

INVERSIÓN Y GASTO EN SALUD

INVERSIÓN Y GASTO EN SALUD

FUNDACIÓN FESAL

Septiembre de 2026

«Health is capital, not a cost»
("La salud es capital, no un costo")
McKinsey Health Institute (2026)

1. Resumen ejecutivo

El presente informe examina, con rigor académico, la distinción conceptual y empírica entre el gasto en salud y la inversión en salud, tomando como fuente primaria el informe del McKinsey Health Institute (MHI) *The health of nations: Stronger health, stronger economies* (McKinsey Health Institute, 2026), elaborado en colaboración con el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sobre la base de la Global Burden of Disease (GBD) Study 2021.

La tesis central del documento fuente —y que este informe busca sistematizar— es que la salud ha sido tradicionalmente conceptualizada como un costo fiscal a administrar, cuando la evidencia agregada sugiere que corresponde reconceptualizarla como una forma de capital humano generadora de valor económico y social. Esta distinción no es meramente semántica: tiene implicancias directas sobre el diseño de la contabilidad pública, los sistemas de incentivos, los horizontes de planificación presupuestaria y los criterios de asignación de recursos sanitarios.

El análisis de MHI, que modela aproximadamente 300 intervenciones sanitarias costo-efectivas basadas en evidencia sobre 90 enfermedades y 27 factores de riesgo en más de 200 países, concluye que escalar el acceso a dichas intervenciones hasta niveles aspiracionales de mejor práctica podría reducir la carga mundial de enfermedad en un 35% hacia 2050, evitar 33 millones de muertes prematuras, sumar hasta nueve años de vida saludable por persona y generar 12,5 billones de dólares estadounidenses (trillion, en la nomenclatura anglosajona) adicionales al PIB mundial anual, con un retorno económico estimado de aproximadamente 4:1 sobre la inversión requerida (McKinsey Health Institute, 2026).

Estos hallazgos permiten fundamentar, con base empírica, una distinción categorial entre erogaciones sanitarias que se agotan en el ejercicio fiscal corriente sin generar retorno mensurable (gasto) y erogaciones que generan un flujo de beneficios económicos y sociales futuros cuantificables, susceptibles de ser evaluadas mediante herramientas de análisis costo-beneficio y retorno sobre la inversión (inversión). El informe identifica que, pese a que la prevención concentra hasta un 65% del potencial de mejora sanitaria, los países destinan en promedio menos del 2% de su gasto

sanitario a la prevención, lo que evidencia una falla sistémica de asignación de recursos antes que una falla de evidencia científica.

El presente documento se estructura en seis secciones: hallazgos conceptuales, hallazgos numéricos, metodología del estudio de referencia, un glosario técnico de los indicadores epidemiológicos y económicos empleados, y un corolario de aplicación práctica orientado a la formulación de política sanitaria y a la práctica institucional de organismos del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

2. Hallazgos conceptuales más relevantes

2.1. La salud como capital humano frente a la salud como costo fiscal

El hallazgo conceptual estructurante del informe de referencia es la propuesta de invertir la ecuación tradicional mediante la cual la salud se percibe primariamente como un costo a contener —gasto sanitario, costos de seguros, presupuestos hospitalarios, carga fiscal del envejecimiento poblacional— y proponer, en cambio, su tratamiento como una de las formas de capital más valiosas que posee una sociedad (McKinsey Health Institute, 2026). Esta reconceptualización se sustenta en el hallazgo de que las poblaciones sanas no son meras beneficiarias de las economías prósperas, sino una de las causas de su prosperidad.

El propio material de difusión del McKinsey Health Institute sintetiza esta tesis en una fórmula que condensa el argumento central del informe: "Health is capital, not a cost" —"la salud es capital, no un costo"— (McKinsey Health Institute, 2026). Esta síntesis no es una mera consigna de comunicación institucional, sino la expresión más económica del criterio conceptual que este informe se propone desarrollar y operacionalizar en las secciones siguientes: la distinción entre gasto e inversión en salud.

2.2. La "deuda invisible" de la carga de enfermedad

El informe introduce una metáfora de particular utilidad para la contabilidad pública: la carga de morbilidad no tratada debe concebirse como una deuda invisible en el balance nacional, cuyos intereses se pagan mediante pérdida de productividad, reducción de la participación en la fuerza laboral, mortalidad prematura, cargas de

cuidado informal y aumento sostenido del gasto sanitario reactivo. Bajo este marco, la inversión en prevención no constituye un gasto adicional, sino una amortización del capital de dicha deuda, que reduce los pagos futuros de intereses y estabiliza la salud fiscal de largo plazo (McKinsey Health Institute, 2026).

2.3. El criterio distintivo entre gasto e inversión: atribuibilidad de retorno

A partir de la metodología del informe, resulta posible proponer un criterio operativo de distinción: constituye inversión en salud toda erogación sanitaria (i) cuyo costo por año de vida ajustado por discapacidad (DALY) evitado es inferior al umbral de costo-efectividad definido por la Organización Mundial de la Salud (tres veces el producto interno bruto per cápita del país); y (ii) cuyo efecto es mensurable en términos de retorno económico agregado —vía mayor participación laboral, menor ausentismo, menor presentismo y mayores ingresos futuros de la niñez— dentro de un horizonte temporal definido. Constituye, en cambio, gasto en salud toda erogación reactiva orientada a mitigar o paliar una condición ya instalada sin capacidad de generar dicho flujo de retorno cuantificable, o cuya relación costo-DALY supera el umbral de costo-efectividad.

