

Gestión presupuestaria para mejorar la calidad del gasto público en salud: Una Revisión Sistemática

Yanet Lucy Ramírez Gálvez*
<https://orcid.org/0000-0002-8750-3449>
yanetramirezg1982@gmail.com
Universidad César Vallejo
Lima-Perú

Juan Marciano Charry Aysanoa
<https://orcid.org/0000-0003-3728-1291>
jmarcianoca@ucvvirtual.edu.pe
Universidad César Vallejo
Lima-Perú

*Autor de correspondencia: yanetramirezg1982@gmail.com

Recibido: (11/07/2026), Aceptado: (31/08/2026)

Resumen. El estudio analizó la evidencia científica sobre la relación entre gestión presupuestaria y calidad del gasto público en salud. Se realizó una revisión sistemática siguiendo PRISMA 2020, con 17 estudios publicados entre 2021 y 2026. La evidencia fue organizada en cinco dimensiones: planificación y asignación presupuestaria, ejecución y eficiencia, gobernanza, equidad y fragmentación, y sostenibilidad financiera. Los hallazgos muestran que la calidad del gasto no depende únicamente de la disponibilidad de recursos, sino también de la capacidad institucional para planificarlos, distribuirlos y ejecutarlos eficientemente. La gobernanza y la equidad constituyeron condiciones transversales, mientras que la fragmentación financiera y las restricciones presupuestarias limitaron el desempeño de los sistemas sanitarios. Se concluye que la gestión presupuestaria y la calidad del gasto mantienen una relación multidimensional, cuya evaluación requiere integrar criterios financieros, institucionales, distributivos y de sostenibilidad.

Palabras clave: gestión presupuestaria, gasto público, financiamiento sanitario, eficiencia.

Budget Management to Improve the Quality of Public Health Spending: A Systematic Review

Abstract. This study analyzed the scientific evidence on the relationship between budget management and the quality of public spending on health. A systematic review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines, including 17 studies published between 2021 and 2026. The evidence was organized into five dimensions: budget planning and allocation, execution and efficiency, governance, equity and fragmentation, and financial sustainability. The findings indicate that the quality of public spending depends not only on the availability of resources but also on institutional capacity to plan, allocate, and execute them efficiently. Governance and equity emerged as cross-cutting conditions, whereas financial fragmentation and budgetary constraints limited the performance of health systems. It is concluded that budget management and the quality of public spending on health are multidimensionally related, and their assessment requires the integration of financial, institutional, distributive, and sustainability criteria.

Keywords: budget management, public spending, health financing, efficiency.

I. INTRODUCCIÓN

La gestión de los recursos públicos destinados a la salud constituye un componente esencial para garantizar la sostenibilidad y el desempeño de los sistemas sanitarios. Sin embargo, disponer de mayores asignaciones presupuestarias no implica necesariamente alcanzar mejores resultados, debido a que la calidad del gasto depende también de la capacidad institucional para planificar, asignar, ejecutar y evaluar los recursos conforme a las necesidades de la población. La evidencia internacional muestra que persisten ineficiencias en el financiamiento sanitario y que las reformas dirigidas a corregirlas pueden contribuir a ampliar el espacio fiscal, aunque sus resultados dependen de las características institucionales y del contexto en que se implementan [1]. De manera complementaria, el análisis realizado en economías BRICS evidencia que el efecto del gasto sanitario sobre los resultados de salud se encuentra condicionado por la calidad de la gobernanza [2].

La relación entre disponibilidad presupuestaria y desempeño adquiere especial relevancia en sistemas sometidos a restricciones fiscales, desigualdades territoriales o fragmentación institucional. En Perú, el comportamiento del gasto público durante la pandemia de COVID-19 mostró que el aumento extraordinario de los recursos permitió responder a necesidades inmediatas, pero también evidenció que los incrementos coyunturales del presupuesto no garantizan por sí mismos transformaciones sostenibles del sistema sanitario [3]. En México, la persistencia de estructuras fragmentadas de financiamiento se ha asociado con desigualdades en la distribución del gasto público entre grupos poblacionales y territorios, incluso después de sucesivas reformas orientadas a ampliar la cobertura [4]. Estos antecedentes indican que la calidad del gasto debe analizarse no solo a partir de cuánto se invierte, sino también de cómo se distribuyen, administran y orientan los recursos.

Desde esta perspectiva, la gestión presupuestaria puede entenderse como un proceso articulado que comprende planificación, programación, asignación, ejecución, seguimiento y evaluación. Su funcionamiento condiciona la capacidad de las instituciones sanitarias para transformar recursos financieros en servicios accesibles, oportunos y sostenibles. La protección del financiamiento destinado a la atención primaria puede favorecer la continuidad de los servicios [5], mientras que la priorización del gasto en este nivel asistencial constituye un elemento relevante para orientar estratégicamente los recursos públicos [6]. Asimismo, las diferencias observadas en la asignación y ejecución del gasto entre territorios muestran que la disponibilidad de recursos debe acompañarse de mecanismos de gestión capaces de responder a necesidades diferenciadas y reducir desequilibrios institucionales [7].

A pesar del desarrollo reciente de investigaciones sobre financiamiento, eficiencia, gobernanza y gasto sanitario, la evidencia permanece distribuida entre diferentes dimensiones del proceso presupuestario. Algunos estudios se concentran en el espacio fiscal y la planificación [8], otros examinan las consecuencias de las restricciones del gasto [9], los indicadores de financiamiento [10] o las estructuras de gestión financiera [11], dificultando una interpretación integrada de los mecanismos mediante los cuales la gestión presupuestaria contribuye a la calidad del gasto público en salud. En consecuencia, el objetivo de este estudio es analizar la evidencia científica disponible sobre la relación entre gestión presupuestaria y calidad del gasto público en salud, considerando especialmente la planificación y asignación de recursos, la eficiencia de la ejecución, la gobernanza, la equidad y la sostenibilidad financiera.

