

# **Cuentas de Salud de Uruguay**

Cifras preliminares 2011-2014 bajo SHA 2011



Equipo de Cuentas de Salud  
Área Economía de la Salud

Octubre de 2016

**Ministerio de Salud Pública  
U.E. Junta Nacional de Salud  
Área Economía de la Salud**

**Equipo de Cuentas de Salud:**

Laura Rivas (coordinación)  
Victoria Arbulo  
Cecilia Artagaveytia  
María Inés Castro  
Gissel Firpo  
Noelia Minchilli

Ida Oreggioni (supervisión)  
Giselle Jorcin (supervisión)



## Contenido

Siglas.....	4
1 Presentación .....	5
1.1 Objetivo.....	5
1.2 Las Cuentas de Salud.....	5
1.3 SHA 2011.....	6
1.4 Tablas presentadas a la OMS .....	7
2 Cifras preliminares de gasto y financiamiento de la Salud en Uruguay para el período 2011-2014.....	8
2.1 Aclaraciones.....	8
2.2 Clasificaciones de SHA 2011 y su aplicación en Uruguay .....	9
2.2.1 Esquemas de financiamiento (clasificación HF) .....	9
2.2.2 Ingresos de los esquemas de financiamiento (clasificación FS) .....	11
2.3 Indicadores generales .....	13
2.4 Gasto en salud por esquemas de financiamiento .....	16
2.5 Financiamiento del gasto en salud.....	18
2.6 Ingresos de los esquemas de financiamiento (FS x HF).....	21
3 Perspectivas .....	25
4 Bibliografía.....	28

## Gráficos

Gráfico 1 Gasto total en salud entre 2007 y 2014. Millones de pesos constantes de 2014 .....	13
Gráfico 2 Gasto total en salud anual per cápita entre 2007 y 2014, en dólares y en PPA .....	14
Gráfico 3 Gasto total en salud como porcentaje del PIB entre 2007 y 2014 .....	14
Gráfico 4 Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud entre 2007 y 2014 .....	15
Gráfico 5 Gasto corriente en salud por esquemas de financiamiento entre 2011 y 2014. Millones de pesos constantes de 2014.....	16
Gráfico 6 Gasto en salud por esquemas de financiamiento entre 2011 y 2014 en el gasto total.....	17
Gráfico 7 Financiamiento público y privado del gasto corriente en salud entre 2011 y 2014. Millones de pesos constantes de 2014 .....	18



Gráfico 8 Ingresos de los esquemas de financiamiento con financiamiento público entre 2011 y 2014. Millones de pesos constantes de 2014.....	19
Gráfico 9 Ingresos de los esquemas de financiamiento con financiamiento privado entre 2011 y 2014. Millones de pesos constantes de 2014.....	19
Gráfico 10 Estructura de ingresos del gasto corriente en salud entre 2011 y 2014. ....	20
Gráfico 11 Estructura de ingresos de los principales esquemas de financiamiento en 2014. ....	21
Gráfico 12 Descomposición del gasto de bolsillo por esquema de financiamiento entre 2011 y 2014. Millones de pesos constantes de 2014.....	24
Gráfico 13 Descomposición del gasto del esquema "costos compartidos con terceros" por proveedor de servicios de salud - año 2014.....	25

## Siglas

ANCAP	Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
CEFA	Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines
ENGIH	Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FA	Agentes de financiamiento
FS	Ingresos de los esquemas
HF	Esquemas de financiamiento
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISFLSH	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares
MSP	Ministerio de Salud Pública
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
PPA	Paridad de Poder Adquisitivo
PPP	Purchasing Power Parity
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SCS	Sistema de Cuentas de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
SHA	System of Health Accounts

## 1 Presentación

Las cuentas de salud describen los flujos financieros relativos al consumo de bienes y servicios de salud del país desde la perspectiva del gasto. Constituyen una herramienta orientada a la generación de información sobre el gasto y el financiamiento de la salud, por lo cual su utilidad es esencial para el monitoreo y análisis del sistema, tanto para la autoridad sanitaria, como para el resto de los actores del sistema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente publica en su sitio web la información de gasto y financiamiento de la salud reportada por los países miembros. En el caso de nuestro país, el Ministerio de Salud es quien tiene la responsabilidad de reportar las cifras oficiales, aunque en algunos casos se trate de estimaciones de carácter preliminar (en cuyo caso son ajustadas y reportadas nuevamente).

Si bien las matrices de Cuentas de Salud del período 2011-2014 aún no fueron elaboradas de forma completa, se entiende pertinente presentar en este informe los avances registrados en dicho trabajo. Una vez concluidas las Cuentas de Salud del período en cuestión, se contará con las cifras finales de carácter oficial sobre el gasto y financiamiento en salud del país.

### 1.1 Objetivo

En febrero de 2016 fue reportado por primera vez el gasto en salud atendiendo a SHA 2011 (Sistema de Cuentas de Salud 2011), marco conceptual desarrollado por la OMS, OCDE y Eurostat. Las dimensiones de SHA 2011 abordadas en el reporte entregado por Uruguay fueron: gasto de los esquemas de financiamiento (HF) e Ingresos de los Esquemas de Financiamiento (FS)<sup>1</sup>.

Asimismo, se entregó la información de gasto de acuerdo a la dimensión de Agentes de Financiamiento, pero en este caso siguiendo el marco SHA 1.0 (versión anterior del Sistema de Cuentas de Salud).

Este documento tiene por objetivo presentar las cifras preliminares de gasto y financiamiento de la salud para Uruguay en el período 2011-2014 de acuerdo al último ajuste, realizado en agosto del presente año.

### 1.2 Las Cuentas de Salud

De acuerdo al Manual de SHA 2011:

En el esfuerzo por alcanzar algunos de los objetivos comunes del sistema de atención de la salud relacionados con la equidad, la eficiencia y la efectividad de la atención, una de las

---

<sup>1</sup> Dado que ésta fue la primera oportunidad en la que la OMS solicitó el reporte con las clasificaciones de SHA 2011, el reporte entregado por Uruguay no cubrió todas las dimensiones, al igual que el resto de los países que aún están transitando hacia la nueva metodología.

preguntas clave que surge en los formuladores de políticas es: *¿Cuánto gastamos en salud y este gasto es medido de manera comparable?* A fin de satisfacer las demandas crecientes de analistas y formuladores de políticas en lo que se refiere a esta información sobre el gasto en salud, Un Sistema de Cuentas de Salud (SCS) propone un marco de referencia para lograr una descripción sistemática de los flujos financieros relacionados con la atención de la salud. El propósito del SCS es describir el sistema de atención de la salud desde la perspectiva del gasto, tanto para fines internacionales como nacionales. (OCDE, 2011, pág. 5).

La construcción de las Cuentas de Salud puede abordarse a través de una serie de dimensiones. En los últimos dos informes realizados por el equipo de Cuentas de Salud, se trabajó con las siguientes: fuentes de financiamiento<sup>2</sup>, agentes de financiamiento<sup>3</sup>, proveedores<sup>4</sup> y costos de los factores<sup>5</sup>. Éstas han sido de gran utilidad para monitorear el cambio en el modelo de financiamiento resultante de la implementación de la reforma de la salud en nuestro país. Sin embargo, el Sistema de Cuentas de Salud propone otra serie de dimensiones adicionales, que podrían ser explotadas, como ser la distribución del gasto por funciones, herramienta de valiosa utilidad para monitorear la asignación de recursos en el marco del cambio en el modelo de atención.

El Ministerio de Salud construye las Cuentas de Salud del país desde el año 2006, momento en el que se elaboraron las Cuentas del año 2004. A partir de allí, se elaboraron las Cuentas para los años 2005 a 2008 (presentadas en el año 2010) y luego, en el año 2015, se publicó "Cuentas Nacionales de Salud 2009-2010 Uruguay", que incluye las Cuentas de los años 2009 y 2010, junto con estimaciones preliminares de algunos agregados del gasto para los años 2011 y 2012. Dicho informe es el antecedente más inmediato de este trabajo.

### **1.3 SHA 2011**

El Sistema de Cuentas de Salud 2011, más conocido como SHA 2011 (System of Health Accounts 2011), representa la última versión del Sistema de Cuentas de Salud. Este nuevo marco fue desarrollado por la OCDE, Eurostat y la OMS.

El SHA 2011 se propone adaptar mejor las Cuentas de Salud a la rápida evolución de los sistemas sanitarios alrededor del mundo, de modo de generar mayor y mejor información para el análisis del sector. Una de sus principales ventajas radica en su pers-

---

<sup>2</sup> Refiere a las instituciones o entidades que proporcionan los fondos utilizados en el sistema por los agentes de financiamiento.

<sup>3</sup> Refiere a las instituciones o entidades que canalizan los fondos que proporcionan las fuentes de financiamiento y que los usan para pagar o comprar las diferentes actividades circunscritas en el ámbito de las cuentas nacionales.

<sup>4</sup> Refiere a las entidades que reciben dinero a cambio de o en anticipación a la producción de las actividades circunscritas dentro del ámbito de las Cuentas de Salud.

<sup>5</sup> Refiere a los factores o insumos que utilizan los proveedores o los agentes de financiamiento para producir los bienes y servicios consumidos o las actividades realizadas en el sistema.

pectiva analítica, que pasa a estructurarse en torno a la clasificación de los **esquemas de financiamiento**, categoría que pretende reflejar las diferentes modalidades mediante las cuales la población accede a la cobertura de su salud.

A partir de esta dimensión se puede distinguir, a grandes rasgos, entre: los esquemas del gobierno (de cobertura universal y financiación vía impuestos), los seguros sociales de salud (por ejemplo, la cobertura del Seguro Nacional de Salud a través del FONASA), los esquemas de prepago voluntario (por ejemplo, el pago de cuota particular en una IAMC o seguro privado) y los pagos de bolsillo (desembolsos por parte de las personas al momento de acceder a los servicios de salud).

Se considera de interés transitar hacia esta nueva versión de la metodología, en tanto es el marco de análisis que mejor se adecua al desarrollo de los sistemas de salud contemporáneos y es el que mejor responde a las necesidades de monitorear el desempeño de los sistemas de salud, además de estar pasando a constituir el marco de análisis de más amplia comparación internacional.

#### **1.4 Tablas presentadas a la OMS**

En febrero de 2016 se presentaron las siguientes tablas a la OMS (con cifras actualizadas en agosto del mismo año):

- Gasto por esquema de financiamiento
- Ingresos de los esquemas de financiamiento
- Gasto por agentes de financiamiento

A partir de las cifras presentadas, las tablas de la OMS ofrecen una serie de indicadores mediante los cuales es posible hacer el seguimiento a determinadas variables de interés.

Las cifras aquí presentadas fueron elaboradas a partir de los datos aportados por las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Sanidad Militar, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Banco de Seguros del Estado, Fondo Nacional de Recursos, Administración de Servicios de Salud del Estado, Banco de Previsión Social (información específica del Seguro Nacional de Salud/FONASA, así como del resto del gasto en salud del BPS), Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Seguros Privados Integrales y Caja Notarial (información disponible en su sitio web). El gasto del resto de los proveedores de servicios de salud y agentes de financiamiento fue estimado en función de información histórica (en particular, tomando como referencia las Cuentas de Salud del período 2004-2010). Vale destacar el trabajo realizado en el ámbito del Comité Técnico Interinstitucional de Cuentas Nacionales de Salud durante 2015 y 2016, sobre lo que se profundizará al final del documento.



## 2 Cifras preliminares de gasto y financiamiento de la Salud en Uruguay para el período 2011-2014

### 2.1 Aclaraciones

En este apartado se presentan los principales resultados que se desprenden de las cifras reportadas a la OMS en la última actualización. Los indicadores seleccionados son aquellos en los que tradicionalmente se pone foco en el análisis del gasto y financiamiento de la salud, a partir de la información con la que se cuenta al momento, centrada en el financiamiento del sistema.

Dado que SHA 2011 fue utilizado exclusivamente en la estimación de los años 2011 a 2014, no es posible presentar una serie de gasto más larga empleando esta metodología. Sin embargo, la clasificación de agentes de financiamiento presentada a la OMS sí lo permite, en tanto utiliza el marco anterior (SHA 1.0)<sup>6</sup>.

Vale aclarar que el gasto en salud que se presenta al comienzo refiere al gasto total, es decir, la suma de gasto corriente y gasto de capital. En otras ocasiones se hará referencia únicamente al gasto corriente, en particular en relación a las cifras construidas bajo SHA 2011, que propone un nuevo enfoque respecto a los agregados de gasto:

Mientras que el gasto corriente en salud se refiere al consumo final, que es la demanda de bienes y servicios de salud de los hogares, de gobierno e instituciones sin fines de lucro, la formación bruta de capital se refiere a la demanda de bienes de capital de los proveedores de servicios de salud. Por tanto, se puede argumentar que los dos agregados no se pueden sumar directamente porque se refieren a momentos diferentes del consumo, dado que la formación de capital hace posible la provisión de servicios en el futuro. Por lo cual, en el SHA 2011 se recomienda mantener los dos agregados "gasto corriente en salud" y "formación bruta de capital en salud" separados y no utilizar el agregado "gasto total en salud", al menos en la forma en que se utilizaba en el SHA 1.0 (OCDE, 2011, págs. 40-41).

Las cifras en moneda nacional se encuentran expresadas a precios constantes con el objetivo de presentar la evolución que registró el gasto en términos reales, es decir, excluyendo los efectos de la inflación en el período<sup>7</sup>.

Cabe aclarar, asimismo, que el valor estimado de gasto en salud difiere del valor estimado de valor agregado bruto del sector salud, calculado por el Banco Central del Uruguay (BCU). Por lo tanto, el indicador de gasto en salud en relación al PIB será dife-

---

<sup>6</sup> Sería deseable contar con una serie de gasto y financiamiento a partir de la nueva metodología que, a su vez, incorpore estimaciones de los años anteriores. Esta tarea podría ser abordada por el equipo de Cuentas, con el apoyo de la OPS/OMS, con posterioridad a la migración completa a la nueva metodología, proceso que está siendo transitado en la actualidad.

<sup>7</sup> Para ajustar el gasto en salud se usó el IPC de Cuidados Médicos y Conservación de la Salud hasta el año 2010 inclusive y el IPC Salud desde 2011.

rente del que se obtenga como ratio entre el valor agregado bruto (VAB) del sector salud y el PIB de la economía<sup>8</sup>. De acuerdo al manual SHA 2011: “Los agregados relativos al gasto en salud de otros sistemas estadísticos como el SCN son diferentes a los del SHA debido al alcance de los bienes y servicios de salud incluidos, los tipos de transacciones seleccionados y los métodos de estimación utilizados” (OCDE, 2011, pág. 432).

## 2.2 Clasificaciones de SHA 2011 y su aplicación en Uruguay

### 2.2.1 Esquemas de financiamiento (clasificación HF)

El presente apartado plantea la conceptualización de los diferentes esquemas de financiamiento, provista por SHA 2011, y su aplicación a nuestro sistema de salud. Este ejercicio resultó del trabajo conjunto con el Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud durante el año 2015.

De acuerdo a SHA 2011, los **esquemas de financiamiento**: “son las principales modalidades de financiamiento a través de las cuales la población accede a los servicios de salud. El término esquema de financiamiento de la salud se utiliza en la política de salud como sinónimo de acuerdo de financiamiento o subsistema de financiamiento de la salud” (OCDE, 2011, pág. 184)

Dentro de los “**esquemas gubernamentales de la salud**” se encuentran: “esquemas del gobierno central” (HF.1.1.1) y “esquemas del gobierno estatal/regional y local” (HF.1.1.2). Al interior de cada uno, SHA distingue cuando se trata de esquemas públicos destinados a la atención en salud de la población en general (o un subgrupo de ella) y cuando se trata de gasto asociado a esquemas de los empleados públicos (gasto en salud dirigido a los funcionarios).

En el SNIS, dentro de HF.1.1.1 (gobierno central), se ubican los esquemas asociados a ASSE (modalidad “carnet de asistencia gratuito”), al FNR (cobertura de población financiada por Rentas Generales), así como la totalidad del gasto del Hospital de Clínicas, del BPS, del MSP y de las Comisiones Honorarias. Por otro lado, se incluye el gasto de la administración central en beneficios de salud para sus funcionarios (excluido el pago al FONASA). A su vez, dentro de los “esquemas del gobierno estatal/regional y local” se incluye el gasto de las Policlínicas de las Intendencias, así como el gasto de las Intendencias en la cobertura de salud de sus funcionarios.

---

<sup>8</sup> Como referencia, el valor de “VAB del sector SALUD/PIB” se encuentra en el entorno de 5,5% y 6% para el período 2011-2014, de acuerdo a las estimaciones proporcionadas por el BCU.

Entre los “**esquemas de seguros obligatorios contributivos**” se encuentran los “esquemas de seguros sociales de salud” (HF.1.2.1)<sup>9</sup>, donde destaca el Seguro Nacional de Salud (SNS-FONASA), pero también se incluye Sanidad Policial, Sanidad Militar, los Seguros Convencionales, el FNR (cobertura de la población que aporta en modalidad de prepago) y el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales del Banco de Seguros del Estado (BSE).

Dentro de los “**esquemas de pago voluntarios de servicios de salud**” (HF.2) se incluyen: esquemas de seguros voluntarios (HF.2.1) y “esquemas de financiamiento de empresas” (HF.2.2). Entre los primeros, financiados por las personas a través del pago de una cuota de prepago, se identifican dos tipos de esquemas. En primer lugar, los denominados “esquemas de seguros primarios/sustitutivos”, que refieren a la afiliación particular en IAMC, Seguro Privado Integral y ASSE, así como la cobertura de la Caja Notarial. En segundo lugar, se encuentran los “seguros voluntarios complementarios/suplementarios”, que refieren a la afiliación particular en prestadores parciales de salud (EEMM, por ejemplo). Por su parte, dentro de los “esquemas de financiamiento de empresas” (HF.2.2) se incluye el gasto en salud para trabajadores de ANCAP, BHU-ANV, OSE (Chassfose) y otras empresas públicas con beneficios de salud a sus funcionarios<sup>10</sup>.

Por último, el esquema de “**gastos directos de los hogares**” (HF.3), más conocido como “gasto de bolsillo”, adopta dos formas. La primera supone compartir costos con quien brinda la cobertura; refiere a los copagos y tasas moderadoras (comúnmente llamadas órdenes y tickets) cobrados en IAMC, Seguros Privados Integrales, Sanidad Policial y Sanidad Militar y –marginamente– en el FNR (copagos por servicios en el exterior y, más recientemente, procedimientos de reproducción asistida). Los segundos refieren a los gastos directos que no suponen compartir costos con el asegurador; se asocian a aquellas ventas de servicios por fuera de la canasta obligatoria y a las ventas a particulares que no son afiliados de la institución (algo que ocurre en los mismos prestadores detallados más arriba y, además, en el Hospital de Clínicas y en ASSE). Se incluyen también en esta última categoría los gastos directos realizados para la compra de medicamentos en farmacias comunitarias, la adquisición de lentes, la compra o alquiler equipamiento médico, las consultas médicas, psicológicas u odontológicas en clínicas privadas, etc.

---

<sup>9</sup> No se identificó la existencia en nuestro país de ningún otro esquema de seguros obligatorios contributivos, tal como los seguros privados obligatorios, existentes en algunos países. Tampoco existen cuentas de ahorros médicas obligatorias (HF.1.3).

<sup>10</sup> Vale advertir que los funcionarios de BHU-ANV y ANCAP tienen cobertura a través del Seguro Nacional de Salud (FONASA) desde el año 2008. El esquema HF.2.2, entonces, hace alusión al gasto de estas empresas en las prestaciones o beneficios de salud por encima de la cobertura del FONASA.

De acuerdo a SHA 2011:

“El gasto directo de los hogares por definición se considera un esquema de financiamiento. La característica que lo distingue es que es un pago directo, por los servicios que recibe, del ingreso principal del hogar o de los ahorros (no participa un tercero en el pago): el pago lo efectúa el usuario en el momento de utilizar los servicios. Incluyen los costos compartidos y los pagos no oficiales (tanto en efectivo como en especie).” (OCDE, 2011, pág. 201)

### 2.2.2 Ingresos de los esquemas de financiamiento (clasificación FS)

De acuerdo a SHA 2011: “El ingreso es un aumento en los fondos de los esquemas de financiamiento a la salud, que se realiza a través de mecanismos específicos de aportación. Las categorías de la clasificación son los distintos tipos de transacciones a través de las cuales los esquemas de financiamiento obtienen sus ingresos.” (OCDE, 2011, pág. 222)

Los **ingresos de los esquemas** podrían clasificarse según se trate de financiamiento público, privado o externo (este último es marginal en nuestro país). Dentro del financiamiento público se encuentran los siguientes ingresos de los esquemas: transferencias de los ingresos públicos internos (FS.1), Cotizaciones a la seguridad social (FS.3) y prepagos obligatorios (FS.4). El financiamiento privado, por su parte, refiere a los prepagos voluntarios (FS.5) y a otros ingresos (FS.6) del país, provenientes de los hogares (tal como los copagos, o tasas moderadoras, y otros gastos de bolsillo)<sup>11</sup>, de empresas o de otras fuentes privadas. Por último, el financiamiento externo refiere a las donaciones que el país recibe del exterior.

#### Financiamiento público:

Las “**transferencias de los ingresos internos del gobierno**” (FS.1) refieren a los impuestos generales, fundamentalmente. En su interior se encuentran: las “transferencias y donaciones internas” (FS.1.1) –que refieren a transferencias dentro del gobierno central<sup>12</sup>–; las “transferencias del gobierno en nombre de grupos específicos” (FS.1.2)<sup>13</sup>–; y finalmente, FS.1.3 refiere a los “subsidios” –los hace el gobierno a regímenes voluntarios de atención de la salud–.

---

<sup>11</sup> El manual SHA 2011 advierte sobre la ambigüedad en la interpretación de lo que es público y lo que es privado; los hogares, por ejemplo, pertenecen al sector privado, aunque contribuyen tanto a los fondos públicos (seguro social de salud) como a los privados (seguro médico voluntario y pago de bolsillo).

<sup>12</sup> Excluye las cotizaciones a la seguridad social pagadas por el gobierno como empleador, que se contabilizan en FS.3.2.

<sup>13</sup> Representan un porcentaje marginal de FS.1 (4%) y refieren a los pagos que hace al FNR el Estado (a través del Ministerio de Economía y Finanzas y de Sanidad de las Fuerzas Armadas) en forma de pagos por actos para aquellos usuarios que accedieron a los servicios del FNR y que no son parte de los esquemas HF.1.2.1 (Seguros sociales de salud) que tiene el FNR.

Las **cotizaciones a la seguridad social (FS.3)** se pueden descomponer, en función del tipo de unidades institucionales que realizan los pagos, entre las cotizaciones de los trabajadores (FS.3.1)<sup>14</sup>, las cotizaciones de los empleadores (FS.3.2) y otras cotizaciones a la seguridad social, donde se incluyen los aportes de pasivos (FS.3.4)<sup>15</sup> a los seguros sociales de salud (es decir, a los esquemas de financiamiento HF.1.2.1).

Los **prepagos obligatorios (FS.4)** refieren a primas de seguros privados obligatorios. En nuestro país, el único tipo de pago de estas características es aquel que realizan al FNR los afiliados individuales de las IAMC y Seguros Privados Integrales (efectúan el pago en su institución y ésta lo transfiere al FNR). En este sentido, el único prepago obligatorio proviene de hogares<sup>16</sup>.

### Financiamiento privado:

Dentro del financiamiento privado, **los prepagos voluntarios (FS.5)**<sup>17</sup>, refieren los pagos que realizan las personas y hogares para la cobertura de su salud, ya sea en una IAMC, en un Seguro Privado, en ASSE (mediante la modalidad que implica el pago de una cuota) o en un seguro parcial, tal como una emergencia médico móvil.

Por otro lado, también dentro del financiamiento privado, se encuentran los denominados **"otros ingresos del país n.e.c." (FS.6)**, o sea, las que no fueron clasificadas en otra parte. Las subcategorías, definidas de acuerdo a las unidades institucionales que realizan las transferencias voluntarias en nuestro país, son: "otros ingresos de los hogares n.e.c." (FS.6.1), categoría de gran importancia para el análisis, en tanto refiere a los pagos directos de los hogares (gasto de bolsillo), otros ingresos de empresas n.e.c.<sup>18</sup> (FS.6.2) y la categoría residual "otros ingresos del país no especificados (n.e.c.)" (FS.6 n.e.c.)<sup>19</sup>.

---

<sup>14</sup> El manual SHA 2011 contempla la posibilidad de clasificar los aportes (o cotizaciones) de los trabajadores autónomos de forma separada (FS.3.3). Sin embargo, en esta versión preliminar de las estimaciones, se incluyeron en forma conjunta dentro de FS.3.1 "cotizaciones de los trabajadores".

<sup>15</sup> Luego de un intercambio con los referentes en la OMS decidimos incluir los aportes de pasivos a los esquemas de seguros sociales de salud en esta categoría de ingresos.

<sup>16</sup> La clasificación de SHA 2011 propone una serie de subcategorías, en función del tipo de unidades institucionales que hacen los ingresos: FS.4.1, Prepagos obligatorio de personas y hogares; FS.4.2, Prepagos de empleadores; FS.4.3, Otros prepagos obligatorios.

<sup>17</sup> En este caso, también, las subcategorías se clasifican en función del tipo de unidades institucionales que de las que provienen los ingresos: FS.5.1, Prepagos de personas y hogares; FS.5.2, Prepagos voluntario de empleadores; FS.5.3: Otros prepagos voluntarios. En este informe se identificaron únicamente ingresos asociados a FS.5.1.

<sup>18</sup> Refiere aquellos recursos de las empresas (no incluidos en FS.3 a FS.5) que se utilizan para la salud. Esta categoría es la principal fuente de los esquemas de financiamiento de las empresas (HF.2.3). En este trabajo se utilizó esta categoría para registrar el gasto de empresas públicas con beneficios de salud a sus funcionarios (beneficios que no son los considerados dentro de su seguro de salud).

<sup>19</sup> El manual SHA 2011 propone también la categoría FS.6.3: "Otros ingresos de ISFLSH n.e.c. (instituciones sin fines de lucro)", que no fue utilizada en nuestras estimaciones.

### Financiamiento externo:

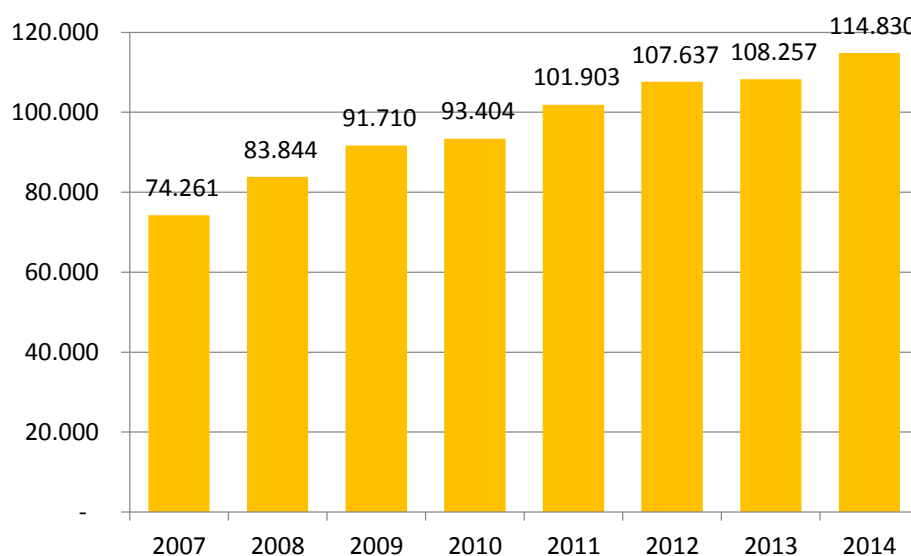
Las **donaciones de origen externo** pueden clasificarse en dos grupos: aquellas **distribuidas por el gobierno (FS.2)** y los **“ingresos directos del extranjero” (FS.7)**, que son recibidas directamente por los esquemas de financiamiento. En ambos casos, pueden tratarse de donaciones en efectivo o en especie (bienes y servicios de salud).

## 2.3 Indicadores generales

Este apartado presenta una serie de indicadores generales obtenidos a partir de las cifras preliminares de las Cuentas de Salud para el período comprendido entre 2007 y 2014. A continuación se presentan las cifras de gasto de los esquemas y sus ingresos desde 2011.

En el primer gráfico se presenta la evolución del gasto total en salud en términos reales entre los años 2007 y 2014. Se registró un crecimiento de 55%, lo que significa un crecimiento promedio anual de 7% en el período. Si se compara 2014 con 2011, se observa un crecimiento del gasto punta a punta cercano a 13%, lo que implica un crecimiento promedio anual de 4%. Dentro de este gasto en salud, las inversiones representan en el período 1.5% en promedio.

**Gráfico 1** Gasto total en salud entre 2007 y 2014. Millones de pesos constantes de 2014

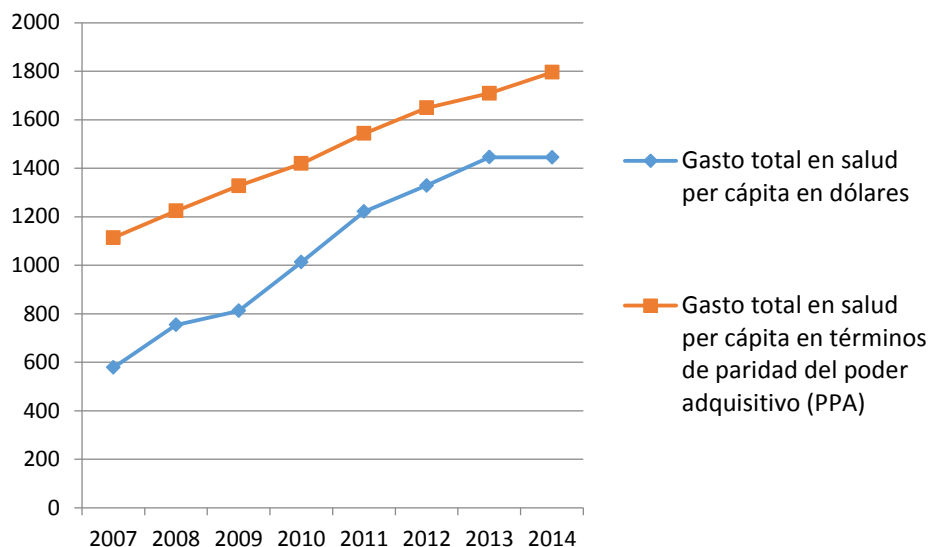


En el siguiente gráfico se presenta la evolución de los ratios de gasto en salud por persona, entre 2007 y 2014, expresados tanto en dólares corrientes como en términos de dólares internacionales (ajustados por paridad de poder adquisitivo PPA<sup>20</sup>). Si bien estos indicadores promedio tienen sus limitaciones –en tanto relacionan el gasto del con-

<sup>20</sup> También denominados PPP, por su sigla en inglés.

junto de los proveedores con el total de la población del país-, son ampliamente utilizados en la literatura como indicador para la comparación internacional. Este indicador, de carácter general, deberá ser complementado con estudios específicos sobre la distribución del gasto entre grupos de la población en función de variables de interés (sexo, edad, ubicación geográfica, cobertura de salud, nivel de socioeconómico, etc.).

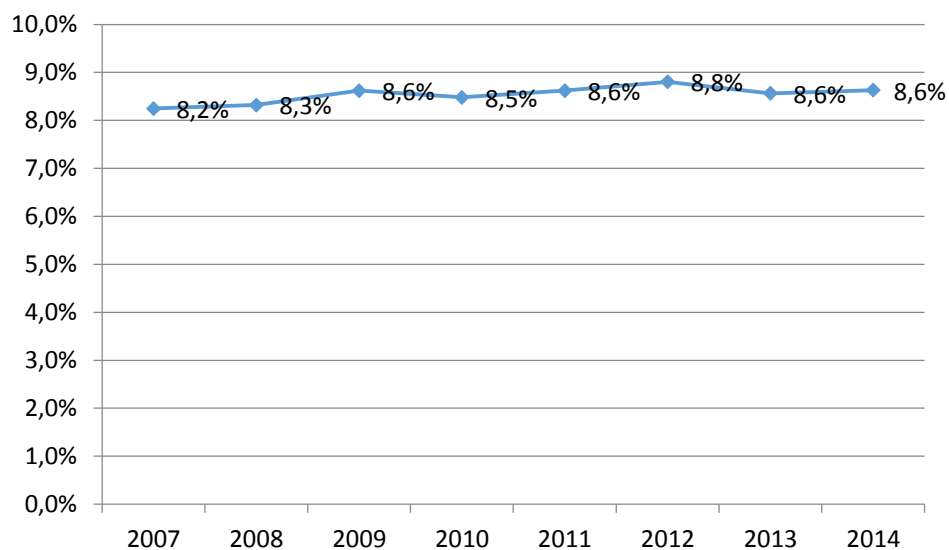
**Gráfico 2** Gasto total en salud anual per cápita entre 2007 y 2014, en dólares y en PPA



Fuente: elaboración propia en base a datos del BCU (dólar) y del Banco Mundial (PPA) <sup>21</sup>

En el siguiente gráfico se presenta otro de los indicadores resumen ampliamente utilizados en los análisis de gasto en salud: el gasto total como porcentaje del (PIB).

**Gráfico 3** Gasto total en salud como porcentaje del PIB entre 2007 y 2014

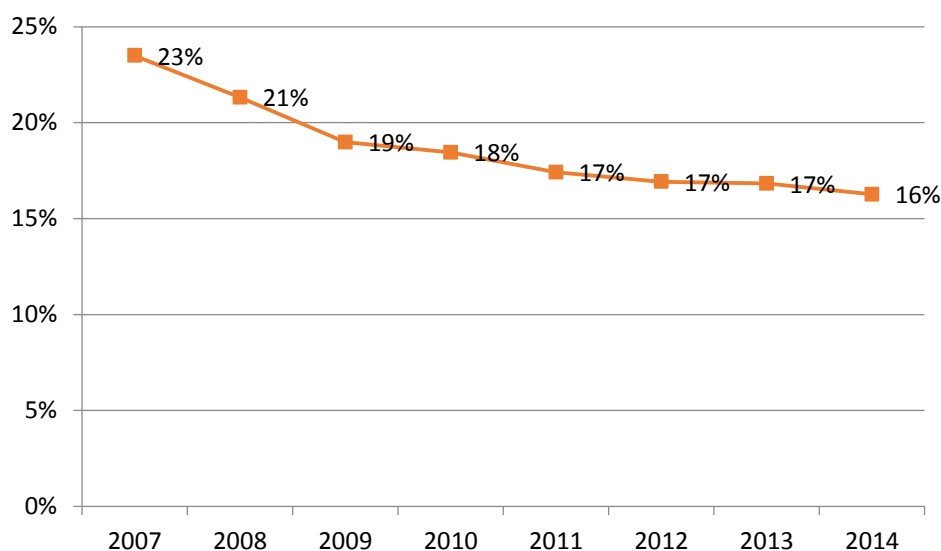


<sup>21</sup> <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD>

La evolución de este indicador a partir de 2007 muestra una tendencia levemente creciente: en los últimos cuatro años el ratio se ubica en el entorno de 8.7%. Este leve aumento se explica por un ritmo de crecimiento del PIB inferior al registrado por el gasto en salud<sup>22</sup>.

Es de vital importancia monitorear la evolución del gasto de bolsillo, en tanto insumo a considerar en el diseño de políticas con foco en la protección financiera de la población, entendida como una de las dimensiones de la Cobertura Universal en Salud (OMS, 2010). En el siguiente gráfico se presenta el indicador de gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud.<sup>23</sup> Se optó por presentar este indicador a partir de la clasificación de los agentes (elaborada bajo SHA 1.0) en tanto es la única que nos permite construir una serie de ocho años<sup>24</sup>.

**Gráfico 4** Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud entre 2007 y 2014



<sup>22</sup> Mientras que el PIB aumentó 42% en términos reales entre 2007 y 2014, el gasto total en salud tuvo un crecimiento de 55%.

<sup>23</sup> "Este indicador no nos permite conocer el grado de vulnerabilidad de los hogares asociado a gastos catastróficos en salud. Para ello es necesario realizar estudios específicos sobre la carga del gasto de bolsillo en el gasto de los hogares, que permitan aproximarnos a la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento de los hogares derivado del gasto en atención de la salud de sus integrantes. [...] Un análisis potencialmente más rico se vería acompañado de la vinculación de la carga de gasto de bolsillo de los hogares y la presencia de gasto catastrófico con episodios específicos de morbilidad, hábitos de vida y enfermedades crónicas, por ejemplo. Estos son insumos vitales para el diseño de política, pero escapan los objetivos y posibilidades del trabajo de Cuentas de Salud" (MSP, 2015, págs. 83-84).

<sup>24</sup> Estas cifras fueron elaboradas en función del marco SHA 1.0. Los Agentes de Financiamiento son las unidades institucionales que, en la práctica, gestionan los esquemas de financiamiento. Si bien se enfatiza en la diferencia entre los esquemas de financiamiento y los agentes, para el caso del gasto de bolsillo, pueden considerarse como equivalentes.



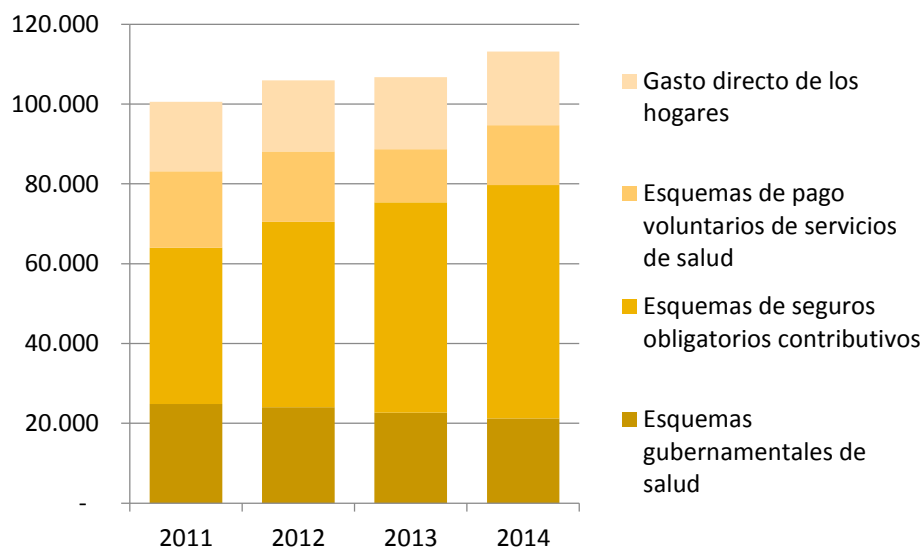
Tal cual se puede apreciar, este ratio tuvo una disminución a lo largo de todo el período. Representa entre el 16% y el 17% en los últimos cuatro años analizados, lo cual implica una reducción importante respecto a la cifra de 2007, que ubicaba al gasto de bolsillo en 23% del gasto en salud<sup>25</sup>.

En lo que sigue, se presentan los indicadores construidos a partir de las clasificaciones reportadas a la OMS. En primer lugar, se analizará el gasto corriente según esquemas de financiamiento; en segundo lugar, se presentará el gasto corriente por ingresos de los esquemas; y en tercer lugar se presentará el cruce entre ambas clasificaciones –es decir, los ingresos de cada esquema.

## 2.4 Gasto en salud por esquemas de financiamiento

El gráfico siguiente presenta el gasto corriente en salud de los diferentes esquemas de financiamiento.

**Gráfico 5** Gasto corriente en salud por esquemas de financiamiento entre 2011 y 2014. Millones de pesos constantes de 2014



Se observa que el gasto de los esquemas gubernamentales de salud disminuye 14% en términos reales entre 2011 y 2014. Esto se explica por la disminución en términos reales del esquema gubernamental de ASSE, que refiere a la cobertura de población no FONASA (“carnet de asistencia gratuito”), que significa aproximadamente 70% del gasto

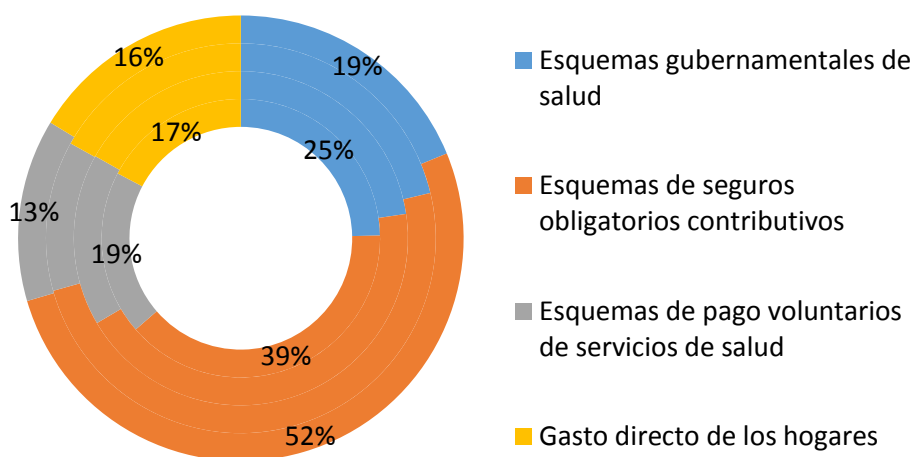
<sup>25</sup> Los valores del indicador coinciden con los presentados en el informe anterior (MSP, 2015) únicamente para los años 2009 y 2010. Para la elaboración del presente informe, el gasto total en salud para 2007 y 2008 fue estimado nuevamente, por lo cual el ratio de gasto bolsillo/gasto total cambia respecto al informe anterior. Las cifras de los años 2011 y 2012, que fueran presentadas en dicho informe de forma preliminar, se estimaron ahora nuevamente (tanto las de gasto de bolsillo como las de gasto total en salud). Las cifras de 2013 y 2014, por su parte, son presentadas por primera vez en este informe.

de los esquemas gubernamentales. Esta disminución tiene su contrapartida en el aumento sostenido del gasto asociado a la cobertura que ASSE brinda a través del SNS/FONASA (los ingresos que recibe ASSE del FONASA casi se triplican entre 2011 y 2014).

Los esquemas de pago voluntarios de servicios de salud también reducen su gasto (22% a lo largo del período). El gasto directo de los hogares disminuye 6% entre 2011 y 2014, mientras que el gasto de los esquemas de seguros obligatorios contributivos aumenta casi 50% en el período en cuestión.

En el siguiente gráfico se presenta la participación porcentual de cada esquema de financiamiento dentro del gasto corriente en salud. Se observa que disminuye la participación de los esquemas gubernamentales en el total (pasa de 25% en 2011 a 19% en 2014), así como también el gasto de los esquemas de pagos voluntarios (pasa de representar 19% del gasto en salud a 13%). El esquema de gasto directo de los hogares – también llamado gasto de bolsillo– apenas disminuye su participación en un punto porcentual (de 17% a 16% del gasto total). El gasto de los esquemas de seguros contributivos aumenta su participación en el gasto total de forma sostenida: representa 39% en 2011, 44% en 2012, 49% en 2013 y 52% el año 2014. Este cambio en la composición puede explicarse por la ampliación de la cobertura del Seguro Nacional de Salud en los últimos años.

**Gráfico 6** Gasto en salud por esquemas de financiamiento entre 2011 y 2014 en el gasto total.  
(Anillo central: año 2011. Anillo periférico: año 2014)

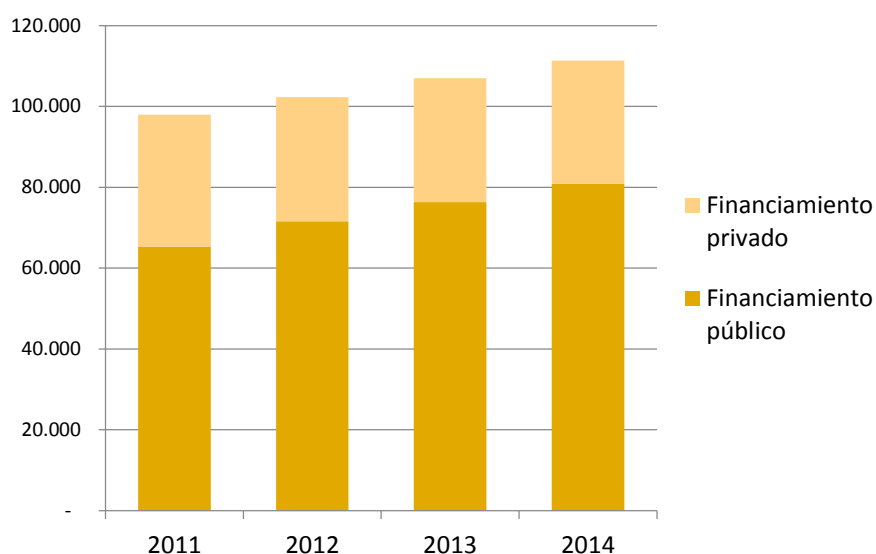


## 2.5 Financiamiento del gasto en salud

En este apartado se presenta la descripción y el análisis del financiamiento del gasto a partir de la clasificación de ingresos de los esquemas de financiamiento (FS).

El siguiente gráfico presenta el gasto corriente en salud clasificado según se trate de financiamiento público o privado.

**Gráfico 7** Financiamiento público y privado del gasto corriente en salud entre 2011 y 2014<sup>26</sup>. Millones de pesos constantes de 2014



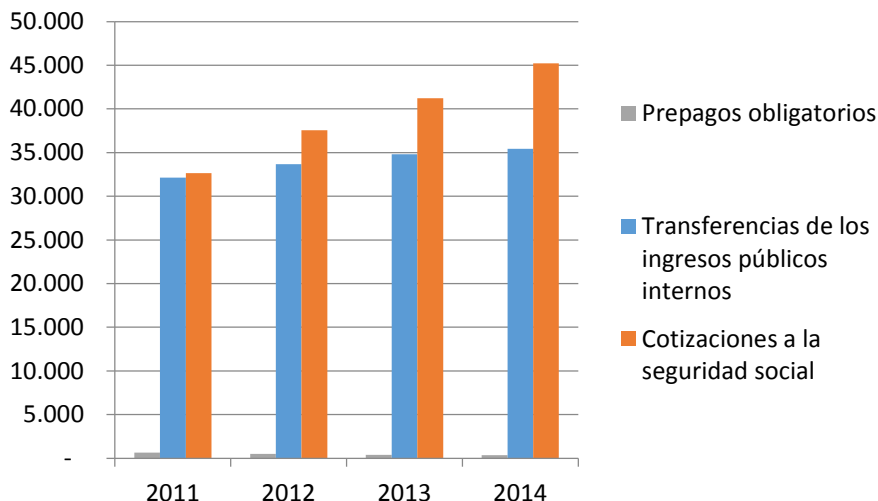
De acuerdo a las estimaciones, el financiamiento público aumentó 24% en términos reales en el período considerado, mientras que el financiamiento privado se redujo 9%. Las fuentes públicas de financiamiento pasan de representar 65% del gasto en 2011 a 72% en el año 2014. Por su parte, las fuentes privadas pasan de financiar el 35% del gasto de 2011 a 28% en 2014<sup>27</sup>.

En los siguientes gráficos se presenta, primero, la descomposición de ingresos del financiamiento público, y luego, la del financiamiento privado.

<sup>26</sup> El financiamiento público incluye: transferencias de los ingresos públicos internos, cotizaciones a la seguridad social, prepagos obligatorios. El financiamiento privado incluye: prepagos voluntarios y otros ingresos del país. El financiamiento externo incluye: donaciones de origen extranjero (directas o distribuidas por el gobierno).

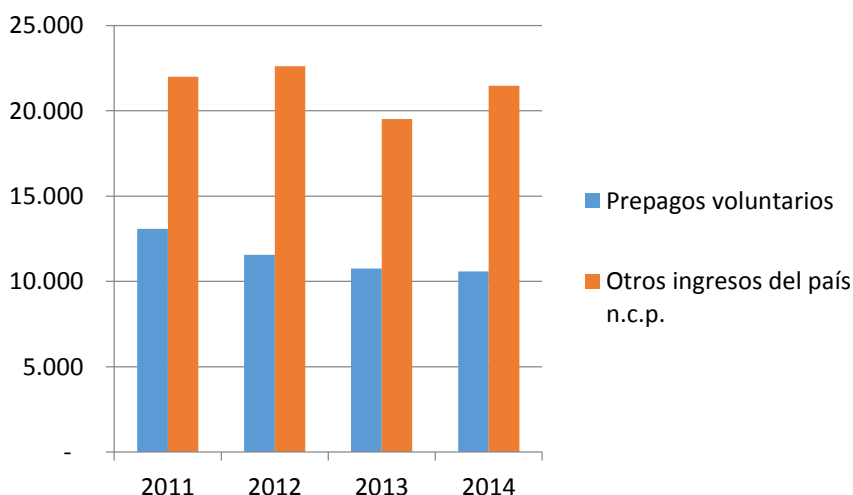
<sup>27</sup> El financiamiento externo tiene una importancia marginal (entre 0.03% y 0.05% del gasto corriente).

**Gráfico 8** Ingresos de los esquemas de financiamiento con financiamiento público entre 2011 y 2014.  
Millones de pesos constantes de 2014.



Los ingresos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social<sup>28</sup> aumentaron casi 40% en términos reales en el período, lo que se puede explicar por la ampliación de la cobertura del Seguro Nacional de Salud (SNS). Las “transferencias de los ingresos públicos internos” –que refieren fundamentalmente a la financiación vía impuestos generales–, crece en 10% en términos reales entre 2011 y 2014.

**Gráfico 9** Ingresos de los esquemas de financiamiento con financiamiento privado entre 2011 y 2014.  
Millones de pesos constantes de 2014



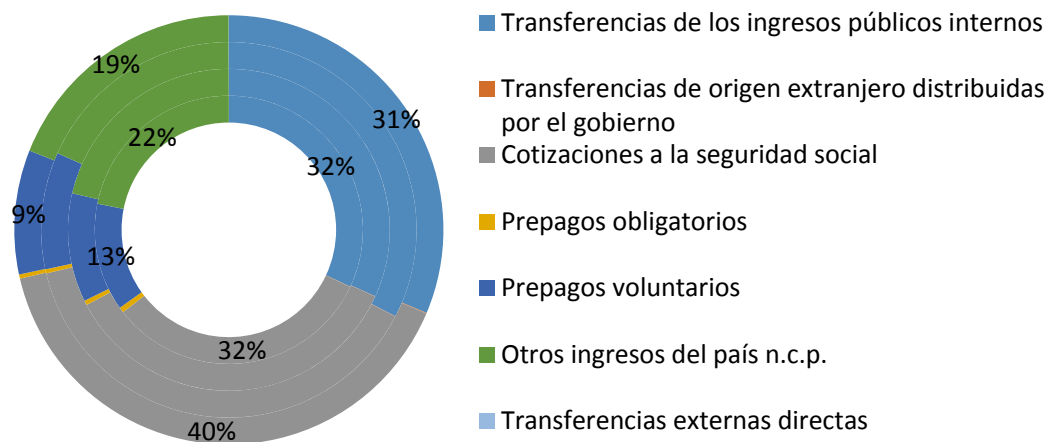
<sup>28</sup> Incluye: aportes patronales y personales al FONASA, a Sanidad Policial y Militar, a los Seguros Convencionales y aportes patronales al Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales del BSE.

El valor de los prepagos voluntarios disminuyó más de 20%, lo que puede interpretarse como la contracara del aumento de las cotizaciones a la seguridad social, en virtud de la ampliación de la cobertura por parte del SNS (FONASA).

Los “otros ingresos del país” se pueden descomponer entre aquellos financiados por los hogares, aquellos que provienen de empresas y, finalmente, todos los otros ingresos del país que no fueron anteriormente clasificados. El gasto corriente financiado con ingresos de los hogares (que representa más del 80% de esta categoría) refiere al gasto de bolsillo –considerado el tipo de gasto en salud más regresivo– y registró un aumento de 6% en el período.<sup>29</sup> Vale la pena recordar que el gasto en salud crece más que el gasto de bolsillo y por eso cae el ratio de gasto de bolsillo/gasto en salud, tal cual se mostró en el gráfico 4.

En el gráfico siguiente se presenta la estructura de ingresos del gasto corriente en salud en el período 2011-2014.

**Gráfico 10** Estructura de ingresos del gasto corriente en salud entre 2011 y 2014.  
(anillo central: año 2011; anillo periférico: año 2014)



En el año 2011 las cotizaciones a la seguridad social financiaban 32% del gasto corriente, mientras que en 2014 llegan a financiar 40%. Los prepagos voluntarios, por su parte, descienden; pasan del 13% del financiamiento del gasto corriente al 9%. Los ingresos públicos internos, por su parte, mantienen su participación en el financiamiento, en valores entre 31% y 33% del gasto corriente del sistema en el período considerado.

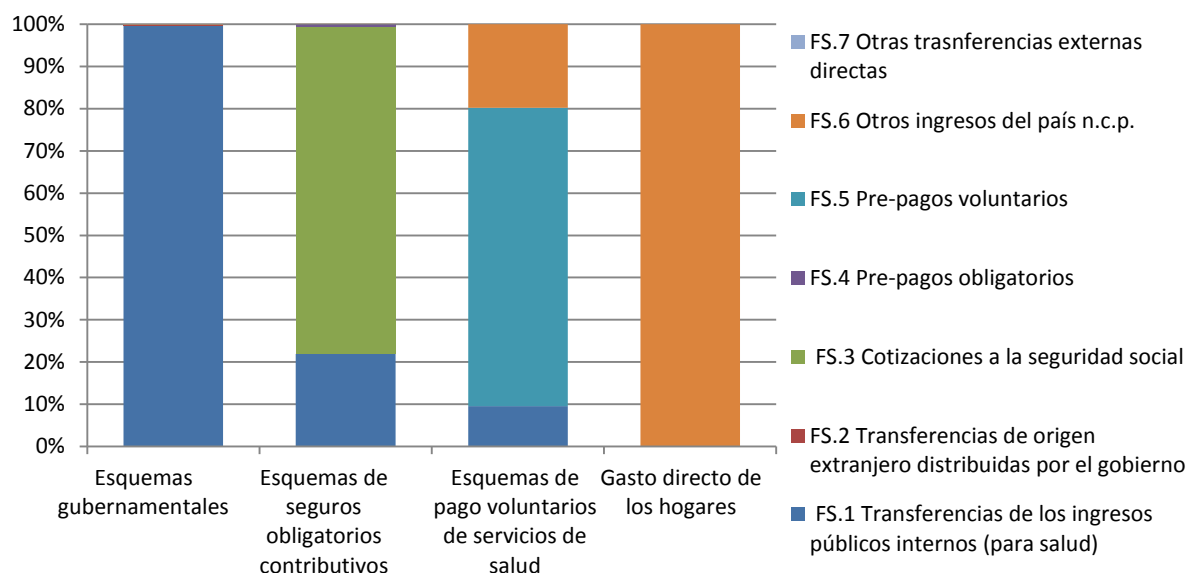
<sup>29</sup> En particular, la clasificación de los ingresos de las IAMC en función del marco SHA 2011 va a ser tratado con especial atención al momento de elaborar las matrices definitivas, con el objetivo de minimizar el uso de la categoría “otros ingresos del país no especificados”, en tanto el alcance del análisis de este tipo de categorías residuales es limitado.

## 2.6 Ingresos de los esquemas de financiamiento (FS x HF)

Este apartado presenta los principales resultados de la primera matriz elaborada con el marco SHA 2011, que resulta de cruzar las categorías anteriormente presentadas. Esto permite estimar el valor de los ingresos que financian a cada uno de los esquemas de financiamiento de nuestro sistema sanitario.

Como se podrá apreciar en el gráfico siguiente, existe una clara correspondencia entre la clasificación de esquemas de financiamiento y la de ingresos de los esquemas, lo que puede explicarse por el significado mismo de la dimensión de esquema, que lo relaciona íntimamente con la forma en que se financian los distintos tipos de cobertura.

**Gráfico 11** Estructura de ingresos de los principales esquemas de financiamiento en 2014.



En un extremo, los “esquemas del gobierno central” (HF.1.1.1), como es de esperar, son financiados casi enteramente por transferencias internas (FS.1.1), aunque pueden también recibir otros ingresos, como ser donaciones (FS.2 y FS.7). En el período, casi el 100% del financiamiento de estos esquemas fue FS.1.1.

En el otro extremo, los esquemas agrupados bajo “gasto directo de los hogares” (HF.3) –que comprende tasas moderadoras y copagos, así como el resto de los gastos directos– se financian de “otros ingresos de hogares n.e.c.” (FS.6.1) exclusivamente. Estos esquemas se encuentran presentes en prestadores privados (como ser las IAMC y Seguros Privados), pero también en instituciones tales como Sanidad Militar, Sanidad Policial, Hospital de Clínicas, ASSE y el FNR, aunque en todos estos últimos casos, constituyen una proporción menor de su financiamiento.

Los “esquemas de seguros obligatorios de salud” (HF.1.2.1), por su parte, se financian mediante dos tipos de ingresos: los provenientes de “cotizaciones a la seguridad social” (FS.3) –que pueden ser los aportes de trabajadores activos, pasivos y empleadores– y de aportes provenientes de Rentas Generales (“transferencias y donaciones internas” FS.1.1). Las cotizaciones a la seguridad social pasan de representar el 83% del financiamiento de estos esquemas en 2011 a 77% en el año 2014, a pesar de registrarse un aumento en términos reales en el período. Como contracara, las transferencias de los ingresos públicos internos pasan de significar 15% del financiamiento en 2011 a 22% en 2014<sup>30</sup>. Este fenómeno puede explicarse por la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud en los últimos años, tales como los cónyuges y los pasivos, así como por la devolución FONASA, que requieren mayores aportes de rentas generales.

Finalmente, los “esquemas de pago voluntarios de servicios de salud” (HF.2) se financian de la siguiente forma: la mayor parte de sus ingresos provienen de “prepagos voluntarios” (FS.5), los que totalizan 70% de sus ingresos aproximadamente, 20% de su financiamiento corresponde a “otros ingresos del país” (FS.6) y el 10% restante provienen de “transferencias de los ingresos públicos internos” (FS.1). Estas últimas refieren específicamente a los ingresos que obtienen las IAMC por concepto de Crédito Fiscal<sup>31</sup>, clasificados bajo el marco de SHA 2011 como “subsidiarios” (FS.1.3). Por su parte, los ingresos clasificados como “otros ingresos del país” (FS.6) refieren casi exclusivamente a otros ingresos que reciben las IAMC, para cubrir sus gastos corrientes, que no se encuentran especificados en ningún otro rubro de la clasificación de ingresos<sup>32</sup>.

Cambiando la perspectiva, si se analiza cuáles son los esquemas que recaudan cada tipo de ingresos, se puede advertir que: el 100% de las “transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno” (FS.2) son recaudadas por “esquemas gubernamentales” (HF.1.1); el 100% de las “cotizaciones a la seguridad social” (FS.3) y el 100% de los “prepagos obligatorios” (FS.4) financian a los “esquemas de seguros obligatorios contributivos”; y que el 100% de los “prepagos voluntarios” (FS.5) financian a los “es-

---

<sup>30</sup> Existe otro tipo de ingresos que financia de forma marginal al conjunto de estos esquemas (entre 1% y 2%): “prepagos obligatorios” (FS.4), que refiere a los pagos de carácter obligatorio que hacen al FNR los afiliados de IAMC y seguros privados integrales.

<sup>31</sup> Estos consisten en fondos (a descontar del pago de tributos a la DGI o BPS) que el Estado les otorga para compensar la falta de ingresos resultante de no autorizárseles, en determinados momentos, el aumento del valor de las cuotas individuales que correspondería de acuerdo a la paramétrica de costos.

<sup>32</sup> Para el caso de las IAMC (a partir de sus Estados de Resultados), se consideró como gasto corriente en salud de sus esquemas al que surge de deducir los ingresos asociados a la cobertura FONASA y también los ingresos provenientes de la venta de servicios a otras instituciones del sistema sanitario. La porción de ese gasto corriente que no pudo clasificarse como FS.1.3 (crédito fiscal), ni FS.5.1 (cuotas de prepago voluntarias), ni FS.6.1 (gasto directo: tasas moderadoras y venta de servicios a particulares), se clasificó como FS.6.nec: “Otros ingresos del país no especificados (n.e.c.)”. La clasificación de los ingresos de las IAMC va a ser abordada de forma más exhaustiva al momento de elaborar las matrices definitivas, de modo de minimizar el uso de esta categoría residual, en tanto las posibilidades de análisis resultan limitadas.

quemadas de pago voluntarios de servicios de salud” (HF.2). Por su parte, las “transferencias de los ingresos públicos internos” (FS.1) se distribuyen de la siguiente forma: el 60% se destina a los “esquemas gubernamentales” (HF.1.1); 36% a los “esquemas de seguros obligatorios contributivos” (HF.1.2); y el 4% restante a los “esquemas de pago voluntarios de servicios de salud” (HF.2). El 86% de la categoría “Otros ingresos del país n.e.c.” (FS.6) financia gasto directo de los hogares, mientras que el 14% restante integra los ingresos de “esquemas de pago voluntario de servicios de salud”<sup>33</sup> (HF.2).

En lo que sigue de este apartado se aborda el análisis del destino del gasto de bolsillo, es decir, se plantea qué esquemas de financiamiento captan el gasto directo de los hogares. En el primer gráfico se presentan los dos grandes esquemas que se financian con gasto directo de los hogares. En primer lugar, se ubican los costos compartidos, esto es, los copagos y tasas moderadoras que pagan los usuarios al momento de hacer uso de los servicios. En segundo lugar, se encuentran los gastos directos, es decir, los otros pagos que realiza el hogar al momento de acceder a las prestaciones.

La estimación del gasto de bolsillo es la que mayores dificultades presenta, en especial el gasto directo de los hogares<sup>34</sup>. SHA 2011, al incorporar como dimensión a los esquemas de financiamiento, permite una mejor exposición de los componentes del gasto de los hogares. Por este motivo, se sugiere interpretar con cautela las cifras presentadas, aún preliminares.

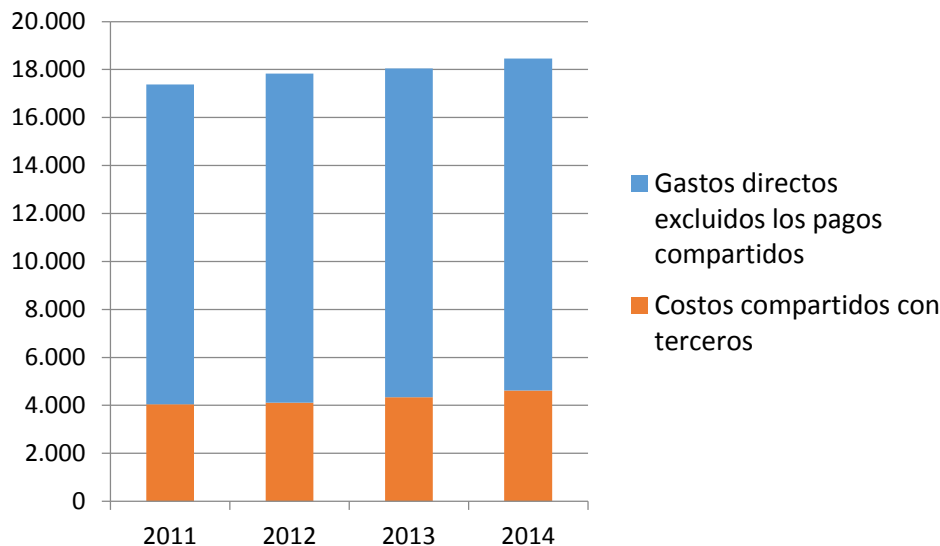
---

<sup>33</sup> Ver nota al pie anterior sobre la estimación de este valor (IAMC).

<sup>34</sup> “La dificultad para su cuantificación radica en la limitada y esporádica disponibilidad de información confiable. La estimación del gasto de bolsillo asociado a pagos directos de los hogares se ha venido realizando a través de la actualización por precios del consumo de los hogares, derivado de la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares de 2005-2006 (INE). En el marco de la Reforma de la Salud, con la correspondiente modificación del patrón de consumo de bienes y servicios sanitarios, sumado al incremento del ingreso de los hogares que se observa en el período analizado, surge la necesidad de cuestionar que las cantidades consumidas se hayan mantenido constantes. Este informe incorpora un cambio únicamente en el método de actualización del gasto en medicamentos, en virtud de que se accedió a información de la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines (CEFA). De acuerdo a la ENGIH 2005-2006 el gasto en medicamentos representaba casi 40% de los pagos directos de los hogares.” (MSP, 2015, págs. 43-44).



**Gráfico 12** Descomposición del gasto de bolsillo<sup>35</sup> por esquema de financiamiento entre 2011 y 2014.  
Millones de pesos constantes de 2014



Se observa que los costos compartidos (copagos y tasas moderadoras) captan aproximadamente una cuarta parte de los fondos que los hogares destinan a gasto directo en salud. Por su parte, el restante 75% corresponde a gasto directo, por ejemplo: la compra de medicamentos en farmacias comunitarias, la adquisición de lentes, la compra o alquiler de equipamiento médico, el gasto en consultas médicas particulares, en clínicas privadas de atención odontológica, en servicios de internación, intervenciones quirúrgicas particulares, etc., así como compra de servicios que los hogares realizan en prestadores del sistema, ya sea porque los servicios no están incluidos dentro del paquete de prestaciones obligatorias o porque no existen derechos de cobertura en la institución en cuestión.

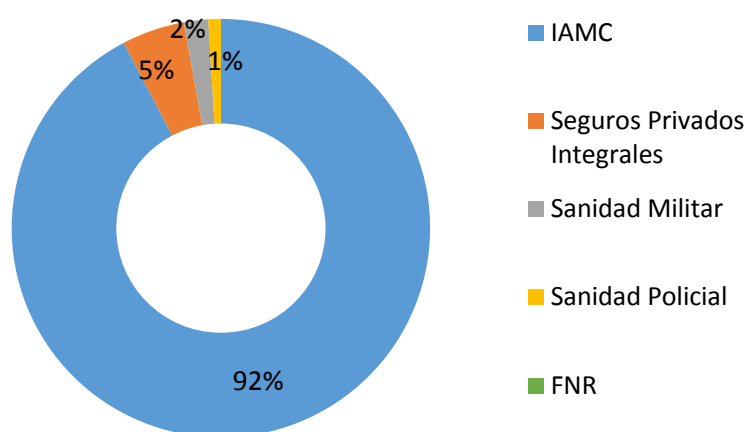
Puede observarse un crecimiento mayor de los costos compartidos en términos relativos; mientras que éstos crecen 14% en términos reales en el período, la estimación de la evolución de los gastos directos indica un crecimiento cercano al 4%. La evolución del gasto en esquemas de costos compartidos podría explicarse, por los siguientes motivos: debido a la ampliación del Seguro, se registró un aumento de población afiliada a las IAMC desde 2007-2008) –instituciones donde deben abonarse tasas moderadoras al momento de acceder a los servicios–; desde el gobierno se implementaron políticas para mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios; además, las propias IAMC adoptaron estrategias comerciales de reducción de ciertos precios para atraer nuevos usuarios. Asimismo, el desempeño económico del país fue favorable en el período, con au-

<sup>35</sup> Es decir, los ingresos de tipo FS.6.1: Otros ingresos de hogares n.e.c.

mentos generalizados de los ingresos de los hogares que, presumiblemente, favoreció el consumo de servicios de salud (MSP, 2015).

En el gráfico siguiente se presenta la descomposición del esquema “costos compartidos con terceros” en función de la institución en la que se realizan los pagos<sup>36</sup>. Tal cual se desprende del gráfico, más del 90% de estos pagos fueron realizados en las IAMC; el resto de los pagos se realizaron en Seguros Privados Integrales (5%), Sanidad Militar (2%) y Policial (1%) y de forma muy marginal el FNR (en 2014, de hecho, no se recaudaron copagos en la institución).

**Gráfico 13** Descomposición del gasto del esquema “costos compartidos con terceros” por proveedor de servicios de salud - año 2014



### 3 Perspectivas

Este trabajo, en tanto presenta cifras de gasto y financiamiento de carácter preliminar, constituye un **primer avance en la migración hacia SHA 2011**. Si bien se aborda la cuestión del gasto en salud únicamente desde la óptica del financiamiento, queda demostrado que brinda insumos de valiosa utilidad. Actualmente, el equipo de Cuentas de Salud se encuentra elaborando las estimaciones definitivas de las cifras aquí presentadas, además de abordar las Cuentas desde la óptica del gasto.

El próximo informe de Cuentas de Salud presentará las cifras de gasto a través de las siguientes cuatro matrices (cruces de dimensiones): ingresos de los esquemas de financiamiento (HFxFS); agentes - esquemas de financiamiento (FAxHF); esquema de financiamiento - proveedor (HFxHP); y gasto en factores de provisión de los proveedores de salud (FPxHP).

<sup>36</sup> El gráfico corresponde al año 2014, pero la estructura es semejante para todo el período 2011-2014.

En una etapa posterior sería conveniente estimar la **distribución del gasto en las diferentes funciones de salud**<sup>37</sup> (HC), dimensión no abordada hasta el momento. Esto permitiría conocer cuánto se gasta en atención (curativa, rehabilitación, prevención, etc.), cuánto en servicios auxiliares y en bienes médicos y cuánto se destina a la gobernanza y administración del sistema. Tal cual se manifestara al comienzo de este informe, conocer la distribución del gasto por funciones constituiría un insumo de gran utilidad para monitorear la asignación de recursos en el marco del cambio en el modelo de atención impulsado por la reforma sanitaria.

En vistas de las dificultades que enfrentan los países en el relevamiento de la información necesaria para construir las Cuentas de Salud, la OMS propone transitar hacia un **proceso de institucionalización** que incorpore: la institucionalización en la recopilación, en la producción y en la utilización de los datos. Como parte de este proceso de institucionalización, en el año 2011 se creó el Comité Técnico Interinstitucional de Cuentas Nacionales de Salud<sup>38</sup>, con el objetivo de reunir actores claves, como ser organizaciones estratégicas en materia estadística, así como también a los principales organismos públicos del sector salud<sup>39</sup>.

Luego de su primera convocatoria, en marzo de 2011, las reuniones del Comité no tuvieron continuidad. En junio de 2015, una vez concluido el informe de Cuentas para el período 2009-2010, el equipo volvió a convocar al Comité Interinstitucional, en lo que fue la primera de una serie de reuniones realizadas en 2015 y 2016. Se observa un fortalecimiento del vínculo entre el MSP y las instituciones del Comité, lo que permitió abordar la clasificación del gasto en salud en función de las nuevas categorías propuestas por el marco SHA 2011. En este proceso se contó con el apoyo de la OMS y de la OPS a través de su oficina en Uruguay.

Luego de haber avanzado en la mejora de la calidad de las cifras presentadas por los principales prestadores públicos de salud, resta **extender estos esfuerzos hacia las demás instituciones** –públicas y privadas– que realizan gasto en salud e integran, por lo tanto, las cifras de las Cuentas de Salud. Entre ellas, cabe destacar la necesidad de avanzar en la estimación del gasto de los Gobiernos Departamentales, de las Comisiones Honorarias, las Cajas de Auxilio, y el de las empresas públicas y otros organismos del Estado (como ser el INAU y la UdelaR). En este sentido, será esencial seguir contan-

---

<sup>37</sup> *Función* refiere al tipo de necesidad que una transacción o grupo de transacciones pretende satisfacer y al objetivo que se persigue". Responden: ¿Cuál es el objetivo? (OCDE, 2011, pág. 78)

<sup>38</sup> Ordenanza Ministerial N°242.

<sup>39</sup> El Comité está integrado por: Sanidad Policial, Sanidad Militar, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Ministerio de Economía y Finanzas, Banco Central del Uruguay, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado, Fondo Nacional de Recursos, Administración de Servicios de Salud del Estado.

do con el apoyo que, a través de sus representantes en el Comité, brindan el Ministerio de Economía y Finanzas, el Banco Central del Uruguay y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto<sup>40</sup>.

Otro de los elementos que se considera esencial fortalecer es la **estimación del gasto de bolsillo**, identificado como el componente del gasto más problemático en la construcción de las Cuentas de Salud. En las cifras de gasto privado contenidas en el presente informe aún no se incorporaron los datos de gasto que aporta la Encuesta Nacional de Salud del año 2014, insumo que se utilizará en las estimaciones finales del gasto de los últimos años.

Por otro lado, se entiende pertinente contar con **series más largas**, que permitan analizar la evolución histórica del gasto en salud y su financiamiento. Para esto sería necesario avanzar en la aplicación del marco SHA 2011 para las cifras del pasado. Como se dijo anteriormente, ésta es una tarea que podría ser abordada por el equipo de Cuentas, luego de haber migrado de forma completa hacia la nueva metodología en las estimaciones de los años más recientes.

Asimismo, sería deseable comenzar a utilizar las **herramientas informáticas** que propone la OMS. La Organización desarrolló dos softwares con el objetivo de facilitar y estandarizar el trabajo de procesamiento y análisis de la información de Cuentas de Salud: la herramienta *Production Tool* –HAPT–, para la construcción de las cuentas; y la herramienta *Analysis Tool* –HAAT–, para el análisis de la información obtenida y la construcción de series históricas. Parte del equipo de Cuentas de Salud ha participado en actividades regionales de capacitación en SHA 2011<sup>41</sup>; el énfasis estuvo puesto en las principales modificaciones conceptuales respecto a la metodología anterior, aunque también se realizó una introducción básica al manejo de las mencionadas herramientas informáticas.

Los esfuerzos del equipo de Cuentas verán potenciada su capacidad de transitar en el sentido de los objetivos planteados de acuerdo a la adhesión interinstitucional que se logre, tanto en lo que refiere a la producción de los datos como a la utilización de la información que del trabajo de Cuentas se deriva. A lo largo de todo este proceso será también fundamental seguir contando con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

---

<sup>40</sup> El MEF participa en el Comité en rol de articulador con otros organismos del Estado que tienen gasto en salud, de modo de obtener mayor y mejor información del gasto. El BCU participa en el Comité en calidad de actor relevante en materia estadística, en particular en relación a las cifras de valor agregado en salud que elabora (bajo el marco del Sistema de Cuentas Nacionales). La OPP participa en el Comité principalmente como articulador entre el MSP y algunos organismos públicos que realizan gasto en salud, principalmente las empresas públicas y los gobiernos departamentales.

<sup>41</sup> OMS/OPS organizó una serie de actividades de capacitación en los últimos años (octubre de 2012 en Antigua, Guatemala; julio de 2013 en Bogotá, Colombia; y noviembre de 2014 en Lima, Perú).

## 4 Bibliografía

- BCU. (s.f.). *www.bcu.gub.uy*. Recuperado el 16 de Julio de 2014, de <http://www.bcu.gub.uy/Estadisticas-e-Indicadores/Cuentas%20Nacionales/presentacion05.htm>
- BM. (2011). *¿Dónde está el dinero y qué estamos haciendo con él? Creación de una base de evidencia para mejor financiamiento de salud y mayor rendición de cuentas. Guía estratégica para la institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud*. BM.
- MSP. (2006). *Cuentas de Salud en Uruguay 2004. División Economía de la Salud*. Montevideo.
- MSP. (2010). *Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, División Economía de la Salud*. Montevideo: OPS.
- MSP. (2015). *Cuentas Nacionales de Salud 2009-2010 Uruguay*. Montevideo.
- OCDE, E. W. (2011). *A System of Health Accounts, 2011 Edition*. OECD Publishing.
- OMS. (2004). *Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*. Ginebra.
- OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la Cobertura Universal*. Ginebra.