2.4. La prevención como categoría privilegiada de inversión

El informe distingue tres tipos de intervención sanitaria: prevención poblacional (medidas fiscales, regulatorias y ambientales, como el control del tabaco o la calidad del aire), prevención individual y atención proactiva (vacunación, cesación tabáquica, control de hipertensión), e intervenciones terapéuticas (tratamiento de condiciones ya desarrolladas). La evidencia agregada indica que las dos primeras categorías —agrupadas bajo el concepto de prevención— explican el 65% del impacto sanitario potencial, mientras que las intervenciones terapéuticas explican el 35% restante. Ello se debe a que la prevención produce efectos multiplicadores sobre múltiples resultados de salud simultáneamente: el control del tabaquismo, por ejemplo, reduce no solo la incidencia de cáncer de pulmón sino también el riesgo cardiovascular, respiratorio crónico y de otros cánceres (McKinsey Health Institute, 2026).

2.5. La paradoja de la infrafinanciación de la prevención

Pese a concentrar el mayor potencial de retorno, la prevención recibe sistemáticamente menos del 2% del gasto sanitario en la mayoría de los países, y en la Unión Europea representó apenas el 3,65% del gasto sanitario total en 2023 tras el repliegue posterior al impulso excepcional de la pandemia de COVID-19. El informe atribuye esta paradoja a tres barreras estructurales: (i) el problema contrafáctico de atribución (el éxito de la prevención se manifiesta como la no ocurrencia de una enfermedad, lo que dificulta su valoración y trazabilidad); (ii) el diseño histórico de los sistemas de salud en torno al tratamiento de la enfermedad antes que al mantenimiento de la salud, con modelos de pago que retribuyen procedimientos y actividad hospitalaria antes que resultados poblacionales; y (iii) horizontes fiscales y políticos de corto plazo (por ejemplo, ventanas fiscales decenales) que subvaloran sistemáticamente los efectos de mediano y largo plazo de las medidas preventivas (McKinsey Health Institute, 2026).

2.6. Incentivos desalineados entre quien invierte y quien percibe el retorno

Un hallazgo conceptual de particular relevancia institucional es que, cuando la prevención funciona, el beneficio económico rara vez retorna a quien realizó la inversión: un prestador de atención primaria que evita una internación no percibe la totalidad de dicho ahorro, ni comparte el valor generado por la mayor productividad laboral de sus pacientes. Este desacople entre quien asume el costo y quien captura el beneficio explica, desde la teoría de la acción colectiva, la subinversión crónica en prevención observada empíricamente, y fundamenta la necesidad de mecanismos de financiamiento intersectorial y de pago por resultados.

2.7. Heterogeneidad del retorno según el nivel de ingreso de los países

El informe advierte que el retorno económico de la inversión sanitaria no es uniforme: los países de ingreso medio-bajo exhiben el mayor retorno relativo (aproximadamente 5,7 veces lo invertido), mientras que los países de bajo ingreso presentan el menor retorno relativo (1,9 veces), debido a restricciones estructurales de infraestructura sanitaria y mayores costos relativos de implementación, aun cuando la mejora sanitaria potencial (en términos de DALY evitados por cada 100.000 dólares invertidos) es allí sustancialmente mayor. Ello conduce a una precisión conceptual

importante: el criterio de inversión no debe reducirse a la maximización del retorno financiero, ya que intervenciones con menor retorno monetario pueden ser indispensables por razones de equidad y resiliencia de largo plazo (McKinsey Health Institute, 2026).

2.8. De sistemas que financian la enfermedad a sistemas que generan salud

El informe de referencia sintetiza sus recomendaciones en tres prioridades generales —alinear los incentivos hacia la prevención de largo plazo, impulsar la acción multisectorial y mejorar la eficiencia del gasto sanitario— que, leídas en conjunto, revelan una transformación de mayor alcance: la necesidad de migrar de sistemas diseñados principalmente para financiar la enfermedad hacia sistemas capaces de generar salud. Bajo esta lógica, la atención médica continúa siendo indispensable, pero deja de ser el único ni el principal productor de salud: las escuelas, los lugares de trabajo, las ciudades, el transporte, la tecnología, la agricultura, la fabricación de alimentos, el sector minorista, las finanzas y las políticas públicas constituyen, todos ellos, espacios de producción de salud (McKinsey Health Institute, 2026). Esta conceptualización refuerza, desde una perspectiva distinta, el hallazgo conceptual desarrollado en la sección 2.1: la salud no se agota en el sistema sanitario, sino que se produce y se distribuye a través del conjunto del entramado social y económico, lo que explica por qué la contabilidad pública tradicional —centrada en el gasto del sector salud— resulta insuficiente para captar su valor total.