II. MARCO TEÓRICO

A. *Gestión presupuestaria en los sistemas públicos de salud*

La gestión presupuestaria comprende el conjunto de procesos mediante los cuales los recursos financieros son planificados, asignados, ejecutados, supervisados y evaluados con relación a los objetivos institucionales. En el ámbito sanitario, estos procesos adquieren particular complejidad debido a la necesidad de responder simultáneamente a demandas asistenciales, restricciones fiscales, necesidades territoriales y objetivos de cobertura y protección financiera. Por ello, el análisis presupuestario no debe limitarse al volumen de recursos disponibles ni al porcentaje ejecutado, sino incorporar la capacidad del sistema para orientar el gasto hacia intervenciones capaces de generar resultados sanitarios.

La planificación constituye una de las primeras condiciones para alcanzar esta correspondencia entre recursos y resultados. Las estimaciones de espacio fiscal para inversiones sanitarias muestran que la programación financiera permite identificar posibilidades y restricciones para sostener determinadas

políticas en el tiempo [8]. Del mismo modo, la estabilidad de los recursos asignados a áreas prioritarias puede proteger la continuidad de los servicios frente a escenarios de presión presupuestaria [5]. Desde esta perspectiva, la planificación presupuestaria cumple una función prospectiva: permite anticipar necesidades, establecer prioridades y reducir la dependencia de decisiones financieras exclusivamente coyunturales.

La ejecución constituye una segunda dimensión fundamental. El caso peruano durante la pandemia demuestra que un incremento considerable del gasto puede responder eficazmente a una emergencia inmediata sin representar necesariamente una modificación estructural del financiamiento sanitario [3]. Por otra parte, el deterioro del gasto sanitario puede afectar la capacidad operativa de los sistemas de salud y comprometer la disponibilidad de servicios y recursos [9]. En consecuencia, la evaluación presupuestaria requiere considerar simultáneamente suficiencia, composición, ejecución y sostenibilidad del gasto.

B. Calidad y eficiencia del gasto público en salud

La calidad del gasto público puede conceptualizarse a partir de la capacidad de los recursos utilizados para contribuir al cumplimiento de los objetivos sanitarios bajo criterios de eficiencia, eficacia, equidad y sostenibilidad. Esta aproximación permite distinguir entre ejecución presupuestaria y desempeño: una institución puede utilizar la totalidad de los recursos asignados sin que ello implique necesariamente una asignación óptima o la obtención de resultados proporcionales al gasto realizado.

La eficiencia constituye una dimensión central de este concepto. La evidencia disponible muestra que existen diferentes fuentes de ineficiencia en el financiamiento sanitario y que las reformas dirigidas a reducirlas pueden liberar recursos, aunque los beneficios financieros observados no siempre alcanzan la magnitud esperada y pueden requerir varios años para materializarse [1]. Por esta razón, la eficiencia no debe interpretarse exclusivamente como reducción del gasto, sino como la capacidad de obtener mejores resultados a partir de los recursos disponibles y reducir usos que no generan beneficios proporcionales.

Las diferencias de desempeño entre instituciones y territorios refuerzan esta perspectiva. El análisis comparativo del sistema sanitario chileno muestra variaciones en eficiencia entre servicios de salud, lo que permite relacionar la utilización de recursos con diferencias de productividad institucional [12]. De manera semejante, los estudios sobre atención primaria en Brasil muestran variaciones territoriales en la asignación y ejecución de recursos [7]. Estas diferencias sugieren que la calidad del gasto se encuentra condicionada tanto por la disponibilidad financiera como por las capacidades institucionales y los mecanismos utilizados para transformar los recursos en prestaciones sanitarias.

C. Gobernanza, transparencia y rendición de cuentas

La gobernanza financiera constituye un elemento transversal de la gestión presupuestaria porque establece las condiciones institucionales bajo las cuales se toman, implementan y supervisan las decisiones relativas al gasto público. Comprende mecanismos de responsabilidad, transparencia, coordinación, participación y control que permiten vincular las decisiones presupuestarias con los objetivos del sistema sanitario.

La evidencia longitudinal procedente de las economías BRICS muestra que la calidad institucional modifica la relación entre gasto sanitario y cumplimiento de objetivos de salud, lo que indica que incrementar los recursos en contextos de gobernanza deficiente puede limitar el rendimiento de la inversión pública [2]. En este sentido, la gobernanza actúa como un mecanismo que condiciona la capacidad del sistema para transformar financiamiento en resultados.

La transparencia de los procesos decisorios también resulta relevante para la legitimidad de la asignación presupuestaria. El estudio del financiamiento de un esquema nacional de seguro de salud en Gambia destaca la importancia de la equidad procedimental en las decisiones financieras [13]. Asimismo, las modificaciones en la organización de la gestión financiera pueden mejorar determinados mecanismos de control, aunque también generar tensiones entre centralización, autonomía y capacidad operativa [11]. Por tanto, la gobernanza presupuestaria requiere equilibrar control financiero, responsabilidad institucional y capacidad de adaptación.

