



Ministerio  
de Salud Pública

# Indicadores de protección financiera para la cobertura universal

Área Economía de la Salud - JUNASA

Ministerio de Salud Pública

Junio 2020



## Contenido

<b>Contenido</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	3
<b>Categorías de análisis</b> .....	4
<b>Gastos de bolsillo en salud</b> .....	4
<b>Gastos sanitarios catastróficos</b> .....	4
<b>Gastos sanitarios empobrecedores</b> .....	4
<b>Datos para Uruguay</b> .....	8
<b>Fuente de datos</b> .....	8
<b>Construcción de variables y estimación de indicadores</b> .....	8
<b>Gasto de bolsillo en salud</b> .....	8
Consideraciones metodológicas.....	8
Estimaciones para Uruguay.....	10
<b>Gasto catastrófico en salud</b> .....	19
Consideraciones metodológicas.....	19
Estimaciones para Uruguay.....	21
<b>Empobrecimiento debido a gastos de bolsillo en salud</b> .....	24
Consideraciones metodológicas.....	24
Estimaciones para Uruguay.....	25
<b>Consideraciones finales</b> .....	36
<b>Anexo I</b> .....	38
<b>Anexo II</b> .....	40
<b>Anexo III</b> .....	40
<b>Bibliografía</b> .....	41



## **Autores**

Cecilia Artagaveytia

Mariana Chávez

## **Coordinación**

Victoria Arbulo



## Introducción

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) surgen del acuerdo alcanzado por sus estados miembros y consisten en 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas con el compromiso de alcanzarlos para 2030<sup>1</sup>. El ODS 3, se centra concretamente en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. La meta 3.8 de este objetivo implica lograr la cobertura sanitaria universal (CSU), en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Esta meta se compone de dos indicadores: el 3.8.1 sobre la cobertura de los servicios de salud esenciales y de calidad (capta la dimensión de la cobertura poblacional de la CSU) y el 3.8.2 acerca de la proporción de la población de un país con gastos sanitarios catastróficos, definidos como grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares (capta la dimensión financiera de la CSU). Ambos indicadores se deben medir juntos para obtener una idea clara de quiénes no pueden acceder a la atención sanitaria y quiénes accediendo, se enfrentan a dificultades económicas como consecuencia del gasto en esa atención.

La protección financiera en relación con la salud implica que las familias no sufran dificultades financieras indebidas como consecuencia de recibir la atención sanitaria que necesitan (Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial, 2017).

En este marco, cabe destacar el apoyo recibido por el Ministerio de Salud por parte de la OPS y OMS en aspectos relativos a la construcción de indicadores de protección financiera a partir de encuestas de gastos e ingresos, sus alcances e implicancias de política económica buscando fortalecer la capacidad técnica de los equipos locales.

En este informe se presentan diversas medidas de la protección financiera de los hogares para Uruguay tomando en cuenta los indicadores presentados en los ODS 3.8.2 pero se complementa el análisis con otras medidas consideradas relevantes para describir esta dimensión. Se toma como referencia los años 2016-2017 y su comparación con los años 2005-2006, en el entendido que la fuente de datos utilizada para el cálculo de los indicadores que aquí se presentan surge de las encuestas de gastos e ingresos de los hogares y son los periodos de referencia en los que se realizaron estas encuestas en nuestro país.

---

<sup>1</sup> Ver <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Official%20Revised%20List%20of%20global%20SDG%20indicators.pdf> Nations, U. (2017). *Report of the Inter-agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators*.



## Categorías de análisis

### Gastos de bolsillo en salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los gastos de bolsillo en salud (o pagos directos) son aquellos que las personas hacen en el momento de obtener cualquier tipo de servicio (atención preventiva, curativa, rehabilitadora, paliativa o crónica) prestado por cualquier tipo de proveedor. Incluyen el copago (la parte no cubierta por terceros, como un asegurador) y los pagos informales (por ejemplo, los pagos “en negro”). Quedan excluidos del gasto de bolsillo los Prepagos (cuota mutual, cuota de Seguros Integrales privados de salud, cuota de Emergencia Médico Móvil, entre otros).

Es importante dar seguimiento al gasto de bolsillo en salud si se considera que se trata del tipo de gasto más regresivo e ineficiente en tanto el gasto realizado es impredecible, no se relaciona con la capacidad de pago de la persona y se realiza al momento de acceder a los servicios, por lo cual puede operar como una barrera de acceso a la salud. Es deseable entonces, desde el punto de vista del financiamiento del sistema, la separación entre la contribución y la utilización de los servicios de salud, incrementando la participación de otras fuentes de financiamiento en detrimento del gasto de bolsillo.

### Gastos sanitarios catastróficos

Este indicador intenta medir el número de hogares cuyos pagos en salud son superiores a determinado umbral. El indicador ODS 3.8.2 define los gastos sanitarios catastróficos como los gastos de bolsillo en salud que exceden el 10% o el 25%<sup>2</sup> del monto total del consumo o de los ingresos del hogar.

### Gastos sanitarios empobrecedores

Dado que los hogares realizan desembolsos destinados a pagar la atención en salud, se enfrentan a una menor disponibilidad de recursos económicos para cubrir otras necesidades básicas, por lo que algunos hogares pueden verse empujados a caer por debajo de la línea de la pobreza. El empobrecimiento no es un indicador ODS en sí mismo de la cobertura sanitaria universal pero se vincula directamente con el ODS 1 que implica poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo.

<sup>2</sup> La operacionalización de este indicador fue definida por el Grupo Interinstitucional de Expertos sobre los Indicadores de Desarrollo Sostenible disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/files/meetings/iaeg-sdgs-meeting-04/9.%20Refinement%20of%20Indicators%20plenary.pdf>.



Los métodos estándar de medida de la pobreza comparan el gasto total del hogar con una línea de pobreza que no es sensible a los gastos en salud, los que son altamente variables. En este caso se considera que hay gastos sanitarios empobrecedores cuando el consumo de un hogar incluidos los gastos de bolsillo en salud están por encima de la línea de pobreza, pero su consumo excluidos estos gastos está por debajo de esa línea. El empobrecimiento se puede calcular como el cambio en el “recuento” de hogares en situación de pobreza con o sin gasto de bolsillo en salud incluidos en el consumo o los ingresos. Sin embargo, esta medida de recuento no indica hasta qué nivel por debajo de la línea de pobreza descienden los hogares al realizar gastos de bolsillo en salud. Tampoco da cuenta del hecho de que algunos hogares que ya son pobres pueden empobrecerse aún más por causa de estos gastos. Para poder identificar estos dos efectos debemos medir el cambio en “la brecha de la pobreza” atribuible a los gastos de bolsillo. En el caso de un hogar que se empobrece por los gastos de bolsillo en salud, el cambio en la brecha corresponde al monto por el cual estos gastos hacen descender al hogar por debajo de la línea de la pobreza. Para el caso de un hogar que ya es pobre, el cambio en la brecha de pobreza es igual al monto total de los gastos de bolsillo del hogar.

El índice de recuento de la pobreza y la brecha de pobreza forman parte de la familia de indicadores propuestos por Foster, Greer y Thorbecke:

$$FGT(\alpha) = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \left(1 - \frac{x_i}{z}\right)^\alpha 1(x_i < z), \alpha \geq 0$$

Siendo  $N$ = Población,  $x_i$ =variable monetaria (ingreso o consumo) y  $z$ = umbral de pobreza

Siguiendo a Gasparini et al. (2013) se demuestra cómo existe un índice de pobreza FGT para cada valor de  $\alpha$ . Este parámetro define cuánto pesa cada persona en el indicador agregado. Así, si  $\alpha = 0$  todas las personas pobres pesan lo mismo en el indicador, siendo igual a la tasa de incidencia de la pobreza<sup>3</sup> mientras que si  $\alpha = 1$  cada persona aporta al indicador global su brecha individual. El FGT(1) equivale entonces al indicador “brecha de pobreza”<sup>4</sup> descripto anteriormente. Si  $\alpha > 1$  la contribución de los individuos más pobres al indicador global se hace proporcionalmente más grande dando de esta manera mayor importancia a aquellas personas que se distancien más de la línea de pobreza. Este indicador intenta medir la profundidad o severidad de la pobreza.

Se puede observar cómo una caída del ingreso de una persona que se encuentra por debajo de la línea de la pobreza no cambia el número de personas en situación de pobreza. El índice de brecha de la pobreza, sin embargo, cambia. De todas maneras, también se observa que una

<sup>3</sup> Mide la pobreza absoluta, excluyendo cualquier cambio que se produzca en la situación de las personas consideradas no pobres.

<sup>4</sup> No solo importa el número de pobres sino además su nivel de vida respecto a la línea de la pobreza.

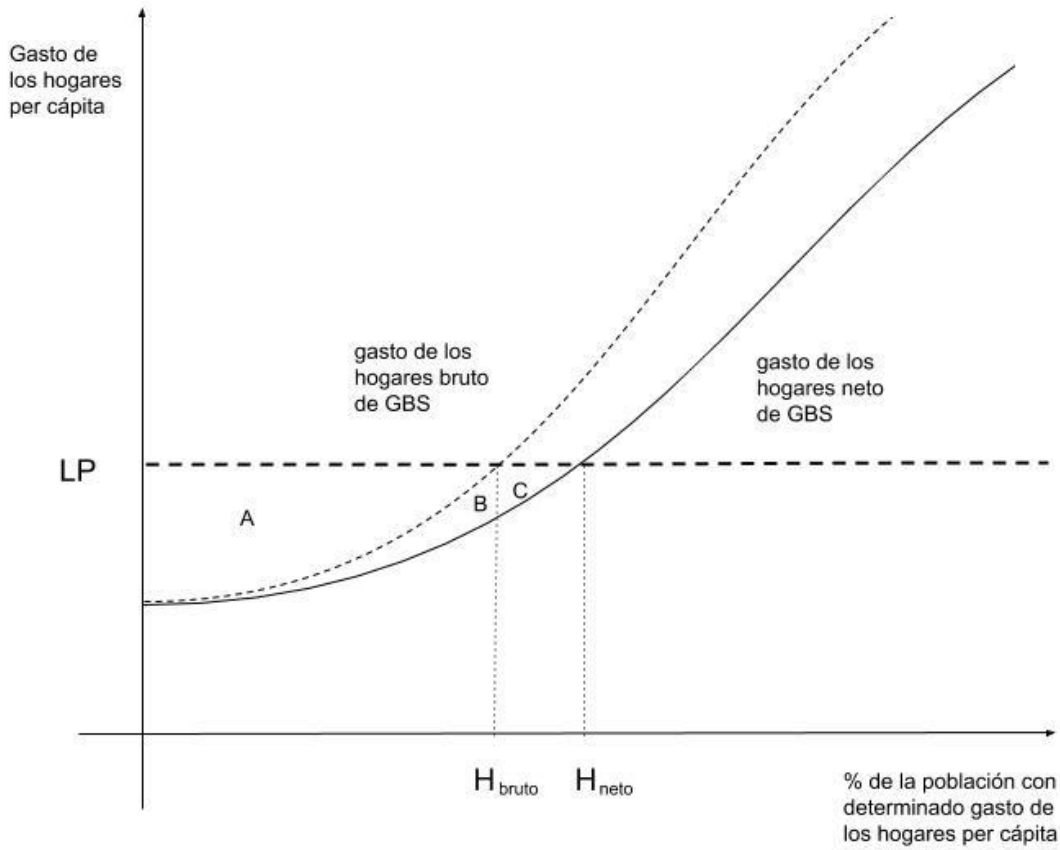


transferencia entre personas pobres que no los saca de la pobreza no afecta ninguno de los dos indicadores.

En la siguiente figura se presenta un esquema para entender el impacto de los gastos de bolsillo en salud en las dos medidas básicas de la pobreza: el recuento y la brecha de la pobreza. Este gráfico fue tomado del manual *“Analyzing Health Equity Using Household Survey Data”* de O’Donnell, et al. (2007). En el eje “y” se presenta el gasto de los hogares per cápita; las dos curvas muestran el gasto de los hogares bruto y neto respecto del gasto de bolsillo en salud (GBS). En el eje de las “x” se presenta el porcentaje de la población con un determinado gasto de los hogares per cápita. La línea punteada horizontal representa la línea de la pobreza (LP).

El punto donde se cortan las curvas de gasto de los hogares con la línea de la pobreza en el eje “x” nos muestra la proporción de personas pobres. Este es el recuento de la pobreza, identificado por la letra *H*. El área por debajo de la LP y por encima de las curvas de gasto de los hogares nos muestra la brecha de la pobreza, es decir, el monto por el cual los hogares pobres no alcanzan la línea de pobreza.