2.9. La falsa dicotomía entre responsabilidad individual y diseño de sistemas

Un hallazgo conceptual adicional, de relevancia directa para el diseño regulatorio, refiere al modo en que se atribuye la responsabilidad sobre los factores de riesgo modificables. La mala alimentación, el consumo de tabaco, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol suelen describirse como decisiones estrictamente individuales; sin embargo, el informe de referencia advierte que dichos comportamientos están fuertemente condicionados por los sistemas alimentarios, el diseño urbano, el marketing, los entornos laborales y las normas sociales que rodean a la persona (McKinsey Health Institute, 2026). La síntesis propuesta —"la gente toma

decisiones, pero los sistemas influyen en las decisiones"— permite superar la dicotomía tradicional entre responsabilidad personal e intervención estatal, y reformula el criterio de política sanitaria: una prevención eficaz no consiste en sustituir la autonomía individual, sino en diseñar entornos en los que la opción saludable sea, a la vez, la más fácil, la más accesible y la más asequible. Instrumentos como el etiquetado nutricional frontal, las subvenciones a alimentos saludables, la reformulación de productos y la tributación diferenciada sobre bebidas azucaradas constituyen aplicaciones concretas de este principio, ya referidas en la sección 2.5 de este informe respecto de las "Best Buys" de la Organización Mundial de la Salud.

2.10. La reformulación de productos como plataforma de inversión y no solo de cumplimiento

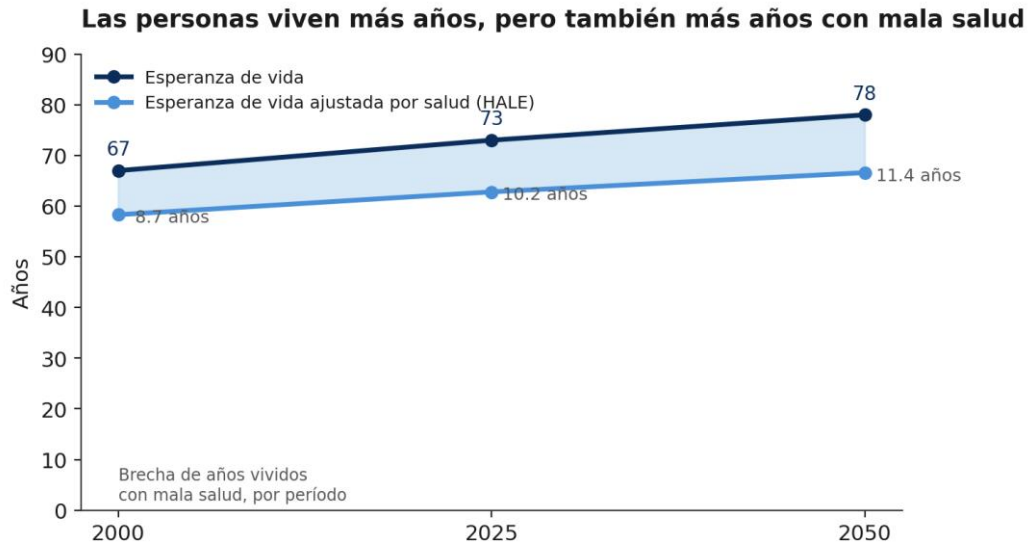
Finalmente, el informe de referencia identifica una oportunidad conceptual específica para el sector privado, en particular para la industria de alimentos y bebidas: en la medida en que los incentivos de mercado se desplazan hacia una demanda creciente de productos más saludables, la reformulación nutricional deja de ser exclusivamente una obligación normativa o una política de responsabilidad social corporativa, para constituirse en una plataforma legítima de innovación, diferenciación competitiva y creación de valor de largo plazo (McKinsey Health Institute, 2026). Bajo esta lectura, la inversión privada en productos, procesos y experiencias que integren la salud a la vida cotidiana de las personas resulta funcionalmente equivalente —en su lógica económica— a la inversión pública en prevención descrita en la sección 2.3: en ambos casos se trata de erogaciones que, lejos de agotarse en el período corriente, generan un flujo de valor futuro, ya sea en forma de retorno económico agregado para la sociedad o de retorno comercial y reputacional para la empresa que innova.

3. Hallazgos numéricos más relevantes

A continuación se sistematizan, en formato tabular, los principales indicadores cuantitativos reportados por McKinsey Health Institute (2026), organizados por dimensión de análisis.

3.1. Indicadores demográficos y de carga de enfermedad

Indicador	Valor / proyección
Esperanza de vida global proyectada a 2050	78 años (aumento de 11 años respecto de los 50 años previos)
Años vividos en mala salud (2000)	8,7 años
Años vividos en mala salud (2025)	10,2 años
Años vividos en mala salud proyectados (2050)	11,4 años
Población mundial (2025 → 2050)	8.100 millones → 9.300 millones
Personas mayores de 65 años (2025 → 2050)	862 millones → 1.600 millones (casi el doble)
Participación de enfermedades no transmisibles (ENT) en muertes globales (2025)	76% (63% en el año 2000)
Participación de ENT en años vividos con mala salud (2025)	82% (77% en el año 2000)
Variación de la carga de enfermedad per cápita (2000-2025)	-24%
Variación proyectada de la carga de enfermedad per cápita (2025-2050)	+4%



Fuente: adaptado de McKinsey Health Institute (2026), Exhibit 1, con base en Global Burden of Disease Database, Institute for Health Metrics and Evaluation (2021).

Gráfico 1. Las personas viven más años, pero también más años con mala salud (2000-2050).
Elaboración propia con base en McKinsey Health Institute (2026), Exhibit 1.