D. Equidad y fragmentación del financiamiento sanitario

La calidad del gasto público posee una dimensión distributiva. Una asignación presupuestaria puede ser eficiente desde una perspectiva administrativa y, al mismo tiempo, mantener desigualdades importantes entre territorios o grupos poblacionales. Por ello, la equidad requiere considerar si los recursos públicos son distribuidos de acuerdo con las necesidades sanitarias y si contribuyen a reducir barreras económicas para el acceso a los servicios.

La fragmentación constituye uno de los principales obstáculos para alcanzar esta finalidad. La evidencia obtenida en México muestra que la coexistencia de subsistemas diferenciados de financiamiento puede mantener desigualdades persistentes en la asignación del gasto público entre poblaciones con y sin seguridad social [4]. Estas diferencias reflejan que las reformas orientadas únicamente a ampliar la cobertura pueden resultar insuficientes cuando no modifican las estructuras mediante las cuales se distribuyen y administran los recursos.

La protección financiera representa otra expresión de la equidad. En Ecuador, el análisis de las reformas sanitarias permitió examinar sus efectos sobre el gasto catastrófico y las desigualdades socioeconómicas [14], mientras que la evidencia procedente de India analiza la capacidad de los esquemas públicos de aseguramiento para disminuir el gasto directo de los hogares [15]. De forma complementaria, las crisis económicas pueden incrementar la carga financiera asumida directamente por las familias cuando disminuye la capacidad protectora del financiamiento público, como se ha documentado en Grecia [16]. Por tanto, evaluar la calidad del gasto requiere considerar no solo el desempeño institucional, sino también su capacidad para proteger financieramente a la población.

E. Sostenibilidad financiera y orientación del gasto

La sostenibilidad financiera se refiere a la capacidad de mantener en el tiempo niveles de financiamiento compatibles con las necesidades de la población y con los compromisos asumidos por los sistemas de salud. Esta dimensión adquiere especial importancia frente al envejecimiento poblacional, las transformaciones epidemiológicas, las crisis económicas y sanitarias y el incremento de los costos asistenciales.

Los modelos de financiamiento deben, por tanto, conciliar cobertura, protección financiera y disponibilidad sostenible de recursos. El análisis del financiamiento del seguro nacional de salud sudafricano destaca la necesidad de considerar conjuntamente cobertura efectiva y protección financiera [17]. Asimismo, la experiencia de Nueva Zelanda evidencia la importancia de proteger recursos destinados a la atención primaria [5], mientras que los estudios brasileños permiten observar cómo la priorización presupuestaria de este nivel asistencial puede constituir una estrategia para orientar los recursos hacia necesidades sanitarias fundamentales [6].

A partir de estas dimensiones, la relación entre gestión presupuestaria y calidad del gasto público puede interpretarse como un proceso multidimensional. La planificación determina prioridades y necesidades financieras; la asignación establece la distribución de los recursos; la ejecución materializa las decisiones presupuestarias; el monitoreo y la evaluación permiten identificar desviaciones y resultados; y la gobernanza establece las condiciones institucionales que atraviesan todo el proceso. La calidad del gasto emerge, por tanto, de la interacción entre eficiencia, equidad, transparencia y sostenibilidad, y no únicamente del volumen de recursos disponibles o del porcentaje formalmente ejecutado.

III. METODOLOGÍA

A. Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática de la literatura orientada a sintetizar la evidencia disponible sobre la relación entre la gestión presupuestaria y la calidad del gasto público en los sistemas de salud. La revisión se estructuró de acuerdo con las recomendaciones de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020), considerando las etapas de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los estudios. Debido a la heterogeneidad de los diseños, contextos, indicadores financieros y medidas de resultado identificadas, se estableció previamente la realización de una síntesis cualitativa y descriptiva, sin metaanálisis. La pregunta de revisión fue: ¿Qué evidencia científica existe sobre la relación entre la gestión presupuestaria y la calidad del gasto público en salud, considerando la planificación y asignación de recursos, la eficiencia de la ejecución, la gobernanza, la

equidad y la sostenibilidad financiera?

B. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se orientó a localizar investigaciones publicadas entre enero de 2021 y agosto de 2026. Se consideraron *Scopus*, *Web of Science*, *ScienceDirect*, *PubMed* y *SciELO* como fuentes de información, debido a su cobertura complementaria de literatura internacional y latinoamericana relacionada con salud pública, administración sanitaria, economía de la salud y gestión pública.

La estrategia combinó términos en inglés y español asociados con los dos componentes principales de la investigación: gestión presupuestaria y gasto público en salud. Se utilizaron los términos “*budget management*”, “*public financial management*”, “*budget planning*”, “*budget execution*”, “*health financing*”, “*health expenditure*”, “*public health expenditure*”, “*public spending*”, “*efficiency*”, “*governance*”, “*financial sustainability*”, “*equity*”, “gestión presupuestaria”, “ejecución presupuestaria”, “gasto público en salud”, “financiamiento sanitario”, “eficiencia”, “gobernanza” y “sostenibilidad financiera”.

La estructura general de búsqueda en inglés fue:

(“*budget management*” OR “*public financial management*” OR “*budget planning*” OR “*budget execution*” OR “*health financing*”) AND (“*health expenditure*” OR “*public health expenditure*” OR “*public spending*”) AND (*efficiency* OR *governance* OR *equity* OR “*financial sustainability*”)

Para *SciELO* se utilizó su equivalente en español:

(“gestión presupuestaria” OR “gestión financiera pública” OR “ejecución presupuestaria” OR “financiamiento sanitario”) AND (“gasto público en salud” OR “gasto sanitario”) AND (eficiencia OR gobernanza OR equidad OR “sostenibilidad financiera”)

Las expresiones fueron adaptadas a la sintaxis y campos disponibles en cada base de datos, manteniendo los mismos componentes conceptuales. Adicionalmente, se revisaron las listas de referencias de los estudios elegibles con la finalidad de identificar publicaciones potencialmente relevantes que no hubieran sido recuperadas mediante la búsqueda electrónica.

