía

Carrillo Roa, A. (2018). [Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?](#) Cad. Saúde Pública 2018; 34(3):e00058517.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022). [Panorama Social de América Latina y el Caribe](#).

Colaboradores GBD 2019 (2022). [Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019](#). Lancet. 2022 Jun 4;399(10341):2129–2154.

Dirección de Estadísticas e Información Sanitaria, Ministerio de Salud (2021). Población y sistema de salud chileno.

División de Población de la Organización de las Naciones Unidas (2023). Portal de datos. [Esperanza de vida al nacer](#).

División de Población de la Organización de las Naciones Unidas (2022). Portal de datos. [Tasa de Natalidad](#).

División de Población de la Organización de las Naciones Unidas (2022). Portal de datos. [Tasa de mortalidad infantil](#).

Fundación Poliedro (2024a). Aportes para repensar el desarrollo argentino. Economía Trabajo y Producción. Disponible en: <https://fundacionpoliedro.com/wp-content/uploads/2024/07/Documento-de-posicion-Economia-Trabajo-y-Produccion-Fundacion-Poliedro.pdf>

Fundación Poliedro (2024b). Salud para el Desarrollo Argentino. Disponible en: <https://fundacionpoliedro.com/wp-content/uploads/2024/07/Documento-de-posicion-Salud-y-Seguridad-Social-Fundacion-Poliedro.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). [Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde](#).

Instituto Geográfico Nacional (2024). [Límites, Superficies y Puntos Extremos](#).

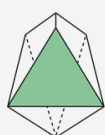
Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). [Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010](#).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2023). [Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, Salud y Previsión Social](#).

Instituto de Evaluación y Métrica de Salud (2024). [GBD 2019](#). University of Washington.



- Kamiya, Y. (2010). Determinants of Health in Developing Countries: Cross-Country Evidence, *OSIPP Discussion Paper : DP-2010-E-009*.
- Marmot, M. y Wilkinson, R. G. (2005). *Social Determinants of Health*, Segunda Edición, Oxford University Press.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2023). Coberturas de Salud en Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2022). [Perfiles Sanitarios Regionales](#).
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay y Organización Panamericana de la Salud (2019). [Indicadores básicos de salud 2019](#).
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2022). [Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6%](#). Boletín de prensa N° 373 de 2022.
- Minkel, C. W., Knapp, G., y Gade, D. (15/2/2024). South America continent. [Britannica.com](#)
- Or, Z. (2000). Determinants of health outcomes in industrialised countries: a pooled, cross-country, time-series analysis, en *OECD Economic Studies N. 30, 2000*, pp. 53–77.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2023). [Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023](#).
- Organización Mundial de la Salud (14/1/2024). [Panel de control del coronavirus](#).
- Organización Mundial de la Salud (2023a). The Global Health Observatory. [SDG Target 3.c | Health workforce: Substantially increase health financing and the recruitment, development, training and retention of the health workforce in developing countries, especially in least developed countries and small island developing States](#).
- Organización Mundial de la Salud (2023b). [Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division](#).
- Organización Mundial de la Salud (2023c). The Global Health Observatory. [Hospital beds \(per 10 000 population\)](#).
- Organización Mundial de la Salud (2023d). Global Health Expenditure Database. [Current health expenditure \(% of GDP\)](#).
- Organización Mundial de la Salud (2023e). The Global Health Observatory. [Gasto de bolsillo catastrófico en salud](#).
- Organización Mundial de la Salud (2023f). The Global Health Observatory. [Tasa de Natalidad de Adolescentes \(por cada 1.000 mujeres\)](#).
- Organización Mundial de la Salud (2022). Data.who.int. [Tasa de mortalidad materna \(por 100.000 nacidos vivos\)](#).



Organización Mundial de la Salud (2018). The Global Health Observatory. [Catastrophic out-of-pocket health spending](#)

Organización Panamericana de la Salud (2023a). Core Indicators Dashboard. [Poverty headcount at national poverty line \(% of population\)](#).

Organización Panamericana de la Salud (2023b). [Cobertura de Vacunación Reportada en las Américas](#).

Organización Panamericana de la Salud (2023c). [Portal de Indicadores Básicos, Región de las Américas](#).

Organización Panamericana de la Salud (2021a). [Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay](#).

Organización Panamericana de la Salud (2021b). [Perfil de Países por Programa Ampliado de Inmunizaciones](#).

Organización Panamericana de la Salud (2011). [Las residencias médicas en el contexto de las políticas de recursos humanos de salud y de la renovación de la atención primaria de salud](#), en *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N° 60*. Washington, D.C.

Our World in Data (27/1/2024). [Estimated cumulative excess deaths per 100,000 people during COVID, from The Economist](#).

Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A. y Figueras, J. (editores) (2022). Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Organización Mundial de la Salud.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2022). [Informe sobre el desarrollo humano 2021/2022](#).

Ruth, L., Villacrés, N., y Henríquez, R. (2011). [Sistema de salud de Ecuador](#). Salud pública Méx vol.53 supl. 2 Cuernavaca.

Superintendencia Nacional de Salud (2020). [Informe Técnico: Análisis e identificación de las personas no aseguradas en salud a nivel nacional](#).

The Economist (25/10/2022). [The pandemic's true death toll](#).

Vargas, N. (11/7/2021). [Solo el 17.7% de la población cuenta con seguro médico en Bolivia](#).