3.2. Impacto potencial de escalar intervenciones costo-efectivas (a 2050)

Indicador	Valor / proyección
Reducción potencial de la carga mundial de enfermedad	35%
Muertes prematuras evitables	33 millones
Años vividos con discapacidad evitables	Más de 461 millones
Aumento de la esperanza de vida saludable (HALE) por persona	Hasta 9 años
Aumento de la esperanza de vida general por persona	Aproximadamente 6 años
Días adicionales de vida saludable por persona y por año	Aproximadamente 18 días
Participación de la prevención en el impacto sanitario potencial	65% (individual: 38%; poblacional: 27%)
Participación de las intervenciones terapéuticas en el impacto potencial	35%

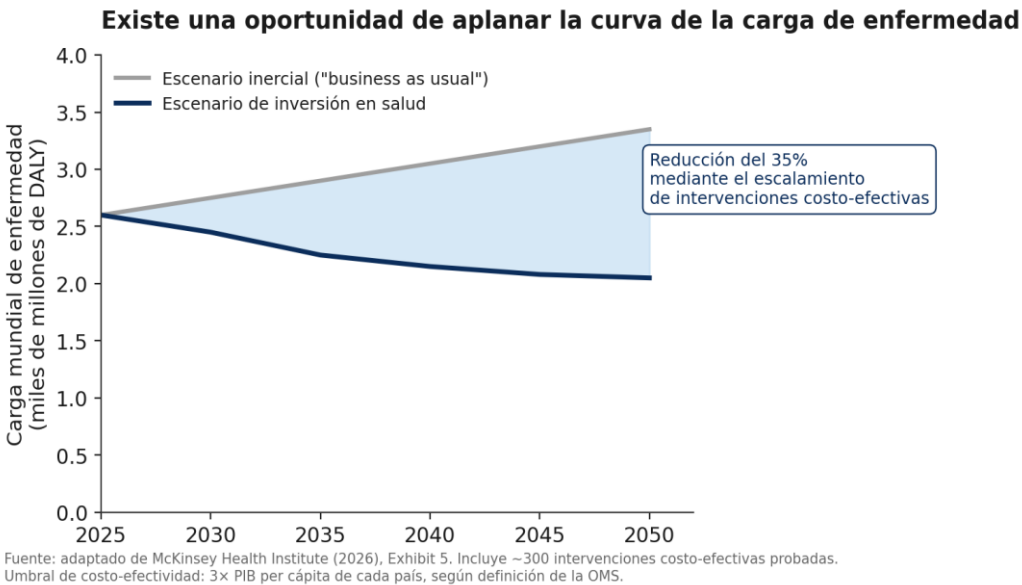
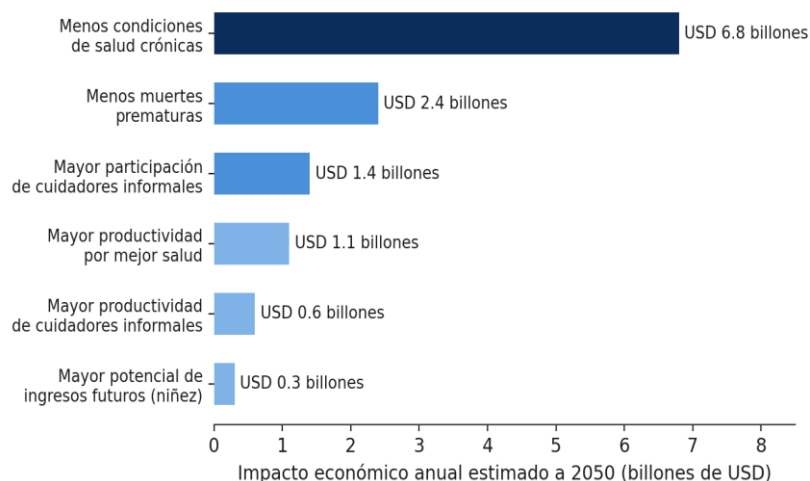


Gráfico 2. Oportunidad de aplanar la curva de la carga mundial de enfermedad, 2025-2050.
Elaboración propia con base en McKinsey Health Institute (2026), Exhibit 5.

3.3. Indicadores económicos

Indicador	Valor / proyección
Incremento anual del PIB mundial a 2050	12,5 billones de USD (trillion), equivalente a ~7% del PIB global
Retorno económico global por cada dólar invertido	≈ 4 USD (retorno 4:1)
Inversión anual requerida a 2050	≈ 3,3 billones de USD (≈16% del gasto sanitario mundial proyectado)
Gasto sanitario mundial actual	11,2 billones de USD
Gasto sanitario mundial proyectado a 2050	20,5 billones de USD (10% → 11% del PIB mundial)
Trabajo-años adicionales de tiempo completo generados	≈ 288 millones
Participación del aumento de fuerza laboral en la ganancia de PIB	≈ 85% del beneficio económico total
Pérdida de productividad y participación laboral (2025 → 2050)	17% → 23% del PIB mundial
Retorno de la fiscalidad sobre el tabaco	35:1
Retorno de la fiscalidad sobre el alcohol	8:1
Retorno de las "Best Buys" de la OMS (17% del beneficio sanitario, 7% del costo)	6:1