C. Criterios de elegibilidad

Se incluyeron artículos científicos publicados entre 2021 y 2026 que analizaran sistemas, instituciones o programas de salud financiados total o parcialmente mediante recursos públicos y que abordaran al menos una dimensión relacionada con planificación presupuestaria, asignación de recursos, ejecución del presupuesto, gestión financiera, eficiencia del gasto, gobernanza financiera, equidad del financiamiento, protección financiera o sostenibilidad. Se admitieron estudios cuantitativos, cualitativos y de métodos mixtos, así como análisis económicos y evaluaciones de políticas, siempre que proporcionaran resultados empíricos pertinentes para la pregunta de revisión.

Se excluyeron editoriales, cartas al editor, comentarios, protocolos de investigación, documentos sin resultados empíricos, revisiones narrativas y publicaciones cuyo objeto principal no estuviera relacionado con el financiamiento o la gestión de recursos públicos en salud. También se excluyeron estudios centrados exclusivamente en costos clínicos individuales, intervenciones terapéuticas o calidad asistencial sin relación explícita con financiamiento, presupuesto o gasto público. Las revisiones sistemáticas identificadas durante la búsqueda se utilizaron únicamente como fuentes secundarias para contextualizar el problema y localizar literatura primaria potencialmente pertinente, pero no se incorporaron como unidades de análisis en la síntesis de resultados, evitando así la duplicación de evidencia.

D. Selección de los estudios

La selección se desarrolló en etapas sucesivas. Inicialmente se consolidaron los registros recuperados de las diferentes fuentes y se eliminaron los duplicados. Posteriormente se realizó el cribado mediante la lectura de títulos y resúmenes, descartándose los documentos que no guardaban relación con la pregunta de investigación. Los artículos potencialmente pertinentes fueron examinados posteriormente en texto completo mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. Después de la evaluación de elegibilidad, 17 estudios cumplieron los criterios establecidos y constituyeron el corpus definitivo de la revisión. El proceso de identificación, depuración, cribado, evaluación de textos completos e inclusión se representó mediante un diagrama de flujo PRISMA 2020. Los motivos principales de exclusión en la

fase de texto completo fueron falta de relación directa con la gestión o financiamiento público en salud, ausencia de resultados empíricos pertinentes, diseño correspondiente a protocolo de investigación y falta de correspondencia con las dimensiones establecidas para la revisión.

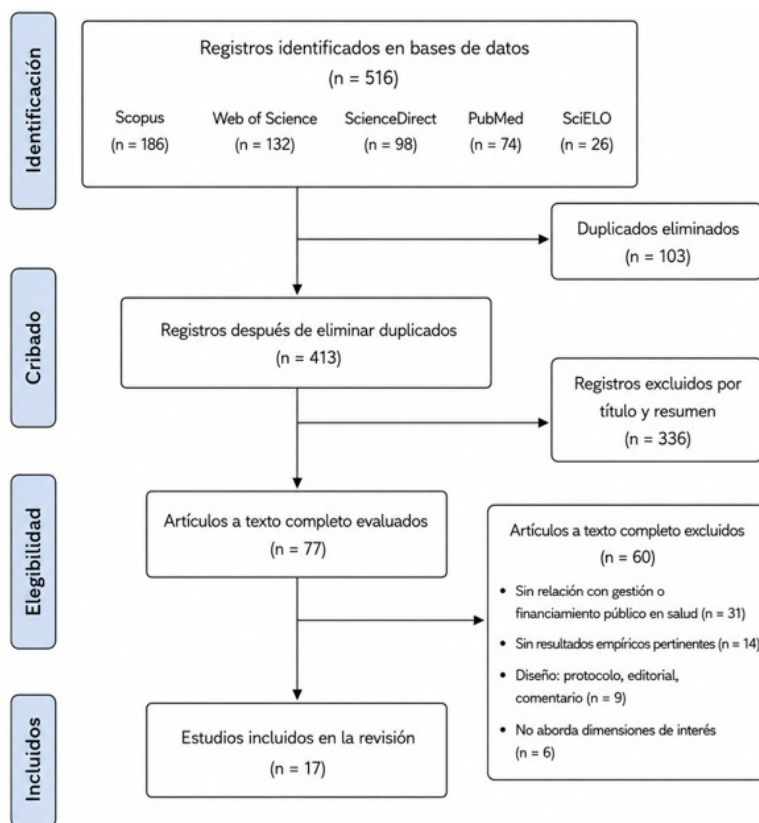


Fig. 1. Diagrama de selección de artículos siguiendo la metodología PRISMA.

E. Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó considerando el diseño de cada investigación. Para ello se utilizaron las herramientas de evaluación crítica del *Joanna Briggs Institute* (JBI) correspondientes al tipo de estudio identificado. La valoración consideró, según correspondiera, claridad de los criterios de inclusión, adecuación de la medición de exposiciones y resultados, identificación y tratamiento de factores de confusión, pertinencia del análisis estadístico, congruencia entre metodología y objetivos y suficiencia de la evidencia presentada para sustentar las conclusiones.