Si se considera el gasto de los hogares bruto respecto del gasto de bolsillo en salud (es decir, sin restar el gasto de bolsillo en salud del gasto del hogar), el recuento de la pobreza está dado por el valor *H bruto* y la brecha de la pobreza está representada por el área *A*. En cambio, si los gastos de bolsillo en salud son restados del gasto de los hogares antes de que se evalúe la pobreza, entonces el recuento de la pobreza será *H neto* y la brecha de la pobreza igual a  $A+B+C$ . Por tanto,  $H \text{ neto} - H \text{ bruto}$  nos muestra la fracción de individuos que no son contados como pobres cuando se considera el gasto de los hogares bruto respecto del gasto de bolsillo en salud. En este caso, la subestimación de la brecha de la pobreza está representada por  $B+C$ . La brecha de la pobreza se incrementa cuando aquellos ya pobres se empobrecen aún más al restar los gastos de bolsillo en salud de los gastos de los hogares (área *B*), o cuando aquellos que no eran pobres pasan a serlo una vez los gastos de bolsillo son restados (área *C*).







## Datos para Uruguay

### Fuente de datos

Los indicadores presentados en este documento fueron calculados a partir de la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH) 2005-2006 y ENGIH 2016-2017 realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Esta encuesta tiene como objetivo conocer distintos aspectos de la realidad económica y social del país, relevando información importante del hogar y la vivienda así como de las personas que viven en ellas, tales como el nivel educativo, trabajo, ingresos y gastos del hogar en diversos rubros. Presenta una periodicidad decenal.

La ENGIH 2005-2006 cuenta con una muestra representativa de viviendas y población de 7.320 hogares, mientras que la última releva a 6.889 hogares. Se entrevista de forma presencial a cada miembro del hogar.

### Construcción de variables y estimación de indicadores

#### Gasto de bolsillo en salud

---

##### *Consideraciones metodológicas*

A partir de las Encuestas Nacionales de Gastos e Ingresos de los Hogares realizadas por el INE se calcula el Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) del Uruguay. En este caso se toma como comparativo las encuestas realizadas en dos períodos de tiempo, 2005-2006 y 2016-2017.

En la siguiente tabla se presentan los rubros de la ENGIH 2016-2017 que son considerados dentro del gasto de bolsillo en salud. Estos rubros fueron clasificados en 5 categorías: Medicamentos, Artefactos y equipos terapéuticos, Servicios ambulatorios, Servicios hospitalarios y Copagos.



**Cuadro 1 - Rubros considerados dentro del gasto de bolsillo en salud. ENGIH 2016-2017**

Categoría	Rubros ENGIH 2016-2017
Medicamentos	Medicamentos: Analgésicos
	Medicamentos: Antibióticos
	Medicamentos: Antiácidos y digestivos
	Medicamentos: Antigripales
	Medicamentos: Psicofármacos
	Medicamentos: Afecciones respiratorias
	Medicamentos: Cardiovasculares
	Medicamentos: Otros
	Medicamentos en viajes
	Vitaminas y similares
	Anticonceptivos orales, parches
	Anticonceptivos mecánicos (DIU)
	Preservativos
	Productos farmacéuticos, otros (primeros auxilios, etc.)
Artefactos y equipos terapéuticos	Anteojos y lentes de contacto (incluye cambio de cristales)
	Aparatos terapéuticos: para medir presión, glicemia, etc.
	Audífonos
	Aparatos ortopédicos: Muletas, bastones, otros
	Prótesis dentales y dentadura postiza
	Calzado ortopédico
	Sillas de ruedas motorizadas o no
	Camas especiales
	Reparación de artefactos terapéuticos
	Alquiler de camas especiales, sillas de ruedas, otros
Servicios ambulatorios	Médico general (particular), consulta
	Médico especialista (particular), consulta
	Servicios odontológicos, ortodoncista (particular)
	Análisis de sangre, orina, otros (particulares)
	Radiografías, tomografías, ecografías, centellograma
	Ultrasonido, endoscopia, fibroscopia (particulares)
	Quimioterapia, radioterapia (particular)
	Servicio de enfermero, practicante, toma de presión
	Tratamientos terapéuticos particulares: Psicólogo, psicomotricista, otros
	Medicina no tradicional particular: Homeopatía, acupuntura, masajes, otros
Parto particular (incluye pago al ginecólogo)	
Servicios hospitalarios	Servicio de internación, intervención quirúrgica (particular)
	Internación en clínica privada: tratamiento de adicciones
	Cirujías plásticas, lipoaspiración
Copagos	Ordenes para consultas médicas
	Tickets de medicamentos
	Tickets de análisis clínicos y estudios especiales
	Arancel por atención médica (MSP, otros)



En relación a los rubros de la encuesta que se consideran dentro del GBS, la ENGIH 2016-2017 presenta una mayor apertura. Mientras que la ENGIH 2005-2006 considera sólo el gasto en medicamentos sin especificar su uso, la ENGIH 2016-2017 los distingue entre analgésicos, antibióticos, antiácidos y digestivos, antigripales, psicofármacos, cardiovasculares, para afecciones respiratorias o de otro tipo. A su vez la nueva encuesta agrega algunos otros rubros en salud como el “complemento de cuota de seguros integrales privados” y el “complemento de cuota de Emergencia Médico Móvil” que no estaban desagregados en la encuesta anterior.

En el presente análisis, los gastos de bolsillo son netos en relación con el reembolso de terceros. Además, cada rubro de gasto en salud relevado presenta distintos momentos de recordación, es decir, que hay gastos donde se releva el monto mensual, otros que se pregunta cuánto gastó en los últimos tres meses, otros en el último semestre y existen gastos que se preguntan con periodicidad anual. Para medir de forma uniforme el gasto, se utiliza una variable ya creada por el INE denominada valorcontM que mensualiza todos los gastos relevados. Luego, cada uno de estos gastos se multiplica por 12 para llevarlos a su valor anual. Esta metodología es la que se utiliza a nivel internacional en la bibliografía consultada<sup>5</sup>

No se incluyen en las estimaciones presentadas los costos indirectos implicados en la realización del gasto en salud, tales como los costos de transporte o las pérdidas de ingreso que ese gasto significó (costos de oportunidad). Además, se restringen los gastos en salud que tienen como destino los hogares (variable “DESTINOCODIGO=2”). Por último, no se incluyen los bienes que fueron adquiridos de forma gratuita, por ejemplo, aquellos retirados del establecimiento, de producción propia, recibidos de instituciones o de otros hogares<sup>6</sup>.

En el Anexo I se incluye el cuestionario 4 entregado por el encuestador del INE a cada hogar para relevar los gastos de consumo del mes. Allí, se observan los distintos rubros relevados, la forma en que se preguntaron y los períodos de recordación de cada ítem.

#### *Estimaciones para Uruguay*

A continuación, se presenta el gasto de bolsillo en salud de acuerdo a distintas características, siguiendo las recomendaciones de la OPS-OMS de equidad como objetivo fundamental, tratando de identificar de esta manera qué grupos de la población se encuentran especialmente relegados o afectados.

---

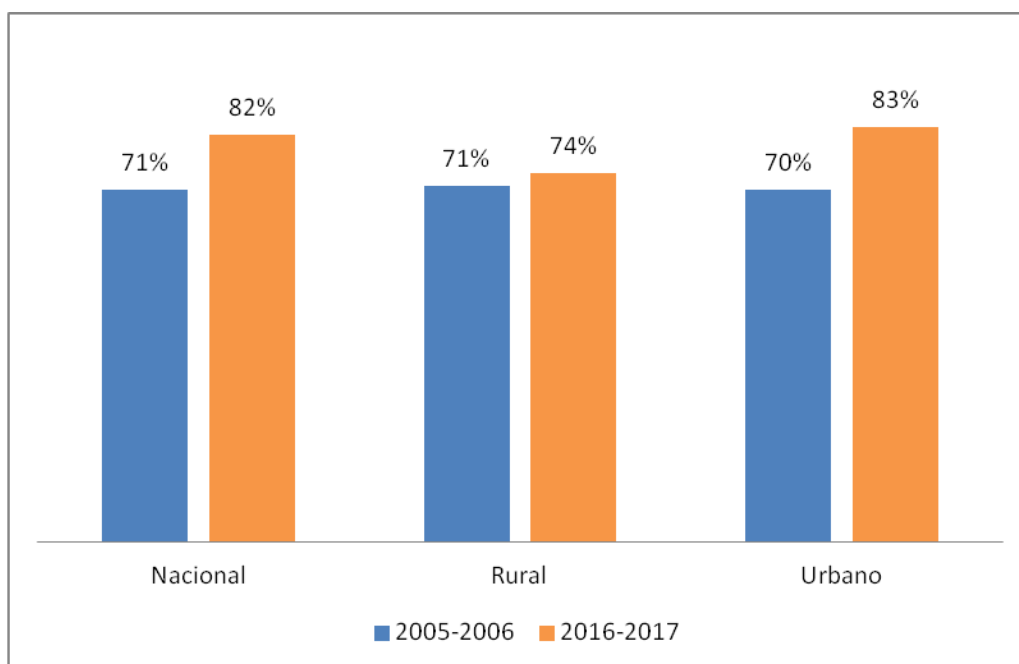
<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial (2017). Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO. También fue consultado el documento metodológico enviado por la OPS: Métodos y fuentes de datos de la OMS/OPS para el seguimiento mundial de los indicadores de cobertura de protección financiera de la CUS en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Versión preliminar. Junio del 2019.

<sup>6</sup> Variable COMOCODIGO=10,11,12,15



En el **Gráfico 1** se muestra la proporción de la población que cuenta con algún gasto de bolsillo en salud tanto a nivel nacional, como para la población urbana y rural para ambos periodos de referencia. Siguiendo la definición de la ENGIH 2016-2017 se considera como rural a aquellas localidades del interior del país con menos de 5000 habitantes y las zonas rurales propiamente dichas. Se define como urbano a las localidades del interior de más de 5000 habitantes y Montevideo.

**Gráfico 1- Proporción de la población con algún gasto de bolsillo en salud**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

Se estima que el 82% de la población uruguaya incurre en algún tipo de gasto de bolsillo en salud, según la ENGIH 2016-2017. Esta proporción era menor para el período anterior. Al mismo tiempo, la proporción de población con gastos de bolsillo en salud es mayor en zonas urbanas que en rurales, mientras que en el 2005 el comportamiento era similar para ambas regiones.

En este caso es esperable que esté operando el efecto ingreso. Este fenómeno refiere a los cambios en las cantidades demandadas de un bien o servicio debido a modificaciones en el poder adquisitivo de las personas. En el período de referencia se observa un crecimiento del salario real que puede estar modificando el comportamiento en los niveles de consumo de bienes y servicios, en este caso en particular, de bienes y servicios de salud. Adicionalmente, en el informe de Cuentas de Salud 2016-2017, se plantea que también puede llegar a estar influyendo en este comportamiento la ampliación de la cobertura a través del Seguro Nacional de Salud y el crecimiento de la población afiliada a las IAMCs. En este proceso, las instituciones

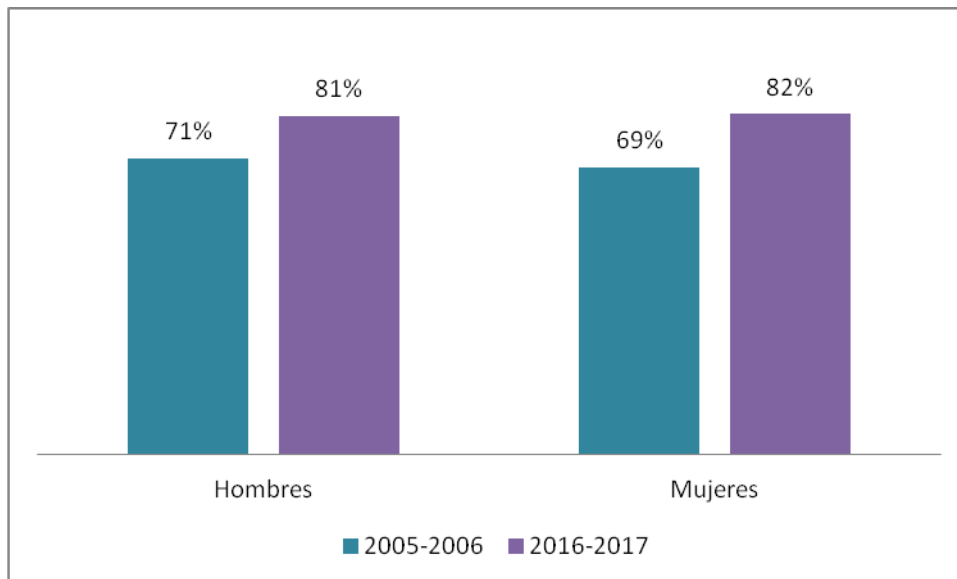


privadas han adoptado estrategias de reducción de precios de órdenes, tickets y tasas moderadoras para atraer nuevos socios. Esta estrategia ha estado acompañada de un nuevo marco regulatorio orientado a controlar los precios, teniendo como consecuencia una migración de la población usuaria del principal prestador público de salud, ASSE, institución en la que no se realizan pagos por estos conceptos hacia el sector mutual.

