



Ministerio
**de Salud
Pública**

Área Economía
de la Salud

CUENTAS NACIONALES DE SALUD 2022-2023

**GASTO Y FINANCIAMIENTO DE
LA SALUD EN URUGUAY**

Autoridades

Dra. Cristina Lustemberg

Ministra

Dr. Leonel Briozzo

Subsecretario

Ec. Gabriela Pradere

Directora General del Sistema Nacional de Salud

Área Economía de la Salud

Victoria Arbulo

Encargada de Dirección

Equipo de Cuentas de Salud

Cecilia Artagaveyia

Chantal Boulay

María Inés Castro

Noelia Minchilli

María Saravia

El presente informe es desarrollado íntegramente por el Área Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Puede ser utilizado, copiado, adaptado y redistribuido siempre que se cite la referencia adecuadamente.

Cita sugerida.

Ministerio de Salud, Área de Economía de la Salud. (2025). Informe de Cuentas Nacionales de Salud 2022-2023. Gasto y financiamiento de la salud. Montevideo.

Toda la información referente a Cuentas Nacionales de Salud, disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/area-economia-salud>

Ministerio de Salud Pública

Área Economía de la Salud - Dirección General del Sistema Nacional de Salud

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>

Montevideo, Uruguay

Marzo 2025.-

Índice

1. Introducción	1
Las Cuentas Nacionales de Uruguay	1
El informe de Cuentas de Salud de Uruguay	1
2. Resultados	3
2.1 Resumen de indicadores generales	3
2.2 Indicadores generales	5
2.3 Atención primaria en Salud (APS)	11
2.4 El financiamiento del gasto en salud	16
2.4.1 Esquemas de financiamiento	17
2.4.2 Ingresos de los esquemas	27
2.4.3 El financiamiento en el contexto regional	31
2.4.4 Agentes de financiamiento	35
2.5 La provisión de servicios de salud	39
2.5.1 Gasto en Salud de los proveedores	39
2.5.2 Factores de provisión	42
2.5.3 Cuenta capital	44
2.6 El consumo de servicios de salud	46
2.6.1 Gasto en Salud de los proveedores	46
2.6.2 Factores de provisión	52
3. Conclusiones, avances y perspectivas	55
4. Anexo	58

Tablas

[1] Gasto corriente y gasto de capital en salud en millones de pesos constantes de 2023

Fuente: Área Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública. (AES, MSP.)

[2] GTS en millones de pesos constantes de 2023 y GTS per cápita (sin Fondo Covid)

AES, MSP.

[3] Gasto total en salud (con Fondo Covid) como porcentaje del PIB

AES, MSP.

[4] Estructura del gasto en APS por funciones y por proveedor

AES, MSP.

[5] Gasto en salud por esquema de financiamiento, años 2022 y 2023

AES, MSP.

[6] Estructura del gasto por esquema de financiamiento, años 2022 y 2023

AES, MSP.

[7] Participación en HF.3.1 los gastos directos excluidos los pagos compartidos y en HF.3.2 costos compartidos por agente

AES, MSP.

[8] Participación en el gasto de bolsillo por agente

AES, MSP.

[9] Registros de afiliaciones por tipo de institución según cobertura

AES, MSP en base a BPS/RUCAF a diciembre de cada año.

[10] Gasto corriente en salud por proveedor en millones de pesos constantes de 2023

AES, MSP.

[11] Estructura de gasto corriente por factores de provisión para años seleccionados

AES, MSP.

[12] Estructura de gasto en capital para años seleccionados

AES, MSP.

[13] Estructura del gasto corriente por funciones a nivel país en 2023

AES, MSP.

[14] Estructura del gasto en salud por funciones del gasto directo de los hogares, año 2023

AES, MSP.

Gráficos

Gasto total en Salud en millones de pesos constantes

Fuente: Área Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública. (AES, MSP.)

Gasto Corriente en Salud y en APS en millones de pesos, 2023

AES, MSP.

Gasto total en Salud en millones de pesos constantes

AES, MSP.

Gasto público en Salud sobre el PIB, Fondo Covid sobre PIB y Gasto de bolsillo en salud sobre el Gasto total en salud

AES, MSP.

[1] Gasto total en salud Fondo Covid en millones de pesos constantes de 2023

AES, MSP.

[2] Financiamiento público y privado 2022

AES, MSP.

[3] Financiamiento público y privado 2023

AES, MSP.

[4] Gasto público en salud sobre PIB

AES, MSP.

[5] Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical primario) y Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud (el GTS incluye el Fondo COVID) (eje vertical secundario)

AES, MSP.

[6] Estructura del gasto en APS por funciones

AES, MSP.

[7] Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1), millones de pesos constantes de 2023

AES, MSP.

[8] Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1), millones de pesos constantes de 2023

AES, MSP.

[9] Evolución del gasto de ASSE por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2023

AES, MSP.

[10] Evolución del gasto de las IAMC por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2023

AES, MSP.

[11] Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares (HF.3.1.y HF.3.2), millones de pesos constantes de 2023

AES, MSP.

[12] Evolución del financiamiento público y privado en relación con el GTS

Fuente: Área Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública. (AES, MSP.)

Índice

Tablas y Gráficos

[13] Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, 2005 a 2023

AES, MSP.

[14] Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud (eje vertical primario) y gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical secundario).

AES, MSP.

[15] Evolución del gasto de bolsillo per cápita, en pesos constantes 2023

AES, MSP.

[16] Gasto público en salud como porcentaje del PIB y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas 2022

AES, MSP, en base al Global Health Expenditure Database.

[17] Gasto corriente en salud per cápita en USD en PPP, 2022

AES, MSP, en base al Global Health Expenditure Database.

[18] Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales

AES, MSP.

[19] Composición del gasto del FNR en los proveedores que contrata, año 2023

AES, MSP.

[20] Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2023

AES, MSP.

[21] Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2023

AES, MSP.

[22] Gasto en gobernanza y administración, millones de pesos constantes de 2022 y 2023

AES, MSP.

[23] Estructura del gasto en salud por funciones, en ASSE y IAMC, año 2023

AES, MSP.

[24] Estructura del gasto directo de los hogares, año 2023

AES, MSP.

[1 ANEXO] Estructura del gasto en salud por funciones, en Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Sanidad Militar, año 2023

AES, MSP.

[2] Estructura del gasto en salud por funciones en el MSP, años 2022 y 2023

AES, MSP.

[3] Estructura del gasto en prevención del MSP, año 2023

AES, MSP.

[4] Estructura del gasto en prevención del Otros ministerios y organismos públicos, año 2023

AES, MSP.

[5] Estructura del gasto en salud por funciones en el FNR, año 2023

AES, MSP.

[6] Estructura del gasto en salud por funciones, en BPS y BSE, año 2023

AES, MSP.

Siglas

AES	Área Economía de la Salud
ALD	Atención de larga duración
ANCAP	Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland
ANV	Agencia Nacional de Vivienda
APS	Atención Primaria de la Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BHU	Banco Hipotecario del Uruguay
BPS	Banco de Previsión Social
BROU	Banco de la República Oriental del Uruguay
BSE	Banco de Seguros del Estado
CAF	Corporación Andina de Fomento
CGN	Contaduría General de la Nación
CTI- CI	Centro de tratamiento intensivo-cuidados intermedios
CUDIM	Centro Uruguayo de Imagenología Molecular
DISSE	Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad
ENGIH	Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares
EUROSTAT	Oficina estadística de la Unión Europea
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FP	Factores de provisión
FS	Ingresos de los esquemas
GTS	Gasto total en salud
HF	Esquemas de financiamiento
HK	Cuenta capital
HP	Proveedores
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INE	Instituto Nacional de Estadística
ISFL	Instituciones sin fines de lucro
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTOP	Ministerio de Transporte y Obras Públicas
N.e.c.	No clasificado en otra parte
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto bruto interno
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
SHA	System of Health Accounts
SINADI	Sistema Nacional de Información
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
UDAS	Unidades docentes
UDELAR	Universidad de la República de la República

1. Introducción

El sistema de salud de Uruguay se destaca por tener cobertura universal y un Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), garantizando a la población el derecho al acceso a la salud. Los **proveedores** de salud del sistema son quienes brindan los bienes y servicios a la población. Ellos obtienen los fondos de los **agentes de financiamiento**, que son quienes recaudan distintos tipos de ingresos, de acuerdo con las reglas establecidas por los esquemas de financiamiento. Estos esquemas son una dimensión de las Cuentas de Salud, marco utilizado para poder analizar la realidad del sistema sanitario de nuestro país y para generar información comparable internacionalmente.

Las Cuentas de Salud son un marco de análisis mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Europea de Estadística EUROSTAT y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que permite describir los flujos financieros vinculados al consumo de bienes y servicios de salud del país utilizando para ello la perspectiva del gasto. El Sistema de Cuentas de Salud (SHA2011) es la herramienta utilizada para la generación de la información sobre el gasto y el financiamiento de la atención y permite generar datos comparables entre países brindando información útil para la toma de decisiones de política pública.

Las Cuentas Nacionales de Uruguay

Desde 2005 el equipo de Cuentas Nacionales de Salud del MSP ha monitoreado su gasto en salud anualmente siguiendo el estándar mundial de OMS (SHA2011). Esto permitió generar continuidad, experiencia en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) y resultados cada vez más precisos y comparables.

En la disponibilidad de los datos existe un rezago de 2 años que se explica por la complejidad en la recolección y el procesamiento de la información. Esta brecha ha ido mejorando notoriamente a través del tiempo y esperamos se continúe

reduciendo aún más. Es por eso que los informes se presentan de forma bianual.

El informe de Cuentas de Salud de Uruguay

En este informe se presentan los resultados de gasto y financiamiento de la salud en nuestro país para los años 2022 y 2023 obtenidos mediante las Cuentas de Salud.

A su vez, como se mencionó, la información se genera desde 2005 por lo que en los apartados que se consideró relevante, se analizó el comportamiento de largo plazo. Todos los valores del informe están expresados en pesos constantes de 2023.

En primer lugar, se presentan los principales resultados de los indicadores generales, comenzando con un breve resumen como primera aproximación al contexto sanitario uruguayo. Luego se desarrolla la información de dichos indicadores y por último y por primera vez, se presenta información respecto a Atención de Primera en Salud (APS).

Seguidamente se describen las clasificaciones utilizadas, siguiendo la metodología propuesta por Sistema de Cuentas de Salud System of Health Accounts (SHA 2011). Esto se realiza desde 3 dimensiones: la primera, el financiamiento del gasto; éste se analiza desde la perspectiva de los esquemas de financiamiento como los ingresos de los esquemas y los agentes de financiamiento. En segunda instancia se presenta la dimensión del gasto según la provisión de los servicios de salud, es decir, el gasto en salud de los proveedores, los factores de provisión y la cuenta capital.

Por último, se analiza la dimensión del consumo de servicios de salud utilizando el método de análisis del gasto en salud por funciones. A modo de cierre, se da cuenta de los avances en la generación de las cuentas de salud y se plantean desafíos y perspectivas para próximos estudios.

Finalmente, se incluye un anexo, donde se presenta un breve análisis del gasto por funciones de las instituciones que usualmente se presentaron en los informes pasados de Cuentas de Salud, pero que presentan estructuras estables sin grandes cambios.

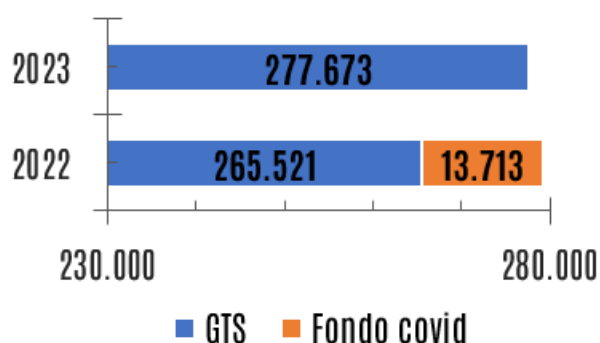
Cabe mencionar que, con el objetivo de reducir posibles duplicaciones del gasto en salud de las instituciones, en 2020 se realizó un cambio metodológico que implicó una mejora en el cálculo y el registro de los servicios contratados de las instituciones. A su vez, en 2022 se realizó una mejora en la estimación de la venta de servicios que realizan las IAMC a otros prestadores de salud. Dentro de las cuales se encuentran por ejemplo las ventas al FNR, a los hogares por prestaciones no incluidas en el PIAS o por no estar afiliados a una IAMC, venta a empresas públicas o instituciones (Intendencias) que dan beneficios a sus funcionarios, las ventas a Sanidad policial y Sanidad Militar, otras IAMC, ASSE, seguros privados parciales y los seguros integrales y otros prestadores de salud. Más adelante se verá que esta mejora impacta en un indicador clave como es el gasto de bolsillo.

2. Resultados

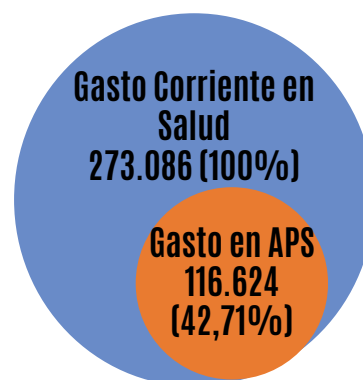
2.1 Resumen de indicadores generales

El sistema de salud de Uruguay muestra condiciones que se destacan en la región. A continuación, se presenta una batería de indicadores para brindar un primer acercamiento al contexto uruguayo.

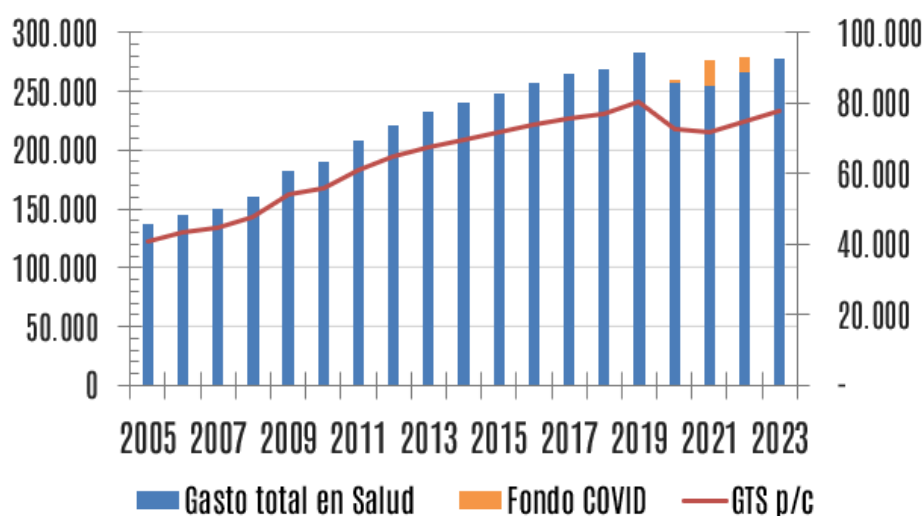
Gasto total en Salud en millones de pesos constantes

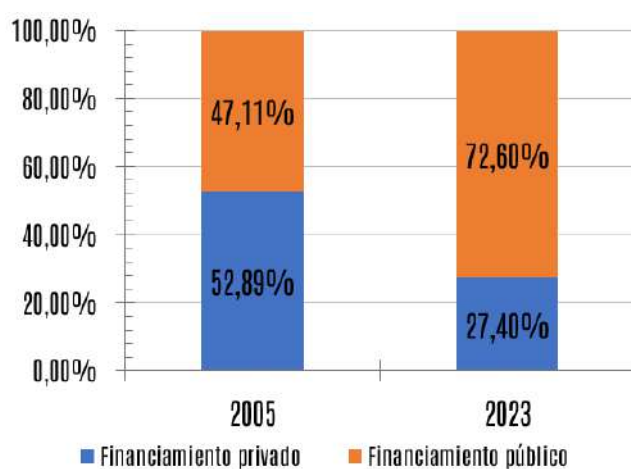
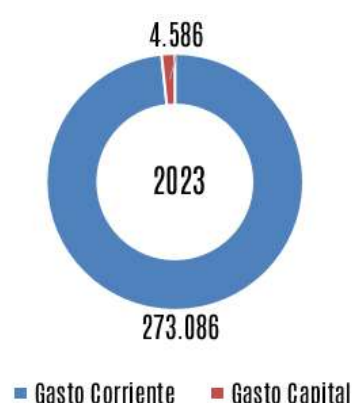
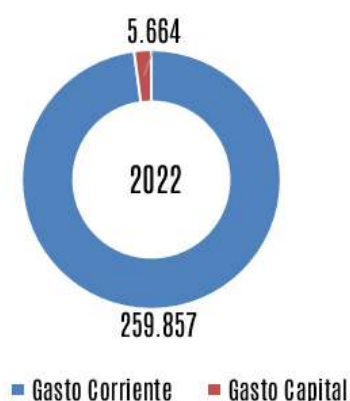


Gasto Corriente en Salud y en Atención primaria en Salud (APS) en millones de pesos, 2023

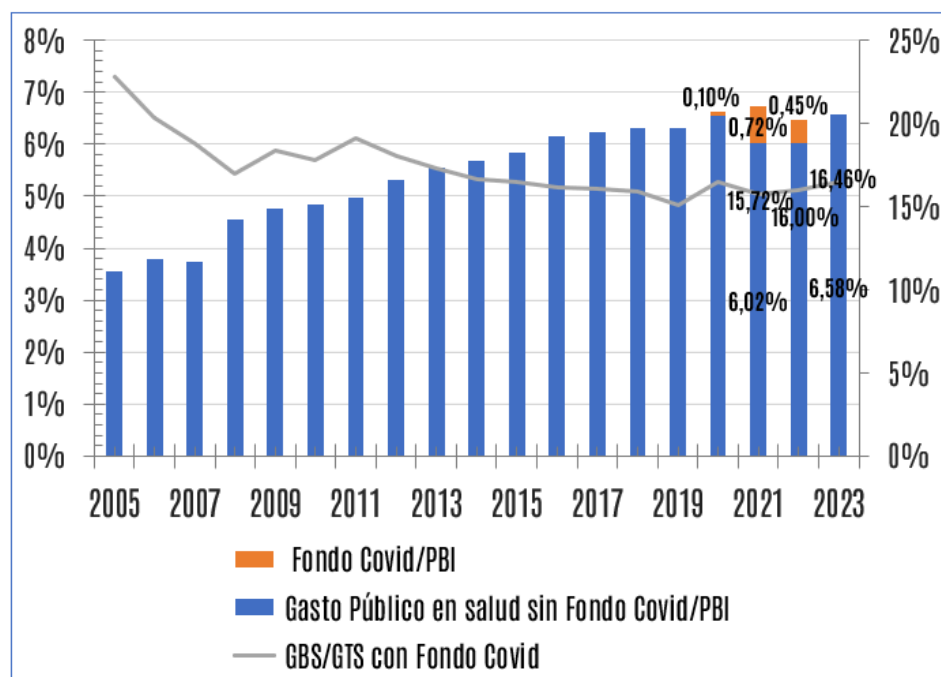


Gasto total en Salud y gasto total en salud per cápita en millones de pesos constantes





Gasto público en Salud sobre el PIB, Fondo Covid sobre PIB y Gasto de bolsillo en salud sobre el Gasto total en salud



2.2 Indicadores generales

A partir de las Cuentas Nacionales de Salud se obtiene información importante para la toma de las decisiones sobre gasto y financiamiento en salud. A su vez, brindan resultados que son comparables en la región y el resto del mundo.