Tabla 1. Criterios considerados para evaluar la calidad de los trabajos

Código	Criterio
C1	Objetivo de investigación claramente definido.
C2	Diseño metodológico coherente con el objetivo del estudio.
C3	Población, unidades de análisis o fuentes de información claramente descritas.
C4	Variables, indicadores o categorías de análisis adecuadamente definidos.
C5	Métodos de recopilación y análisis de datos apropiados para el diseño.
C6	Identificación y consideración de posibles factores de confusión, sesgos o limitaciones, cuando corresponde.
C7	Resultados presentados de forma clara y suficientemente sustentados.
C8	Correspondencia entre los resultados obtenidos y las conclusiones formuladas.
C9	Resultados pertinentes para el análisis de la gestión presupuestaria o del gasto público en salud.
C10	Evidencia útil para alguna de las dimensiones analizadas: eficiencia, gobernanza, equidad, protección financiera o sostenibilidad.

Cada criterio se clasificó como “sí”, “no”, “incierto” o “no aplicable”, siguiendo la estructura de los instrumentos JBI. La evaluación no se utilizó como mecanismo automático de exclusión basado en una puntuación acumulativa; su finalidad fue identificar las principales fortalezas y limitaciones metodológicas de la evidencia y considerar estas características durante la interpretación de los resultados.

F. Extracción y organización de la información

Para cada estudio incluido se elaboró una matriz de extracción que registró: autor y año de publicación, país o región, diseño del estudio, período analizado, ámbito sanitario, objetivo, dimensión presupuestaria o financiera estudiada, indicadores utilizados, principales resultados y conclusiones relevantes para la pregunta de revisión. Posteriormente, la evidencia fue organizada en cinco categorías analíticas definidas a partir del marco conceptual del estudio: a) planificación y asignación presupuestaria; b) ejecución y eficiencia del gasto; c) gobernanza, transparencia y rendición de cuentas; d) equidad y fragmentación del financiamiento; y e) sostenibilidad financiera y protección de los servicios de salud. Un mismo estudio pudo aportar evidencia a más de una categoría cuando sus resultados abordaban diferentes dimensiones de la gestión presupuestaria.

G. Síntesis de la evidencia

Debido a las diferencias entre países, sistemas sanitarios, diseños metodológicos, períodos de observación e indicadores empleados, no se consideró apropiado realizar una combinación estadística de los resultados. En consecuencia, se efectuó una síntesis narrativa estructurada por categorías temáticas. Para cada categoría se compararon los principales hallazgos, identificando patrones de coincidencia, resultados divergentes, características contextuales y vacíos de conocimiento. La interpretación priorizó la dirección y consistencia de la evidencia y evitó establecer relaciones causales cuando los diseños de los estudios originales no permitían sustentarlas. Finalmente, los hallazgos fueron integrados mediante una matriz comparativa destinada a establecer qué dimensiones de la gestión presupuestaria mostraban mayor correspondencia con eficiencia, equidad, gobernanza y sostenibilidad del gasto público en salud.

IV. RESULTADOS

A. Calidad metodológica de los estudios incluidos

La evaluación metodológica mostró un cumplimiento favorable de los criterios de calidad en los 17 estudios incluidos. Las principales fortalezas se observaron en la claridad y pertinencia de los objetivos, la correspondencia entre resultados y conclusiones y la relevancia de la evidencia para el análisis del financiamiento y gasto público en salud. Las principales limitaciones se concentraron en el control explícito de sesgos o factores de confusión y, en menor medida, en la descripción de variables, indicadores y procedimientos analíticos. Estas diferencias fueron consideradas durante la síntesis e interpretación de los hallazgos.

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos (n = 17)

Dominio evaluado	Cumple, n (%)	No cumple, n (%)	I/NA, n (%)
Claridad del objetivo y pertinencia	17 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Adecuación del diseño metodológico	16 (94,1)	0 (0,0)	1 (5,9)
Calidad de fuentes, variables e indicadores	15 (88,2)	1 (5,9)	1 (5,9)
Adecuación del análisis y control de sesgos	14 (82,4)	1 (5,9)	2 (11,8)
Consistencia entre resultados y conclusiones	16 (94,1)	0 (0,0)	1 (5,9)
Relevancia para la gestión y calidad del gasto	17 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Nota. I = información insuficiente; NA = no aplicable. Los porcentajes fueron calculados respecto de los 17 estudios incluidos.

La valoración global indica que la evidencia seleccionada presenta condiciones metodológicas adecuadas para sustentar la síntesis cualitativa. Ningún estudio fue excluido exclusivamente por su valoración de calidad; las limitaciones identificadas se consideraron al establecer el alcance de las inferencias derivadas de cada investigación.

B. Características de los estudios incluidos

Los 17 estudios seleccionados fueron publicados entre 2021 y 2026 y mostraron una amplia diversidad geográfica y temática. La evidencia incluyó investigaciones desarrolladas en América Latina, África, Asia, Europa y Oceanía, además de análisis que abarcaron grupos de países o regiones. Los estudios examinaron principalmente eficiencia y ejecución del gasto, asignación y planificación financiera, gobernanza, equidad del financiamiento, protección financiera y sostenibilidad. Esta diversidad permitió analizar la gestión presupuestaria desde diferentes configuraciones de los sistemas sanitarios.