Una salud mejorada podría sumar USD 12,5 billones al PIB mundial en 2050



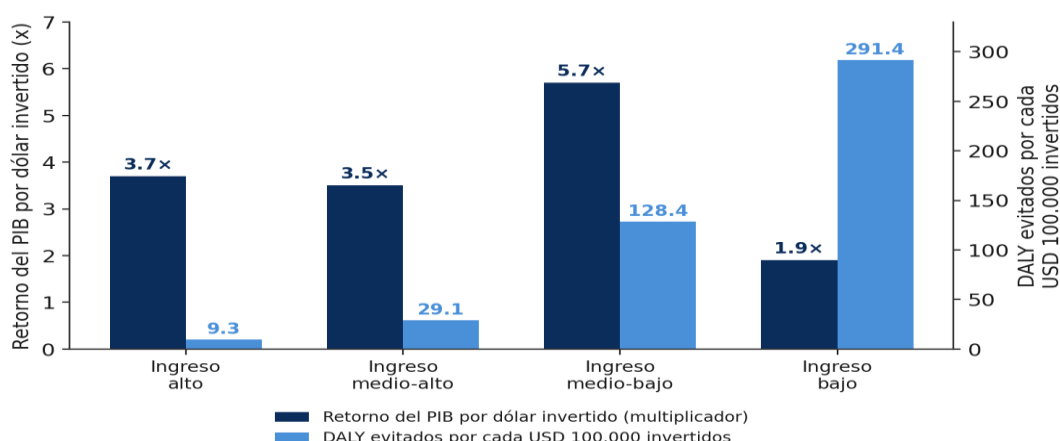
Fuente: adaptado de McKinsey Health Institute (2026), Exhibit 10. Participación en la fuerza laboral: USD 10,5 billones (85%); productividad: USD 2,0 billones (15%). Las cifras pueden no sumar el total por redondeo.

Gráfico 3. Desglose del impacto económico global estimado a 2050 (USD 12,5 billones anuales).
Elaboración propia con base en McKinsey Health Institute (2026), Exhibit 10.

3.4. Retorno sobre la inversión por nivel de ingreso de país

Arquetipo de país	Retorno del PIB por dólar invertido	DALY evitados por cada USD 100.000 invertidos
Ingreso alto	3,7×	9,3
Ingreso medio-alto	3,5×	29,1
Ingreso medio-bajo	5,7×	128,4
Ingreso bajo	1,9×	291,4
Promedio global	3,8×	33,8

El retorno de la inversión sanitaria varía según el nivel de ingreso del país



Fuente: adaptado de McKinsey Health Institute (2026), Exhibit 11. DALY: años de vida ajustados por discapacidad.

Gráfico 4. Retorno de la inversión sanitaria según el nivel de ingreso del país. Elaboración propia con base en McKinsey Health Institute (2026), Exhibit 11.

3.5. Casos destacados de retorno específico

Entre las intervenciones individuales con mayor retorno documentado se destacan: el tratamiento antihipertensivo de rutina, con capacidad de evitar millones de muertes prematuras a un costo inferior a cinco dólares per cápita anuales; la inversión en salud metabólica (nutrición, actividad física, entornos saludables), con un potencial de evitar 171 millones de DALY y aportar hasta 1,6 billones de USD a la economía global a 2050; y la inversión en salud cerebral (salud mental, uso de sustancias, trastornos neurológicos), donde el mecanismo de "task-sharing" podría recuperar 18,6 millones de años saludables y aportar aproximadamente 350.000 millones de USD al PIB global, pese a que la salud mental recibe apenas el 2% del financiamiento sanitario global, con una brecha de financiamiento estimada entre 200.000 y 350.000 millones de USD anuales (McKinsey Health Institute, 2026).

4. Metodología

La metodología descrita en el documento fuente (McKinsey Health Institute, 2026) se estructura en cuatro componentes secuenciales, que se detallan a continuación a los efectos de garantizar la trazabilidad y el rigor de las conclusiones reproducidas en este informe.

4.1. Análisis de la carga de enfermedad

El modelo utiliza el conjunto de datos 2021 de la Global Burden of Disease (GBD), elaborado por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), con sede en la Universidad de Washington, para analizar la carga de aproximadamente 90 enfermedades (85% de la carga mundial de enfermedad) y 27 factores de riesgo (98% de la carga atribuible a factores de riesgo).

4.2. Identificación de intervenciones y estimación de su efectividad

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva para identificar intervenciones sanitarias escalables, basadas en evidencia y costo-efectivas. Los datos sobre efectividad y tasas de adopción actuales se extrajeron de más de 500 estudios individuales que cubren aproximadamente 300 intervenciones, con fuentes principales en la Organización Mundial de la Salud (OMS), las publicaciones de Disease Control Priorities y la revista The Lancet.

4.3. Modelización de la reducción de la carga de enfermedad

El modelo representa la implementación secuencial, año a año, de las intervenciones sanitarias, cuantificando la reducción potencial de la carga de enfermedad para cada par condición-intervención a lo largo de un período de 25 años (2025-2050). Se emplearon dos escenarios de adopción: (i) un escenario aspiracional de mejor práctica, que refleja estimaciones realistas de la proporción de población alcanzable bajo implementación óptima (95% para tamizaje, vacunas y medicación preventiva, según estándares internacionales), y (ii) un escenario teórico máximo, que asume cobertura y adherencia perfectas (100%), bajo el cual podrían evitarse hasta 1.500 millones de DALY (50% de la carga total de enfermedad).