Si bien, los indicadores generales que se presentan a continuación deben leerse teniendo en cuenta el contexto de cada país, son útiles ya que dan cuenta rápidamente de la realidad del país en materia de gasto en salud.

Gasto total en salud

En particular, el Gasto total en salud (GTS), gasto total en salud per cápita, el gasto total en salud como porcentaje del PIB y el gasto de bolsillo en salud (GBS) como proporción del gasto total en salud, se presentan a continuación para Uruguay para el período 2005 a 2023.

El gasto total en salud en 2022 fue de 279.234 millones de pesos constantes, en tanto en 2023 fue de 277.673 millones de pesos. De esta manera, el gasto total en salud en términos reales en 2023 presentó una caída 1% respecto al año anterior.

Si no se tiene en cuenta el gasto en salud por concepto del Fondo Covid para el 2022 el gasto total pasa a ser de 265.793 millones de pesos lo que implica un aumento para 2023 de 4,5% en términos reales.

[Tabla 1] Gasto corriente y gasto de capital en salud en millones de pesos constantes de 2023

	2022	2023
Gasto Corriente	259.857	273.086
Gasto Capital	5.664	4.586
Gasto Total en Salud (GTS)	265.521	277.673

En la **Tabla 2** se presenta el gasto total en salud (GTS) en millones de pesos para Uruguay, junto con el gasto per cápita anual en pesos constantes y el GTS desde el año 2005 en millones de pesos constantes.

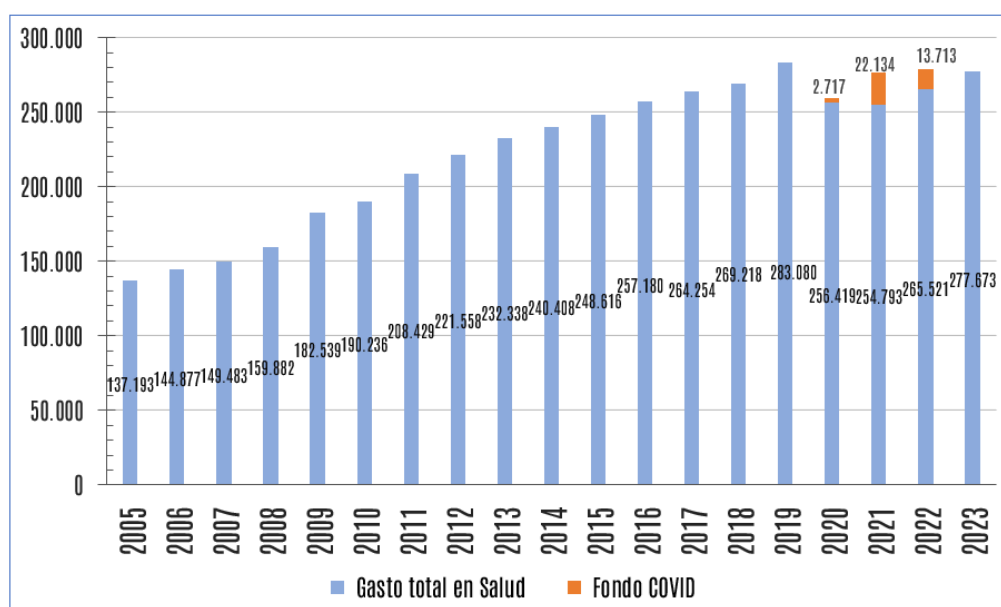
El gasto total en salud (GTS) presentó una variación promedio anual de 4% entre 2005 y 2023. En ese período hubo un incremento anual sostenido hasta 2019 inclusive, mientras que en 2020 el gasto en salud cayó 9,4%, y 0,6% en 2021. Dicha caída respondió en parte a que el aumento del gasto de varias instituciones fue inferior a la inflación. En 2022 subió 4,2% y 4,6% en 2023. El gasto en salud en 2023 no recuperó los niveles pre-pandémicos.

Si se observa el indicador de gasto per cápita, se visualiza también una caída de 10% en 2020 y de 1% en 2021. Mientras que en 2022 y 2023 presentó un aumento de 4% cada año.

[Tabla 2] GTS en millones de pesos constantes de 2023 y GTS per cápita (sin Fondo Covid)

Año	GTS en millones	GTS p/c
2005	137.193	40.924
2006	144.877	43.144
2007	149.483	44.505
2008	159.882	47.541
2009	182.539	54.036
2010	190.236	56.006
2011	208.429	61.076
2012	221.558	64.661
2013	232.338	67.537
2014	240.408	69.609
2015	248.616	71.708
2016	257.180	73.898
2017	264.254	75.648
2018	269.218	76.788
2019	283.080	80.454
2020	256.419	72.621
2021	254.793	71.914
2022	265.521	74.691
2023	277.673	77.855

[Gráfico 1] Gasto total en salud Fondo Covid en millones de pesos constantes de 2023



Gasto en salud como porcentaje del PIB

Como se mencionó, el gasto en salud sobre el producto interno bruto (PIB) suele ser un indicador muy útil como primera aproximación al tema. Según el último informe de la OMS el gasto mundial en salud siguió aumentando en 2021, el segundo año de la pandemia, llegando a 10,3% del PIB mundial.

El aumento mencionado se explica fundamentalmente por el incremento tanto del gasto público como del gasto de bolsillo. Sin embargo, en 2022 el gasto mundial en salud se redujo respecto a 2021, representando 9,9% del PIB mundial. Esta trayectoria se debe al incremento del gasto en salud durante los dos primeros años de la pandemia del COVID-19. Más allá de la caída registrada en 2022, el gasto en este año se mantuvo por encima de los niveles pre-pandemia.

En la siguiente tabla se presenta el indicador de gasto en salud sobre el PIB para Uruguay. Se observa una tendencia al alza hasta 2019, con un descenso en 2020 y en 2021, para volver a subir en 2022 a 9,13% y 9,26% en 2023. Uno de los factores que incide en este indicador es el ritmo de crecimiento del PIB frente a del Gasto total en Salud. Mientras que el GTS creció tan sólo 0,47% en 2020 y 15% en 2021, el PIB creció 2,79% en 2020 y más de 17% en 2021 en términos corrientes.

[Tabla 3] Gasto total en salud (con Fondo Covid) como porcentaje del PIB

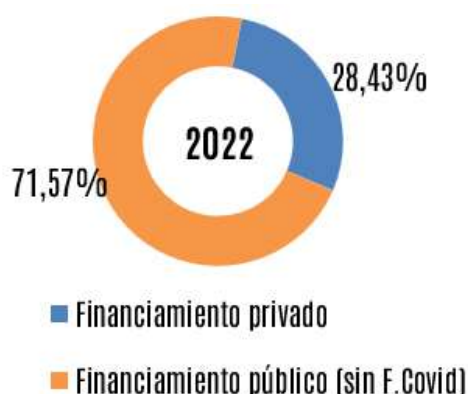
Año	GTS como % PIB
2005	7,53%
2006	7,63%
2007	7,30%
2008	7,28%
2009	7,92%
2010	7,78%
2011	8,04%
2012	8,22%
2013	8,27%
2014	8,25%
2015	8,48%
2016	8,81%
2017	8,94%
2018	9,10%
2019	9,45%
2020	9,23%
2021	9,06%
2022	9,13%
2023	9,26%

Gasto público en salud

Como proporción del gasto total en salud

El gasto público es entendido como los recursos públicos que financian gasto en salud. Según los últimos números disponibles de la OMS el porcentaje de financiamiento público del gasto en salud es de 62% del total del gasto mundial en salud para 2022.

[Gráfico 2] Financiamiento público y privado 2022



la Seguridad Social. Se usa indistintamente financiamiento o gasto público para referirse al mismo y representó en 2022, el 71,5% del gasto total en salud del país en 2022 y 72,5% en 2023.

[Gráfico 3] Financiamiento público y privado 2023

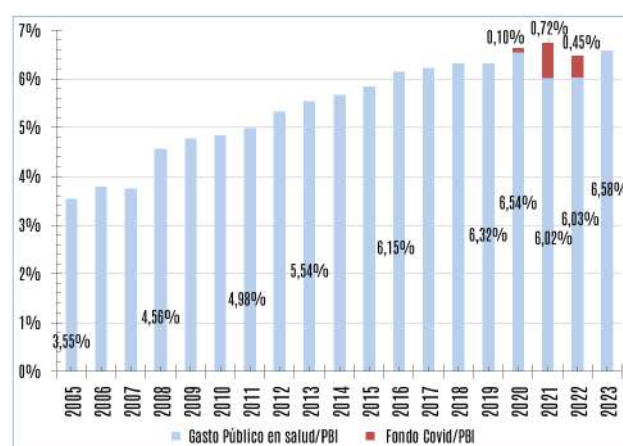


Como proporción del PIB

En 2014 los países miembros de la OPS/OMS se comprometieron a destinar por lo menos 6% del PIB al gasto público destinado a la salud. El objetivo es *“contribuir al aumento de la equidad en la asignación de los recursos al dirigirse en forma prioritaria al primer nivel de atención, mejorar su capacidad resolutoria y su capacidad articuladora de las redes integradas de servicios”*.

En Uruguay es gasto financiado vía rentas generales o por contribuciones a

[Gráfico 4] Gasto público en salud sobre PIB



El gasto público en salud fue de 6,03% para 2022 y 6,58% en 2023 superando los niveles pre-pandémicos de 2019 (6,32%).

En 2020 se ve un aumento de 0,22 pp que responde a un aumento del PIB más lento que el del gasto público.

Gasto de Bolsillo como proporción del GTS

El gasto de bolsillo (GBS) como proporción del GTS es uno de los indicadores más utilizados en el análisis del financiamiento a nivel internacional. El GBS se considera el gasto más regresivo en tanto es independiente del nivel de ingreso de los hogares. Este indicador nos permite cuantificar el grado de protección financiera de los sistemas de salud.

Se observa un aumento de 1,5 puntos porcentuales (pp), debido a la caída en el gasto en salud quedando en 16,45% en 2023. Cuando se incluye el Fondo Covid en el denominador (GTS), el aumento del indicador es de 1,33 pp (16,62%).

Teniendo en cuenta el Fondo Covid, en 2021 el gasto de bolsillo cayó a 15,72% y subió a 16% en 2022. Cabe recordar que en 2020 el Fondo Covid representó apenas el 1% del gasto total en salud, mientras que en 2021 representó el 8% y en 2022 el 5%.

Esto aumentó sensiblemente el GTS explicando la fuerte caída del indicador GBS/GTS en 2021. Esto motivó a presentar de ambas formas: incluyendo el Fondo Covid en el cálculo del GTS y excluyéndolo, para aislar la incidencia de dicho Fondo.

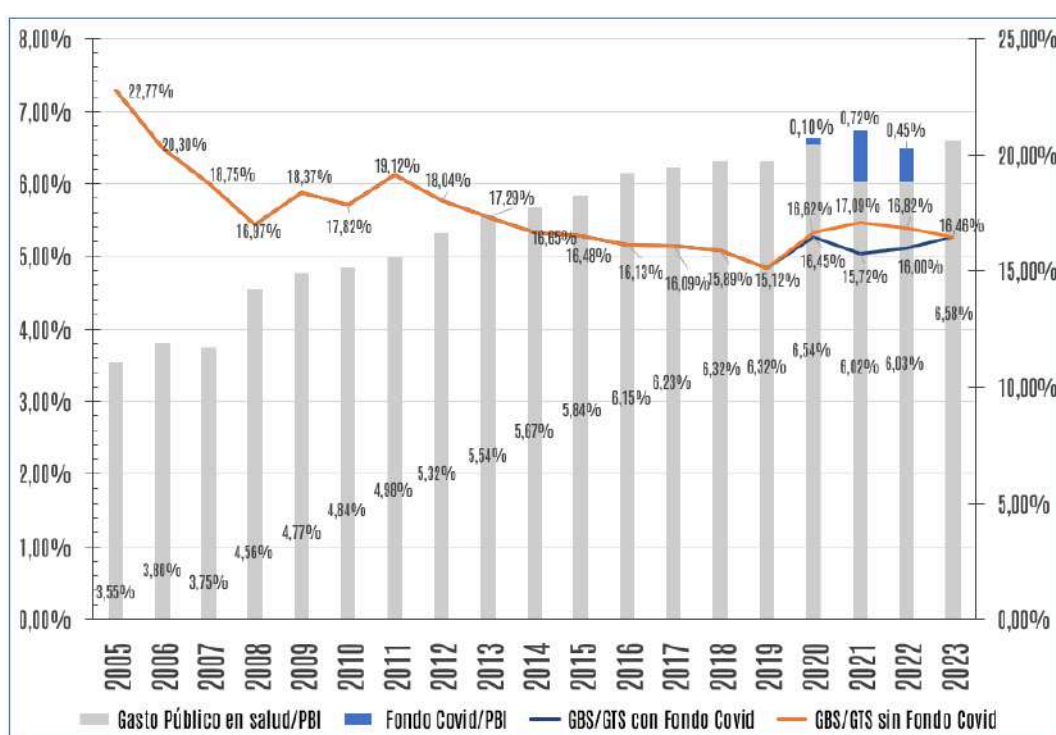
Si se excluye el Fondo Covid del denominador, en 2022 subió a 16,82%. En 2023 no hubo Fondo Covid y el GBS alcanzó el 16,46% del gasto total en salud llegando a niveles de 2015.

Como fuera mencionado anteriormente, las recomendaciones de OMS/OPS indican tener un gasto público destinado a salud por encima del 6% del PIB. A su vez, se plantea como umbral máximo el 20% de gasto bolsillo sobre el gasto de salud.

En Uruguay, desde el 2007 el GBS/GTS se encuentra por debajo del 20% .

En la gráfica siguiente, se presenta el gasto público en salud sobre el PBI, el Fondo COVID sobre el PBI y dos gráficas para el indicador de GBS/GTS. En una se incluye el Fondo COVID en el cálculo del denominador y en la otra se excluye. Se puede observar cómo en un caso y otro, el GBS muestra un comportamiento opuesto.

[Gráfico 5] Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical primario) y Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud (el GTS incluye el Fondo COVID) (eje vertical secundario)



2.3 Atención Primaria en Salud (APS)

¿De qué hablamos cuando hablamos de Atención Primaria en Salud?

La Atención Primaria de la Salud (APS) es un enfoque que se puso en la agenda de salud a finales de la década del 70' y a partir de ahí se ha interpretado de formas diferentes. Se trajo como eje fundamental de un sistema de salud sostenible con el objetivo de alcanzar la Salud Universal, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (ODS) y la seguridad sanitaria.

Actualmente la OMS la define como: *“un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”*. (OMS y UNICEF, A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs).

En Uruguay la mayoría de los servicios

de APS se brindan en los prestadores integrales de salud.

Sin embargo, también se ofrecen en proveedores específicos de atención ambulatoria, en algunos hospitales, y se considera también como atención primaria algunos bienes adquiridos por los hogares en farmacias privadas y otros minoristas. Tanto las instituciones públicas como las que son sin fines de lucro, brindan servicios preventivos colectivos (no personales), mientras que la administración y gobernanza del sistema está a cargo principalmente del Ministerio de Salud.

Si bien, a lo largo de los años han existido vastas discusiones en cuanto a las definiciones de Atención Primaria, Primer Nivel de Atención y Equipos Básicos de Salud, Uruguay no cuenta actualmente con una definición nacional específica de gasto en APS. Por esta razón, la OMS sugiere utilizar una medida global basada en la clasificación por funciones.

Para entender la definición de APS basado en la clasificación por funciones, se hará una breve descripción de las categorías ya que esta clasificación se profundiza en el punto 2.6 del presente informe.

Atención curativa:

La atención curativa comprende los contactos con los servicios de salud con el objetivo principal de tratar los síntomas de la enfermedad o lesión. No refiere a las patologías agudas únicamente ya que comprende también los tratamientos de enfermedades crónicas y atención en psiquiatría.

- Atención curativa ambulatoria: refiere a los servicios médicos y auxiliares prestados a un paciente que no queda ingresado en el establecimiento.
- Atención curativa domiciliaria comprende los servicios médicos, auxiliares y de enfermería consumidos en el domicilio del paciente con presencia física del proveedor (se incluye la internación domiciliaria).

Atención de larga duración:

La atención de larga duración comprende una variedad de servicios de atención médicos e individuales consumidos con el objetivo principal de tratar el dolor y el sufrimiento y reducir o controlar el deterioro producido por una enfermedad en pacientes con un cierto grado de dependencia de larga duración refiera principalmente a la atención paliativa no exclusiva.

Atención preventiva:

La atención preventiva comprende todas las medidas cuyo objetivo sea evitar o reducir el número o gravedad de lesiones y discapacidades, sus secuelas y complicaciones.

Gastos en administración y gobernanza del sistema de salud:

Son gastos asociados a servicios que dirigen y apoyen el funcionamiento del sistema sanitario (estos gastos los realiza fundamentalmente el gobierno).

Medida de APS sugerida por la OMS

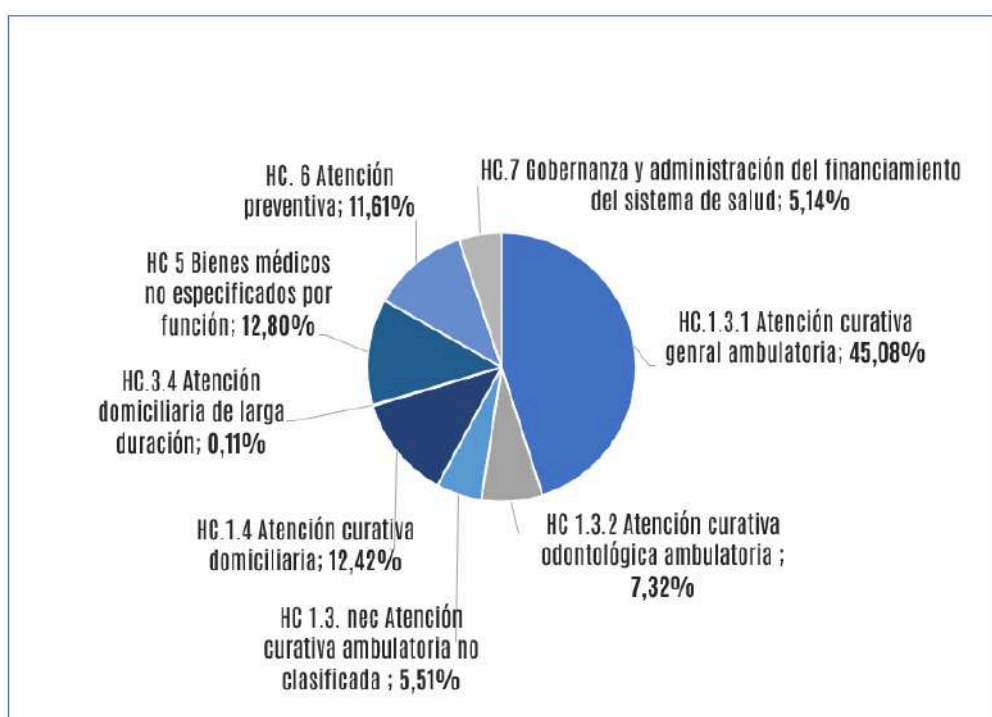
- Atención curativa general ambulatoria (HC.1.3.1)
- Atención curativa odontológica ambulatoria (HC.1.3.2)
- Atención ambulatoria curativa no clasificada (HC.1.3.nec)
- Atención curativa domiciliaria (HC.1.4)
- Atención ambulatoria de larga duración (HC.3.3) y domiciliaria de larga duración (HC.3.4)
- Atención preventiva (HC.6)
- 80% de los bienes médicos proporcionados fuera de los servicios de atención médica (80% de HC.5)
- 80% de la administración y gobernanza del sistema de salud (80% de HC.7)

A partir de la estimación de gasto por funciones de la salud de 2023, el gasto en APS se estima en un 42,7% del gasto corriente en salud.