Tabla 3. Características de los estudios incluidos en la revisión

Ref.	País/región	Dimensión principal
[1]	Internacional	Eficiencia del gasto
[2]	BRICS	Gobernanza y eficiencia
[3]	Perú	Gasto público y sostenibilidad
[4]	México	Equidad y fragmentación
[5]	Nueva Zelanda	Planificación y protección presupuestaria
[6]	Brasil	Asignación del gasto
[7]	Brasil	Asignación y ejecución
[8]	Región Africana de la OMS	Espacio fiscal y planificación
[9]	Sudáfrica	Sostenibilidad del gasto
[10]	Sudáfrica	Financiamiento y sostenibilidad
[11]	Sudáfrica	Gestión financiera
[12]	Chile	Eficiencia
[13]	Gambia	Gobernanza y equidad
[14]	Ecuador	Equidad y protección financiera
[15]	India	Protección financiera
[16]	Grecia	Financiamiento y gasto de los hogares
[17]	Sudáfrica	Sostenibilidad y protección financiera

La caracterización evidencia que el problema fue abordado desde perspectivas complementarias más que mediante un único indicador de calidad del gasto. Los estudios latinoamericanos se concentraron principalmente en asignación, eficiencia, fragmentación y equidad del financiamiento [3], [4], [6], [7], [12], [14], mientras que una parte importante de la evidencia africana examinó sostenibilidad, gestión financiera, gobernanza y espacio fiscal [8], [9], [10], [11], [13], [17]. Los estudios restantes ampliaron el análisis hacia eficiencia, protección financiera y estabilidad del financiamiento en otros contextos [1], [2], [5], [15], [16].

En consecuencia, la heterogeneidad observada respalda la utilización de una síntesis narrativa en lugar de una agregación cuantitativa de efectos. Las características de los estudios permiten organizar los hallazgos posteriores alrededor de cinco dimensiones: planificación y asignación presupuestaria; ejecución y eficiencia del gasto; gobernanza; equidad y fragmentación; y sostenibilidad y protección financiera.

C. Gestión presupuestaria y calidad del gasto público en salud

La síntesis de los estudios permitió identificar cinco dimensiones recurrentes en la relación entre gestión presupuestaria y calidad del gasto público en salud: planificación y asignación de recursos, ejecución y eficiencia, gobernanza, equidad del financiamiento y sostenibilidad financiera. La evidencia no mostró un mecanismo único de mejora, sino la interacción de componentes financieros e institucionales que condicionan la capacidad de transformar los recursos disponibles en servicios y resultados sanitarios.

Tabla 4. Síntesis de la evidencia sobre gestión presupuestaria y calidad del gasto

Dimensión	Hallazgo principal	Ref.
Planificación y asignación	La programación financiera, la protección de partidas prioritarias y la distribución estratégica de recursos favorecen la continuidad y orientación del gasto.	[5], [6], [8]
Ejecución y eficiencia	La calidad del gasto depende de la capacidad para transformar los recursos disponibles en prestaciones y resultados; mayores asignaciones no garantizan por sí mismas mayor eficiencia.	[1], [3], [7], [12]
Gobernanza	La transparencia, el control y la calidad institucional condicionan la utilización de los recursos y la efectividad del financiamiento sanitario.	[2], [11], [13]
Equidad y fragmentación	La fragmentación financiera y las diferencias territoriales pueden mantener desigualdades en la distribución de recursos y en la protección de la población.	[4], [14], [15], [16]
Sostenibilidad financiera	La estabilidad presupuestaria y la suficiencia del financiamiento son necesarias para mantener cobertura, capacidad operativa y continuidad de los servicios.	[5], [9], [10], [17]

En planificación y asignación, los hallazgos indican que la disponibilidad de recursos adquiere mayor utilidad cuando se acompaña de programación financiera y priorización explícita. La protección del financiamiento de la atención primaria, la orientación de recursos hacia áreas prioritarias y la estimación del espacio fiscal aparecen como mecanismos relevantes para sostener servicios e inversiones sanitarias [5], [6], [8].

Respecto de la ejecución y eficiencia, la evidencia muestra que el volumen presupuestario no constituye por sí solo un indicador suficiente de calidad. Los estudios identificaron diferencias territoriales e institucionales en utilización de recursos y productividad, mientras que la experiencia peruana durante la pandemia evidenció que aumentos extraordinarios del gasto pueden incrementar temporalmente la capacidad de respuesta sin garantizar cambios estructurales sostenibles [1], [3], [7], [12]. La gobernanza complementa esta relación: mejores condiciones institucionales, transparencia y procedimientos adecuados de decisión favorecen la utilización del financiamiento, mientras que debilidades organizativas pueden limitar su rendimiento [2], [11], [13].

Finalmente, la equidad y la sostenibilidad amplían la evaluación del gasto más allá de su ejecución administrativa. La fragmentación del financiamiento puede generar diferencias en la distribución de recursos [4], mientras que la protección financiera depende de la capacidad del sistema público para limitar la carga económica transferida a los hogares [14], [15], [16]. Paralelamente, la reducción o insuficiencia sostenida del financiamiento puede comprometer capacidad operativa, cobertura y continuidad de los servicios [9], [10], [17]. En consecuencia, la evidencia revisada permite caracterizar la calidad del gasto público en salud como un fenómeno multidimensional, condicionado por la forma en que los recursos son planificados, distribuidos, administrados y sostenidos en el tiempo.

D. Integración de los hallazgos

La integración de la evidencia mostró que la calidad del gasto público en salud no se explica únicamente por la disponibilidad presupuestaria, sino por la capacidad institucional para gestionar los recursos durante las distintas etapas del ciclo financiero. Los estudios revisados coinciden en señalar que la planificación, la asignación estratégica, la capacidad de ejecución y la estabilidad del financiamiento intervienen de manera complementaria en el desempeño de los sistemas sanitarios [1], [3], [5], [6], [7], [8], [9], [10], [12], [17]. En este sentido, mayores niveles de gasto no representan necesariamente una mejora de su calidad cuando persisten deficiencias en la distribución, administración o sostenibilidad de los recursos.