4.4. Estimación del impacto económico, costos y retorno sobre la inversión

El impacto económico se evaluó a través de reducciones en mortalidad prematura, discapacidad y demanda de cuidado informal, así como mejoras en productividad e ingresos futuros de la niñez. Las proyecciones de línea de base para PIB, empleo y tasas de participación laboral se obtuvieron de Oxford Economics y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para más de 200 países, desagregadas por grupos

etarios quinquenales y sexo. Los costos de implementación y los retornos económicos se estimaron mediante métricas de costo por DALY evitado, provenientes de bases de datos de referencia como el Cost-Effectiveness Analysis Registry del Tufts Medical Center y WHO-CHOICE. El umbral de costo-efectividad aplicado —tres veces el PIB per cápita de cada país— corresponde a la definición histórica de la OMS, cuyas limitaciones son explícitamente reconocidas por los propios autores, dado que la OMS ha migrado hacia criterios no uniformes por país (McKinsey Health Institute, 2026).

4.5. Limitaciones metodológicas reconocidas por la fuente

- Incertidumbre en la evolución futura de la carga de enfermedad, que no incorpora eventuales caídas adicionales de la asistencia oficial para el desarrollo.
- Naturaleza cambiante, desigual e inconclusa de la evidencia científica de base sobre eficacia y adopción de intervenciones.
- Los supuestos sobre elecciones del mercado laboral y capacidad de absorción de fuerza de trabajo adicional a niveles promedio de productividad.
- La métrica de PIB no captura la totalidad del bienestar social, subvalorando el cuidado no remunerado y el trabajo doméstico, tareas desproporcionadamente asumidas por mujeres, así como contribuciones ambientales y comunitarias.

5. Glosario técnico

Costo en salud

Valor monetario de los recursos —humanos, materiales, tecnológicos o financieros— consumidos para producir un bien o servicio sanitario determinado, con independencia de quién lo financie o de si dicho valor se traduce en un desembolso presupuestario del período. Constituye la categoría económica más amplia, de la cual el gasto y la inversión en salud son especies: todo gasto y toda inversión suponen un costo, pero no todo costo se traduce necesariamente en una erogación registrada como tal en un ejercicio fiscal (por ejemplo, el costo de oportunidad o el costo social del cuidado informal no remunerado, señalado como una externalidad no capturada por el PIB en McKinsey Health Institute, 2026).

Gasto en salud

Erogación efectiva de recursos —públicos o privados— destinada a la producción o adquisición de bienes y servicios sanitarios dentro de un ejercicio presupuestario determinado, que se consume en dicho período sin generar, por sí sola, un flujo identificable de retorno económico futuro. Conforme la sistematización propuesta en la sección 2.3 de este informe, el gasto en salud se caracteriza por su naturaleza reactiva —orientada primariamente al tratamiento de condiciones ya instaladas— y por la dificultad de atribuirle, mediante herramientas de costo-efectividad, un beneficio económico agregado mensurable más allá del período corriente. El informe de referencia documenta que el gasto sanitario mundial, mayoritariamente reactivo, asciende actualmente a 11,2 billones de dólares y se proyecta en 20,5 billones de dólares para 2050 (McKinsey Health Institute, 2026).

Inversión en salud

Erogación de recursos sanitarios cuyo costo por año de vida ajustado por discapacidad (DALY) evitado se sitúa por debajo del umbral de costo-efectividad y que genera un flujo de beneficios económicos y sociales futuros, cuantificable mediante indicadores de retorno sobre la inversión (ROI), tales como el aumento de la participación en la fuerza laboral, la reducción del ausentismo y el presentismo, o el incremento del ingreso futuro de la niñez. A diferencia del gasto, la inversión en salud se caracteriza por su naturaleza predominantemente preventiva y por la posibilidad de proyectar, con metodologías actuariales y epidemiológicas, un retorno superior a la unidad invertida; el informe de referencia estima dicho retorno en 4:1 a escala global, con máximos de 35:1 en el caso de la fiscalidad sobre el tabaco (McKinsey Health Institute, 2026).

Cuadro comparativo detallado: costo, gasto e inversión en salud

A efectos de sistematizar, con fines de aplicación práctica, las distinciones conceptuales y numéricas desarrolladas a lo largo de este informe, se presenta a continuación un cuadro comparativo que integra, para cada una de las tres categorías analizadas, sus rasgos conceptuales definitorios y los principales datos numéricos documentados por McKinsey Health Institute (2026).