En este sentido, resulta importante señalar que si bien es deseable que los países presenten niveles bajos de gasto de bolsillo en salud, es necesario analizar los indicadores en contexto y teniendo en cuenta cada realidad concreta para no arribar a conclusiones erróneas. Notar que un gasto de bolsillo bajo también puede estar indicando un problema de acceso a este tipo de bienes y servicios.

Por último, es necesario tener presente que el GBS como porcentaje del gasto total en salud cae a través del tiempo en el período analizado (ver Cuentas de salud 2016-2017) dando lugar al fortalecimiento de otras fuentes de financiamiento.

**Gráfico 2 - Proporción de la población con algún GBS por sexo del jefe de hogar**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

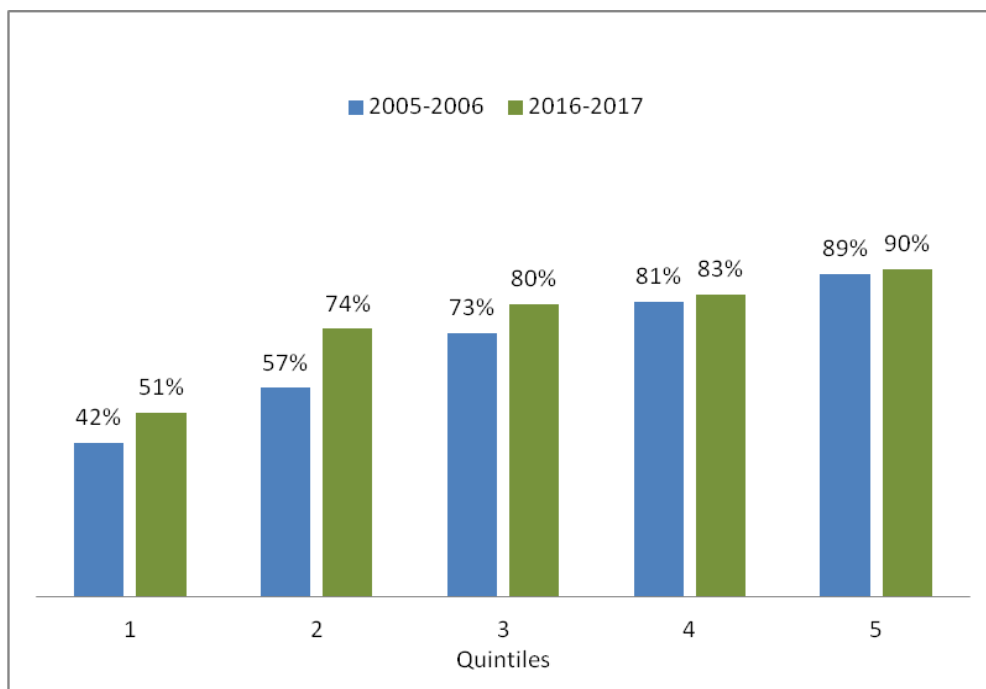
Al analizar la proporción de la población con algún gasto de bolsillo en salud por sexo del jefe de hogar se aprecia que los hogares con jefatura femenina presentan un porcentaje levemente mayor al de los masculinos, 82% frente a 81% para el 2016-2017 mientras que en el período de referencia anterior este comportamiento era el inverso.



Se caracteriza brevemente a los hogares con jefatura masculina y femenina en la ENGIH 2005-2006 y 2016-2017. En ambos períodos, los ingresos medios de los hogares con jefes hombres son mayores a los presentados por hogares con jefas mujeres. En particular, el ingreso medio de los hogares con jefatura femenina representa el 79% del ingreso medio de los hogares con jefatura masculina en el primer período. En 2016-2017 este porcentaje pasa a ser del 92%, de forma que se reduce la brecha en el ingreso medio según sexo del jefe **(Ver Anexo II)**.

En el **Gráfico 3** se presenta la proporción de la población que realiza gastos de bolsillo en salud por quintiles de consumo.

**Gráfico 3 - Proporción de la población con algún GBS por quintil de consumo**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

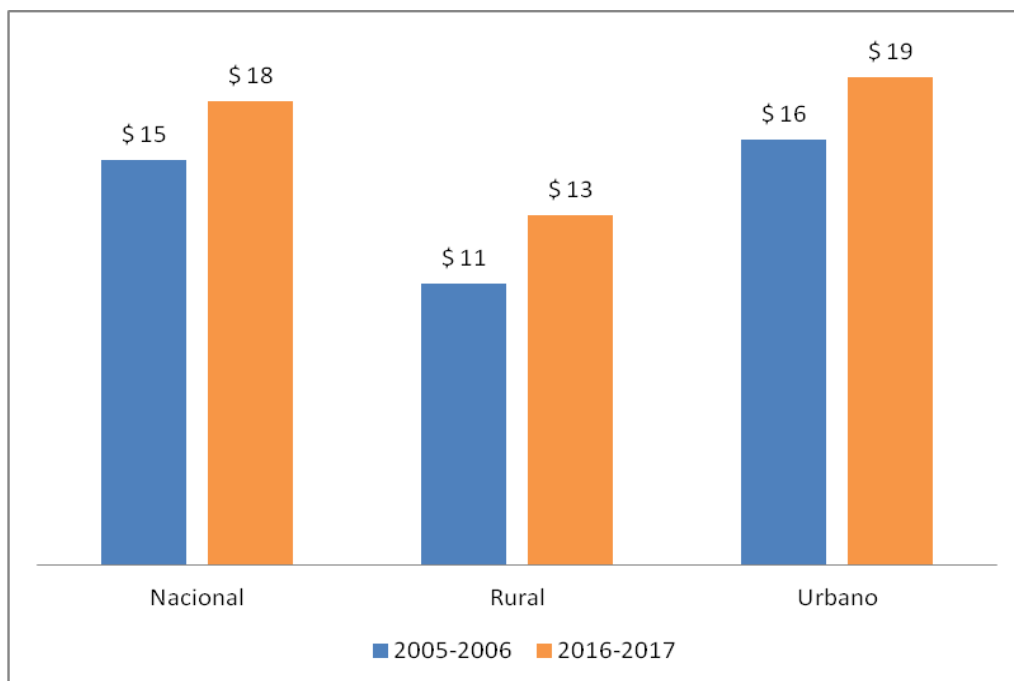
De esta manera, se observa que la proporción de la población con GBS crece con el consumo, para ambos períodos de referencia. En el año 2016-17, en el primer quintil de consumo, se estima que el 51% de la población presenta gastos de bolsillo, porcentaje bastante más bajo al promedio nacional, de 82%. El comportamiento observado para el año 2005 es similar, aunque con niveles más bajos para los primeros quintiles de consumo. Esto podría estar revelando un problema de acceso a estos productos y servicios de salud en los sectores más pobres aunque podría estar operando al mismo tiempo el efecto ingreso explicado anteriormente. Adicionalmente, se observa cómo la distribución por quintiles de consumo es más uniforme en el 2016, constatándose que la brecha de la proporción de la población con algún GBS entre el



quintil más rico y el quintil más pobre es menor en el período de referencia más actual, lo que podría indicar un acceso más equitativo.

A nivel internacional también se releva como medida del gasto, el promedio del gasto de bolsillo en salud del hogar por día y por persona en moneda local. En el gráfico a continuación se muestra este indicador a nivel nacional en pesos uruguayos, así como para zonas urbanas y rurales, a precios constantes del año 2017.

**Gráfico 4 - Media del GBS del hogar por día y por persona en \$ a precios constantes 2017**



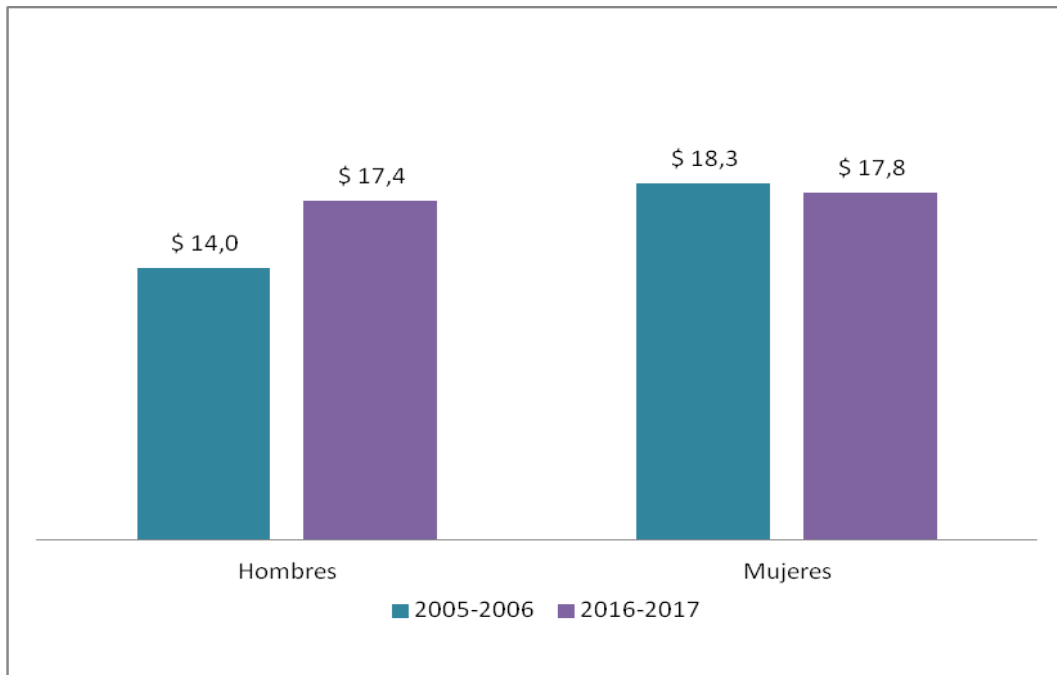
Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

El promedio del gasto de bolsillo en salud para el año 2016-17 es de \$18 por día y por persona a nivel nacional, mientras que este valor ascendía a \$15 en el 2005. Este gasto es, en promedio, menor en zonas rurales que urbanas para ambos períodos.



En el **Gráfico 5** se muestra la media del gasto de bolsillo en salud por día y por persona según sexo del jefe de hogar.

**Gráfico 5 - Media del GBS del hogar por día y por persona en \$ constantes de 2017, según sexo del jefe de hogar**



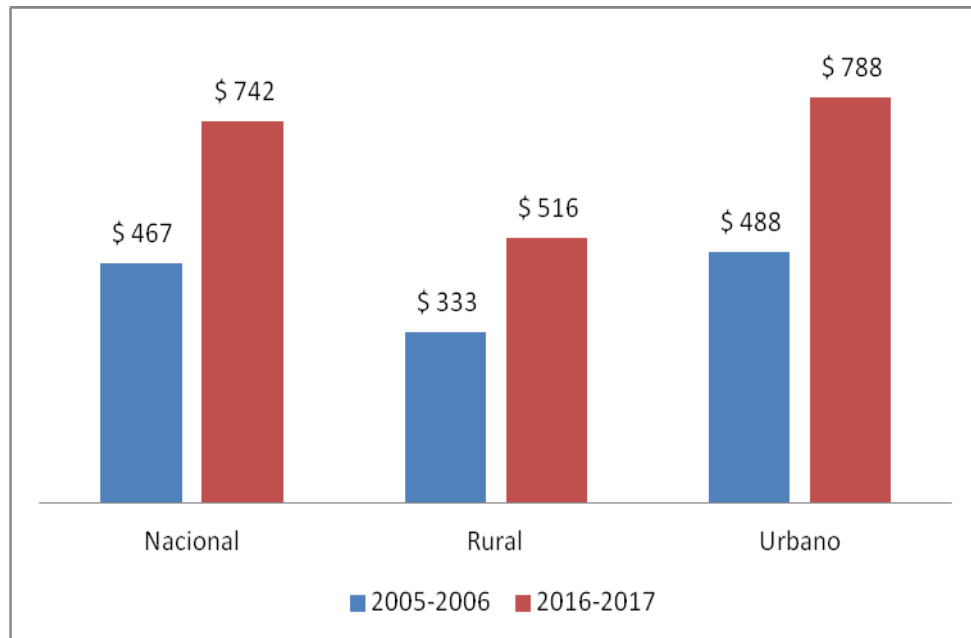
Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

En el 2005, los hogares con jefatura femenina realizan mayores gastos de bolsillo en salud en promedio que los de jefatura masculina, incluso mayores que el promedio nacional. Esta diferencia desaparece en el período de referencia más reciente, observándose un comportamiento similar según el sexo del jefe de hogar.





**Gráfico 6 - Consumo total del hogar promedio, por día y por persona en \$ constantes de 2017**



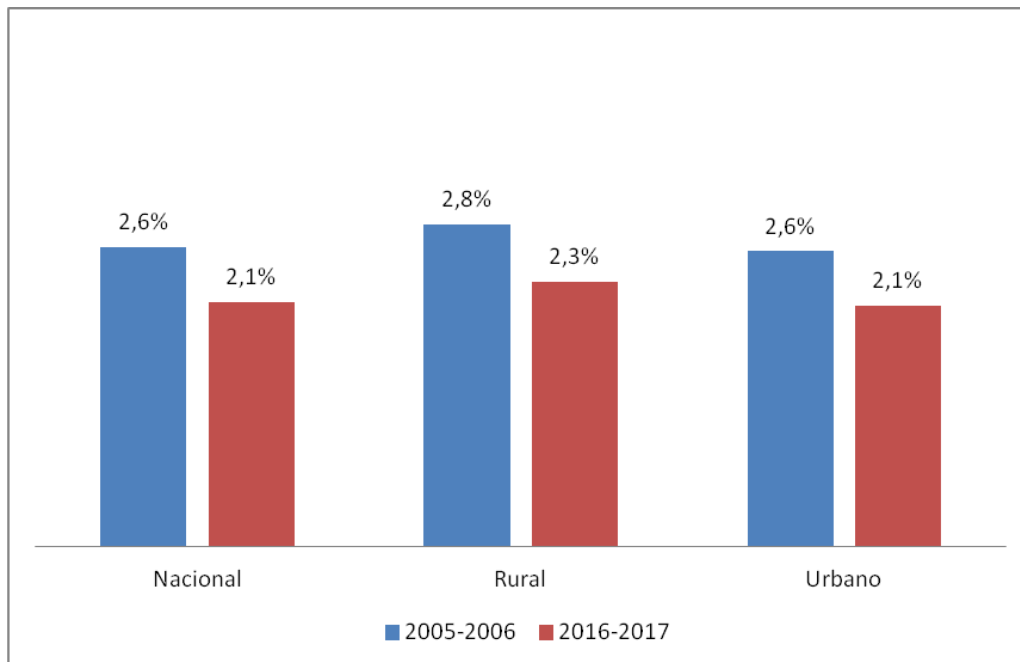
Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

En el **Gráfico 6** se presenta el consumo total del hogar diario per cápita a pesos constantes de 2017. Se observa un incremento de 275 pesos en el período reciente, a nivel nacional; aunque existe un crecimiento del consumo tanto para las zonas urbanas como rurales. Sin embargo, las zonas rurales siguen presentando un consumo menor en ambos períodos.

Otro de los indicadores utilizados a nivel internacional mide el gasto de bolsillo en salud promedio como proporción del consumo total del hogar, que se presenta en el **Gráfico 7**.



**Gráfico 7 - Gasto de bolsillo en salud promedio como proporción del consumo total del hogar**



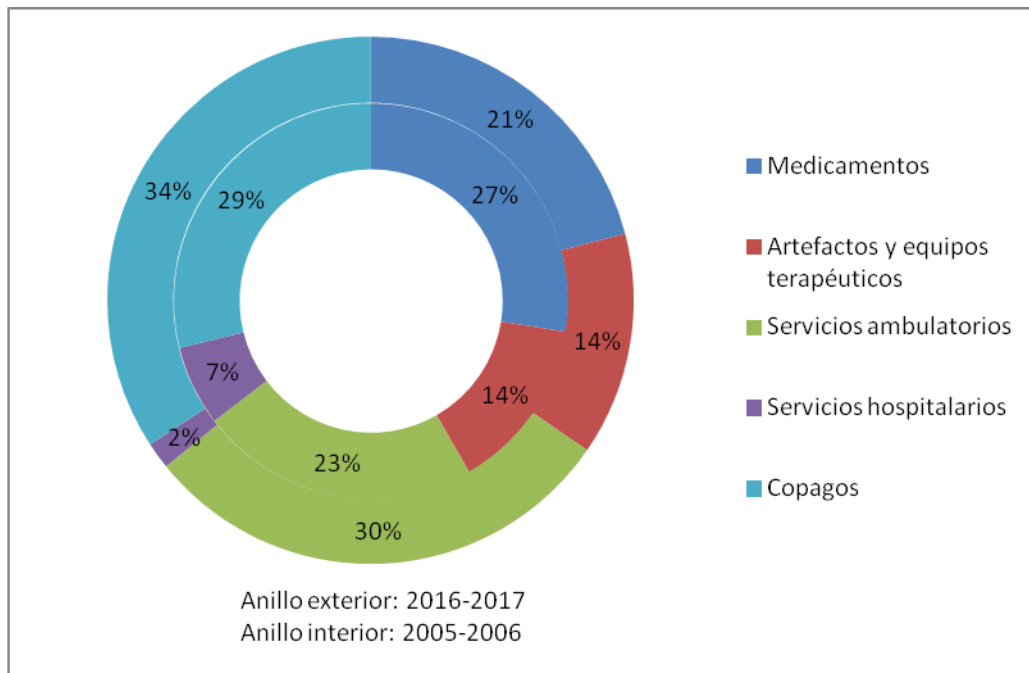
Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

A nivel nacional los GBS tienen un bajo peso relativo en el consumo total de los hogares, en el orden del 2,1% en el año 2016-17 observándose además un descenso a través del tiempo. Sin embargo, se observa que los GBS tienen un peso levemente mayor dentro del consumo total del hogar en las zonas rurales que en las urbanas, para ambos períodos de referencia.

A continuación se presenta la estructura del GBS según la clasificación en las cinco categorías expuestas más arriba.



**Gráfico 8 - Estructura del gasto de bolsillo en salud para ambos períodos de referencia**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

La categoría con mayor peso relativo dentro del GBS son los copagos (órdenes y tickets) para ambos períodos de análisis, observándose incluso un incremento de su participación para el 2016-2017. Este incremento en los copagos se explica principalmente por el rubro tickets de medicamentos, que presenta un crecimiento de 6,3% respecto a la ENGIH 2005-2006. Este incremento era esperable en tanto la población afiliada a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que son los prestadores que explican la mayor parte del gasto en tickets, aumentó considerablemente a partir de 2008 como consecuencia de la reforma en el sistema de salud. Cabe agregar, que el crecimiento estaría explicado básicamente por la mayor cantidad de personas, efecto cantidad, ya que en el período la política de tasas moderadoras de la autoridad sanitaria apuntó a la exoneración, tope y rebaja de tickets de medicamentos y órdenes de consulta.

La segunda categoría con mayor peso relativo en 2016-2017 corresponde a los servicios ambulatorios. Este rubro presentó un crecimiento del 6% respecto al período anterior. Dentro de este rubro el incremento se explica principalmente por el componente servicios odontológicos particulares (con un crecimiento de 5,5%) y en menor medida por los tratamientos terapéuticos de psicólogos particulares (incremento de 1,7%). En este caso es de esperar que este crecimiento en el gasto en este tipo de servicios esté directamente vinculado al efecto ingreso, es decir, los hogares tienen la capacidad en el último período de acceder a servicios que antes debían postergar.



El tercer componente en importancia son los medicamentos, que caen en sus porcentajes en la última encuesta (pasan del 27% en 2005-2006 al 21% en 2016-2017). Dentro de esta categoría es el rubro de medicamentos propiamente dicho que presenta la mayor caída, pasando de un 22,6% a un 17% en la última encuesta (aquí se excluyen las vitaminas, los productos vinculados a la anticoncepción y de primeros auxilios). Este comportamiento también era esperable en un contexto de ampliación de la cobertura de salud en la que los hogares no necesitan comprar los medicamentos directamente en farmacias si no que lo hacen en sus prestadores privados de salud (el aumento del gasto en tickets mencionado anteriormente) o le son entregados gratuitamente en el caso de ASSE.

Por último, se sitúan los Artefactos y equipos terapéuticos con un 14% en ambos períodos y los servicios hospitalarios que caen al 2% en el año 2016-17. Los rubros que explican la caída dentro de esta última categoría son los servicios de internación y las intervenciones quirúrgicas particulares que pasan de representar un 5% a un 1,2%.

### Gasto catastrófico en salud

---

#### *Consideraciones metodológicas*

Este indicador relaciona los gastos de bolsillo en salud presentados en el apartado anterior (numerador) con el consumo realizado por el hogar (denominador). Los gastos en salud se consideran “grandes” cuando el cociente excede un determinado umbral. Se recomienda usar dos umbrales para el reporte del indicador: 10% y 25%. De esta manera, si el cociente excede el valor del umbral esa familia es considerada para el cómputo del indicador, de lo contrario, no es tenida en cuenta. Luego se pondera ese hogar según su tamaño y peso en la muestra para que las estimaciones sean representativas por persona.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS, en este apartado se optó por el consumo como proxy del nivel de vida de los hogares en la medida que se trata de un mejor indicador del ingreso permanente y es posible su estimación a partir de la nueva encuesta de gastos e ingresos. Cuando se elige el ingreso de las personas no se tiene en cuenta las decisiones de ahorro o desahorro que puedan producirse a través del tiempo, mientras que si se toma el consumo estas decisiones son consideradas implícitamente. Siguiendo a Gasparini et al. (2013) se entiende que el consumo es una variable más estable a través del tiempo y resulta menos variable que el ingreso de las personas. Existe evidencia suficiente que confirma que los ingresos laborales y las transferencias fluctúan a través del tiempo y que las personas tienden a mantener con mayor estabilidad su nivel de consumo.

Por otro lado, se constata que las personas tienden a contestar con mayor precisión y veracidad sus patrones de consumo, mientras que tienden a esconder o no recordar sus niveles de ingreso. La captación de actividades ilegales es también más problemática a través del ingreso encontrándose que las personas tienden a subdeclarar con mayor frecuencia los



ingresos de ocupaciones ilícitas que los niveles de consumo obtenidos a través del ingreso proveniente de esas actividades.

Como desventajas se mencionan la mayor dificultad que presenta el relevo de los niveles de consumo (es necesario incluir varios cuestionarios tratando de captar cada uno de los bienes y servicios consumidos por el hogar), la adopción de criterios arbitrarios entorno a la decisión de qué gastos son consumos corrientes vinculados al nivel de vida habitual de los miembros del hogar, y cuáles son solo esporádicos. Adicionalmente, el trabajo de campo en una encuesta de gastos de consumo es más prolongado y difícil, porque requiere varias entrevistas a lo largo del mes, y en consecuencia son más costosas.

Deaton (2005) citado en Gasparini et al. (2013) señala que en países desarrollados, en donde el trabajo formal se encuentra extendido, el ingreso es una buena medida en tanto las personas lo recuerdan y reportan con mayor facilidad siendo más complicada su disposición a reportar el consumo por el tiempo que lleva la encuesta. Por otro lado, deja planteado que en países donde los niveles de informalidad son elevados, la situación es la contraria.

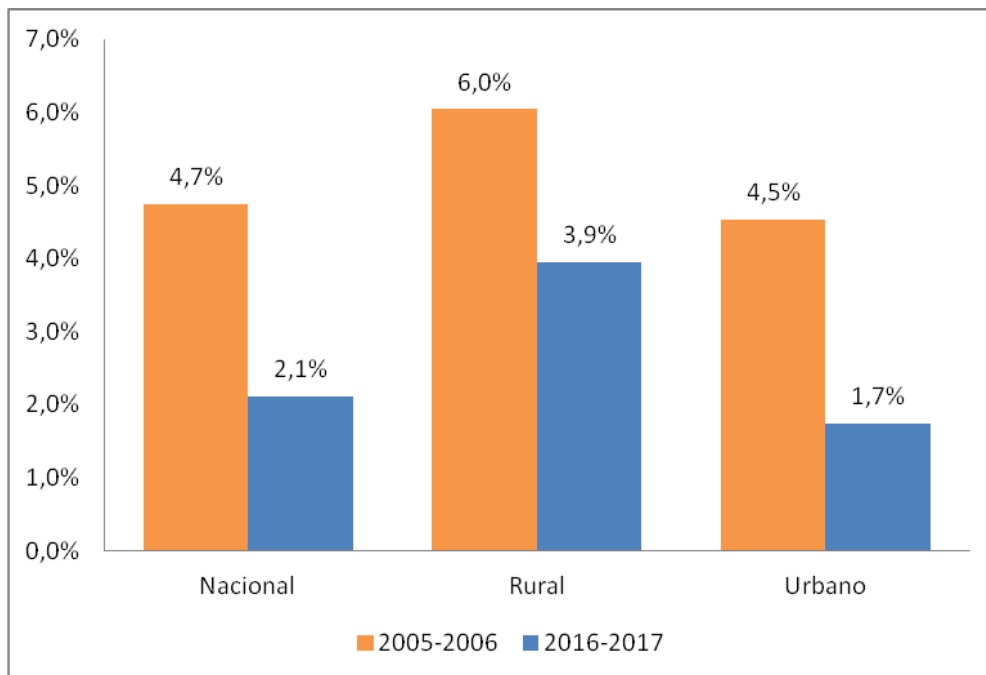
A los efectos de este informe, para el cálculo del consumo total del hogar se incluyó el valor locativo y se consideraron las divisiones del 1 al 12 que el INE considera como gastos de consumo (Ver Anexo III).



*Estimaciones para Uruguay*

En el **Gráfico 9** se presentan los gastos catastróficos en salud a nivel nacional, para zonas rurales y urbanas en ambos períodos considerados.

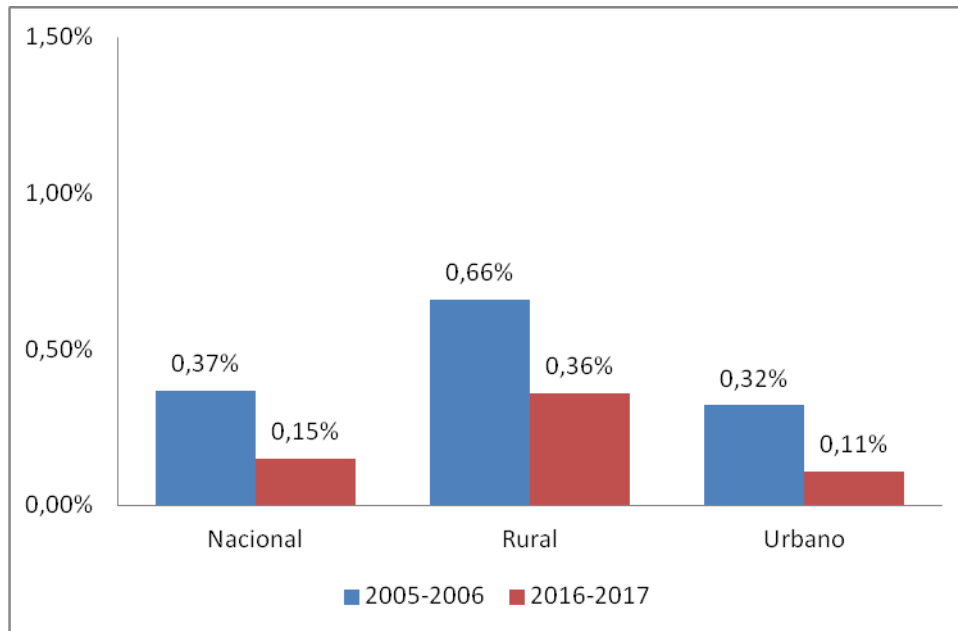
**Gráfico 9 - Gastos catastróficos que exceden el 10% del consumo total del hogar**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17



**Gráfico 10 - Gastos catastróficos que exceden el 25% del consumo total del hogar**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

Se estima que, a nivel nacional el 2,1% de la población incurrió en gastos de bolsillo en salud que excedieron el 10% del consumo total del hogar. Se observa de esta manera un descenso en el indicador respecto al año 2005, donde se estimaba que este valor ascendía a 4,7%. Al considerar el umbral del 25% del consumo, este porcentaje baja considerablemente volviendo a constatarse un descenso a través del tiempo, pasando de 0,37% a 0,15% respectivamente. Al mismo tiempo, se visualiza que la población rural se encuentra más expuesta a los gastos catastróficos que la urbana para ambos umbrales y períodos de referencia del análisis.

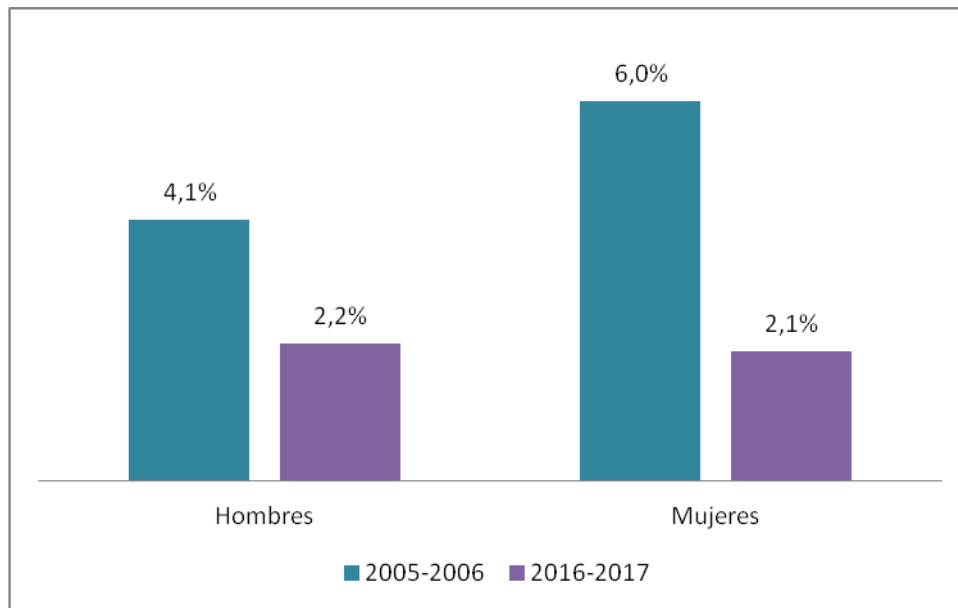
Según datos de la OMS y el Banco Mundial, en 2010 el 11,7% de la población del mundo incurrió en gastos catastróficos que superaron el 10% de su consumo o ingreso total del hogar. Este porcentaje ascendió al 14,8% para los países de América Latina y el Caribe, habiendo representado un 17,5% en el año 2005. Es claro que Uruguay se encuentra en una posición favorable frente a la región, más cercana a los porcentajes observados en Oceanía y Norteamérica: 3,9% y 4,6% respectivamente para el 2010.

Para el umbral del 25%, en 2010 los gastos catastróficos alcanzaron al 2,5% de la población en los países de América Latina y el Caribe. Nuevamente Uruguay se ubica en porcentajes cercanos a los observados en Oceanía y Norteamérica: 0,5% y 0,8% respectivamente.

A continuación, se presentan los gastos catastróficos en salud por sexo del jefe de hogar, teniendo en cuenta los dos umbrales internacionales.

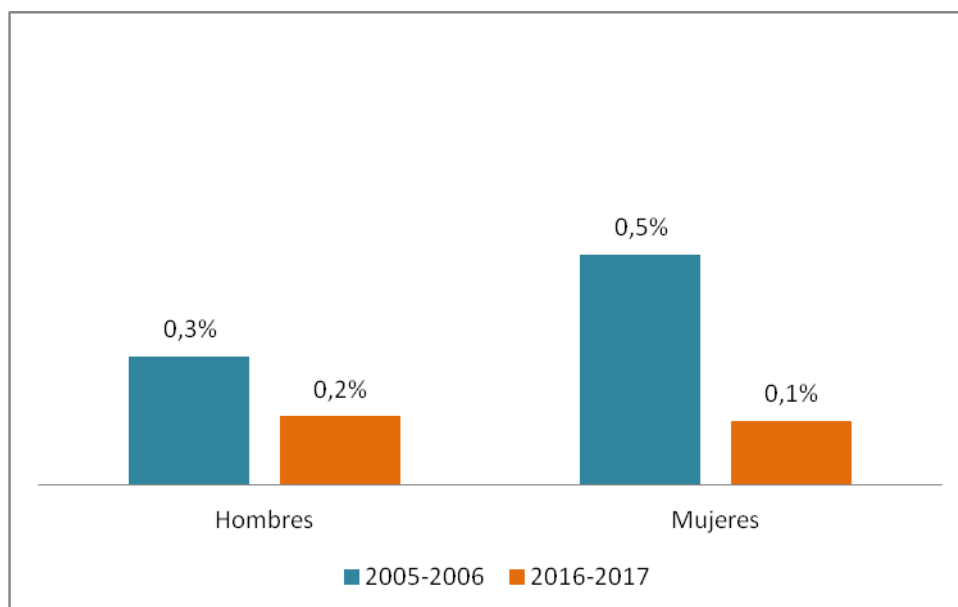


**Gráfico 11 - Gastos catastróficos por sexo del jefe de hogar, umbral del 10%**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

**Gráfico 12 - Gastos catastróficos por sexo del jefe de hogar, umbral del 25%**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

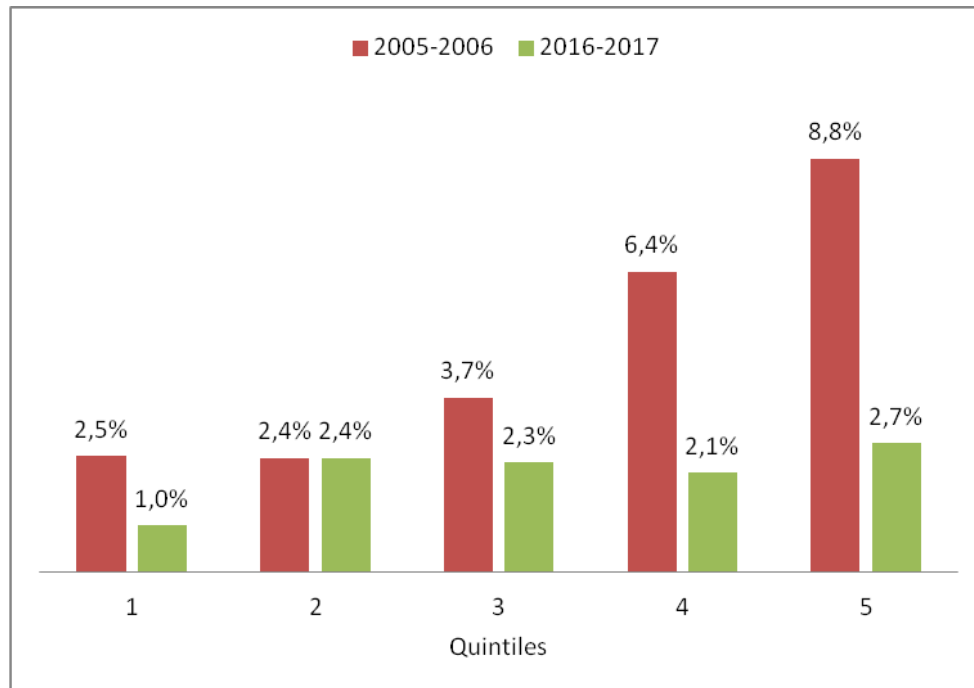
Al considerar el sexo del jefe de hogar, se observa que la brecha entre jefes de hogar hombres y mujeres constatada en el año 2005 desaparece. Mientras que en el año 2005 es mayor el porcentaje de hogares con jefatura femenina que debe afrontar gastos catastróficos (6% frente a 4,1%), en el año 2016-17 el porcentaje se equipara entorno al 2,1%. Un comportamiento similar se aprecia cuando se analiza el umbral del 25%.





En el **Gráfico 13** se presentan los gastos catastróficos por quintiles del consumo total del hogar por día y por persona, para los dos períodos de análisis.

**Gráfico 13 - Gasto catastrófico por quintiles del consumo total del hogar por día y por persona, umbral del 10%**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

Se puede apreciar cómo los gastos catastróficos crecen con los quintiles de consumo total del hogar, aunque este comportamiento se torna mucho más atenuado si se considera el período de referencia más reciente. Si bien los quintiles cuatro y cinco presentan mayores porcentajes de hogares que enfrentan gastos catastróficos, también son los que tienen mayor acceso a estos gastos y esta curva más “plana” que puede observarse actualmente podría estar indicando una mejora en cuanto al acceso para toda la población.

### Empobrecimiento debido a gastos de bolsillo en salud

#### *Consideraciones metodológicas*

En esta sección se medirá el empobrecimiento debido a los gastos de bolsillo en salud. En particular se calculan la incidencia y las brechas de la pobreza utilizando diversas líneas de pobreza. En primer término se utilizan líneas internacionales como forma de lograr



comparabilidad con los resultados del resto del mundo. Luego se incluye la línea de la pobreza nacional 2006 y 2017 calculadas por el INE en base a la metodología de líneas de pobreza e indigencia 2006. Aún no se encuentra publicada la nueva metodología de pobreza en base a la nueva ENGIH 2016-2017.

#### *Líneas de pobreza internacionales*

La primera línea internacional a utilizar es de 1,90 USD PPP 2011 por día, suele llamársele “línea de pobreza extrema”, que se calculó en 1,25 USD PPP 2005 y que se utiliza en el ODS 1 de poner fin a la pobreza. La segunda línea internacional a utilizar es de 3,20 USD PPA 2011 por día. Es la línea actualizada de 2,00 USD PPP 2005 y es utilizada habitualmente para los países de ingresos medianos bajos.

Cuando se mide la pobreza para otros años, el umbral de pobreza internacional en PPP se convierte a moneda nacional a precios del 2011 y después se convierte a los precios que prevalecían en el momento de la encuesta domiciliaria pertinente usando el mejor índice de precios al consumidor (IPC) que haya.

#### *Estimaciones para Uruguay*

A continuación se presenta la incidencia de la pobreza por día y por persona utilizando las líneas de pobreza internacionales de 1,90 dólares y 3,20 dólares.

**Cuadro 2- Incidencia de la pobreza por día y por persona con LP internacionales**

LP dólares	2005-2006		2016-2017	
	1,90	3,20	1,90	3,20
Incidencia de la pobreza incluyendo los GBS	1,64%	6,70%	0,13%	0,69%
Incidencia de la pobreza excluyendo los GBS	1,65%	7,00%	0,14%	0,69%

Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

Tal como se observa en el **Cuadro 2**, al restar los gastos de bolsillo en salud dentro del consumo de los hogares per cápita, existe un mayor porcentaje de hogares clasificados como pobres. Para la línea de la pobreza de 1,90 USD, el porcentaje de personas pobres era de 1,64% en 2005 si incluimos los GBS, mientras que este valor desciende a 0,13% para la encuesta actual. Al excluirlos, este porcentaje asciende mínimamente, a 1,65% y 0,14%

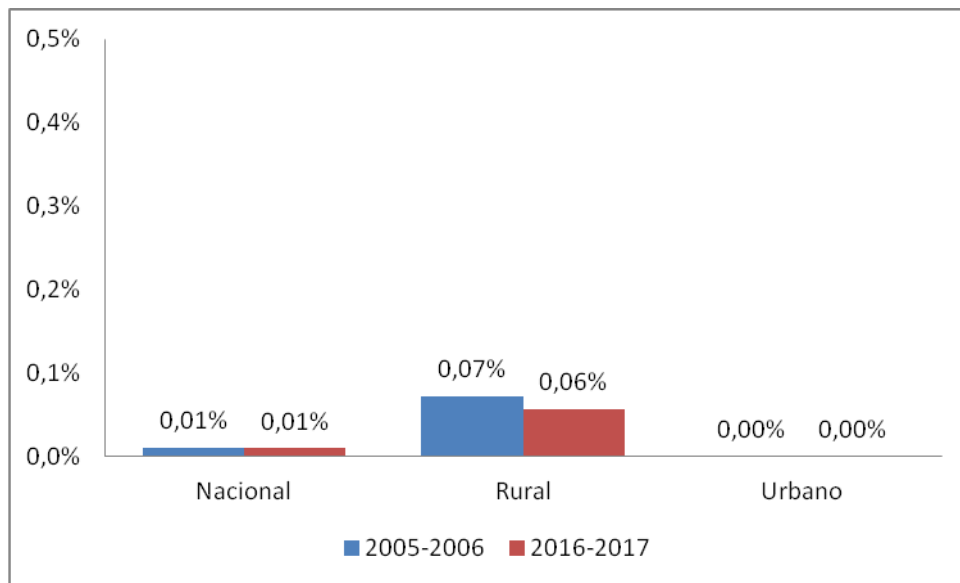


respectivamente. Lo mismo ocurre para la línea de pobreza de 3,20 USD, donde el porcentaje de pobres es de 6,7% al incluir los GBS pero asciende al 7% al excluirlos en 2005.

En 2016 el porcentaje de personas pobres desciende considerablemente al tomar la línea de la pobreza de 3,20 USD (caída de 6 p.p.). Al excluir los gastos de bolsillo en salud del consumo del hogar, este valor se mantiene prácticamente incambiado, indicando que prácticamente no existen personas que caigan por debajo de la línea de pobreza internacional debido a los GBS.

A la diferencia en la pobreza per cápita basada en el consumo de los hogares bruto y neto de los GBS se le denomina empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud. En el gráfico a continuación se presenta este empobrecimiento para las líneas de pobreza internacionales a nivel nacional, rural y urbano.

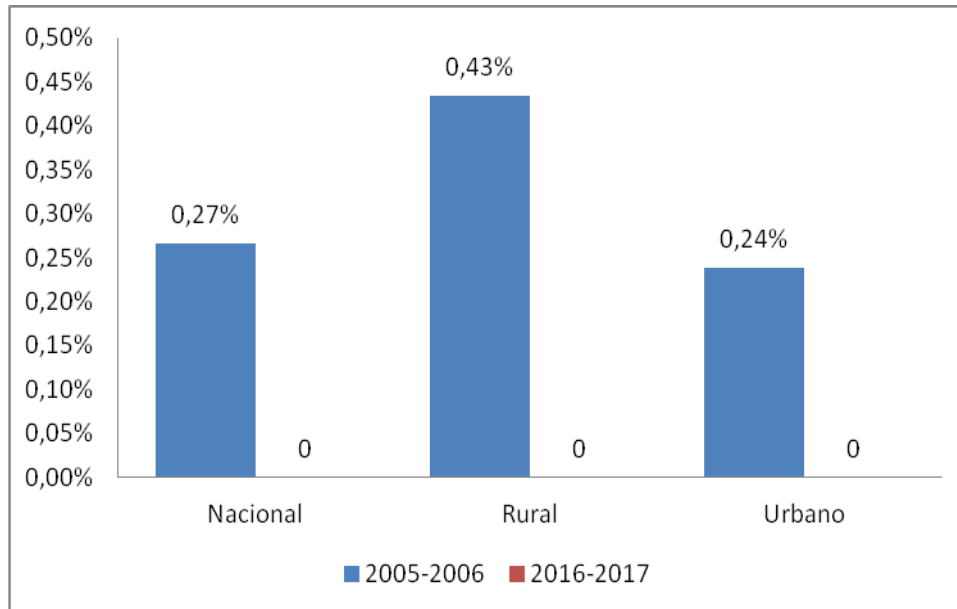
**Gráfico 14 - Porcentaje de empobrecidos debido a los GBS con LP internacional de 1,9 dólares**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17



**Gráfico 15 - Porcentaje de empobrecidos debido a los GBS con LP internacional de 3,2 dólares**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

El porcentaje de personas empobrecidas por los GBS, si se consideran las líneas de pobreza internacionales, es extremadamente bajo. Con una línea de pobreza extrema como la de 1,90 USD, un 0,01% se empobrece debido a los gastos de bolsillo en salud. Al comparar ambos períodos se observa que los porcentajes de empobrecidos permanecen casi incambiables.

Si se tiene en cuenta la línea de pobreza de 3,2 USD, el porcentaje de empobrecidos es de 0,27% para el período 2005-2006. Notar que este valor se estima en cero para los años 2016-2017, es decir, que no existen personas que se empobrezcan por este motivo. A su vez, para ambas líneas de pobreza el porcentaje de empobrecidos debido a los GBS es levemente mayor en las zonas rurales, superando en ambos casos los porcentajes nacionales.

En el **Cuadro 3** se presenta la brecha de la pobreza considerando las líneas de pobreza internacionales. La brecha corresponde al monto por el cual los hogares pobres no alcanzan la línea de pobreza. En este caso se expresa la brecha no en moneda local, sino como porcentaje de la línea de la pobreza de forma que sea comparable a nivel internacional.



**Cuadro 3 - Brecha de la pobreza considerando LP internacionales**

LP dólares	2005-2006		2016-2017	
	1,9	3,2	1,9	3,2
Brecha de la pobreza incluyendo los GBS	0,40%	1,80%	0,02%	0,17%
Brecha de la pobreza excluyendo los GBS	0,42%	1,90%	0,02%	0,17%

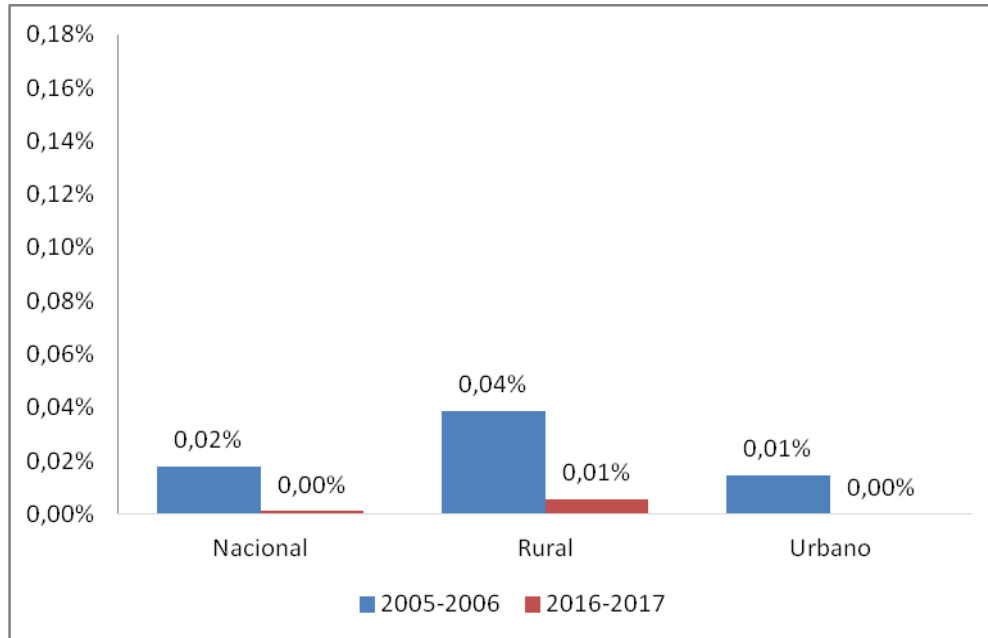
Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

Para ambas líneas de la pobreza internacionales, las brechas de la pobreza presentadas son bajas. Para la línea de 1,90 USD la brecha no alcanza ni el 1% de la LP, en tanto para la de 3,20 USD no alcanza el 2%. Notar sin embargo, que para ambas líneas hay un descenso en las brechas de pobreza.

Seguidamente se presentan las diferencias en las brechas de pobreza basadas en el consumo de los hogares bruto y neto de los GBS. A esta diferencia se le denomina profundidad de la pobreza y muestra cuánto se incrementa la brecha de la pobreza debido a los gastos de bolsillo en salud.



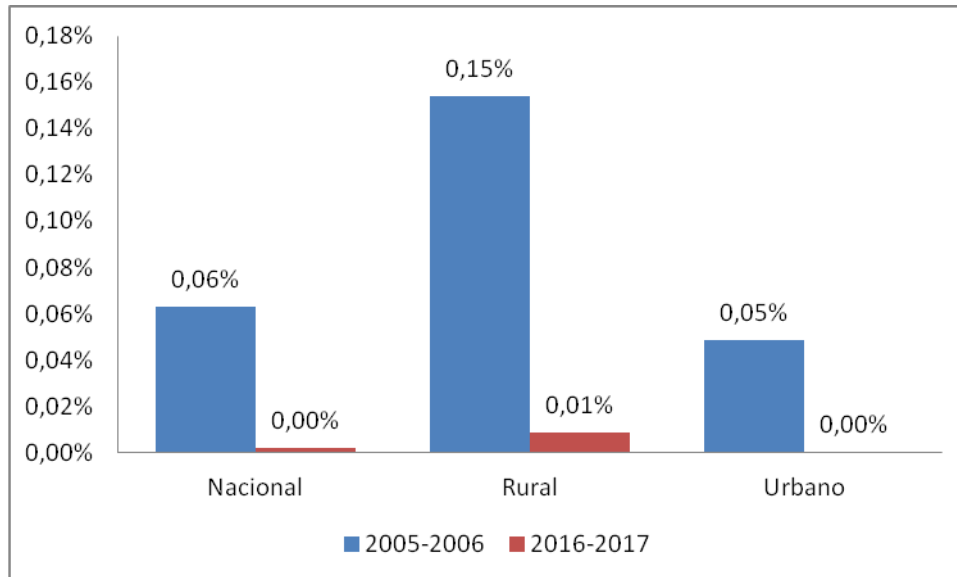
**Gráfico 16 - Incremento de la brecha de pobreza debido a los GBS. LP internacional 1,9 dólares**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17



**Gráfico 17 - Incremento de la brecha de pobreza debido a los GBS. LP internacional 3,2 dólares**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

Queda claro en base los gráficos anteriores que el porcentaje en que se incrementa la brecha de la pobreza al restar los gastos de bolsillo en salud del consumo total del hogar es muy bajo. Para ambas líneas de pobreza, a nivel nacional el incremento en la brecha es menor al 0,1%.

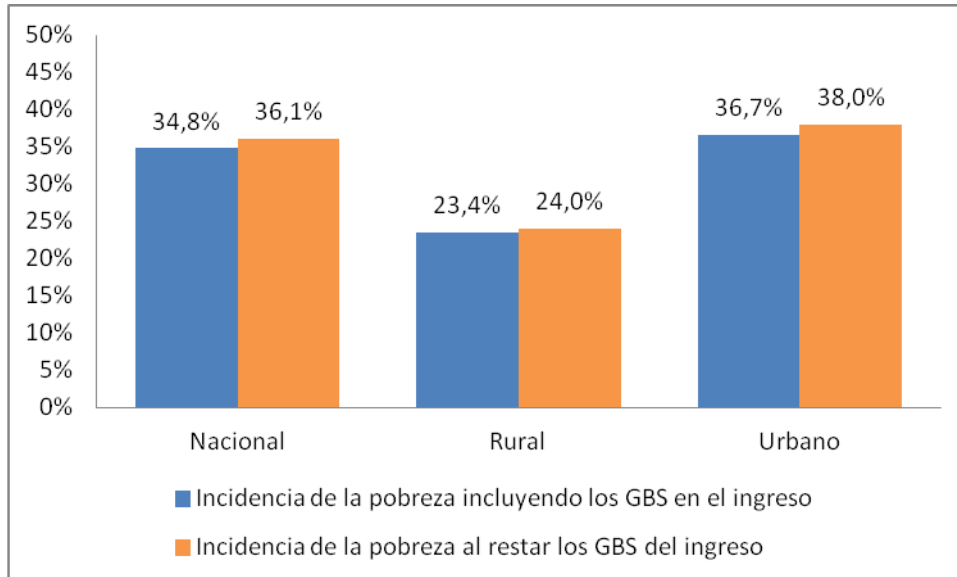
#### **Línea de pobreza – INE 2006 y 2017**

Las líneas de la pobreza estimada por el INE para los años 2006 y 2017 toman los valores de la Canasta Básica Alimentaria y no Alimentaria de los hogares, considerando la metodología de líneas de pobreza e indigencia 2006 que se basan en la ENGIH 2005-2006.

A continuación se presenta la incidencia de la pobreza por día y por persona utilizando las líneas de pobreza del INE a nivel nacional, así como para zonas rurales y urbanas.

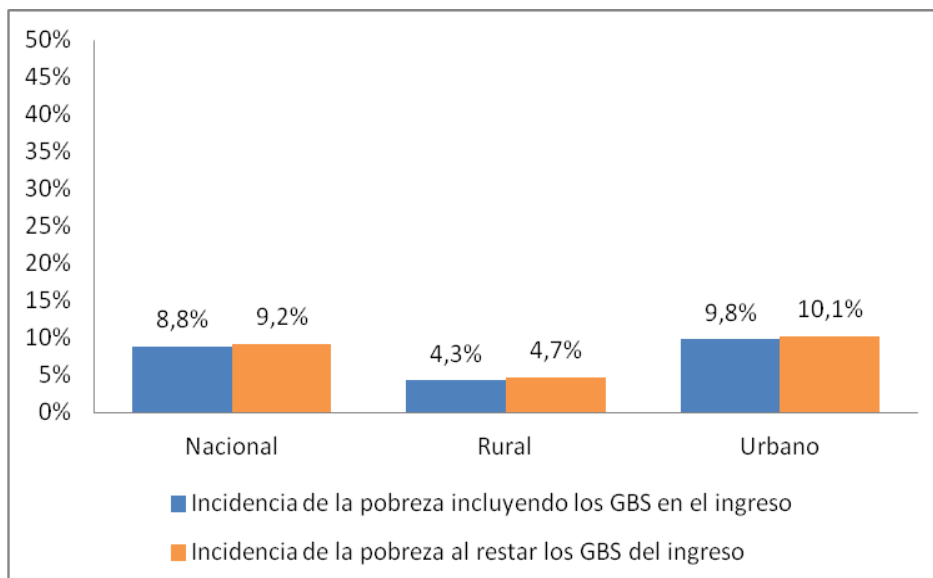


**Gráfico 18 - Incidencia de la pobreza por día y por persona con LP año 2006**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

**Gráfico 19 - Incidencia de la pobreza por día y por persona con LP año 2017**



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17





Tal como se observa en el **Gráfico 18**, al considerar la línea de la pobreza del año 2006 del INE, la incidencia de la pobreza asciende considerablemente respecto a las líneas de pobreza internacionales. A nivel país, un 34,8% de las personas se encuentran por debajo de la línea de la pobreza. Sin embargo, la pobreza en zonas rurales es más baja a la presentada en zonas urbanas, alcanzando a un 23% de la población para los primeros y a un 37,5% para los segundos.

Es de destacar el importante descenso en los porcentajes de incidencia de la pobreza en 2017 (ver Gráfico 19) respecto a lo comentado en 2006. El indicador pasa de un 34,8% a solo un 8,8% de la población del país por debajo de la línea de pobreza. Nuevamente la pobreza en zonas rurales es menor a la presentada en zonas urbanas, 4,3% y 9,8% respectivamente.

**Cuadro 4 - Porcentaje de empobrecidos debido a los GBS - LP 2006**

	Nacional	Rural	Urbano
Porcentaje de empobrecidos debido a GBS, año 2006	1,27%	0,55%	1,39%
Porcentaje de empobrecidos debido a GBS, año 2017	0,37%	0,40%	0,36%

Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

Si bien existe un elevado porcentaje de personas pobres al considerar la LP del año 2006, el porcentaje de empobrecidos debido a los gastos de bolsillo en salud es bajo, de 1,27% a nivel nacional. Considerando la LP para el año 2017 este porcentaje desciende al 0,37%. Mientras que en 2005 el porcentaje de empobrecidos por los GBS es mayor en las zonas urbanas que en las rurales, en 2017 este comportamiento no presenta grandes diferencias para ambas zonas geográficas.

En base a estos resultados, en su mayoría las personas no son pobres por los gastos de bolsillo en salud que deben realizar.

A continuación se grafican dos versiones estilizadas de la curva de Pen's Parade que se utiliza generalmente para representar la distribución del ingreso (O'Donnell, van Doorslaer, Wagstaff, & Lindelow, 2007). El gráfico muestra el consumo mensual de los hogares per cápita antes y después de restar los gastos de bolsillo en salud. Además, se grafica la línea de la pobreza 2006 y 2017 del INE. Esta línea pondera, según su peso dentro de la muestra, a los hogares de Montevideo, Interior urbano y rural.

Para cada hogar, las barras verticales rojas o "gotas de pintura" muestran hasta qué punto la resta de los GBS reducen el consumo del hogar. Si una de estas barras se corta con la línea de



la pobreza, entonces este hogar no será contabilizado como pobre al considerar el consumo que incluye los gastos de bolsillo en salud, pero sí lo será al restarlos.

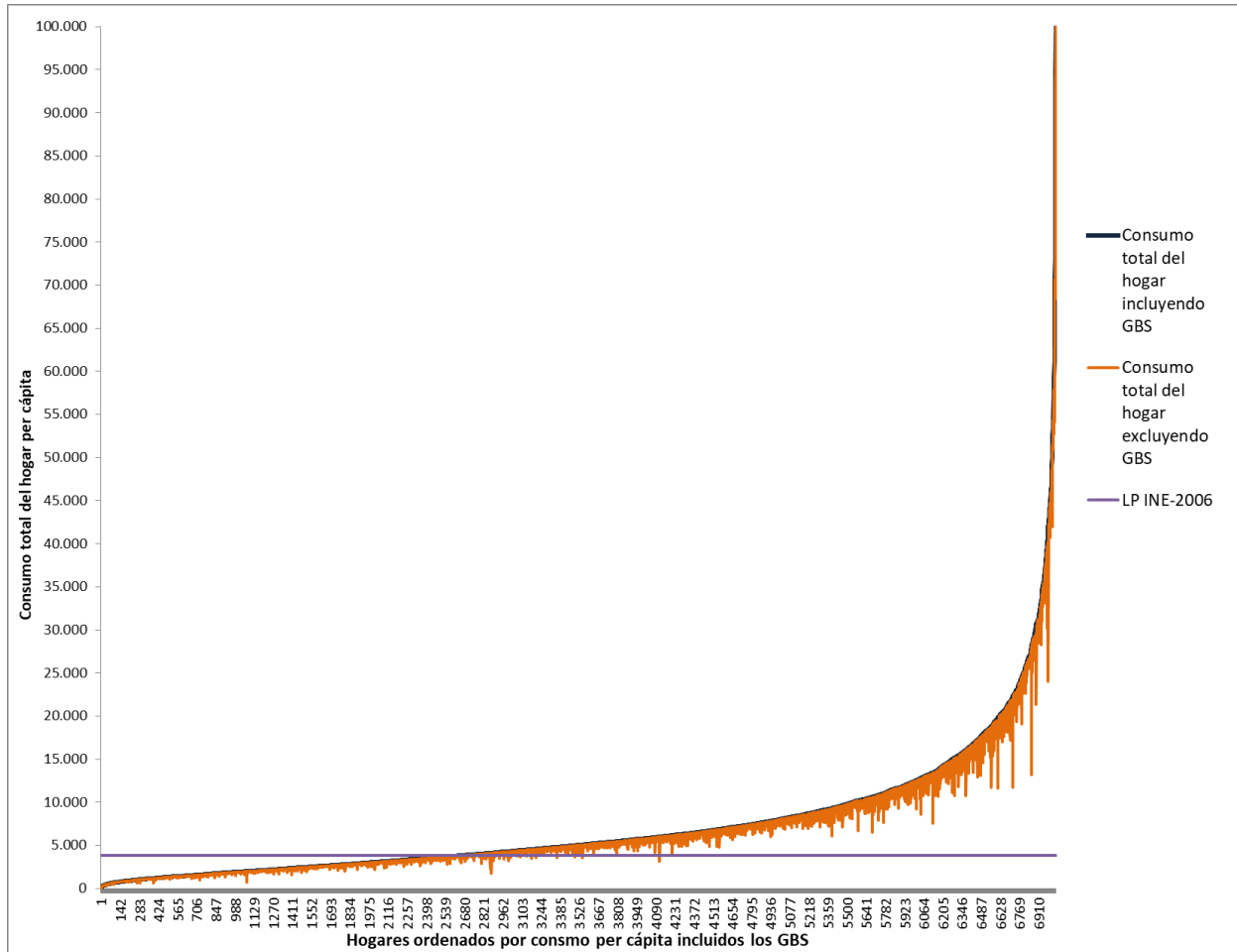
En los **gráficos 20 y 21** se presenta la distribución del consumo total del hogar per cápita mostrando curvas bien diferentes. En el período 2005-06 el consumo se encuentra cercano a la línea de la pobreza en prácticamente toda la distribución, salvo en el tramo final donde muestra un incremento importante. El consumo se corta con la línea de la pobreza en la mitad de la distribución y notamos que es en este punto donde algunas barras naranjas cortan con la línea de la pobreza (en violeta) y por tanto son éstos los hogares que pasan a ser pobres una vez restados los gastos de bolsillo en salud de su consumo.

En el **Gráfico 21**, que corresponde al período 2016-17, la curva de consumo se muestra bastante más alejada de la línea de la pobreza, mostrando además un incremento importante del consumo de los hogares en el período. En este caso, la curva de consumo corta la línea de la pobreza sobre el tramo izquierdo de la distribución, indicando la fuerte caída de la pobreza mencionada en párrafos anteriores. Al considerar el consumo del hogar luego de restados los gastos de bolsillo en salud (curva roja) se aprecia que sólo algunas barras cortan con la LP 2017, de forma que es menor el número de hogares que pasan a ser pobres una vez restados los gastos de bolsillo en salud de su consumo.

Queda claro en base a ambos gráficos que los gastos de bolsillo en salud son mayores cuanto mayor el consumo total del hogar.



Gráfico 20 - Curva de Pen's Parade, datos ENGIH 2005-2006

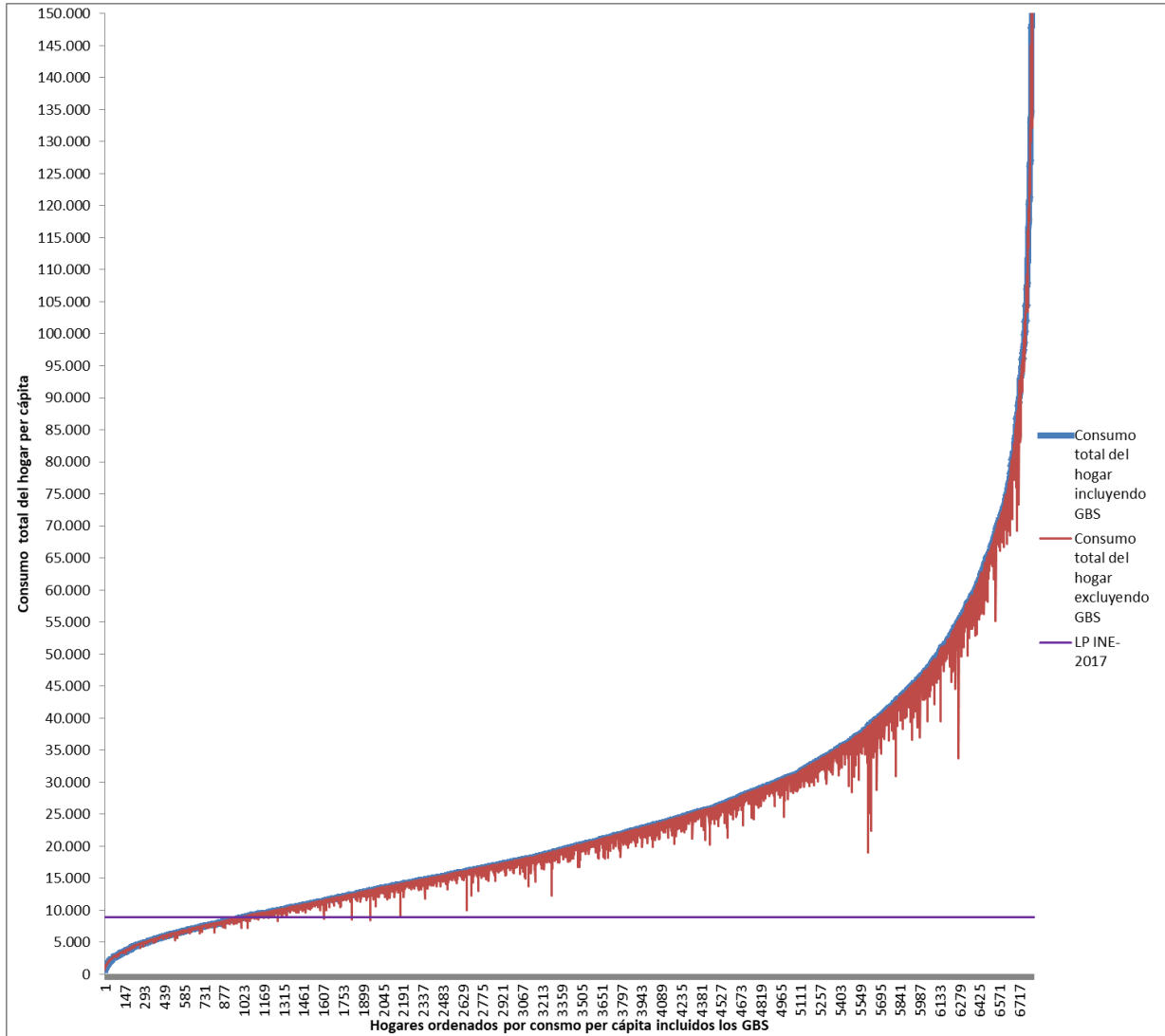


Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06





Gráfico 21 - Curva de Pen's Parade, datos ENGIH 2016-2017



Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2016-17





## Consideraciones finales

El presente informe constituye un gran avance en el camino planteado para dar seguimiento a la Cobertura Universal en Salud, en particular, en lo que respecta a la producción de indicadores que den cuenta del grado de protección financiera de nuestro sistema de salud, aportando medidas que relacionen el impacto que tienen los gastos de bolsillo en el presupuesto del hogar.

En este sentido, los hogares no deberían enfrentarse a la disyuntiva de financiar bienes y servicios en salud u otros bienes de primera necesidad. De esta manera, un nivel de gasto de bolsillo en salud puede representar una proporción muy grande del consumo de un hogar y de esta forma ser catalogado como catastrófico incluso pudiendo provocar una caída de algunos hogares por debajo de la línea de pobreza resultando empobrecedor para ese hogar. Por lo tanto, todos los esfuerzos que vayan en el sentido de poder medir y aproximarse a la descripción de este fenómeno se tornan muy valiosos.

Gracias al apoyo recibido por la OPS-OMS en términos de capacitación técnica y el esfuerzo sistemático que viene realizando el equipo de Cuentas Nacionales se ha logrado plasmar, en una primera aproximación, diversos indicadores que dan cuenta de este fenómeno.

Según nuestros resultados, el 82% de la población uruguaya incurre en gastos de bolsillo en salud en el período 2016-2017, sufriendo un incremento frente al 71% presentado en 2005-2006. Sin embargo, este gasto promedio, como proporción del consumo total del hogar cae en el período reciente, pasando de un 2,6% a un 2,1%. Se trata por tanto, de un gasto con un bajo peso relativo en el consumo total de los hogares uruguayos. En relación a los gastos catastróficos, estos también presentan un descenso en el período reciente tanto para el umbral del 10% como del 25% del consumo total del hogar. En 2005-2006 un 4,7% de la población incurrió en GBS que excedieron el 10% del consumo total del hogar, en 2016-2017 ese porcentaje fue del 2,1%. En base a este indicador, Uruguay se encuentra en una posición favorable frente a la región, acercándose a los valores presentados por los países desarrollados. Según datos de la OMS para el año 2010, el 14,8% de la población de América Latina incurría en gastos catastróficos, siendo que en Norteamérica y Oceanía el indicador afectaba a un 4,6% y 3,9% respectivamente.

Si se distingue por ubicación geográfica, las zonas rurales presentan un menor porcentaje de población que realiza GBS (74% contra 83%) y menor gasto diario por persona (en \$) que las zonas urbanas. Sin embargo, los gastos de bolsillo en salud representan un gasto mayor en el consumo de estos hogares frente a los urbanos. Esto también se ve reflejado en el indicador de gasto catastrófico, donde un 3,9% de la población rural incurrió en GBS que excedieron el



10% del consumo total del hogar. Este porcentaje alcanzó a un 1,7% de la población de zonas urbanas.

Al considerar la jefatura del hogar, se aprecia que en el período más reciente se redujeron las diferencias en el porcentaje de población que realiza algún GBS y también en el gasto diario por persona según sexo del jefe. Los indicadores de gasto catastrófico tampoco muestran diferencias significativas según el sexo del jefe de hogar para el período reciente (2,2% para jefaturas masculinas y 2,1% para jefaturas femeninas).

Por último, al considerar los indicadores de pobreza, el porcentaje de empobrecidos en Uruguay debido a los GBS es considerablemente bajo tanto para las LP internacionales como las nacionales. El indicador presenta mejoras en el período reciente según la LP nacional, pasando de un 1,27% de empobrecidos en 2006 a 0,37% en 2017. Se concluye así, que la mayor parte de la población uruguaya no es pobre debido a los gastos de bolsillo en salud que realiza.

En líneas generales, Uruguay presenta muy buenos resultados si se tiene en cuenta la experiencia relevada en la región, presentado niveles de gasto de bolsillo, gastos catastróficos y empobrecedores en salud bajos, lo que estaría indicando una buena protección financiera de los hogares.

Se presenta como desafío para el equipo presentar las mismas medidas abordadas en este informe que fueron construidas a partir del consumo con la variable ingreso, y de esta manera poder dar seguimiento a través del tiempo con encuestas que relevan el ingreso con mayor periodicidad que el consumo. Además sería importante incorporar la mirada del indicador 3.8.1 acerca de la cobertura de los servicios de salud esenciales y de calidad, para tener una idea más acabada y precisa de quiénes son las personas que están dejando de acceder a los servicios de salud.



Anexo I

Formulario 4 Gastos del Hogar-Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares 2016-2017

¿En el MES PASADO cuánto se gastó en...					
EG.Código Código	EG.Artículo ¿Qué adquirió?	EG.Cantidad ¿Qué cantidad?	EG.Precio ¿Cuánto gastó? <small>Importe contado</small>	EG.Cómo ¿Cómo adquirió?	EG.Destino Destino Hogar..... 1 Otro hogar 2 ISFL..... 3
<b>... SERVICIOS DE SALUD?</b>					
06411010	Cuota mutual				
06421011	Cuota de seguro integral de salud				
06461011	Cuota de servicio de emergencia móvil				
06481010	Cuota de seguro odontológico				
12721020	Cuota de Previsión de servicio fúnebre				
06471010	Servicio de acompañantes				
06441010	Ordenes consultorio				
06211010	Médico general particular				
06211020	Médico especialista particular				
01142072	Leche de fórmula				
01191190	Complementos alimenticios				
06441020	Tickets para medicamentos				
06112010	Pastillas anticonceptivas, parches				
06112020	Otros anticonceptivos, DIU, etc.				
06112030	Preservativos				
06111011	Medicamentos: analgésicos				
06111012	Medicamentos: antibióticos				
06111013	Medicamentos: antiácidos y digestivos				
06111014	Medicamentos: antigripales				
06111015	Medicamentos: psicofármacos				
06111016	Medicamentos: para afecciones respiratorias				
06111017	Medicamentos: cardiovasculares				
06111018	Medicamentos: otros				
06113010	Otros productos farmacéuticos (primeros auxilios, etc.)				
06441030	Tickets de análisis clínicos y estudios especiales				
06421012	Complemento de cuota seguro integral				
06461012	Complemento de servicio de emergencia móvil				
12411011	Residenciales o casas comunitarias para ancianos				
12411012	Centro diurno para ancianos				
12411013	Residenciales o casas comunitarias para discapacitados				
12411014	Centro diurno para discapacitados				
12411017	Help line				
<p>Recuerde mencionar: artículos de primeros auxilios, suero, jeringa, vacuna, termómetro, alcohol, algodón, gasas, etc.</p>					
<b>... AFILIACIÓN A INSTITUCIONES SIN FINES DE LUCRO?</b>					
06431010	ANDA				
<p>Recuerde mencionar: COSSAC, Sindicatos, Centro Protección de Choferes, UNICEF, etc.</p>					



### ¿En el TRIMESTRE PASADO cuánto se gastó en...

EG.Código Código	EG.Artículo ¿Qué adquirió?	EG.Cantidad ¿Qué cantidad?	EG.Precio ¿Cuánto gastó? <small>Importe contado</small>	EG.Como ¿Cómo adquirió?	EG.Destino Destino Hogar..... 1 Otro hogar 2 ISFL..... 3	Compras a crédito	
						EG.Cre... importe promedio de cuota	EG.Cre cuotas Cantidad de cuotas
<b>... ANÁLISIS CLÍNICOS Y TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS PARTICULARES?</b>							
06231010	Análisis de sangre, orina, otros						
06231020	Radiografía, tomografía, ecografía, centellograma						
06231030	Ultrasonido, endoscopia, fibroscopia						
06231040	Quimioterapia, radioterapia						
06232010	Servicio de enfermero, practicante, toma de presión						
06221010	Odontólogo						
06233010	Psicólogo, psicomotricista y otros tratamientos terapéuticos						
06233020	Medicina no tradicional (homeopatía, acupuntura, masajes, otros)						
06311010	Parto (incluye pago al ginecólogo y anestésista de la mutualista)						
06311020	Servicio de internación, intervención quirúrgica						
06311030	Internación en clínica privada (adiciones, etc)						
06311041	Cirugías plásticas, lipoaspiración, tratamientos con láser						
06311042	Tratamientos de belleza corporal (reductores, anticelulíticos, etc.)						

Para acceder al formulario completo dirigirse al siguiente link:  
<https://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-de-gastos-e-ingresos-de-los-hogares-2016>







## Anexo II

**Cuadro 5 -Ingreso medio de los hogares con valor locativo según sexo del jefe de hogar-  
ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-2017.**

	Hombres	Mujeres
ENGIH 2005 -2006 (precios constantes 2017)	56.369	44.420
ENGIH 2016 -2017	76.852	71.034

Fuente: AES, MSP en base a ENGIH 2005-06 y ENGIH 2016-17

## Anexo III

**Descripción de las Divisiones 1 – 12 consideradas como Gasto de Consumo en este informe**

	Descripción
División 1	Alimentos y bebidas
División 2	Bebidas alcohólicas y tabaco
División 3	Vestimenta y calzado
División 4	Vivienda
División 5	Muebles y hogar
División 6	Salud
División 7	Transporte
División 8	Comunicación
División 9	Recreación y cultura
División 10	Educación
División 11	Restaurante y hoteles
División 12	Bienes y servicios domésticos



## Bibliografía

- Gasparini, L., Cicowiez, M., & Sosa Escudero, W. (2013). *Pobreza y desigualdad en América Latina. Herramientas, conceptos y aplicaciones*. La Plata.
- MSP. (2019). *Cuentas de Salud en Uruguay 2016-2017. Gastos y financiamiento de la salud en Uruguay*. Montevideo.
- Nations, U. (2017). *Report of the Inter-agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators*.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2007). *Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation*. Washington, DC: World Bank Group.
- Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial. (2017). *Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017*. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.