La gobernanza y la equidad aparecen como condiciones transversales de este proceso. La evidencia muestra que la calidad institucional y los mecanismos de decisión financiera condicionan la utilización de los recursos [2], [11], [13], mientras que la fragmentación del financiamiento y las desigualdades distributivas pueden limitar los beneficios derivados del gasto público [4], [14], [15], [16]. Por tanto, la eficiencia presupuestaria no puede valorarse de manera aislada de la transparencia, la distribución de recursos y la protección financiera de la población. Los estudios analizados respaldan una relación consistente entre gestión presupuestaria y calidad del gasto público en salud, aunque la heterogeneidad metodológica y contextual impide establecer una magnitud única de asociación o atribuir causalidad.

La evidencia disponible permite identificar como componentes convergentes la planificación financiera, la asignación según prioridades, la ejecución eficiente, la gobernanza, la equidad y la sostenibilidad. Estos hallazgos configuran un marco integrado para interpretar la calidad del gasto como resultado de la interacción entre capacidad financiera y capacidad institucional.

E. Discusión

Los hallazgos muestran una convergencia importante: la calidad del gasto sanitario depende menos del incremento aislado de los recursos que de las condiciones institucionales bajo las cuales estos son planificados, distribuidos y utilizados. Esta interpretación coincide con la revisión de Glassman et al. [1], que identifica oportunidades de eficiencia capaces de liberar recursos dentro de los sistemas sanitarios, y con Rahman et al. [2], quienes muestran que la gobernanza condiciona la relación entre gasto y resultados de salud. Ambas perspectivas desplazan el debate desde la suficiencia presupuestaria hacia la capacidad de gestión. Sin embargo, esta relación no implica que el volumen de financiamiento sea secundario. La evidencia sudafricana advierte que el deterioro o la insuficiencia sostenida del gasto comprometen la capacidad operativa y la sostenibilidad del sistema [9], [10]. Por tanto, suficiencia y eficiencia no constituyen explicaciones alternativas, sino condiciones complementarias: administrar adecuadamente recursos insuficientes no elimina las restricciones financieras, del mismo modo que aumentar el presupuesto no corrige por sí mismo las deficiencias de gestión.

Esta tensión también se observa al comparar planificación y ejecución. La protección del financiamiento de la atención primaria en Nueva Zelanda [5] y la priorización presupuestaria observada en Brasil [6] respaldan la importancia de orientar anticipadamente los recursos hacia áreas estratégicas. En contraste, la experiencia peruana durante la pandemia muestra que un aumento extraordinario del gasto puede ampliar la capacidad inmediata de respuesta sin garantizar transformaciones financieras sostenibles [3]. Las diferencias encontradas entre territorios brasileños [7] y servicios sanitarios chilenos [12] refuerzan esta interpretación, pues indican que instituciones sometidas a estructuras nacionales semejantes pueden alcanzar resultados distintos en la utilización de los recursos. En consecuencia, la ejecución presupuestaria no debería evaluarse únicamente mediante el porcentaje gastado, sino considerando qué se financia, cómo se distribuyen los recursos y qué capacidad institucional existe para convertirlos en prestaciones sanitarias.

La gobernanza introduce un segundo debate relevante. La evidencia de los países BRICS relaciona una mayor calidad institucional con un mejor aprovechamiento del gasto sanitario [2], mientras que el análisis de Gambia destaca la importancia de procedimientos transparentes y legítimos para decidir sobre el financiamiento [13]. No obstante, el estudio de Wishnia y Goudge [11] muestra que fortalecer el control financiero mediante centralización puede generar tensiones con la autonomía y capacidad operativa de los niveles responsables de prestar servicios. Esto cuestiona una interpretación simplificada según la cual mayor control administrativo conduce necesariamente a mejor gestión. Los resultados sugieren que la gobernanza financiera requiere un equilibrio entre rendición de cuentas, transparencia, capacidad de decisión y flexibilidad operativa; un sistema excesivamente rígido puede controlar formalmente el gasto sin garantizar necesariamente su mejor utilización.

La eficiencia tampoco puede separarse de la equidad. La fragmentación observada en México evidencia que la existencia de financiamiento público no garantiza una distribución homogénea de recursos entre grupos poblacionales [4]. Desde otra perspectiva, los estudios realizados en Ecuador e India muestran que las políticas de financiamiento y aseguramiento pueden contribuir a la protección financiera, aunque sus efectos sobre el gasto asumido por los hogares no son necesariamente uniformes [14], [15]. El caso griego aporta el contraste: en contextos de crisis, las restricciones del financiamiento pueden trasladar una mayor carga económica hacia los hogares [16]. Esta evidencia amplía el concepto de calidad del gasto, pues una gestión aparentemente eficiente desde criterios administrativos puede resultar insuficiente si mantiene desigualdades territoriales o incrementa la exposición financiera de determinados grupos.

La principal contribución de esta revisión consiste, por tanto, en integrar dimensiones que frecuentemente son estudiadas de manera separada. La evidencia analizada permite interpretar la calidad del gasto público en salud como resultado de la interacción entre suficiencia financiera, planificación, capacidad de ejecución, gobernanza, equidad y sostenibilidad, más que como consecuencia de una única práctica presupuestaria. Sin embargo, la heterogeneidad de diseños, indicadores, sistemas sanitarios y contextos nacionales limita la comparación directa entre estudios y no permite estimar una magnitud común del

efecto de la gestión presupuestaria sobre el desempeño sanitario. Asimismo, la diversidad de indicadores empleados revela la ausencia de una medida estandarizada de "calidad del gasto", lo que constituye tanto una limitación de la evidencia disponible como una línea de investigación futura. Se requieren estudios comparativos que integren indicadores financieros, institucionales, distributivos y sanitarios para establecer con mayor precisión qué configuraciones de gestión producen resultados sostenibles y en qué contextos pueden ser transferibles.