Dimensión de análisis	Costo	Gasto en salud	Inversión en salud
Naturaleza categorial	Categoría económica más amplia: valor de todo recurso consumido, con independencia de su registro presupuestario	Especie del costo: erogación efectivamente registrada en un ejercicio presupuestario determinado	Especie del costo: erogación registrada que, además, satisface un criterio de retorno mensurable
Horizonte temporal del efecto	Variable según el recurso; puede incluir costos de oportunidad no temporalmente acotados	Se agota en el período corriente (ejercicio fiscal en curso)	Genera flujo de beneficios proyectado a mediano y largo plazo (horizonte 2025-2050 en el informe de referencia)
Relación con el umbral de costo-efectividad (OMS)	No aplicable como criterio autónomo	Puede superar el umbral de 3× PIB per cápita por DALY evitado, o no ser evaluada bajo dicho criterio	Por definición, se sitúa por debajo del umbral de 3× PIB per cápita por DALY evitado
Naturaleza típica de la intervención	Neutra (no predetermina tipo de intervención)	Predominantemente reactiva / terapéutica (35% del impacto sanitario potencial, según sección 2.4)	Predominantemente preventiva, poblacional e individual (65% del impacto sanitario potencial, según sección 2.4)
Atribuibilidad de retorno económico	No exigida conceptualmente	Difícil de atribuir ("problema contrafáctico"); sin flujo identificable de retorno futuro	Cuantificable mediante ROI: participación laboral, productividad, ausentismo, ingresos futuros de la niñez

Ejemplos según el informe de referencia	Costo de oportunidad; costo social del cuidado informal no remunerado (externalidad no capturada por el PIB)	Tratamientos oncológicos avanzados; medicación psiquiátrica reactiva; hospitalización por complicaciones evitables	Control de hipertensión; vacunación; cesación tabáquica; tamizaje temprano de ENT; fiscalidad sobre tabaco y alcohol
Participación en el gasto sanitario mundial actual	No mensurable como agregado único	Más del 98% del gasto sanitario mundial actual (USD 11,2 billones), dado que la prevención explica menos del 2%	Menos del 2% del gasto sanitario mundial actual; 3,65% en la Unión Europea en 2023 (McKinsey Health Institute, 2026)
Magnitud proyectada a 2050	No proyectada como agregado único	Gasto sanitario mundial proyectado: USD 20,5 billones (10% → 11% del PIB mundial)	Inversión anual requerida: USD 3,3 billones (≈16% del gasto sanitario mundial proyectado a 2050)
Retorno económico documentado (ROI)	No exigido ni documentado como tal	Sin retorno agregado mensurable más allá del período corriente	4:1 a escala global; hasta 35:1 en fiscalidad sobre tabaco; 8:1 en fiscalidad sobre alcohol; 6:1 en "Best Buys" de la OMS
Retorno según nivel de ingreso del país	No aplicable	No aplicable como categoría de retorno	3,7× (ingreso alto); 3,5× (ingreso medio-alto); 5,7× (ingreso medio-bajo); 1,9× (ingreso bajo); 3,8× (promedio global)

Impacto agregado en el PIB mundial a 2050	No mensurable como agregado único	Se computa como erogación (parte del 10-11% del PIB destinado a salud), sin generar adición neta de PIB	Generaría USD 12,5 billones adicionales de PIB mundial anual (≈7% de incremento) hacia 2050
Registro contable recomendado (corolario práctico)	Registro de costos por centro de actividad, con explicitación de costos de oportunidad relevantes	Gasto corriente, dentro del gasto sanitario tradicional del ejercicio	Categoría diferenciada en la contabilidad de salud (System of Health Accounts, OCDE), con "cuenta de resultados sanitarios" asociada
Riesgo institucional principal	Subestimación de costos de oportunidad y externalidades no monetizadas	Naturalización como erogación irreductible, sin escrutinio de eficiencia ni de alternativas preventivas	Subinversión crónica por desalineación de incentivos entre quien invierte y quien percibe el retorno (sección 2.6)

El cuadro precedente evidencia que costo, gasto e inversión no constituyen sinónimos intercambiables, sino categorías jurídico-contables y económicas de distinto alcance: toda inversión y todo gasto son, a la vez, un costo, pero únicamente la inversión satisface el criterio adicional de generar un flujo de retorno económico y social proyectable y mensurable. Esta sistematización proporciona, a criterio de este informe, un instrumento operativo directamente aplicable a la reclasificación contable propuesta en el punto 1 del corolario de aplicación práctica (sección 6).

Año de vida ajustado por discapacidad (DALY, por su sigla en inglés)

Medida resumen de la carga de enfermedad que combina los años perdidos por muerte prematura (YLL) y los años vividos con discapacidad (YLD). Un DALY equivale a un año de vida saludable perdido (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024, en McKinsey Health Institute, 2026).

Años de vida perdidos (YLL, por su sigla en inglés)

Cuantifican los años de vida perdidos por muertes prematuras, calculados multiplicando el número de muertes ocurridas en una población a una edad determinada por la esperanza de vida remanente estándar global a esa edad.

Años vividos con discapacidad (YLD, por su sigla en inglés)

Cuantifican los años de vida saludable perdidos por vivir con una enfermedad o lesión que degrada la salud, calculados como el producto de la severidad y la prevalencia de cada condición.

Esperanza de vida ajustada por salud (HALE, por su sigla en inglés)

Número promedio de años que una persona puede esperar vivir en buena salud, asumiendo que las tasas de mortalidad y discapacidad por todas las causas se mantienen constantes.

Carga mundial de enfermedad (Global Burden of Disease, GBD)

Estudio y base de datos, centrados en el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), que sistematiza durante más de tres décadas evidencia comparable sobre salud poblacional a escala global.

Enfermedades no transmisibles (ENT)

Categoría que incluye, entre otras, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos y afecciones de salud mental; contrastan con las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales.