La atención curativa ambulatoria general (HC.1.3.1) representa la mayor proporción del gasto en APS (45,08%), seguida de HC.5 Bienes médicos no especificados por función (12,8%), se incluyen aquí por ejemplo medicamentos adquiridos en farmacia o bienes médicos adquiridos en establecimientos distintos a los prestadores de salud. La atención curativa domiciliaria (HC.1.4) representa 12,42% y la atención preventiva (HC.6) asciende al 11,61% del gasto en APS. En dicha categoría se incluye el gasto en vacunas.

Respecto al gasto odontológico ambulatorio (HC.1.3.2) este representó el 7,32% del total del gasto en APS y el 5,51% corresponde al gasto curativo ambulatorio que no se clasifica en el nivel del tercer dígito (HC.1.3.nec) y, por último, el gasto en Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud (HC.7) representó 5,14%. Para finalizar, un gasto marginal de 0,11% corresponde a la Atención domiciliaria de larga duración (HC.3.4).

[Gráfico 6] Estructura del gasto en APS por funciones



[Tabla 4] Estructura del gasto en APS por funciones y por proveedor

2023	HC.1.3.1 Atención curativa general ambulatoria	HC.1.3.2 Atención curativa odontológica ambulatoria	HC.1.3. nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	HC.1.4 Atención curativa domiciliaria	HC.3.4 Atención domiciliaria de larga duración	HC.5 Bienes médicos no especificados por función	HC.6 atención preventiva	HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	Total
HP.1 Hospitales	0,55%	0,09%	1,58%	0,00%	0,00%	0,00%	0,25%	0,00%	2,48%
HP.3 Proveedores de at. ambulatoria	5,47%	6,42%	0,43%	3,31%	0,00%	0,02%	0,39%	0,00%	16,04%
HP.5 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,75%	0,00%	0,00%	12,75%
HP.6 Proveedores de atención preventiva	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%	0,00%	0,50%
HP.7 Proveedores de fin. y adm. del sistema de salud	0,001%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,76%	0,85%	1,62%
HP.8 Resto de la economía	0,15%	0,00%	1,28%	0,00%	0,00%	0,03%	0,07%	0,00%	1,53%
HP.nec Otros prov.no clasificados: Prestadores Integrales	38,91%	0,81%	2,22%	9,11%	0,11%	0,0%	9,63%	4,29%	65,08%
Total	45,08%	7,32%	5,51%	12,42%	0,11%	12,80%	11,61%	5,14%	100,00%

Al analizar el gasto de APS por proveedores, se puede observar que el 16,04% está relacionado con proveedores de atención ambulatoria (HP.3), mientras que el 12,75% con minoristas y proveedores de bienes médicos (HP.5), como las farmacias, por ejemplo. Sin embargo, el 65,08% del gasto de APS se realiza en "proveedores no especificados" (HP.nec), referido básicamente al realizado en los ya mencionados Prestadores Integrales de Salud.

El gasto marginal de APS se proporciona de la siguiente manera: 2,48% en Hospitales (HP.1), 1,62% en proveedores de administración y financiamiento del sistema de salud (HP.7); 1,53% en el resto de la economía (HP.8); y solo el 0,5% en proveedores específicos de atención preventiva (HP.6).

Disponibilidad de datos y desafíos de calidad

En cuanto a la disponibilidad de datos y los desafíos de calidad, cabe señalar que la APS se pudo estimar en Uruguay utilizando datos de Cuentas de Salud desde el año 2016, cuando se desarrolló por primera vez la clasificación de Funciones de Salud (HC), cruzando por dimensión de Proveedores (HCxHP). Si bien la dimensión de financiamiento de Cuentas de Salud se viene utilizando en el país de manera sistemática desde 2005, las clasificaciones de financiamiento (Fuentes, Esquemas y Agentes) no se pueden vincular al consumo, por lo que no es posible identificar las fuentes de financiamiento de la APS con los datos disponibles.

La mejora en las estimaciones por funciones permitió clasificar casi la totalidad del gasto HC.9 gasto no clasificado por funciones representando el 0,18% del gasto corriente total en 2023. Esto provocó una modificación en la estructura del gasto por APS respecto a los años anteriores. Este era un desafío importante del equipo de cuentas, ya que en 2019 el gasto total no clasificado por funciones representaba el 11% del gasto corriente.

Para próximas estimaciones de APS sería interesante dar una discusión más minuciosa a nivel país de qué deberíamos considerar como APS

teniendo en cuenta las particularidades de nuestro sistema y revisando no sólo qué rubros de la clasificación por funciones incluir sino los porcentajes que propone OMS para HC.5 y HC.7.

Gasto en APS y Políticas públicas

Teniendo en cuenta los valores fundamentales y los objetivos del sistema de salud, la medición y el seguimiento del gasto en APS podrían utilizarse como un enfoque para abordar las siguientes cuestiones de política: ¿cómo se reflejan las políticas de salud en el gasto en APS? ¿Cómo se distribuye el gasto de APS entre los diferentes proveedores a lo largo del tiempo? ¿Cómo se financia la APS? ¿Cómo le va al país en comparación con otros países?

2.4 El financiamiento del gasto en salud

¿Qué implica el financiamiento del gasto en salud y su diseño?

La OMS define al financiamiento de la atención de la salud como “la función de un sistema de la salud que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individual o colectivamente, en el sistema de la salud.”

El diseño de los sistemas de financiamiento debe contemplar los objetivos de acceso universal a la salud, donde el acceso a servicios sanitarios necesarios incluyan la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación. Estos deben ser de calidad suficiente para que sean eficaces y garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.

A continuación, se presenta el análisis del financiamiento del gasto en salud abordado a través de las clasificaciones de esquemas de financiamiento, ingresos de los esquemas y agentes de financiamiento.

2.4.1 Esquemas de financiamiento

¿Qué son los esquemas de financiamiento?

Para el análisis del financiamiento del gasto, la metodología SHA 2011 de Cuentas de Salud utiliza el concepto de “*esquemas de financiamiento*” que son los principales mecanismos con los que se pagan los servicios de salud que la población recibe. Son los distintos acuerdos que existen en un sistema de salud para brindar la cobertura en salud a la población. Incluyen esquemas gubernamentales, seguros obligatorios, prepago y gasto de bolsillo, entre otros.

En esta sección, en una primera instancia se presentan las cifras de los esquemas de financiamiento **HF** (*Health Care Financing Schemes*) para los años 2022 y 2023, tanto las variaciones como la composición por esquemas. Luego, se analiza la evolución de los principales esquemas de financiamiento para el período 2005-2023. El Fondo Covid se incluye en el total y se desglosa para un mejor análisis.

En la **Tabla 5** se presenta el gasto por esquema de financiamiento para 2022 y 2023. En Uruguay, en 2022 casi el 70,31% del total del gasto por esquema correspondió a HF.1 “*Esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios*” y en 2023 70,46%.

En 2022, sin Fondo Covid el gasto de este esquema desciende a 68,78% del total del gasto en salud.

Le siguen HF.3 “*Gasto directo de los hogares*” (16% en 2022 y 16,46% en 2023) y HF.2 “*Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud*” (10,98% para 2022 y 10,96% para 2023). En HF.nec “*Esquemas de financiamientos no especificados*” se registró el ajuste entre ingresos y gastos.

En particular, si se observa lo que sucede con HF.1 “*Esquemas gubernamentales y de financiamiento de los servicios contributivos y obligatorios*” se ve una caída de 3,8% en términos reales en 2022 respecto a 2021 y una caída de menos del 0,5% en 2023 respecto al años anterior. Si se analiza el esquema HF.1.1 Esquemas gubernamentales por separado del Fondo Covid, en 2022 presentó un aumento de 2% y en 2023 un aumento de 10%. Respecto al esquema HF.2 de los “*Esquemas de pagos voluntarios de servicios de salud*”, se contrajo en 2022 un 4% y en 2023 un 1% respecto al año anterior, mientras que el esquema asociado al gasto de bolsillo de los hogares (HF.3) subió un 3% en 2022 y 2% en 2023.

[Tabla 5] Gasto en salud por esquema de financiamiento, años 2022 y 2023

Gasto por esquema de financiamiento en millones de pesos constantes valor 2022	2022	2023
HF.1 Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	196.328	195.653
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	46.435	51.300
HF.1.1 Esquemas gubernamentales (Fondo Covid)	13.713	0
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	136.180	144.353
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	30.663	30.435
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	30.109	29.811
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	247	291
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas	307	332
HF.3 Gasto directo de los hogares	44.669	45.707
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	34.206	34.637
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	10.463	11.070
HF.nec Esquemas de financiamiento no especificados (n.e.p.)	7.574	5.878
Total general	279.234	277.673

[Tabla 6] Estructura del gasto por esquema de financiamiento, años 2022 y 2023

	2022	2023
HF.1 Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	70,31%	70,46%
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	16,63%	18,47%
HF.1.1 Esquemas gubernamentales (Fondo Covid)	4,91%	0%
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	48,77%	51,99%
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	10,98%	10,96%
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	10,78%	10,74%
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	0,09%	0,10%
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas	0,11%	0,12%
HF.3 Gasto directo de los hogares	16,00%	16,46%
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	12,25%	12,47%
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	3,75%	3,99%
HF.nec Esquemas de financiamiento no especificados.	2,71%	2,12%
Total general	100,00%	100,00%

La participación de HF.1 en la estructura total de los esquemas pasó de representar 47% del total del gasto en 2005 a casi 70,5% en 2023. Si analiza desde 2008, la participación promedio de estos esquemas en el

financiamiento del gasto total representa 66%. Y comparando el último año con 2019 (año pre-pandémico) aumentó 4 puntos porcentuales pasando de pesar 66% a 70,5%.

Respecto a los esquemas de los seguros sociales de salud HF.1.2.1 “Esquemas de seguros sociales de salud”, en 2022 representaron el 48,77% del financiamiento del gasto sanitario total mientras que en 2023 fue de más de la mitad (51,99%). Allí se encuentran los dos fondos para el financiamiento de las prestaciones incluidas en el PIAS, es decir, el Seguro Nacional de Salud (FONASA) y el Fondo Nacional de Recursos (FNR, el reaseguro de los prestadores integrales para las prestaciones de mayor complejidad y costo), el seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales del Banco de Seguros del Estado (BSE), Sanidad Policial y Sanidad Militar.

Por otro lado, el gasto de bolsillo, HF.3 “Gasto directo de los hogares”, es un indicador muy importante a la hora de analizar resultados.

Dentro de estos, los esquemas con mayor peso lo tuvieron los “Gastos directos excluidos los pagos compartidos” que representan los bienes y servicios vendidos directamente particulares (HF.3.1) con 12,3% en 2022 y 12,5% en 2023 mientras que el gasto directo asociado a los costos compartidos con terceros (HF.3.2) representaron 3,7% y 4% del total del gasto.

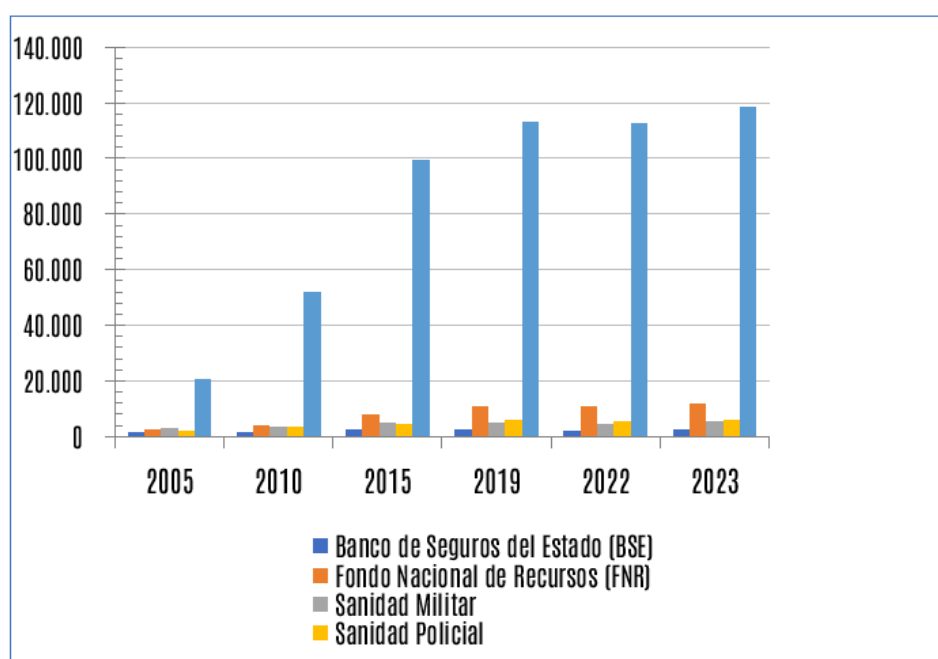
En particular, como se mencionó anteriormente, en 2022 casi la mitad del financiamiento del gasto sanitario nacional correspondió al conjunto de “Esquemas de seguros sociales de salud” (HF.1.2.1) y en 2023 representó más de la mitad (51,99%). La otra mitad del gasto se distribuyó entre el gasto que se realiza en la órbita de los “Esquemas gubernamentales” (22% en 2022 y 18% en 2023), el gasto de bolsillo de los hogares (HF.3.1 y HF.3.2) con el 16% para 2022 y 16,46% en 2023, el que realizan los “Esquemas de seguros voluntarios de salud” (HF.2.1.1 y HF.2.1.2) con 11 % ambos años. El resto se distribuyó entre HF.2.2.1 “Esquemas de financiamiento ISFLSH” (excluyendo HF.2.2.2) y HF.2.3.1 “Esquemas de financiamiento de empresas” (excepto los proveedores de servicios de salud). Esto incluyó el gasto de las empresas públicas (0,1% ambos años), Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM, 0,06% y 0,08% respectivamente), los servicios de instituciones sin fines de lucro (0,03% ambos años) y ANCAP (0,01% ambos años).

Los esquemas de seguros sociales de salud comprenden: FONASA, FNR, BSE, Sanidad Militar y Sanidad Policial.

Se presenta el detalle del financiamiento de los “Esquemas de seguros sociales de salud” que existen en nuestro sistema según los agentes que lo sostienen (HF.1.2.1).

En la siguiente gráfica se presentan los datos para los años 2005 (pre-reforma de la salud) 2010, 2015, 2019 y los años del informe: 2022 y 2023.

[Gráfico 7] Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1), millones de pesos constantes de 2023



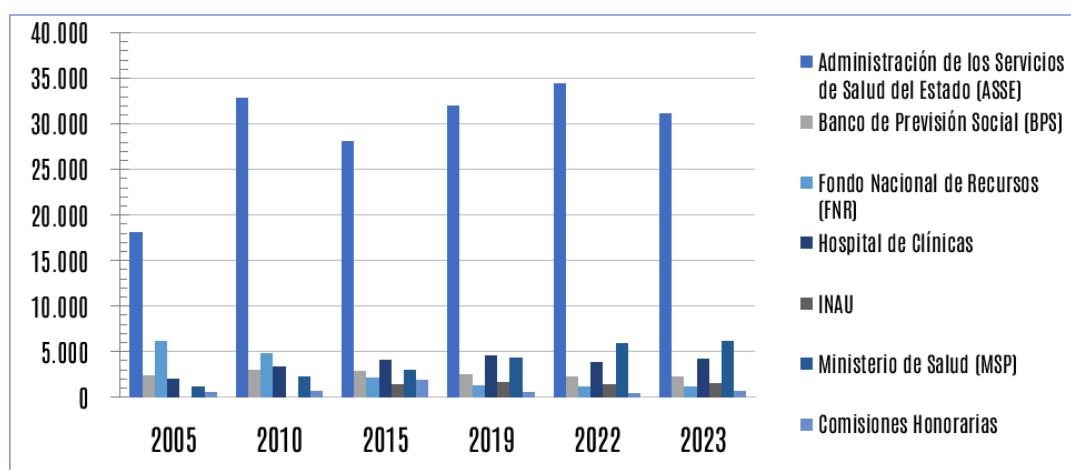
Como se observa en la gráfica, el Seguro Nacional de Salud a lo largo del período, tuvo la mayor participación en el total de los esquemas. Mientras que en 2005 representaba el 68,65% del esquema de seguros sociales de salud, en 2023 representó casi el 83%. Si se analiza como proporción del gasto sanitario total, en 2005 representó el 15% mientras que en 2023 el 42,75% del gasto total.

Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1).

Por otro lado, es de sumo interés analizar los esquemas pertenecientes al gobierno central (excluyendo las prestaciones de salud a empleados públicos). En el **Gráfico 8**, se presenta la evolución según los distintos agentes que componen los esquemas del gobierno central.

Estos son: **ASSE** (asociado a la cobertura de la población no FONASA sin afiliación a seguros voluntarios privados), del **FNR** (los pagos por acto por la cobertura de ASSE y Sanidad Militar), Hospital de Clínicas, MSP, BPS (por los servicios de salud brindados a parte de la población), **INAU** y **Comisiones Honorarias**.

[Gráfico 8] Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1), millones de pesos constantes de 2023



En comparación con 2005 los “Esquemas del gobierno central” se incrementaron en términos reales 55%, donde el MSP aumentó casi 4 veces en 2023, el Hospital de Clínicas 106% y ASSE 72%. Para el INAU no se cuenta con información anterior a 2011, por lo que la variación se calcula de 2011 a 2023 y fue de un incremento del 4%.

El BPS, presenta una disminución de 2% en 2023 con respecto a 2005. Por su parte el FNR, presenta una disminución de más del 80%, esto es consistente con el aumento del otro principal esquema de financiamiento del FNR que se analizó anteriormente.

Evolución del gasto de ASSE por esquema de financiamiento.

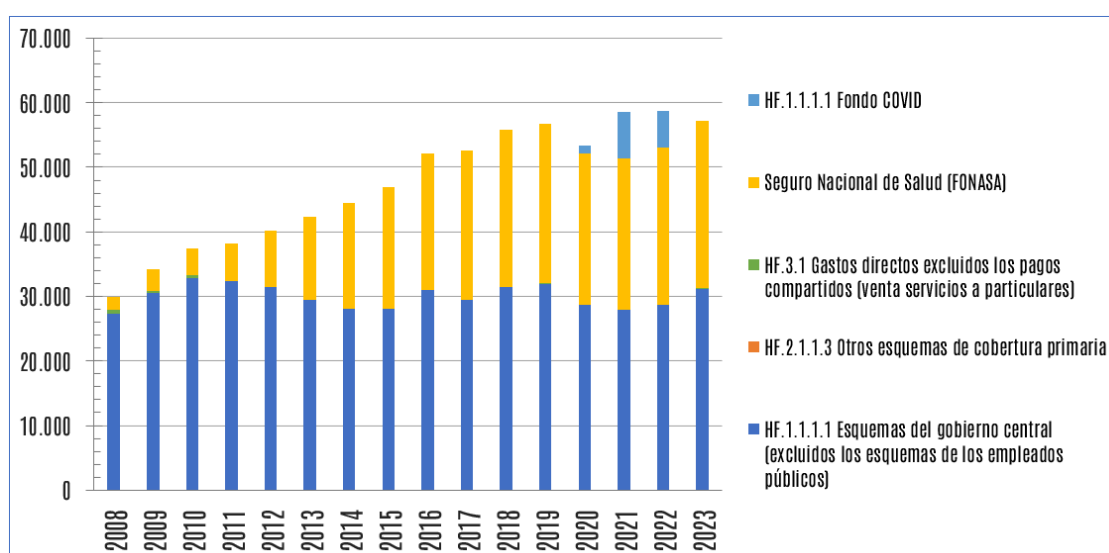
Si se analiza ASSE por esquemas de financiamiento se observa que desde 2014 alrededor del 60% corresponde a esquemas del gobierno central y aproximadamente 40% al Seguro Nacional de Salud.

Dentro del esquema del gobierno central, el financiamiento del gasto de ASSE disminuyó 2% en valores corrientes en 2022 y 9% en 2023. Cabe recordar que ASSE tuvo una inyección

en 2021 de 7.325 millones de pesos y en 2022 de 5.723 millones de pesos y corresponden al esquema del gobierno central.

Si se elimina el efecto del Fondo Covid, dentro de dicho esquema, el financiamiento del gasto de ASSE aumentó 2,6% en 2022 y 8,7% en 2023. A su vez, los “*otros esquemas de coberturas primarias*” y los “*gastos directos excluidos los costos compartidos*” también cayeron en 2022 y 2023: 2% y 9% respectivamente ambos años.

[Gráfico 9] Evolución del gasto de ASSE por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2023



Evolución del gasto de las IAMC por esquema de financiamiento

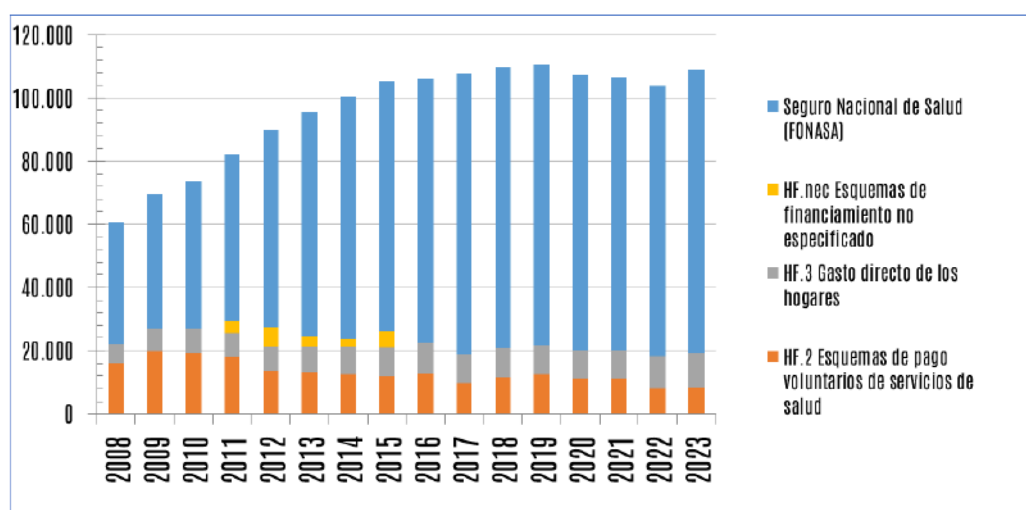
Con respecto a las IAMC, el financiamiento del gasto en 2023 analizado por esquemas se duplicó con respecto al 2008. Tal como se observa desde hace varios informes, este incremento se debe principalmente al aumento de la cobertura a través FONASA.

Si bien la cobertura a través de cuotas de prepago voluntario (HF.2.1.1.3)

aumentó 1% en 2023 respecto al 2022, respecto a 2008 se produjo una caída de casi 50%.

Se observa una caída en 2020 con respecto al 2023. Si bien se implementaron nuevas modalidades de atención ambulatoria no presenciales (orientación telefónica/telemedicina), se produjo una disminución global de la actividad como consecuencia de la aplicación de las pautas ministeriales frente a la misma.

[Gráfico 10] Evolución del gasto de las IAMC por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2023



Más del 80% del financiamiento de las IAMC en 2023 proviene del FONASA (82,4%), participación que se observa desde el año 2016. El 7,7% a prepago (HF.2.1.3 "Otros esquemas de cobertura primaria") y 9,9% a tasas moderadoras y copagos (HF.3.2 "Costos compartidos con terceros").

El resto de los esquemas tiene una participación marginal. En 2022 la estructura fue muy similar a la de 2023 con un 82,3% y 8% y 9,7%.

Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares

Los “Esquemas de gastos directos de los hogares” permiten medir el gasto de bolsillo y a través de estos se construye uno de los indicadores más usados ya presentado en el resumen: el gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud.

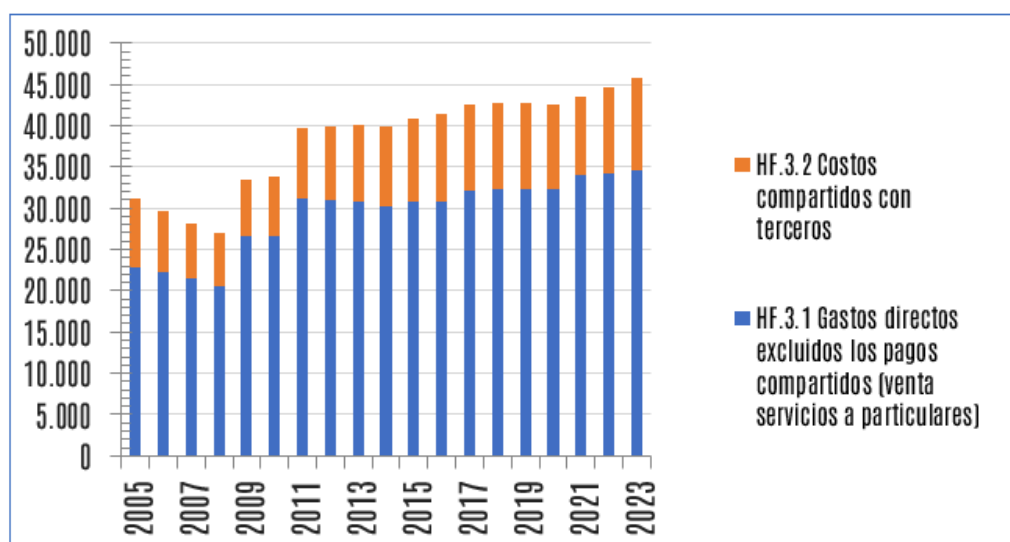
Estos esquemas comprenden: los “gastos directos excluidos los pagos compartidos” (HF.3.1) y los “gastos compartidos con terceros” (HF.3.2). Los primeros (HF.3.1) representan los bienes y servicios vendidos directamente a particulares. Son los gastos que no implican compartir costos con quien brinda la cobertura, como por ejemplo en consultorios particulares, farmacias, etc. Mientras que los segundos (HF.3.2) incluyen las tasas moderadores y copagos. Son aquellos en los cuales el costo es compartido entre los individuos y las instituciones que brindan la cobertura tales como IAMC, Seguros Privados Integrales, Sanidad Policial, Sanidad Militar, FNR, etc.

En el período de análisis de 2005 a 2023 los esquemas de gastos directos de los hogares aumentaron casi un 50%. En la gráfica se puede observar que los “gastos directos excluidos los pagos compartidos” (HF.3.1) tienen el mayor peso en el gasto de bolsillo con

76,58% en 2022 y 75,78% en 2023. Los “costos compartidos con terceros” (HF.3.2) representaron 23,42% en 2022 y 24,22% en 2023. A lo largo del período, el mayor peso dentro de HF.3.2 lo tuvieron las IAMC con una participación de casi 90% en 2022 y 2023.

Si los esquemas de gastos directos de los hogares se desglosan por agente, se observa que el mayor peso lo presentan las farmacias (33,79% en 2022 y 31,21% en 2023), seguido de las IAMC (22,59% en 2022 y 23,7% en 2023), los consultorios odontológicos (16,61% y 16,24%) y otros proveedores de bienes médicos (9,68% y 9,46%). Los consultorios de psicólogos y otros tratamientos representan menos del 6% ambos años, el peso de los seguros privados es 3,15% y 5,68% y el de los laboratorios es casi un 3% ambos años. El resto tienen un peso del 1% o menor.

[Gráfico 11] Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares (HF.3.1.y HF.3.2), millones de pesos constantes de 2023



Si se observa la **Tabla 7**, que presenta la distribución dentro de los gastos directos excluidos los pagos compartidos, las farmacias tienen la mayor participación (44,13% en 2022 y 41,19% en 2023). Le sigue la participación los consultorios odontológicos particulares (21,7% y 21,43%), los otros proveedores de bienes médicos (12,64% y 12,79), los consultorios de psicólogos y otros tratamientos (7,50% y 7,40%), y el resto de los agentes privados: laboratorios (3,89% y 3,84%), los seguros privados integrales (1,12% y 4,43%), las IAMC (2,91% y 3,18%), los consultorios médicos particulares (1,47% y 1,45%), el Hospital de Clínicas (1,34% y 1,41%), los seguros privados parciales (1,43% y 1,30%) y las clínicas quirúrgicas (1,37% y 1,36%).

El resto de los agentes presentaron una participación marginal, como Sanidad Militar (0,39% y 0,42%), las clínicas privadas de internación (0,1% y 0,09%), y ASSE (0,004%).

Dentro de los costos compartidos, las IAMC representaron, como era de esperar casi 87% (2022) y 88% (2023) del total de los esquemas. Los Seguros Privados casi el 10% mientras que Sanidad militar y policial, FNR, BHU-ANV y ISFL representaron menos del 2% cada uno.

[Tabla 7] Participación en HF.3.1 los gastos directos excluidos los pagos compartidos y en HF.3.2 costos compartidos por agente

Gasto por instituciones	2022	2023
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	100,00%	100,00%
Farmacias	44,13%	41,19%
Consultorio odontológico particular	21,70%	21,43%
Otros proveedores de bienes médicos	12,64%	12,49%
Consultorios de psicólogos y otros tratamientos	7,50%	7,40%
Laboratorios	3,89%	3,84%
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	2,92%	3,18%
Seguros Privados Integrales	1,12%	4,43%
Consultorio médico particular	1,47%	1,45%
Hospital de Clínicas	1,34%	1,41%
Seguros Privados Parciales	1,43%	1,30%
Clínicas quirúrgicas	1,37%	1,36%
Sanidad Militar	0,39%	0,42%
Clínicas privadas de internación	0,10%	0,09%
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	0,004%	0,004%
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	100,00%	100,00%
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	86,89%	87,89%
Seguros Privados Integrales	9,80%	9,59%
Sanidad Militar	1,17%	1,22%
Sanidad Policial	1,14%	0,56%
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	0,95%	0,70%
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	0,03%	0,03%
BHU- ANV	0,02%	0,01%

[Tabla 8] Participación en el gasto de bolsillo por agente

HF.3 Gasto directo de los hogares	2022	2023
Farmacias	33,79%	31,21%
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	22,59%	23,70%
Consultorio odontológico particular	16,61%	16,24%
Otros proveedores de bienes médicos	9,68%	9,46%
Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos	5,74%	5,61%
Seguros Privados Integrales	3,15%	5,68%
Laboratorios	2,98%	2,91%
Consultorio médico particular	1,13%	1,10%
Seguros Privados Parciales	1,10%	0,98%
Clínicas quirúrgicas	1,05%	1,03%
Hospital de Clínicas	1,02%	1,07%
Sanidad Militar	0,57%	0,62%
Sanidad Policial	0,27%	0,14%
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	0,22%	0,17%
Clínicas privadas de internación	0,07%	0,07%
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	0,01%	0,01%
BHU- ANV	0,00%	0,00%
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	0,004%	0,004%

2.4.2 Ingresos de los esquemas

En el siguiente apartado se presenta la dimensión del financiamiento desde una perspectiva de los ingresos de los esquemas de financiamiento, **FS** (*Revenues of Health Care Financing Schemes*). Los ingresos refieren a los fondos de los esquemas de financiamiento a la salud. Las categorías de la clasificación remiten a los distintos tipos de transacciones a través de las cuales los esquemas de financiamiento obtienen sus ingresos como, por ejemplo, los impuestos generales, los aportes a la seguridad social, los prepagos, los copagos etc.

Para empezar a analizar los ingresos, es importante discriminar el financiamiento público del privado. Dentro del financiamiento público se incluyen todos los ingresos que se consideran obligatorios, mientras que los ingresos privados refieren a prepagos voluntarios, al gasto de bolsillo de los hogares y a instituciones sin fines de lucro.

Financiamiento público:

- impuestos (FS.1)
- contribuciones a la seguridad social y demás esquemas de seguros sociales (FS.3)
- prepagos de carácter obligatorio (FS.4), además del gasto en salud de empresas públicas.

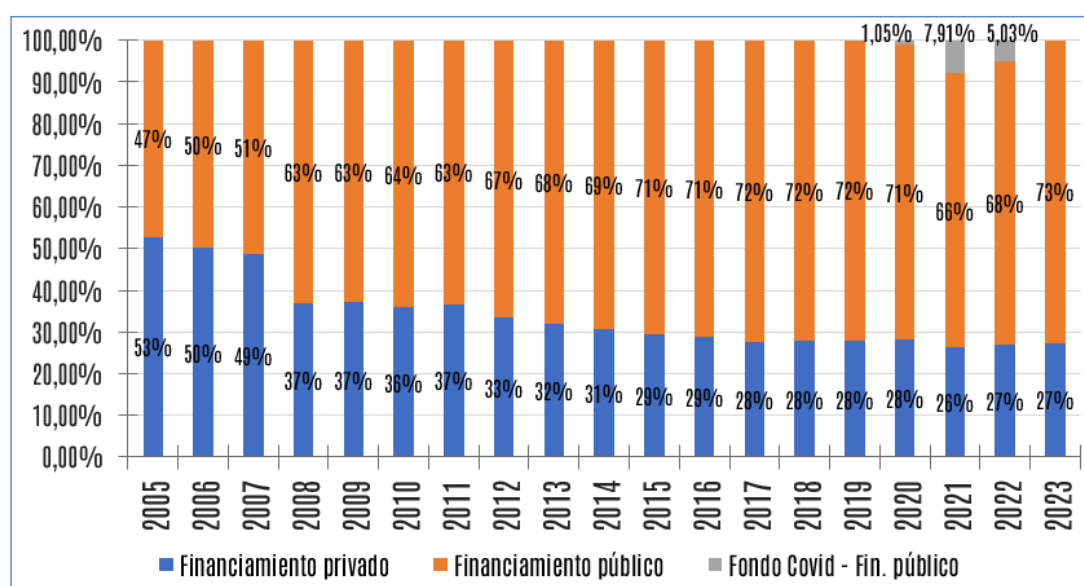
Financiamiento privado:

- prepagos voluntarios (FS.5)
- otros ingresos del país (FS.6) que pueden provenir de:
 - hogares (FS.6.1; por ejemplo, los copagos o tasas moderadoras y demás pagos de bolsillo)
 - instituciones sin fines de lucro (FS.6.3).

La categoría de “otro financiamiento” incluye el financiamiento externo (FS.2 y FS.7), es decir las donaciones (transferencias) que el país recibe del exterior, rubro marginal, además de los ajustes entre ingresos y gastos^[1].

De este análisis se obtienen indicadores claves como el gasto en salud sobre el PIB y el gasto público en salud sobre PIB.

[1] Global spending on health: emerging from the pandemic. Geneva: World Health Organization; 2024.

[Gráfico 12] Evolución del financiamiento público y privado en relación con el GTS

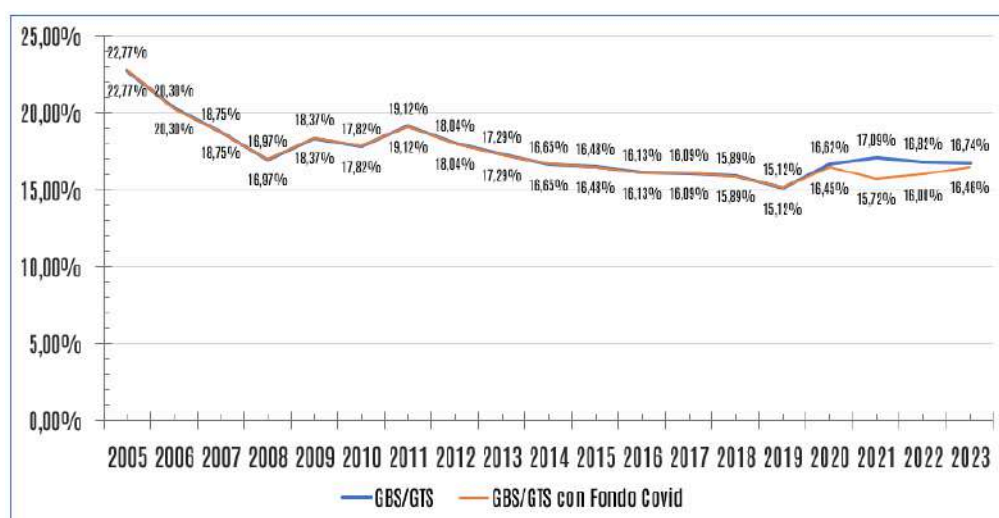
Según el último informe de la OMS, en 2022, del total del gasto en salud mundial, el 62,1% proviene de fuentes públicas, 37,6% de fuentes privadas (incluyendo el gasto de bolsillo) y el resto de las fuentes externas

En particular, en Uruguay, el financiamiento público es la principal fuente de financiamiento del gasto total en salud. En 2022 financió el 73% en total (68% del financiamiento público corresponde a las categorías ya mencionadas y el 5% restante corresponde al Fondo Covid tal como se identifica en la gráfica) y en 2023 financió el 72,6%.

Dentro del financiamiento privado, el gasto de bolsillo en relación al gasto total en salud es uno de los indicadores

más utilizados en el análisis del financiamiento a nivel internacional.

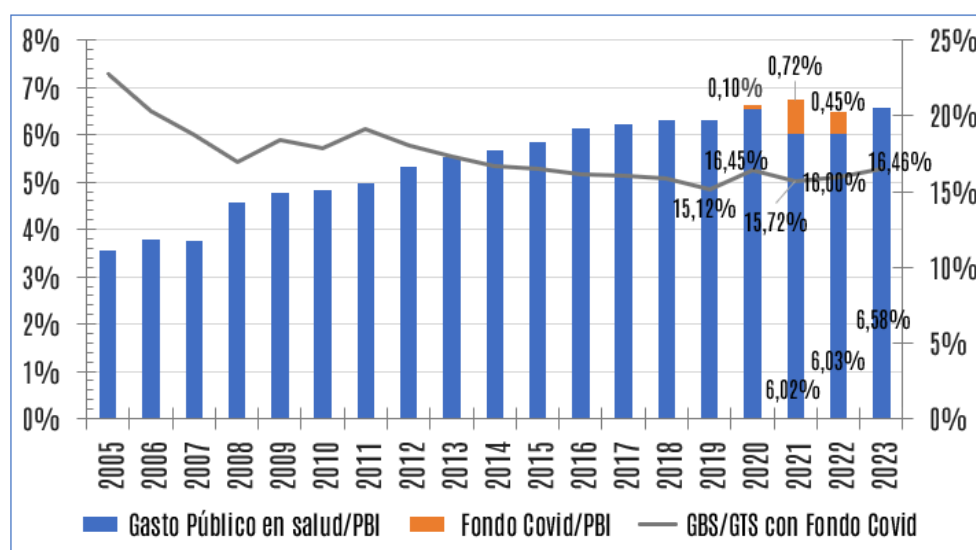
Siendo el gasto de bolsillo el que se considera más regresivo en tanto es independiente del nivel de ingreso de los hogares, este indicador nos permite cuantificar el grado de protección financiera de los sistemas de salud.

[Gráfico 13] Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, 2005 a 2023

Tal como se muestra en el gráfico, el gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud presentó una tendencia descendente de 2011 hasta el 2019, luego en 2020 aumentó más de un punto porcentual. En la serie se incluyó el indicador calculado respecto al total del gasto en salud considerando el Fondo Covid y, a su vez, sobre el gasto en salud excluyendo el Fondo Covid. Si se toma en cuenta en Fondo, el gasto total en salud, denominador del indicador, aumenta en 2020 por 2.717 millones de pesos constantes, 22.134 millones de pesos en 2021 y en 2022 13.713 millones. Esto es lo que produce la caída en 2021 develando comportamientos opuestos en cada caso para ambos años. Como se mencionó en otros informes, en 2020, el aumento del indicador fue debido a que el gasto total en salud disminuyó en mayor proporción que estos pagos.

Como ya se presentó en el capítulo de indicadores generales, las recomendaciones de OMS/OPS indican tener un gasto público destinado a salud por encima del 6% del PIB y un umbral máximo el 20% de gasto bolsillo sobre el gasto de salud. Es por eso que resulta interesante incluir en una misma gráfica para el período 2005-2023, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud (eje vertical primario) y el gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical secundario).

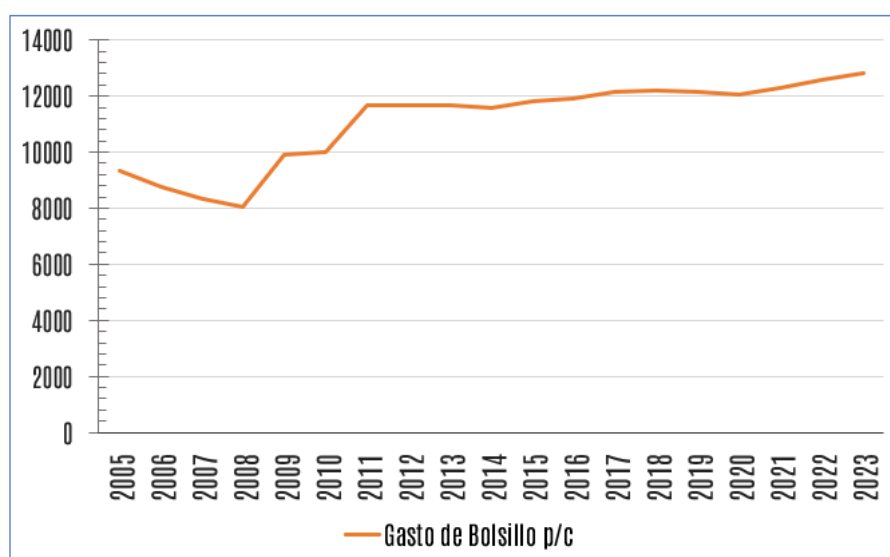
[Gráfico 14] Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical primario) y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud (eje vertical secundario).



Otro de los indicadores utilizados a nivel internacional es el gasto de bolsillo per cápita. A nivel mundial este indicador descendió en el primer año de la pandemia, lo que podría reflejar la reducción de la utilización de los servicios de salud. Claramente es importante analizar cada país para constatar como dialogan los esquemas de financiamiento tal como se hizo en el apartado anterior.

Como se puede ver en la gráfica, en Uruguay a partir de 2011 se estabilizó el gasto de bolsillo per cápita anual en el entorno de los 10.500 y en 2021 comienza a aumentar, aumentando el promedio per cápita a 11.100 pesos aproximadamente para el período. En 2023 el gasto de bolsillo per cápita representó 12.815 pesos.

[Gráfico 15] Evolución del gasto de bolsillo per cápita, en pesos constantes 2023



2.4.3 El financiamiento en el contexto regional

Un análisis interesante y necesario es la comparación internacional. En esta sección se presenta algunos de los países de la región de las Américas, donde se los ubica en función del valor que toman para el año 2022 los indicadores de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud y el financiamiento público del gasto en salud como porcentaje del PIB.

Como ya se mencionó, en el año 2014 los países miembros de la OPS firmaron la estrategia para el acceso universal a salud y cobertura universal de salud, donde se comprometieron a aumentar el gasto público en salud hasta alcanzar una meta referencial de 6% del producto interno bruto (OPS, 2014). Esta referencia se asocia a mayores niveles de protección financiera, vinculados a una baja incidencia del gasto catastrófico y a niveles reducidos de empobrecimiento de los hogares asociados a gastos en salud.

La estrategia señala que esta meta es una referencia útil y una condición necesaria, aunque no suficiente, para reducir inequidades y aumentar la protección financiera en el marco de la cobertura universal en salud. *“El incremento de los recursos públicos para la salud debe aumentar la equidad en la asignación al dirigirse en forma prioritaria al primer nivel de atención, mejorar su capacidad resolutive y su*

capacidad articuladora de las redes integradas de servicios”.^[2]

De todas formas, aumentar recursos para el sector no es suficiente para eliminar las ineficiencias o inequidades, en tanto cada país tiene problemas específicos para alcanzar la salud universal, tales como la organización de los sistemas de salud, la gobernanza o incluso la gestión médica.

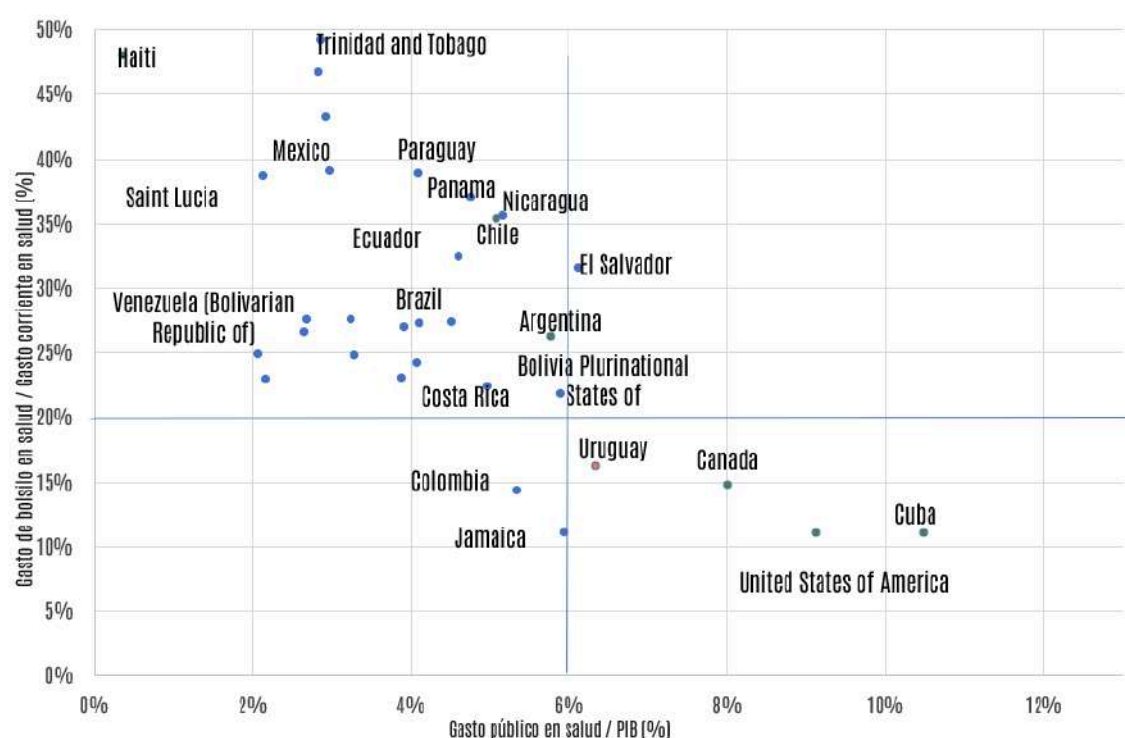
A su vez, como ya fue dicho, la OMS recomienda como umbral óptimo tener un gasto de bolsillo sobre gasto corriente en salud menor al 20%. Como se mencionó, son gastos realizados al momento de acceder a los servicios por lo que operan como una barrera de acceso, ya que restringe el acceso a los tratamientos a quienes pueden pagarlos. Y, por otro lado, son gastos regresivos ya que el monto a pagar es fijo y es independiente del nivel de ingresos de los individuos o del núcleo de hogar al que pertenezca. El umbral recomendado tampoco implica que sea una condición suficiente, pero genera

[2] <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>

mayores niveles de protección financiera.

En el siguiente gráfico se trazaron los umbrales de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB y de 20% de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud, recomendados internacionalmente. Para poder realizar la comparación, los datos se presentan en paridad de poder de compra (PPA) y el indicador de gasto de bolsillo están calculados sobre el gasto corriente en salud mientras que en el apartado anterior se calcularon sobre el gasto total.

[Gráfico 16] Gasto público en salud como porcentaje del PIB y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas 2022



Como puede observarse, existe una correlación negativa entre ambos indicadores. Aquellos países que tienen bajos niveles de gasto público sobre PIB también tienen altos niveles de gasto de bolsillo sobre gasto en salud y a la inversa.

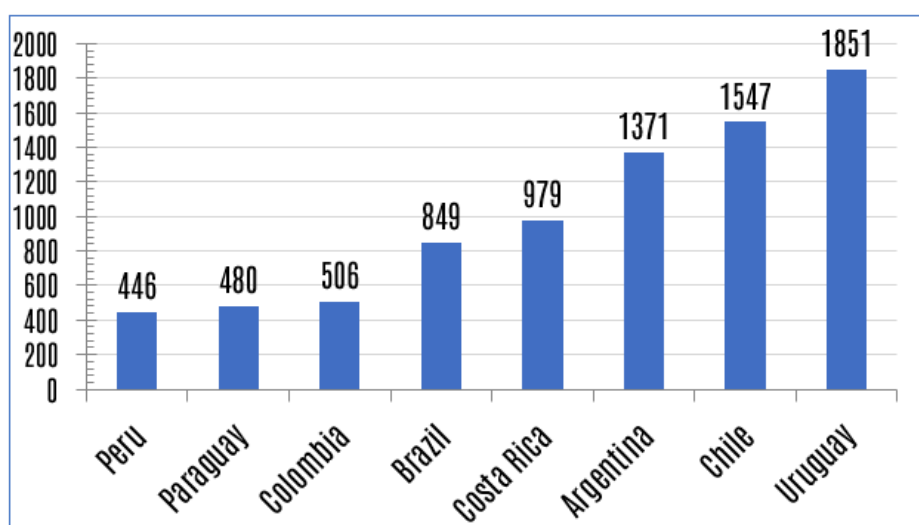
A nivel mundial, el gasto público en salud per cápita disminuyó en todos los grupos de ingresos en 2022. En la mayoría de los grupos de ingresos, esto ocurrió en un contexto de aumento del gasto gubernamental, lo que implica que la proporción de la salud en el gasto del gobierno general disminuyó. La excepción fue en los países de ingresos altos, donde la prioridad de salud se mantuvo cerca de los niveles de 2021, pero el gasto del gobierno general disminuyó.

Desde hace 10 años Uruguay forma parte del grupo de países que presenta valores dentro de los umbrales recomendados internacionalmente. Con un gasto de bolsillo sobre el gasto corriente en salud representó de 16,3% en 2022 y con un financiamiento público del gasto sobre PIB de 6,32%. En dicho cuadrante se encuentra también Cuba, Canadá y Estados Unidos.

Este último, presenta un indicador de gasto de bolsillo bajo, pero dada las características de su sistema de salud, lleva a suponer que el indicador bajo refleja las altas barreras de acceso.

Si se analiza el gasto corriente per cápita en la región se observa que en 2022 en Uruguay es de 1.851 USD (PPA), sensiblemente superior al de los países de la región. Le sigue Chile con un gasto de 1.547 USD (PPA), Argentina (1.371 USD), Costa Rica (979 USD), Brasil (841 USD), Colombia (506 USD), Paraguay (480 USD) y por último Perú (446 USD).

[Gráfico 17] Gasto corriente en salud per cápita en USD en PPP, 2022



Según el último informe disponible de la OMS[3] el gasto sanitario promedio per cápita en los países de ingresos altos fue de 3.731 USD, mientras que los países de ingresos medianos-altos tienen un gasto en salud p/c de 540 USD. En los países de ingresos medianos-bajos fue de 132 USD y 43 USD en los países de ingresos bajos. También se encuentra que el gasto en salud per cápita en 2022 se mantuvo por encima de los niveles anteriores a la pandemia de COVID-19 en todos los grupos de ingresos de los países. El gasto en salud fue variable durante toda la pandemia, ya que los países respondieron de diferentes maneras a la evolución del virus. Es decir, existió diferencia en su prevalencia y también en las variantes del virus.

[3] Global spending on health: emerging from the pandemic. Geneva: World Health Organization; 2024.

2.4.4 Agentes de financiamiento

Los agentes de financiamiento son quienes recaudan distintos tipos de ingresos, de acuerdo con las reglas establecidas por los esquemas de financiamiento. Son unidades institucionales que administran uno o más esquemas de financiamiento: recaudando fondos y comprando servicios.

Los principales agentes de financiamiento del sistema son el FONASA y el FNR. A continuación, se presentan las cifras desde el punto de vista de los proveedores destinatarios de sus fondos. El primero de ellos es puramente un agente de financiamiento, mientras que el FNR también tiene gasto en salud asociado a actividades de provisión.

El Seguro Nacional de Salud

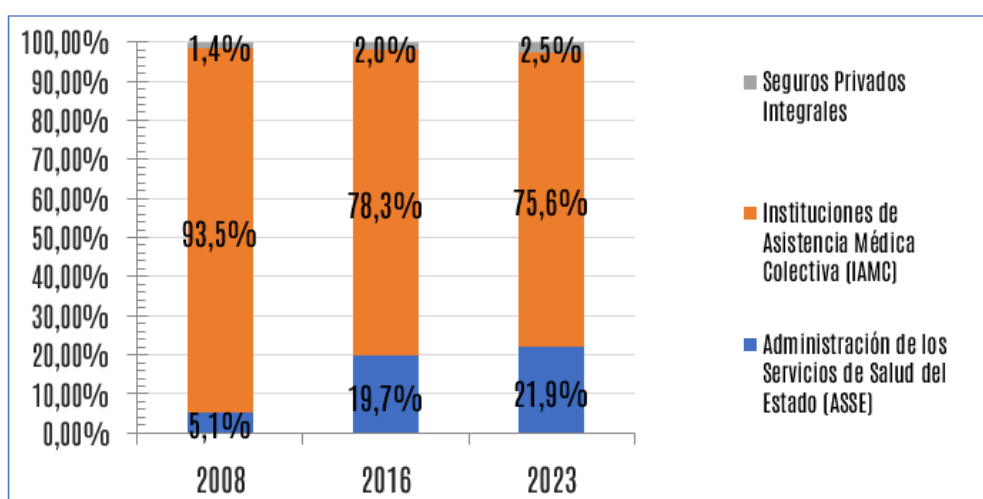
El SNS forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y tiene el objetivo de brindar cobertura integral de salud tanto a los trabajadores formales, jubilados y pensionistas ya sus familias. Los beneficiarios eligen un prestador de salud donde acceden a un plan de prestaciones llamado Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

Se financia a partir del FONASA que cuenta con los aportes realizados por los trabajadores formales, los aportes patronales, los aportes de personas jubiladas y pensionistas y Rentas Generales.

El Seguro Nacional de Salud financió la cobertura de 2.615.309 personas a diciembre 2023, lo que representa 73% de la población del país.

[Tabla 9] Registros de afiliaciones por tipo de institución según cobertura

	2019		2020		2021		2022		2023	
	FONASA	NO FONASA	FONASA	NO FONASA	FONASA	NO FONASA	FONASA	NO FONASA	FONASA	NO FONASA
IAMC	1.941.422	181.700	1.931.561	188.888	1.983.586	174.058	1.981.128	178.714	1.971.194	169.347
ASSE	504.151	826.547	473.461	959.346	513.650	887.754	539.503	890.407	556.185	834.954
Sanidad Militar	n/c	133.689	n/c	132.199	n/c	129.673	n/c	129.160	n/c	127.388
Sanidad Policial	n/c	113.946	n/c	113.855	n/c	113.866	n/c	112.745	n/c	113.572
Seguros Privados Integrales	72.104	35.985	72.403	38.235	77.846	36.796	83.934	43.419	87.930	36.769
Sub total	2.517.677	1.291.867	2.477.425	1.432.523	2.575.082	1.342.147	2.604.565	1.354.445	2.615.309	1.282.030
Total	3.809.544		3.909.948		3.917.229		3.959.010		3.897.339	

[Gráfico 18] Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales

La estructura de gasto del FONASA muestra que en 2008 más del 90% fue destinado a las IAMC, 5% a ASSE y 1,4% fue para los Seguros Privados Integrales. En 2016, año en el que culminó el ingreso de colectivos al seguro establecido por la legislación vigente, la composición del gasto del FONASA se consolidó hasta la fecha.

Tal como los años anteriores, el gasto del FONASA continúa destinándose en su mayoría a las IAMC. En 2023 representó casi el 75,6% mientras que el 21,9% se canalizó a ASSE y el 2,5% restante fue hacia el conjunto de los Seguros Privados Integrales.

El Fondo Nacional de Recursos

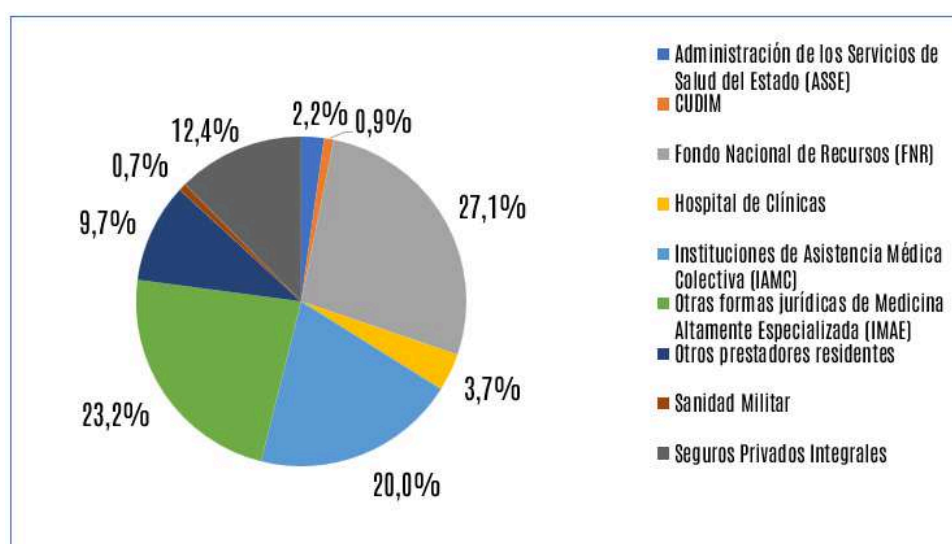
El Fondo Nacional de Recursos financia procedimientos médicos y medicamentos de alto costo en Uruguay. Opera como reaseguro de los prestadores integrales para las prestaciones de mayor complejidad y mayor costo y busca mejorar la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Los ingresos del FNR provenientes del FONASA y de las cuotas de prepago en prestadores integrales de salud, aumentaron casi 5 veces desde 2005 con una tendencia al alza desde entonces.

Con respecto al gasto del FNR se conforma mayormente por gasto realizado en servicios de medicina altamente especializada (públicos y privados) y en menor medida en otros servicios asistenciales. Esto se explica por su naturaleza, como se mencionó, que opera como reaseguro de los prestadores integrales para las prestaciones de mayor complejidad y mayor costo.

El principal peso lo tiene el Seguro Nacional de Salud que desde 2005 a 2020 presentó una tendencia al alza. Para 2005, asociado a la cobertura a través de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad- DISSE, tuvo una participación del 15% del financiamiento del gasto sanitario y de 42,75% en 2023 (42,75%).

[Gráfico 19] Composición del gasto del FNR en los proveedores que contrata, año 2023



La mayor participación en el financiamiento del FNR corresponde a los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) privados y representaron el 55,6% del gasto total. Estos son los IMAE de propiedad privada de las IAMC (20% del total del gasto del FNR), los IMAE de propiedad de seguros privados integrales (12,4%) y otras formas jurídicas de IMAE privados como los servicios de diálisis privados, entre otros (23,2%).

En cuanto a la contratación de servicios de medicina altamente especializada en prestadores públicos, el 3,7% se realizó en el Hospital de Clínicas, el 2,2% en ASSE (IMAE del Hospital Maciel y del Pereira Rosell, entre otros) y alrededor de un 0,9% en CUDIM y 0,7% en el IMAE de Sanidad Militar.

Asimismo, se destinó el 9,7% a otros prestadores de servicios asistenciales privados residentes (laboratorios, insumos médicos, clínicas privadas, etc.

Por último, el 27,1% de los recursos fueron utilizados en los propios servicios del FNR (medicamentos de alto precio, policlínicas de cesación de tabaquismo, centro de vacunación, médicos auditores y consultantes, etc.) aumentando casi 8 puntos porcentuales con respecto al 2019.

2.5 La provisión de servicios de salud

2.5.1 Gasto en salud de los proveedores

En el siguiente apartado se analiza la dimensión del gasto según la provisión de los servicios de salud por lo que se toma la clasificación de proveedores HP de SHA 2011 (Health Care Providers). Los **proveedores de salud del sistema** son quienes brindan los bienes y servicios a la población. Al tratarse del análisis por proveedor, el gasto asociado a compras de servicios se asigna al proveedor que brindó los servicios en cuestión, y no en el proveedor (o agente) que los contrató.

Existen ciertas complejidades en las diferentes realidades de los sistemas de salud de los países. En el caso de Uruguay, nuestro sistema de salud está compuesto por prestadores integrales que engloban una diversidad extensa de actividades y niveles de atención y la manera en que reportan su información. Es por eso que los prestadores integrales se registran dentro de HP.nec con el objetivo de no forzar una clasificación en el marco de SHA2011. Eso explica que en 2023 el 76% del gasto corriente en salud sea realizado

por proveedores que quedan sin clasificar según la metodología SHA 2011. De todos modos, se considera que esta definición metodológica permite el monitoreo institucional específico de estos proveedores lo que resulta interesante para el análisis y la elaboración de políticas.

Se observa que el 7,72% del gasto en salud es realizado en Proveedores de atención ambulatoria y dentro de estos, los Seguros Privados Parciales, pesan 3,47%, le sigue en importancia relativa los Consultorios odontológicos particulares 2,73%, Consultorios de psicólogos y otros tratamientos 0,94%, por último, las Intendencias Departamentales (Programas de Salud y Policlínicas) 0,40%, INAU y Consultorio médico particular 0,18% cada uno.

Considerando el peso relativo en el total del gasto, le siguen en importancia los proveedores clasificados como minoristas dentro de los que se encuentran los *“otros proveedores de bienes médicos”* con el 1,58% y las Farmacias que explican el 5,22% del gasto total en salud.

Por su parte, la categoría **Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud** explican el 3% del gasto y mayoritariamente encontramos al MSP y al FNR con el 2,12 % y 1,49% respectivamente. La perspectiva usada no refleja en el gasto del FNR la compra de los servicios de medicina altamente especializada comprados a los IMAE, pero sí los gastos de administración del fondo y los servicios brindados por el propio FNR (medicamentos de alto precio, por ejemplo).

[Tabla 10] Gasto corriente en salud por proveedor en millones de pesos constantes de 2023

Gasto corriente en salud por proveedor	Gasto en millones de pesos	Peso relativo
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	105.628	38,68%
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	51.825	18,98%
Otros ministerios y organismos públicos de la Administración Central	1.494	0,55%
Otros prestadores residentes	19.935	7,30%
Farmacias	14.267	5,22%
Seguros Privados Integrales	16.389	6,00%
Seguros Privados Parciales	9.468	3,47%
Consultorio odontológico particular	7.469	2,73%
Sanidad Policial	5.742	2,10%
Ministerio de Salud (MSP)	5.780	2,12%
Sanidad Militar	5.111	1,87%
Hospital de Clínicas	4.868	1,78%
Otros proveedores de bienes médicos	4.325	1,58%
Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	3.418	1,25%
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	4.058	1,49%
Consultorios de psicólogos y otros tratamientos	2.577	0,94%
Banco de Previsión Social (BPS)	2.148	0,79%
Banco de Seguros del Estado (BSE)	2.137	0,78%
Laboratorios	1.330	0,49%
Clínicas privadas de internación	973	0,36%
Intendencias Departamentales - Programas de Salud y Policlínicas	1.080	0,40%
Comisiones Honorarias	724	0,27%
Consultorio médico particular	504	0,18%
INAU	521	0,19%
Clínicas quirúrgicas	469	0,17%
CUDIM	410	0,15%
Otras empresas públicas	160	0,06%
Intendencias Departamentales - Beneficios a funcionarios	146	0,05%
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	76	0,03%
ANCAP	22	0,01%
Caja Notarial	13	0,00%
Total general	273.086	100%

Ese 76% los prestadores integrales, en la categoría HP.nec proveedores no clasificados, el 39% del gasto corriente en salud del país se realiza en el total de las IAMC y concentra 2.140.524 usuarios esto significa el 60 % del total de usuarios. Por su parte ASSE, el prestador más importante del país con casi el 40 % de los usuarios totales (1.391.139) presentó el 19% del gasto corriente en salud. Los Seguros Privados Integrales representaron el 6% del gasto corriente cubriendo a 124.699 (3%), mientras que Sanidad Policial y Sanidad Militar representaron aproximadamente el 2% del gasto corriente.

Sanidad Policial cubrió a 113.572 beneficiarios (3% del total de la población cubierta) y Sanidad Militar 127.388 (4%).

Los IMAE (IMAE privados con otras formas jurídicas) representaron un 1% y la categoría “*otros prestadores residentes*” presentó un gasto de 7%. Esta estructura de mantiene relativamente incambiada con un leve aumento de la participación de los Seguros Privados con respecto al último informe de 2019 pasando de 5% a 6%.

2.5.2 Factores de provisión

A través de las Cuentas Nacionales de salud resulta interesante analizar cuáles son los insumos que se utilizan para producir los bienes y servicios que son consumidos en el sistema. En el siguiente apartado se analiza la estructura del gasto corriente en función de los factores de provisión para los años 2005-2021 por lo que se toma la clasificación de proveedores FP (Health Care Providers) de SHA 2011. Al tratarse del análisis por proveedor, el gasto asociado a compras de servicios se asigna al proveedor que brindó los servicios en cuestión, y no al proveedor (o agente) que los contrató.

Los años seleccionados corresponden a los principales hitos de la reforma del sector, esto es: 2005, 2008, 2011, 2016, y 2019 (anterior a la pandemia) y el último año disponible 2021.

En la tabla siguiente se presenta la estructura de gasto corriente por factores de provisión para algunos años seleccionados de la serie disponible. Tal como se desprende de la serie, el rubro remuneración de los asalariados y de los profesionales autónomos aumentó más de 10 puntos porcentuales a lo largo del período.

[Tabla 11] Estructura de gasto corriente por factores de provisión para años seleccionados

Estructura de gasto corriente por factores de provisión	2005	2012	2017	2022	2023
Remuneración de los asalariados y de los profesionales autónomos	38%	50%	52%	54%	55%
Medicamentos e insumos farmacéuticos	10%	9%	10%	12%	12%
Materiales y servicios utilizados	26%	9%	8%	9%	9%
Otras partidas del gasto relativas a los insumos	1%	3%	2%	2%	2%
Consumo de capital fijo	4%	1%	1%	1%	1%
Otros gastos no clasificados	21%	28%	27%	21%	21%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%

Entre 2017 y 2023 la variación más importante corresponde a la caída del rubro “*otros gastos no clasificados*” que disminuyeron de 27% a 21%, fruto del esfuerzo del equipo de Cuentas.

En el resto no existieron grandes variaciones en el peso relativo de los factores de provisión. El rubro que mayor peso tuvo en 2023 sobre el gasto corriente total fue el de remuneraciones de los asalariados y de los profesionales autónomos.

Esto se explica por las características propias del sector salud, el cual es intensivo en mano de obra.

En 2023 el 55,2% del gasto en salud se destinó a la remuneración de los trabajadores, del cual 48% son remuneraciones a asalariados y 7,2% a profesionales autónomos. Este último representó 3% en 2019 aumentando más de 4 puntos porcentuales.

En términos reales, mientras el gasto corriente total se duplicó en el período de 2005 a 2023, las remuneraciones aumentaron más de 2,5 veces, de todas formas, no es posible identificar el efecto precio del efecto cantidad.

Lo sigue en importancia el rubro “medicamentos e insumos farmacéuticos” que se mantuvo bastante estable en el tiempo, en el entorno del 10%, si bien en 2023 representó 12%. Es decir, que el país destinó en 2023 más de 31 mil millones de pesos al consumo de medicamentos e insumos farmacéuticos.

“Materiales y servicios médicos” presenta una caída observada a partir del 2012 fruto del cambio metodológico realizado en 2020 (mencionado en la introducción), por lo que a partir de esa fecha presentó un peso relativo promedio de 9%.

Por último, el rubro de “gasto no clasificado” (FP.nec), que como se mencionó se redujo considerablemente en los últimos años, se estabilizó en el entorno de 21%. Por el momento es una categoría difícil de reducir ya que dentro de este rubro se contabiliza la erogación de aquellos proveedores de quienes desconocemos sus estructuras de gasto, por falta de información. Básicamente se encuentran aquí proveedores privados en quienes gastan los hogares: consultorios médicos, odontológicos y psicológicos, clínicas privadas, farmacias y laboratorios entre otros.

2.5.3 Cuenta capital

La cuenta capital considera, siguiendo la clasificación SHA 2011, la variación en Formación Bruta de Capital Fijo que se compone de inversión en infraestructura y maquinaria, la variación en inventarios (vacunas en stock, por ejemplo), las inversiones en terrenos y transferencias de capital (por ejemplo, donaciones)[4] y la inversión no clasificada. En términos operativos esto implica, en los casos en que la información disponible lo habilita, considerar la diferencia entre altas y bajas ocurridas en el ejercicio. Por esta razón, el gasto en capital que surge de SHA 2011 no es totalmente comparable a las inversiones realizadas por cada uno de los proveedores.

Más de 98% del gasto total en salud es gasto corriente, y menos del 2% restante se destina a capital. Esta distribución se ha mantenido bastante estable en los años analizados. El gasto en capital entre 2022 y 2023 cayó 20%, cabe aclarar que el gasto de capital tiene una lógica de largo plazo, es por eso que es interesante analizar la variación en amplios períodos de tiempo. Si se calcula la variación de 2023 con respecto a 2005 aumentó más de 2 veces y media y con respecto a 2011 aumentó 40%.

La siguiente tabla presenta la estructura de gasto de capital para años seleccionados de la serie disponible 2005-2023. Si bien el peso relativo de los componentes del gasto no fue tan estable, sí se observa cómo es de esperar, que principalmente se destinó a infraestructura y a maquinaria y equipos. Los años seleccionados corresponden a los principales hitos de la reforma del sector, esto es, 2005, 2008, 2011, 2016, y 2022 y el último año disponible, 2023.

[4] La Formación Bruta de Capital puede ser negativa cuando el valor de los activos enajenados supera el valor de los activos adquiridos.

[Tabla 12] Estructura de gasto en capital para años seleccionados

	2005	2008	2011	2016	2022	2023
HK.1.1.1 Infraestructuras	0,00%	0,00%	43,70%	102,90%	55,97%	53,25%
HK.1.1.1.nec Infraestructura no clasificada	40,46%	36,91%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
HK.1.1.2 Maquinaria y equipo no clasificada	44,51%	19,95%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
HK.1.1.2 Maquinaria y equipos	0,00%	0,00%	54,30%	-9,43%	35,12%	37,72%
HK.1.1.3 Productos de propiedad intelectual	0,00%	0,00%	0,92%	5,90%	7,73%	8,47%
HK.1.2 Variaciones en inventarios	0,00%	0,00%	0,03%	0,00%	-0,01%	0,00%
HK.1.3 Adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
HK.2.1 Terreno	0,00%	0,00%	1,05%	-0,21%	0,97%	0,00%
HK.2.2 Otros activos no producidos no financieros	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
HK.nec Gasto de capital no clasificado	15,03%	43,14%	0,00%	0,84%	0,22%	0,56%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

El último año disponible, 2023, muestra una estructura de gasto de capital en la que se destaca el rubro maquinaria y equipos (que representó casi 40% del total). Dentro de esa categoría, el 62% del gasto en maquinaria y equipos fue realizado en equipos médicos.

El resto se compone en equipos de transporte (2,7%), equipos de IIT (13,2%) y el resto en maquinaria no clasificada. Más del 50% de las inversiones en maquinaria fue realizado por las IAMC, su participación con respecto a 2021 (35%) mientras que ASSE pesaba 25% en 2021, en 2023 pesó 13% solamente.

Dentro del rubro Infraestructuras, el peso relativo de las IAMC en el gasto de capital en 2023 representó más de 40% y ASSE representó el 28% pasando al segundo lugar ya que en 2021 lideraba el ranking con un 40% del peso en el gasto total de capital.

2.6 El consumo de servicios de salud

2.6.1 Gasto en salud por funciones

Por último, es interesante analizar el gasto en salud desde la perspectiva de las funciones de salud. Esto implica entender cuál fue el propósito del consumo. Según el SHA 2011 la “función” se refiere “*al tipo de necesidad que una transacción o grupo de transacciones pretende satisfacer y al objetivo que se persigue*”. Las transacciones en la parte de los gastos resuelven la pregunta: **¿Cuál es el objetivo?** (SCN 2008, 2.42).

En el siguiente apartado se analizará el gasto desde la dimensión del consumo. Para ello se presenta el gasto corriente en salud clasificado por funciones de la salud SHA 2011 para 2022 y 2023.

La estructura del gasto se distribuye entre **Atención curativa, Atención de rehabilitación, Atención de larga duración** (que a su vez se clasifican según modo de provisión con internación, ambulatoria o domiciliaria), los **Servicios auxiliares** (como los Bienes médicos que no se especifican por función) y luego se encuentran la **Atención preventiva**, los gastos por **Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud**. Por último **Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)**.

[Tabla 13] Estructura del gasto corriente por funciones a nivel país en 2023

Estructura del gasto corriente por funciones a nivel país en 2023	2022	2023
HC.1 Atención curativa	70,8%	72,5%
HC.9 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)	7,7%	7,5%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	7,2%	6,8%
HC.6 Atención preventiva	6,2%	5,0%
HC.2 Atención de rehabilitación	3,5%	3,6%
HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	2,8%	2,7%
HC.3 Atención de larga duración (salud)	1,3%	1,3%
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	0,5%	0,5%

Uno de los indicadores interesantes que resulta de esta clasificación es la proporción del gasto en atención curativa y preventiva. Tal como se ha dado históricamente, en Uruguay tanto para 2022 como para 2023, la mayor parte del gasto se concentró en la atención curativa representando más de 70% del gasto corriente total.

En términos relativos el segundo lugar lo ocuparon los bienes médicos (medicamentos, artefactos e insumos), que representan casi el 7% del gasto del sistema para 2023. En esta categoría se clasifican los desembolsos realizados por los hogares en farmacias, en otros establecimientos de bienes médicos y el gasto en medicamentos que no se pudo asignar a ninguna de las demás funciones.

El resto del gasto en medicamentos e insumos corresponde principalmente a la función curativa en el caso de las IAMC, ASSE, hospitales y todos los servicios que fueron consultados.

Teniendo en cuenta el gasto clasificado, en tercer lugar, se ubicó el gasto en prevención que representó en 2022 el 6,2% y en 2023, el 5% del gasto corriente bajando 3 puntos porcentuales respecto al 2021 y volviendo a sus niveles históricos. Esta caída, en 2022 y 2023, se explica ya que este gasto refiere a las acciones del gobierno de carácter colectivo como ser programas de salud, compras de vacunas, etc. así como a la atención con fines preventivos en servicios de carácter individual.

En 2021 se registró la compra más grande de vacunas por la COVID-19 que implicó un gasto de más de 9 mil millones de pesos constantes. En 2022

la misma compra representó más de 4 mil millones. Por dicha razón es que la atención preventiva disminuyó tanto en 2022 como en 2023 respecto al 2021. Como se mencionó el informe anterior, hasta el 2020 este gasto estaba en tercer lugar en términos relativos, y pasó al segundo lugar en 2021. El aumento de 3 puntos porcentuales respecto al 2019 (año anterior a la pandemia), se debe especialmente al gasto asociado a la compra y aplicación de las vacunas contra el COVID-19. Dado que varias instituciones no enviaron información clasificada, el único gasto en prevención asignado a esta categoría es el gasto asociado a las vacunas, lo que implica que la categoría está subestimada.

Le sigue el gasto de rehabilitación que representó el 3,5% del gasto corriente en 2022 y 3,6% en 2023. Por otro lado, se identifica un 1,3% destinado a servicios de atención de larga duración (ALD) ambos años y, también para ambos años, un 0,5% del gasto que se utiliza en servicios auxiliares (al igual que en el caso de los bienes médicos, corresponde a gasto que no fue posible asignar a las demás funciones). El gasto en gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud corresponde a 2,7% y 2,8% del gasto sanitario total para 2022 y 2023 respectivamente. El aumento con respecto a años anteriores (en 2021

pesaba 0,5%) responde a un cambio metodológico, impactando directamente en este rubro. Por sugerencia de OPS/OMS se reclasificó gasto, que anteriormente estaba distribuido a lo largo de toda la clasificación, como gasto en gobernanza y administración.

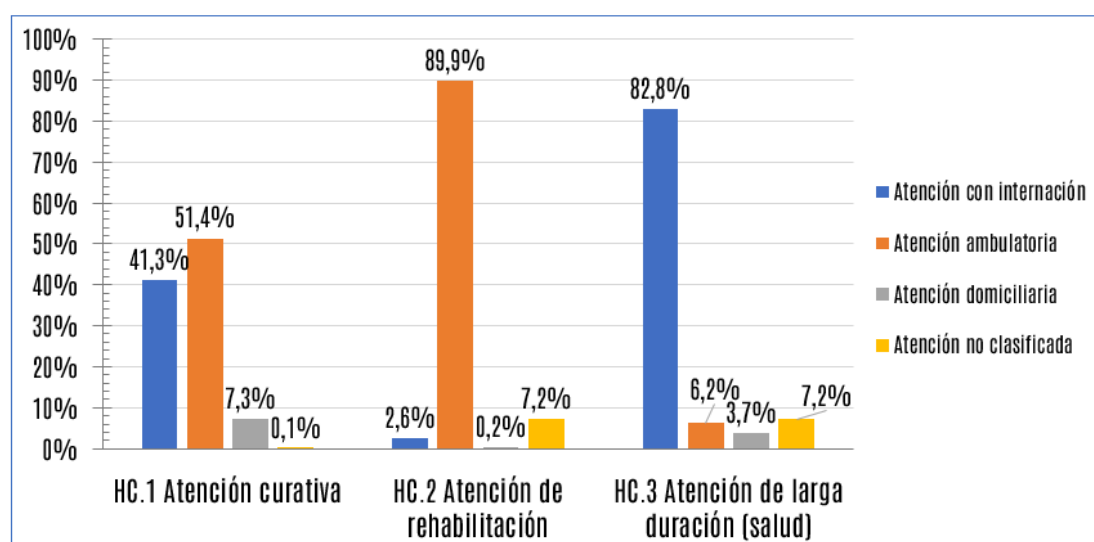
Vale mencionar que cerca del 8% del gasto en ambos años no pudo ser asignado a ninguna categoría en esta oportunidad. Dentro de este gasto y para 2022 se encuentra el gasto asociado al Fondo COVID realizado por ASSE cuyos rubros no fueron identificados por la institución. A su vez, y aplica para ambos años, en esta categoría se registra el gasto de aquellas instituciones para las que no se cuenta con información suficiente como para distribuir su gasto por funciones de la salud. Este porcentaje no asignado es razonable en relación a las experiencias internacionales, en virtud de que las Cuentas, al abordar el gasto sanitario de todo el sistema, siempre contienen gastos que no es posible identificar y otros gastos que, aunque son identificados, no es posible clasificar.

Cuando se analiza el gasto en atención por modo de provisión, como ya se mencionó, se refiere a si se realizó una atención con internación, ambulatoria o domiciliaria.

Tal como muestra la siguiente gráfica el gasto en atención curativa en 2023, a nivel de todo el sistema sanitario, se distribuye de la siguiente forma: 51,4% se realiza en atención ambulatoria, 41,3% corresponde a atención con internación y 7,3% corresponde a gasto en atención domiciliaria. El gasto no clasificado pudo ser reducido a 0,1%.

La atención de rehabilitación se realiza casi en su totalidad en atención ambulatoria (89,9%) mientras que la atención de larga duración se brinda casi en su totalidad (82,8%) en internación.

[Gráfico 20] Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2023



El siguiente gráfico presenta la apertura del gasto en prevención a nivel del sistema. Con respecto a HC.6.4 “Programas de seguimiento de condiciones sanas”, categoría bajo la cual se clasifica el gasto que realizan los prestadores de salud a través de consultas médicas (control de la salud), se observa que en 2023 el gasto representó más del 80% del gasto en atención preventiva.

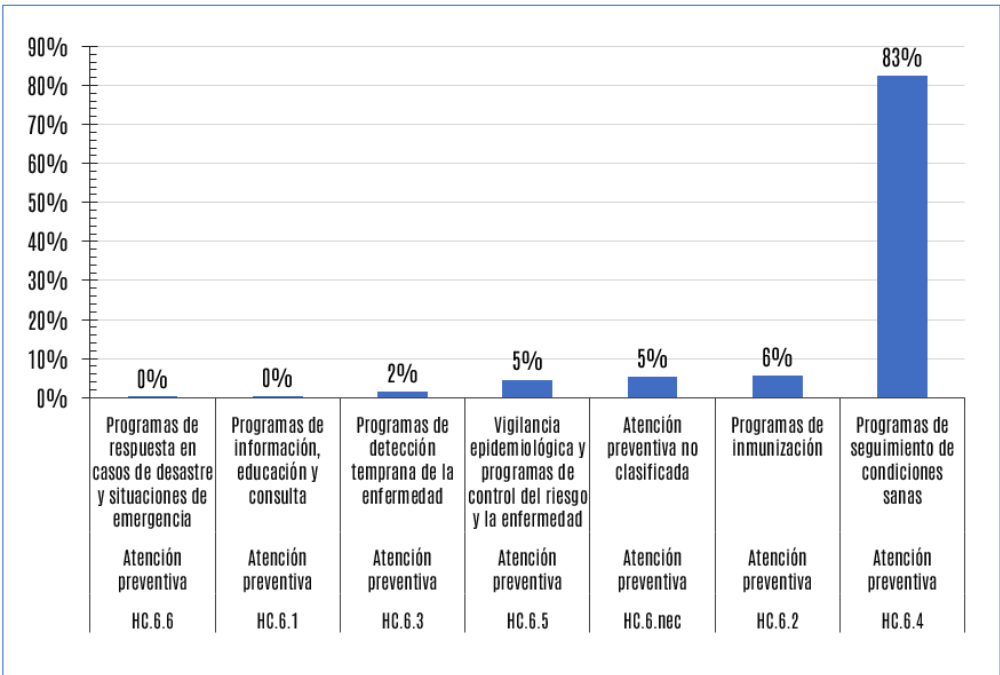
Le sigue en importancia relativa el gasto clasificado bajo “Programas de inmunización” (HC.6.2), que como se dijo, refiere a las vacunas. En 2019 representaba un 5% del gasto preventivo (año anterior a la pandemia), pasando a representar un 45% en 2021 y 6% en 2023. Se asocia tanto al gasto en la adquisición de los fármacos (realizado en gran medida a nivel central por parte del MSP), como su

posterior administración en los propios prestadores.

Por su parte, HC.6.5, el gasto en “Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad” es efectuado en su totalidad por el MSP y Comisiones Honorarias y representó 5% del gasto en prevención.

Por último, mientras en 2019 el gasto no clasificado representaba el 29%, en 2023 representó el 5%, lo que revela el esfuerzo por disminuir los rubros no clasificados (nec).

[Gráfico 21] Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2023



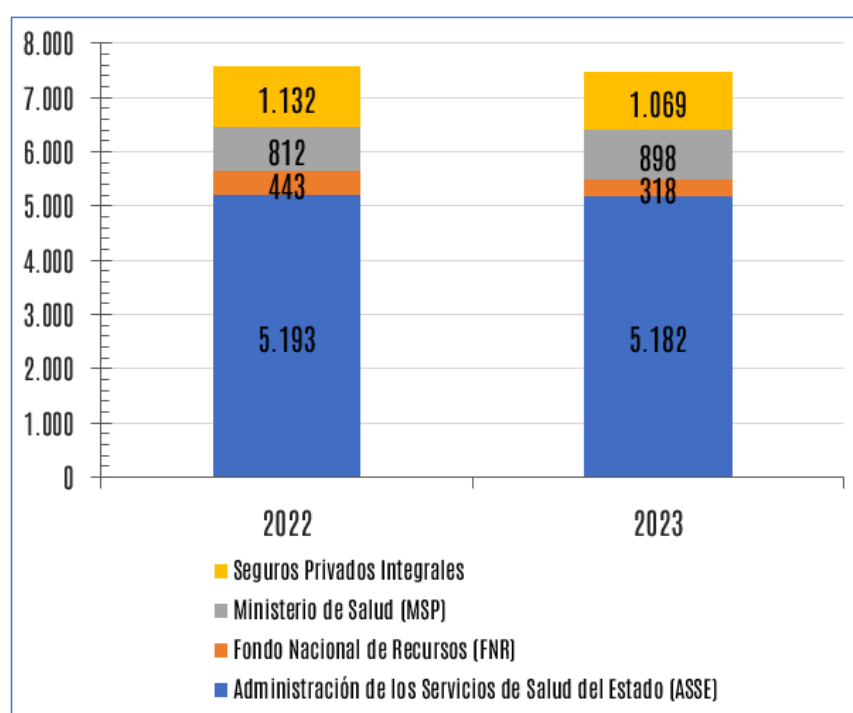
El gasto en gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7) representó el 2,7% del total del gasto en salud en 2023. Tal como se adelantó se realizó una mejora metodológica sobre el cálculo de HC.7. Es por dicha razón que pasó de niveles que venían en el entorno de 0,5% sobre el gasto corriente total a 2,7%. Mientras

que en 2021 el 68% de ese gasto era realizado por el MSP y el 32% restante por el FNR, en 2023, en términos relativos, ASSE tuvo el peso más importante con 69% del total del gasto en gobernanza. Luego, los Seguros Privados integrales representaron 14%, el MSP 12% y el FNR 4%.

Es decir, se incorporó el gasto en gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7) referente a ASSE y a los Seguros Privados. Esto se debe a conversaciones que tuvimos con el equipo de OPS donde se determinó que ASSE tiene un gasto que corresponde (y se puede identificar fácilmente) en esta categoría.

Con respecto a los Seguro Privados, la categorización en este rubro responde a un ejercicio realizado para OMS/OPS que implicó redistribuir el gasto por proveedores lo que terminó impactando en la categorización por funciones.

[Gráfico 22] Gasto en gobernanza y administración, millones de pesos constantes de 2022 y 2023



2.6.2 Gasto en salud por funciones por proveedor

Gasto por funciones comparado: ASSE y IAMC'S

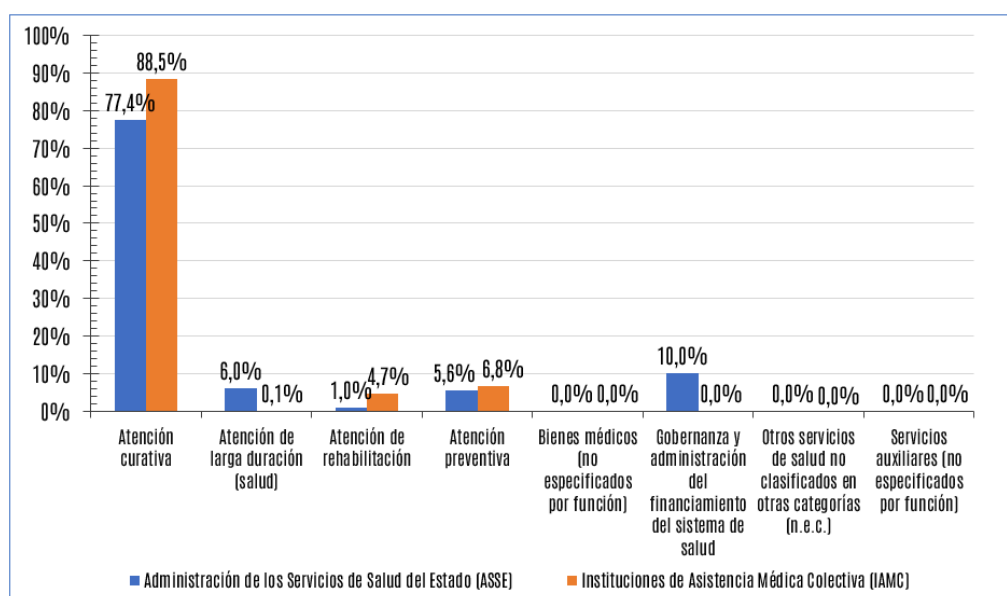
En el siguiente apartado se analiza para el año 2023, el gasto por funciones de la salud de ASSE y de las IAMC. Como se observa en la gráfica el gasto por funciones de los principales prestadores del sistema, ASSE e IAMC, tiene estructuras similares, encontrándose la mayor diferencia en gasto en gobernanza y administración y en la atención de larga duración que en el prestador público se encuentra muy por encima del promedio a nivel país. Tal como se indicó en el apartado anterior, ASSE no registraba gasto en la categoría HC.7 gastos en gobernanza y administración sin embargo en 2022 pasó a registrar erogaciones en el rubro. Esto provocó un “desfasaje” entre la estructura de gasto por funciones del prestador público y las IAMC. Sin embargo, las estructuras continúan conservando una gran similitud.

Para ASSE, el gasto en atención curativa representó el 77,4% de su gasto corriente. Dentro del gasto curativo, el 39,8% de este gasto correspondió a atención ambulatoria, aproximadamente 37,6% a atención en internación y no se registró gasto en la

atención curativa domiciliaria.

Tal como se ha observado en informes previos, la importancia relativa que tiene la atención de larga duración en ASSE (6%) no se observa con esa magnitud en ningún otro prestador, y refiere, entre otros aspectos, a la atención dada a personas en situación vulnerable y situación de dependencia por edad o por estado de salud. La atención preventiva significó poco más del 5,6% del gasto.

En el caso de las IAMC, el 88,5% de su gasto en salud se destina a la atención curativa, del cual 41,3% corresponde a servicios de internación, 38,6% a servicios de atención curativa ambulatoria y casi 9% corresponde a gasto en atención curativa domiciliaria. Esta distribución se mantiene incambiada respecto a 2022 y 2021. El gasto de las IAMC destinado a la atención preventiva asciende a 6,8% de su gasto corriente, del cual 98% corresponde al seguimiento de condiciones sanas. Para los Seguros Integrales se replicó la clasificación por funciones de las IAMC con la diferencia que se registró gasto en HC.7 gasto en gobernanza y administración.

[Gráfico 23] Estructura del gasto en salud por funciones, en ASSE y IAMC, año 2023

Para los tres hospitales públicos analizados en el presente informe, la estructura de gasto por funciones que se utilizó fue la misma que se proporcionó en años anteriores. Como resultado de estas estimaciones, y con las limitaciones mencionadas, se observa que los tres hospitales mantienen una estructura muy similar concentrando, como sucede en el resto de los prestadores, la mayor parte del gasto en la atención curativa.

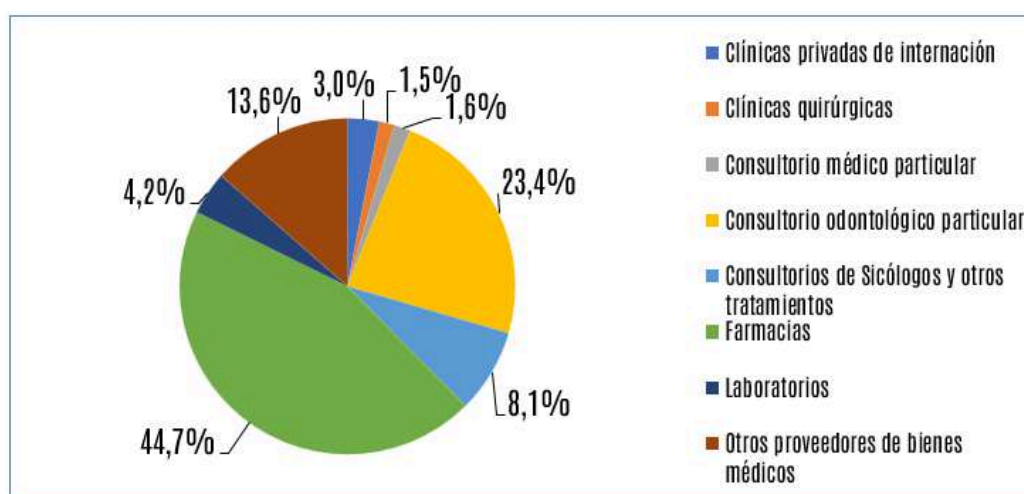
El gasto directo de los hogares por funciones

Con respecto a los hogares realizan gasto directo en salud, es decir, los individuos realizan compras de forma particular en proveedores de bienes y servicios de salud. Este gasto llamado **gasto directo de los hogares** representó 11,7% del gasto corriente en salud del país en 2023.

El mayor peso relativo lo presentaron las farmacias con 44,7% del gasto directo de los hogares (medicamentos principalmente) y un 23,4% corresponde

a consultas odontológicas. Los pagos en consultorios de psicólogos y otros tratamientos particulares representan 8% de este gasto, el gasto en laboratorios poco más del 4% y el gasto en otros proveedores de bienes médicos 13,6%. Por último, el gasto en clínicas quirúrgicas particulares tiene un peso del 1,5%, mientras que el gasto en consultas médicos particulares pesa 1,6% y el gasto en clínicas privadas de internación representa 3% del gasto directo de los hogares.

[Gráfico 24] Estructura del gasto directo de los hogares, año 2023



Si este gasto se analiza por funciones, se observa que el 58,3% del gasto corresponde a la compra de bienes médicos. Y se compone de: 47,7% de gasto en medicamentos y otros bienes médicos y el 13,6% restante corresponde a aparatos terapéuticos (como ser lentes) y otros bienes médicos.

Por otro lado, el gasto clasificado como curativo representa el 29,5% y, que se compone de 25% en "Atención curativa ambulatoria" y 4,5% en "Atención curativa con internación". El resto de los rubros se clasifican en "Atención en rehabilitación" (8,1%) y "Servicios auxiliares" (4,2%).

[Tabla 14] Estructura del gasto en salud por funciones del gasto directo de los hogares, año 2023

HC.1 Atención curativa	29,5%
HC.1.1 Atención curativa con internación	4,5%
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	25,0%
HC.2 Atención de rehabilitación	8,1%
HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria	8,1%
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	4,2%
HC.4.1 Servicios de laboratorio	4,2%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	58,3%
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos	44,7%
HC.5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	13,6%
Total general	100,0%

3. Conclusiones, avances y perspectivas

Los informes realizados por el equipo de Cuentas de Salud han permitido posicionar a Uruguay en los reportes de salud en el mundo elaborados anualmente por la OMS. Sin embargo, se sigue trabajando en mejorar el nivel de respuesta de los proveedores de la información, en particular con algunas instituciones. Se bogará por retomar el trabajo con el Comité Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud y los espacios de diálogo que habiliten el aporte de información. Para tener mayores niveles de detalle y desagregación de los datos y realizar análisis más profundos de los datos, es necesario seguir avanzando junto con las instituciones en la afinación de las estimaciones y en la integración de nuevas fuentes de información.

Tal como se previó en el informe anterior, se realizó un esfuerzo por reducir los rubros no clasificados llamados “No clasificado en otra parte” (nec). También, se realizó una mejora en la estimación de la venta de servicios que realizan las IAMC a otros prestadores de salud. Por último, se continuó un esfuerzo por identificar los proveedores privados de bienes y servicios de salud contratados por el resto de las instituciones. Para el informe correspondiente al año 2024, el equipo tiene el objetivo de revisar la estimación de gasto de los hogares donde se pueda realizar un ajuste en cantidades.

Tal como se presentó, el gasto mundial en salud en 2022 representó el 9,9% del PIB mundial, disminuyendo con respecto a 2021. Esto se explica por aumento en el gasto en salud durante

los dos primeros años de la pandemia de COVID-19. Si bien el gasto mundial en salud en 2022 cayó, se mantuvo por encima de su nivel de 2019, el año inmediatamente anterior a la pandemia. En 2022, el gasto mundial en salud volvió a una proporción similar del PIB mundial que en 2019.

Como principales resultados para Uruguay, se constata que en 2022 el gasto total en salud fue de 279.234 millones de pesos representó 9,13% del PIB. Mientras que en 2023 representó 9,13% y dicho gasto alcanzó 277.673 millones de pesos. Esto significó una caída de 1% en términos reales.

Según el último informe de la OMS, el gasto público interno en salud per cápita disminuyó en todos los grupos de ingresos en 2022. En la mayoría de los grupos de ingresos, esto ocurrió en un contexto de aumento del gasto gubernamental, lo que implica que la proporción de la salud en el gasto público del gobierno disminuyó. La excepción fue en los países de ingresos altos, donde la prioridad de salud se mantuvo cerca de los niveles de 2021, pero el gasto del gobierno general disminuyó.

El gasto público en salud mundial aumentó más del doble en términos reales (6,1 billones de dólares) y representó el 62% del total de gasto en salud mundial. En Uruguay, el financiamiento público financió casi el 73% del gasto total en salud tanto para 2022 como para 2023.

Con respecto al gasto de bolsillo per cápita a nivel mundial, según el último informe de la OMS, en 2022, el gasto de bolsillo promedio en salud per cápita se mantuvo cerca de su nivel de 2021 en todos los grupos de ingresos, excepto en los países de ingresos medianos bajos, donde aumentó. En Uruguay a partir de 2011 y hasta 2020 el gasto de bolsillo per cápita anual se estabilizó en el entorno de los 10.500 pesos aproximadamente y partir de 2021 comienza a aumentar a niveles de 11.100 pesos. En 2023 el gasto de bolsillo per cápita representó 12.815 pesos.

Por otro lado, los esquemas gubernamentales presentaron un aumento en términos reales de 55% con respecto a 2005. donde el MSP aumentó casi 4 veces en 2023, el Hospital de Clínicas 106% y ASSE 72%. Para el INAU no se cuenta con información anterior a 2011, por lo que la variación se calcula de 2011 a 2023 y fue de un incremento del 4%.

Con respecto a Uruguay, en 2022 continúa perteneciendo al grupo de países que presenta valores dentro de los umbrales recomendados internacionales, esto es, un gasto de bolsillo menor a 20% del gasto corrientes en salud (16,3%) y un financiamiento público mayor al 6% del PIB (6,32% del PIB).

El peso relativo de los factores de provisión entre 2017 y 2023 presentó la variación más importante en el rubro "otros gastos no clasificados" que disminuyeron de 27% a 21%, fruto del esfuerzo del equipo de Cuentas. En el resto no existieron grandes variaciones en el peso relativo de los factores de provisión. El rubro que mayor peso tuvo en 2023 sobre el gasto corriente total fue el de remuneraciones de los asalariados y de los profesionales autónomos. Esto se explica por las características propias del sector salud el cual es intensivo en mano de obra.

Desde el punto de vista del gasto por funciones, en 2023, se distribuyó entre 73% en atención curativa y 5% en atención preventiva. El resto se distribuyó entre bienes médicos (6,8%), atención de rehabilitación (3,6%), atención de larga duración (1,3%), servicios auxiliares (0,5%), y gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud (2,7%) y poco más de 7% no se pudo registrar. Esta estructura es bastante estable desde hace años, sin duda en 2021 y 2022 la atención preventiva, donde se registró la compra de vacunas por la COVID-19, presentó un aumento (llegó a niveles de 8%) y se volvió a establecer en niveles pre-pandémicos. A su vez, el gasto en gobernanza aumentó de 0,5% a 2,7% en 2022 y 2023 por cambios en la metodología. Por último, se continuó reduciendo el porcentaje de gasto no clasificado, pasando de niveles de 10% en 2021 a 7% en 2023.

Para concluir, se destaca nuevamente la importancia de las Cuentas de Salud como una herramienta clave para proporcionar información crucial en el monitoreo del gasto y financiamiento del sistema de salud, con indicadores ampliamente utilizados a nivel internacional. Sin embargo, la limitación de este marco radica en que, por sí solo, no es capaz de abordar cuestiones más profundas relacionadas con la equidad y la eficiencia del sistema. Para ello, es necesario recurrir a estudios complementarios y más específicos. En este contexto, aún está pendiente avanzar en el análisis de los costos de remuneraciones y medicamentos para poder abordar de manera más efectiva el estudio de la eficiencia del sistema.

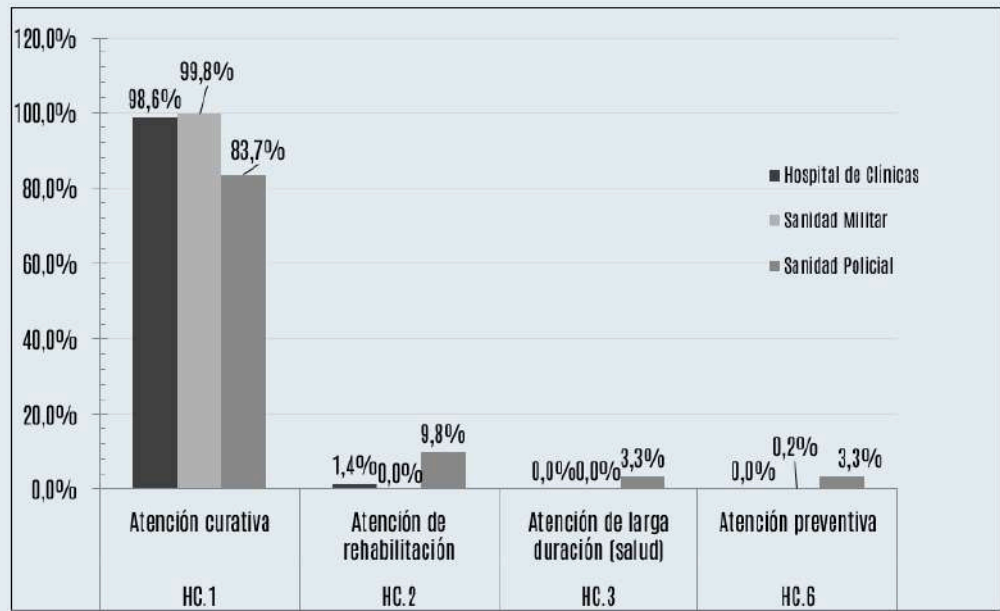
4. Anexo

Clasificación gasto en salud por funciones y por proveedores.

El **Hospital de Clínicas y Sanidad Militar**, presentaron cerca del 100% de su gasto como curativo. Mientras que para el Hospital de Clínicas casi el 70% correspondió a atención curativa con internación y 29% fue clasificado en atención curativa ambulatoria, para Sanidad Militar fue de 77% y 23% respectivamente. En ambos casos el gasto en atención preventiva fue marginal.

Para el caso de **Sanidad Policial**, se estimó que 83,7% del gasto se destinó a la atención curativa y, que poco más de 50% del gasto corriente corresponde a atención curativa con internación, casi 29% atención curativa ambulatoria casi 5% atención curativa domiciliaria. La atención de rehabilitación representó casi 10% del gasto y el resto se clasificó en atención preventiva.

[Gráfico 1 ANEXO] Estructura del gasto en salud por funciones, en Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Sanidad Militar, año 2023

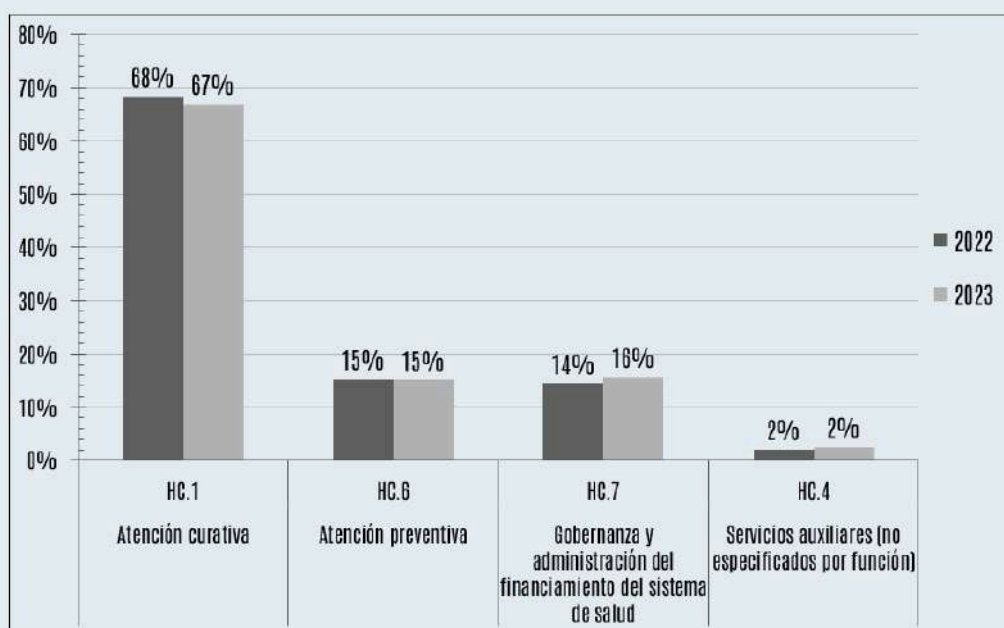


En virtud de su rol de autoridad sanitaria, el **Ministerio de Salud**, destina sus recursos mayoritariamente a acciones de prevención y de gobernanza y administración del sistema. Tal como se observa en la gráfica el gasto analizado por funciones se concentra en la atención curativa. Para el año 2022 dicho gasto representó 68% del total del gasto corriente en salud y 67% para 2023.

El gasto en atención preventiva (HC.6) y el gasto en la atención en Gobernanza y administración (HC.7) presentaron pesos relativos similares. El primero representó 15% en 2022 y en 2023, y el gasto en gobernanza representó 14% del gasto corriente total en 2022 y 16%

en 2023. El resto corresponde al gasto en Servicios auxiliares (HC.4) donde en 2022 y 2023 representó 2% y en 2021 2%.

[Gráfico 2] Estructura del gasto en salud por funciones en el MSP, años 2022 y 2023

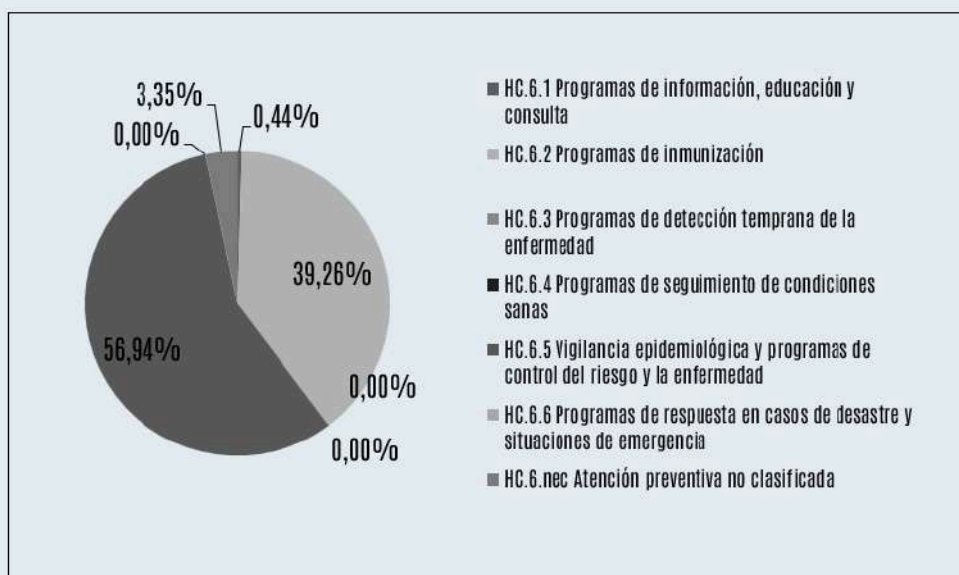


Tanto en 2022 como en 2023 más del 50% del gasto corriente en salud correspondió a gasto asociado a medicamentos oncológicos por amparos judiciales y otros medicamentos al amparo Ordenanza 692/16 (52% y 51% respectivamente). Este fenómeno se viene dando desde 2020. Mientras que en 2019 representó 37% del total del gasto corriente, este rubro en 2023 pesó 51% se duplicó respecto a 2019. Este gasto, se registra en Atención curativa y es lo que explica el aumento de HC.1.

Haciendo foco en el gasto en prevención, se observa que se sitúa en 15% del total del gasto corriente en 2023, dentro del cual se distribuye en 57% en Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad (HC.6.5), el 39% en Programas de inmunización (HC 6.2) y el resto se registra en Atención preventiva no clasificada.

Por su parte, en Atención preventiva “Programas de inmunización” (HC.6.2) se registran las vacunas y por último en Atención preventiva no clasificada se clasifican los productos medicinales y farmacéuticos donde se encuentra básicamente el gasto en anticonceptivos.

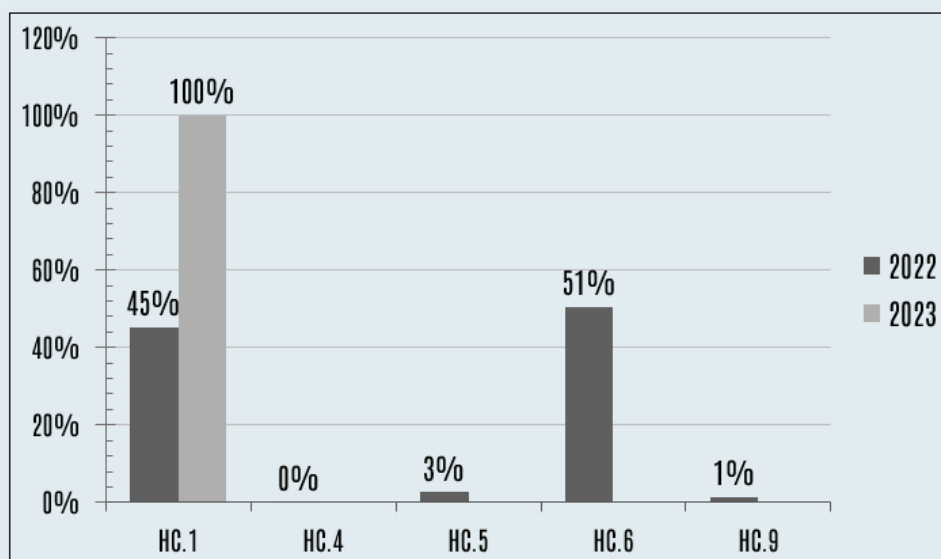
[Gráfico 3] Estructura del gasto en prevención del MSP, año 2023



Es importante recordar que el gasto en vacunas por COVID 19 se financió con el Fondo COVID, gasto realizado a través del MEF y registrado en Otros ministerios y organismos públicos. Eso explica la presencia de gasto en HC.4.nec Servicios auxiliares no clasificados, en HC.5 Bienes médicos, en HC.6.2 Programas de inmunización (registro de la compra de las vacunas covid) y HC.6.5 Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad en 2022 y el 100% del gasto en HC.1 en 2023.

La siguiente gráfica estructura del gasto en prevención dentro de la institución que reúne ministerios y organismos públicos que usualmente presentan un gasto en salud marginal y casi enteramente en gasto curativo.

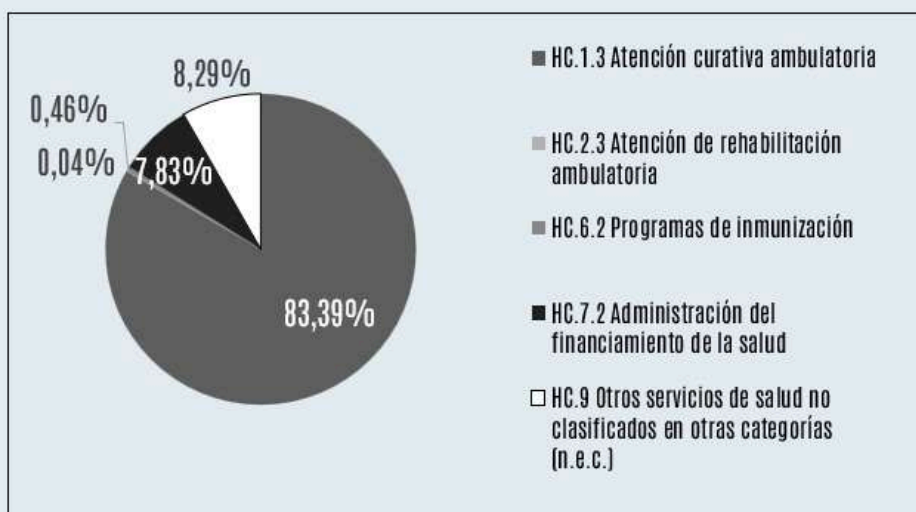
[Gráfico 4] Estructura del gasto en prevención del Otros ministerios y organismos públicos, año 2023



El **Fondo Nacional de Recursos**, considerado como proveedor (es decir, deduciendo los servicios de medicina especializada contratados en IMAE y otros proveedores), presentó en 2023 un 83,39% del total del gasto corriente en salud en atención curativa. El 96% de dicho gasto corresponde a la provisión de medicamentos de alto pre-cio incluidos en el PIAS y se registra en Atención curativa especializada ambulatoria.

La función de gobernanza y administración del financiamiento del sistema significó casi el 8% de su gasto corriente, correspondiendo exclusivamente a la administración del financiamiento de la institución, mientras que la prevención representó sólo el 0,46 % de su gasto como proveedor.

[Gráfico 5] Estructura del gasto en salud por funciones en el FNR, año 2023



En el caso del **BPS**, el gasto corriente representó menos del 1% del gasto total en salud y la atención curativa representó casi 84% de su gasto en 2023, del cual más del 70% fue de carácter ambulatorio y el 30% en internación. La atención de rehabilitación representó casi el 3% del gasto con poco más del 85% de dicho gasto en atención ambulatoria y los servicios preventivos 13% con el 100% del gasto en Programas de seguimiento de condiciones sanas (HC.6.4).

Por su parte, en los servicios de salud del **BSE**, poco más del 90% de su gasto corriente de 2023 correspondió a atención curativa, los servicios de rehabilitación representaron casi 6% del gasto, la atención de larga duración 3% y menos de 1% fue para atención preventiva.

[Gráfico 6] Estructura del gasto en salud por funciones, en BPS y BSE, año 2023