CONCLUSIONES

La evidencia analizada muestra que la calidad del gasto público en salud depende tanto de la disponibilidad de recursos como de la capacidad institucional para planificarlos, asignarlos, ejecutarlos y evaluarlos. El incremento presupuestario, considerado de manera aislada, no garantiza mayor eficiencia ni mejores resultados cuando persisten debilidades en los procesos de gestión. Por otra parte, la planificación y asignación estratégica, la eficiencia de la ejecución, la gobernanza, la equidad y la sostenibilidad financiera constituyen dimensiones interrelacionadas de la gestión presupuestaria. En particular, la transparencia, la rendición de cuentas y la capacidad institucional actúan como condiciones relevantes para orientar los recursos hacia prioridades sanitarias y favorecer su utilización eficiente.

La calidad del gasto tampoco puede evaluarse exclusivamente mediante indicadores de ejecución presupuestaria. La fragmentación del financiamiento, las desigualdades territoriales y la transferencia de costos hacia los hogares evidencian la necesidad de incorporar criterios de equidad y protección financiera. Por ello, una gestión presupuestaria adecuada requiere conciliar eficiencia administrativa, distribución de recursos y continuidad sostenible de los servicios. Finalmente, la heterogeneidad metodológica y la diversidad de indicadores identificadas impiden establecer una magnitud única de la relación entre gestión presupuestaria y calidad del gasto. Se requiere avanzar hacia estudios comparativos y sistemas de indicadores que integren dimensiones financieras, institucionales, distributivas y sanitarias, permitiendo evaluar con mayor precisión la calidad del gasto público y orientar decisiones presupuestarias sustentadas en evidencia.

REFERENCIAS

- [1] A. Glassman, M. Hanlon, S. Sparkes *et al.*, "Improving the efficiency in spending for health: A systematic review of evidence," *SSM-Health Systems*, vol. 2, p. 100008, 2024.
- [2] M. M. Rahman, T. I. Dyuti, M. Tareque, and M. Alnour, "Health expenditure, governance and sdg3 nexus: A longitudinal analysis in brics economies," *Globalization and Health*, 2025.
- [3] M. A. Zúñiga Olivares, A. Mendes, and L. Carnut, "Analysis of changes in public spending on health in peru during the covid-19 pandemic," *Saúde e Sociedade*, 2024.
- [4] E. Serván-Mori, D. Cerecero-García, C. Pineda-Antúnez *et al.*, "Health financing inequality in fragmented health systems: Evidence from mexico, 2000-2023," *International Journal for Equity in Health*, 2026.
- [5] M. Irurzun-Lopez, M. Jeffreys, and J. Cumming, "Protecting primary healthcare funding in aotearoa new zealand: A cross-sectional analysis of funding data 2009-2023," *Journal of Primary Health Care*, 2025.
- [6] M. G. França, A. I. da Silva, and R. Zuccolotto, "Public health expenditures in vitória/es: Priority for primary care," *Ciência & Saúde Coletiva*, 2025.
- [7] D. F. Gomes and C. C. R. da Silva, "Spending on primary health care in large cities in the state of ceará from 2018 to 2021," *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 2024.
- [8] J. A. Asamani, S. B. K. Bediakon, H. Ismaila *et al.*, "Ballpark estimates of budget space for health workforce investments in the 47 countries of the who african region: A modelling study," *Health Services Insights*, 2025.
- [9] A. Bhorat, D. Nel, L. Cairncross, and M. Visser, "A turn for the worse: The impact of deteriorating healthcare spending in south africa," *South African Medical Journal*, vol. 116, no. 4, 2026.

- [10] N. I. Mkhize, "Critical assessment of health financing indicators and expenditure in south africa," *Health SA Gesondheid*, vol. 31, 2026.
- [11] J. Wishnia and J. Goudge, "Impact of financial management centralisation in a health system under austerity: A qualitative study from south africa," *BMJ Global Health*, 2021.
- [12] S. Mayanz, "Efficiency of the chilean health system: Comparative analysis between health services," *Revista Médica de Chile*, 2022.
- [13] H. Njie, E. Dale, and U. Gopinathan, "Procedural fairness in decision-making for financing a national health insurance scheme: A case study from the gambia," *Health Policy and Planning*, 2023.
- [14] E. Quizhpe Ordóñez, M. San Sebastián, E. Terán, and A.-M. Pulkki-Brännström, "Did health reform improve financial protection for disadvantaged groups in ecuador? a socio-economic inequality assessment of catastrophic health expenditures 2006–2014," *BMJ Open*, 2025.
- [15] A. Sharma, "Do publicly funded health insurance schemes reduce out-of-pocket expenditure? evidence from india," *BMC Health Services Research*, 2026.
- [16] C. Crookes, R. Palladino, P. Seferidi, R. Hirve, O. Siskou, and F. T. Filippidis, "Impact of the economic crisis on household health expenditure in greece: An interrupted time series analysis," *BMJ Open*, 2021.
- [17] S. V. Mokoena and P. Naidoo, "Financing the national health insurance in south africa to achieve an appropriate degree of coverage of effective health services and levels of financial protection," *Pan African Medical Journal*, 2025.