Umbral de costo-efectividad

Criterio, históricamente fijado por la OMS en tres veces el producto interno bruto per cápita de un país, por debajo del cual una intervención sanitaria se considera costo-efectiva en dicho país, medido en costo por DALY evitado.

Retorno sobre la inversión (ROI) en salud

Cociente entre el incremento del producto interno bruto atribuible a una intervención sanitaria y el costo total de escalar dicha intervención; expresa cuántas unidades monetarias de valor económico genera cada unidad monetaria invertida.

Salud metabólica

Estado definido por la adecuada regulación de la glucemia, el colesterol, la presión arterial, la función cardiovascular y la función renal; se encuentra estrechamente vinculado a la obesidad y constituye un factor transversal de riesgo para cáncer, diabetes y enfermedad renal crónica.

Capital cerebral (brain capital)

Concepto que reconoce la inversión en salud cerebral —mental, por uso de sustancias y neurológica— a nivel individual, organizacional y social como un activo económico.

Prevención poblacional, individual y atención terapéutica

Tipología de intervenciones sanitarias: la prevención poblacional actúa sobre el entorno físico y social mediante políticas y regulaciones (por ejemplo, control del tabaco); la prevención individual se dirige al cambio conductual y la gestión del riesgo a nivel de la persona (vacunación, cesación tabáquica); las intervenciones terapéuticas abordan condiciones de salud ya desarrolladas (tratamientos oncológicos, medicación psiquiátrica).

Deuda invisible (invisible debt)

Metáfora propuesta por McKinsey Health Institute (2026) para describir la carga de morbilidad no abordada como un pasivo en el balance nacional que devenga intereses en forma de menor productividad, menor participación laboral y mayor gasto sanitario reactivo.

6. Corolario de aplicación práctica

A partir de los hallazgos conceptuales y numéricos sistematizados, resulta posible derivar un conjunto de líneas de acción aplicables al diseño institucional y a la práctica de organismos del Sistema Nacional del Seguro de Salud y de entidades análogas.

1. Reclasificar contablemente el gasto en prevención como categoría diferenciada dentro de la contabilidad de salud institucional, siguiendo marcos estandarizados como el System of Health Accounts de la OCDE, de modo de hacer visible, medible y trazable el retorno de dichas erogaciones frente al gasto reactivo (McKinsey Health Institute, 2026).

2. Priorizar, dentro del universo de intervenciones costo-efectivas, aquellas de mayor retorno documentado (control de hipertensión, políticas fiscales sobre tabaco y alcohol, vacunación, tamizaje temprano de ENT), que constituyen las "Best Buys" reconocidas globalmente por la OMS y permiten capturar una porción sustancial del beneficio sanitario y económico total a una fracción del costo agregado.
3. Diseñar mecanismos de pago por resultados y financiamiento intersectorial que realineen los incentivos entre quien asume el costo de la prevención y quien captura su beneficio económico, superando la limitación estructural señalada en la sección 2.6 de este informe.
4. Adoptar horizontes de evaluación presupuestaria plurianuales para las intervenciones preventivas, de modo de contrarrestar el sesgo de corto plazo inherente a los ciclos fiscales y políticos anuales, e incorporar herramientas de modelización y analítica avanzada (incluyendo pronósticos asistidos por inteligencia artificial) para estimar en tiempo real vidas salvadas, ganancias de productividad y costos evitados.
5. Incorporar el criterio de heterogeneidad del retorno según nivel de desarrollo relativo al evaluar intervenciones en contextos de recursos restringidos, evitando reducir la decisión de inversión sanitaria a la sola maximización del retorno financiero cuando existan razones de equidad o resiliencia sistémica que justifiquen la intervención.
6. Desarrollar indicadores compartidos de resultado sanitario y no sanitario (ausentismo escolar y laboral, productividad, reducción de litigiosidad en salud) que permitan documentar, dentro de los propios informes institucionales de FESAL y OSDEPYM, el retorno social y económico de las intervenciones preventivas financiadas, siguiendo experiencias comparadas como la iniciativa finlandesa "Health in All Policies".
7. Explorar, en el ámbito de las relaciones institucionales de OSDEPYM y FESAL con actores del sector privado y otros sectores no sanitarios (alimentación, educación, transporte, urbanismo), esquemas de colaboración multisectorial que reconozcan la lógica de "sistemas que generan salud" desarrollada en la sección 2.8, en línea con la recomendación del informe de referencia de alinear

los incentivos de gobiernos, aseguradoras, empleadores e industria alimentaria hacia la producción compartida de valor sanitario.

En síntesis, la distinción entre gasto e inversión en salud no constituye un ejercicio semántico, sino un cambio de paradigma con consecuencias directas sobre la sostenibilidad fiscal de los sistemas de salud, la productividad económica agregada y el bienestar poblacional. La evidencia sistematizada en este informe sugiere que la pregunta relevante para la formulación de política sanitaria no es si resulta posible afrontar el costo de invertir en salud, sino si resulta posible afrontar el costo de no hacerlo (McKinsey Health Institute, 2026).

Referencias

McKinsey Health Institute. (2026, febrero). The health of nations: Stronger health, stronger economies. McKinsey & Company.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) [Base de datos]. University of Washington.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Tackling NCDs: Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases.