Cuentas Nacionales de Salud 2018-2019

Gasto y financiamiento de la salud en Uruguay

MARZO 2021

EQUIPO DE CUENTAS DE SALUD - ÁREA ECONOMÍA DE LA SALUD

Autoridades

Dr. Daniel Salinas
Ministro

Lic. José Luis Satdjian
Subsecretario

Dr. Luis González Machado
Director de JUNASA

Área Economía de la Salud

Giselle Jorcin
Encargada de Dirección

Equipo de Cuentas de Salud

Victoria Arbulo

Cecilia Artagaveytia

Chantal Boulay

María Inés Castro

Mariana Chávez

Noelia Minchilli

María Saravia

Glosario

AES: Área Economía de la Salud

ALD: Atención de larga duración

ANCAP: Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland

ANP: Administración Nacional de Puertos

ANTEL: Administración Nacional de Telecomunicaciones

ANV: Agencia Nacional de Vivienda

APS: Atención Primaria de la Salud

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

DISSE: Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad

BCU: Banco Central del Uruguay

BHU: Banco Hipotecario del Uruguay

BPS: Banco de Previsión Social

BROU: Banco de la República Oriental del Uruguay

BSE: Banco de Seguros del Estado

CGN: Contaduría General de la Nación

CUDIM: Centro Uruguayo de Imagenología Molecular

ECAS: Estructura de Costos de Atención en Salud

ENGIH: Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares

FNR: Fondo Nacional de Recursos

FONASA: Fondo Nacional de Salud

FP: Factores de provisión

FS: Ingresos de los esquemas

GTS: Gasto total en salud

HF: Esquemas de financiamiento

HK: Cuenta capital

HP: Proveedores

IAMC: Institución de Asistencia Médica Colectiva

IMAE: Institutos de Medicina Altamente Especializada

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INE: Instituto Nacional de Estadística

ISFL: Instituciones sin fines de lucro

JUNASA: Junta Nacional de Salud

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

PIAS: Plan Integral de Atención en Salud

SHA: System of Health Accounts

SINADI: Sistema Nacional de Información

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SNS: Seguro Nacional de Salud

Contenido

1. Introducción 6
2. Resultados 7
   2.1 Indicadores generales 7
   2.2 El financiamiento del gasto en salud 11
   2.2.1 Esquemas de financiamiento 11
   2.2.2 Ingresos de los esquemas 20
   2.2.3 El financiamiento en el contexto regional 22
   2.2.4 Agentes de financiamiento 25
   2.3 La provisión de servicios de salud 27
   2.3.1 Gasto en salud de los proveedores 27
   2.3.2 Factores de provisión 30
   2.3.3 Cuenta capital 35
   2.4 El consumo de servicios de salud 37
   2.4.1 Gasto en salud por funciones 37
   2.4.2 Gasto en salud por funciones por proveedor 41
3. Avances y perspectivas 51

1. Introducción

En este informe se presentan los resultados de gasto y financiamiento de la salud en nuestro país para los años 2018 y 2019 obtenidos mediante las Cuentas de Salud.

Las Cuentas de Salud son un marco de análisis utilizado a nivel internacional que permite describir los flujos financieros vinculados al consumo de bienes y servicios de salud del país utilizando para ello la perspectiva del gasto. El Sistema de Cuentas de Salud es una herramienta orientada a la generación de información sobre el gasto y el financiamiento de la atención en salud y es el marco de referencia internacional.

Dadas las particularidades del año 2020, en esta oportunidad no se realizan innovaciones conceptuales ni metodológicas respecto al informe 2016 y 2017 presentado en febrero de este año. Por tanto, este documento será básicamente descriptivo, recogiendo los principales resultados para los años 2018 y 2019. Para abordar el desarrollo del marco conceptual, la metodología y las estrategias de estimación adoptadas por el equipo de cuentas para arribar a los resultados aquí presentados, se sugiere consultar el informe Cuentas de Salud 2016-2017: Gasto y financiamiento de la Salud en Uruguay.

El documento se estructura de la siguiente forma: se presentan los principales indicadores generales y luego se describen las clasificaciones utilizadas, siguiendo la metodología propuesta por Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011). Esto se realiza desde 3 dimensiones: la primera, el financiamiento del gasto; éste se analiza desde la perspectiva de los esquemas de financiamiento como los ingresos de los esquemas y los agentes de financiamiento. En segunda instancia se presenta la dimensión del gasto según la provisión de los servicios de salud, es decir, el gasto en salud de los proveedores, los factores de provisión y la cuenta capital. Por último, se analiza la dimensión del consumo de servicios de salud utilizando el método de análisis del gasto en salud por funciones. Como último punto, se da cuenta de los avances en la generación de las cuentas de salud y se plantean desafíos y perspectivas para próximos estudios.

2. Resultados

2.1 Indicadores generales

A continuación se presentan algunos indicadores generales del gasto en salud y su financiamiento para los años 2018 y 2019, entre los que se encuentran el gasto total, el gasto corriente y el gasto de capital para Uruguay.

El gasto total en salud en 2018 ascendió a 197.085 millones de pesos constantes de 2019, en tanto en 2019 fue de 207.233 millones de pesos. De esta manera, la variación del gasto total en 2019 respecto al año anterior fue de 5,15%. A su vez, el gasto total en salud en el año 2018 creció un 1,88% respecto al 2017.

El gasto corriente por su parte, representa el 97,8% del gasto total tanto en 2018 como en 2019, mientras que las inversiones aportan el 2,2% restante. Esta composición se ha mantenido estable en los últimos años. El gasto corriente aumentó en términos reales un 7,5% desde el año 2017, mientras que el gasto de capital registró una caída del 6%, explicada por el descenso observado en el año 2018.

Tabla 1 Gasto corriente y gasto de capital en salud en millones de pesos constantes de 2019

	2018	2019
Gasto corriente	192.774	202.711
Gasto de capital	4.311	4.522
GTS	**197.085**	**207.233**

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En la tabla 2 se presenta el gasto total en salud desde el año 2005 en millones de pesos constantes del año 2019. De esta manera, se puede observar la variación del gasto a través del tiempo en términos reales, dejando de lado la variación de los precios durante el período de referencia. Asimismo, puede observarse el gasto promedio per cápita anual en pesos constantes y el gasto en salud en relación al PIB.

Tabla 2 GTS en millones de pesos constantes de 2019, GTS per cápita y GTS como porcentaje del PIB

	GTS	GTS p/c	GTS como % PIB
2005	100.413	29.953	8,21%
2006	106.059	31.584	8,32%
2007	109.431	32.580	7,96%
2008	117.044	34.803	7,94%
2009	133.631	39.558	8,64%
2010	139.265	41.000	8,49%
2011	152.584	44.712	8,77%
2012	162.195	47.336	8,97%
2013	170.086	49.441	9,02%
2014	175.994	50.958	9,00%
2015	182.003	52.495	9,25%
2016	188.269	54.097	9,61%
2017	193.445	55.378	9,76%
2018	197.085	56.214	9,98%
2019	207.233	58.897	10,49%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

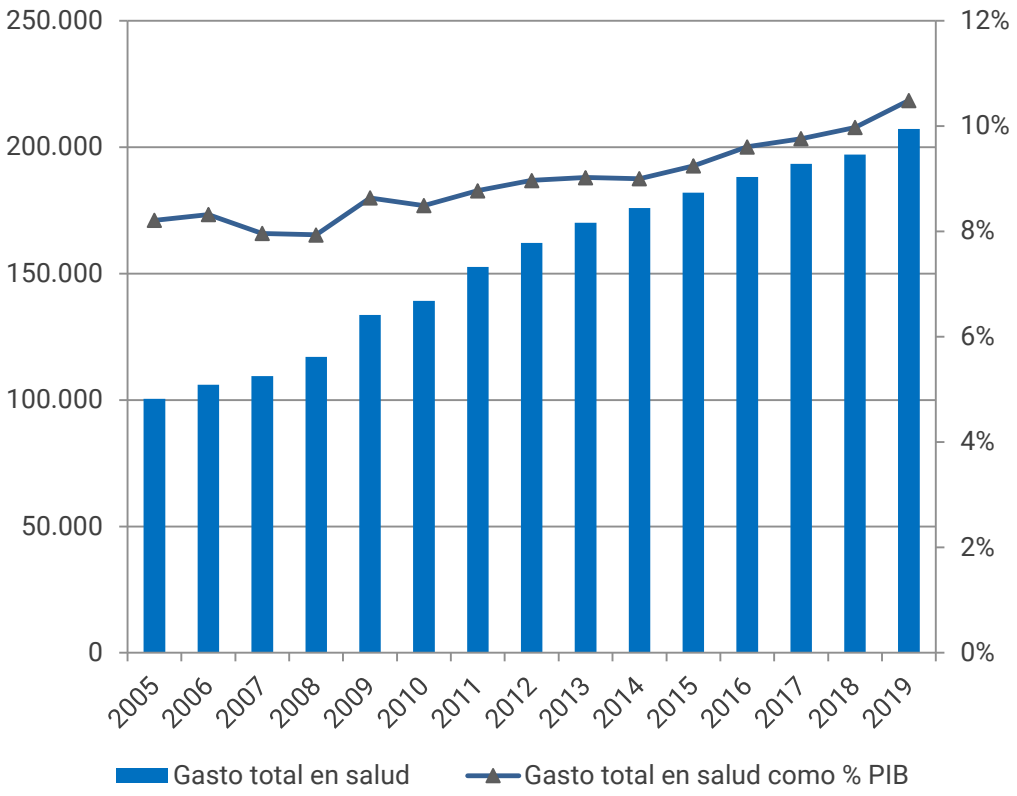
El incremento real del gasto total en salud (GTS) observado en el año 2019 con respecto al 2018 (5,2%) mientras que la variación promedio anual registrada entre los años 2005 y 2019 (5,4%). Se observa un incremento sostenido del gasto a través del tiempo. En efecto, al final del período, el gasto total es el doble (106% más) del año 2005.

Si se analiza lo que sucede con el gasto en salud per cápita, se aprecia que éste asciende a 58.897 pesos anuales en 2019, lo que indica un valor de 4.908 pesos mensuales por persona. Este indicador se incrementó un 6,4% desde el 2017 hasta el 2019.

Además, el gasto en salud representa un 10,5% del PIB en el año 2019. Este indicador registró un incremento del 7,4% respecto al año 2017. De esta manera, al mirar la serie desde el año 2005, se visualiza cómo el gasto en salud creció por encima del PIB en el período referencia: 5,4% promedio anual y 3,5% respectivamente.

En el gráfico 1 se presentan las series de datos para mejor visualización de la información detallada anteriormente.

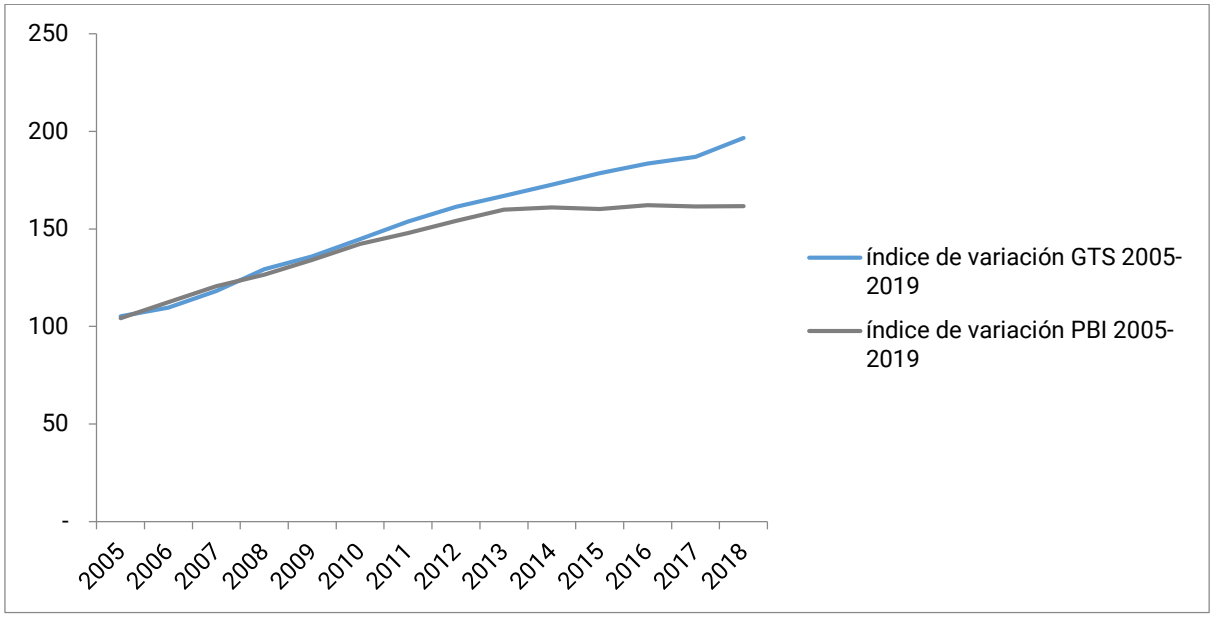
Gráfico 1 Gasto corriente y gasto de capital en salud, en millones de pesos constantes de 2019 y como porcentaje del PIB



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Por otro lado, en el gráfico 2 se muestra la evolución de la variación del gasto total en salud y del PIB desde el 2005 hasta el 2019. Se aprecia cómo el gasto en salud se incrementa de forma sostenida en el período y permanece siempre por encima de la variación del PIB (con alguna excepción al principio de la serie). La variación del PIB, por su parte, luego de varios años de crecimiento sostenido presenta un estancamiento desde el 2015 que se mantiene hasta el final del período. Aquí se puede visualizar cómo se incrementa la brecha de variación entre el GTS y el PIB, aspecto mencionado anteriormente.

Gráfico 2 Evolución comparada del gasto total en salud y del PIB para el período 2005-2019 (base 2005=100)



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

2.2 El financiamiento del gasto en salud

En este apartado se presenta la dimensión del financiamiento del gasto en salud. El análisis se aborda a través de las clasificaciones de esquemas de financiamiento, ingresos de los esquemas y agentes de financiamiento.

2.2.1 Esquemas de financiamiento

En esta sección se analizan las cifras de 2018 y 2019, para luego presentar series del período 2005-2019 que permiten evaluar la evolución de los principales esquemas de financiamiento.

En la Tabla 3 se presenta el gasto por esquema de financiamiento para 2018 y 2019 mientras que el Gráfico 3 permite observar la distribución del gasto total del año 2019 para cada esquema de financiamiento.

Tabla 3 Gasto por esquema de financiamiento, años 2018 y 2019, en millones de pesos constantes de 2019

Gasto por esquema de financiamiento en millones de pesos constantes valor 2019	2018	2019
HF.1 Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	134.806	136.685
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	34.711	35.097
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud	100.095	101.588
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	23.359	24.354
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	22.300	23.189
HF.2.1.1 Esquemas de seguros primarios/sustitutivos	15.881	16.628
HF.2.1.2 Esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios	6.419	6.561
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	237	308
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas	822	858
HF.3 Gasto directo de los hogares	31.319	31.342
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	23.796	23.785
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	7.523	7.557
HF.nec Esquemas de financiamiento no especificados (n.e.p.)	7.602	14.852
Total general	**197.085**	**207.233**

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Alrededor de un 67% corresponde a esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios (HF.1) y dentro de este, la mayor representación la tienen los seguros sociales de salud (HF.1.2.1 explicado más que nada por el Seguro Nacional de Salud (FONASA). Le siguen HF.3 gasto directo de los

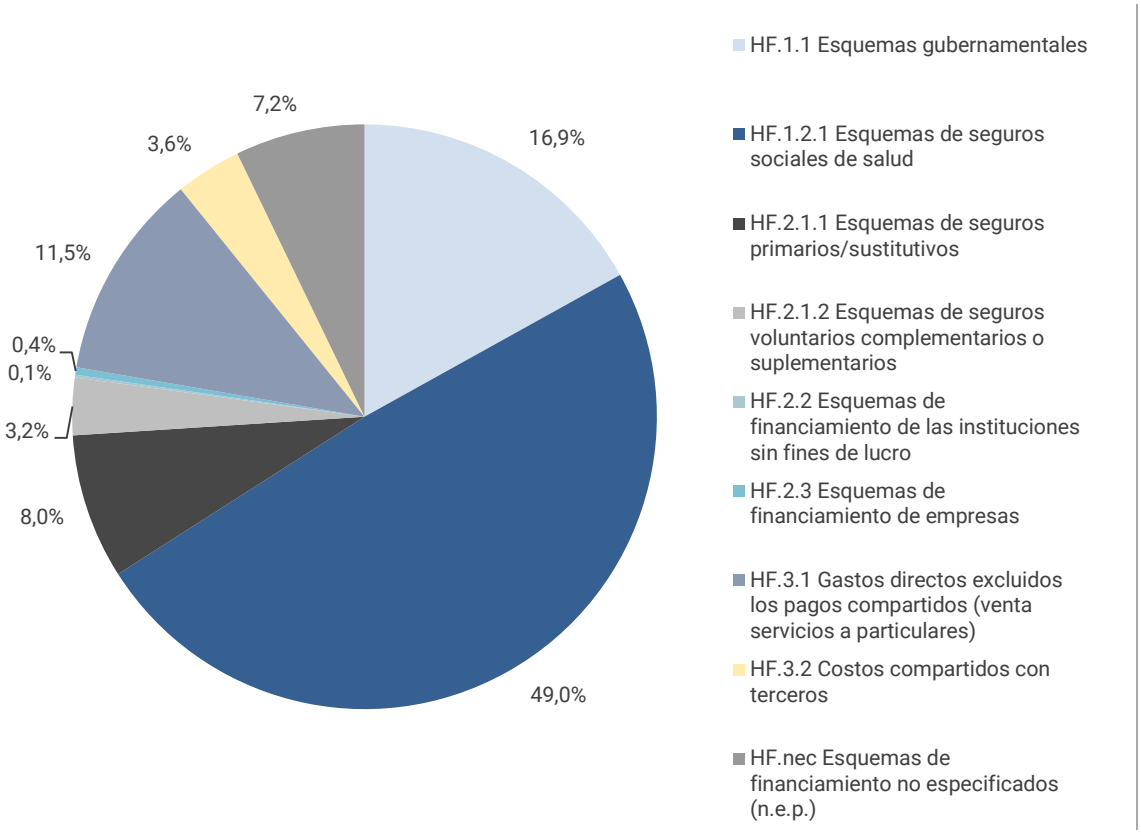
hogares y HF.2 pago voluntario de servicios de salud (prepago en IAMC y Seguros Privados Integrales), con aproximadamente el 16% y 12% respectivamente. El 5% restante se adjudica a esquemas de financiamiento no especificados (HF.nec).

En términos reales tanto los esquemas gubernamentales (HF.1.1), como los seguros sociales de salud aumentaron 1 punto porcentual en 2019 respecto al año anterior.

Dentro de HF.2 el mayor incremento de 2019 se observa en el esquema HF.2.2, instituciones sin fines de lucro (30%), aunque se puede apreciar que su contribución en el total, junto con HF.2.3 (financiamiento de empresas), es marginal, sumando apenas un 0,56%. Los seguros primarios/sustitutivos (HF.2.1.1) se incrementan un 5% mientras que los esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios HF.2.1.2 (seguros privados parciales) un 2% en 2019.

Por último, el esquema asociado al gasto de bolsillo de los hogares (HF.3) se mantuvo prácticamente igual entre 2018 y 2019. En su interior, el de mayor participación es el de gastos directos excluidos los pagos compartidos, es decir, los bienes y servicios vendidos directamente a particulares (HF.3.1), donde se incluyen servicios de las propias instituciones de salud y demás proveedores.

Gráfico 3 Estructura del gasto por esquema de financiamiento, año 2019

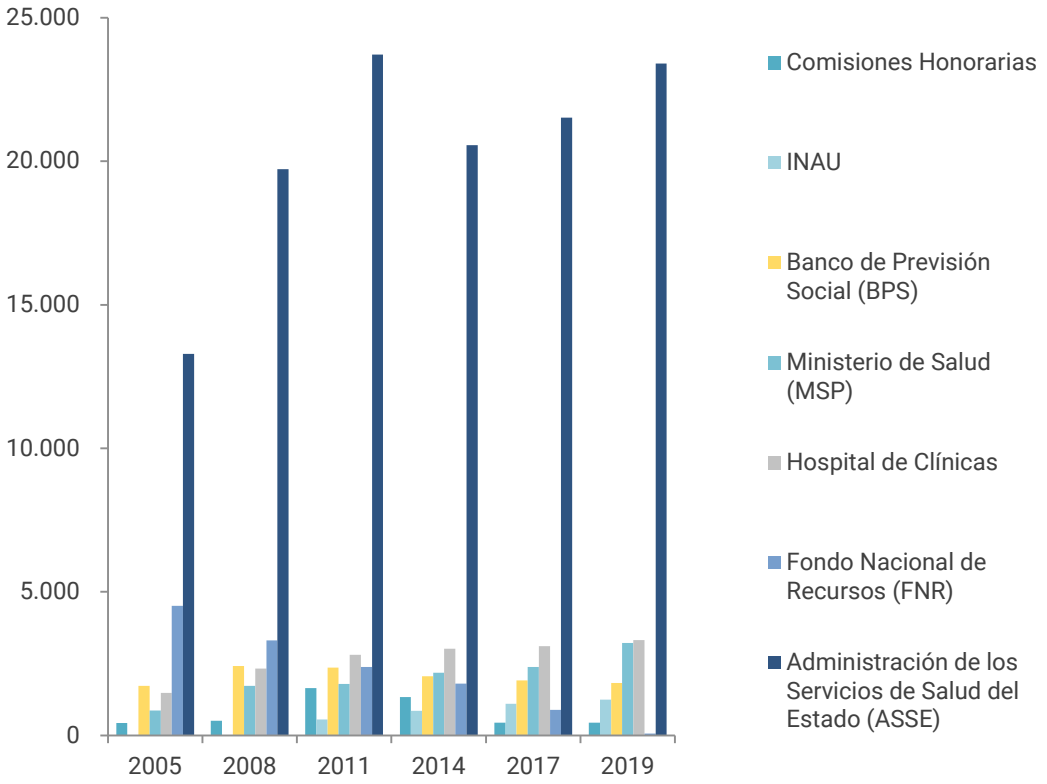


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En 2019, casi la mitad del gasto sanitario nacional (49%) corresponde al conjunto de esquemas de seguros sociales de salud. La otra mitad del gasto se distribuye entre el gasto que se realiza en la órbita de los esquemas gubernamentales (17%), el gasto de bolsillo de los hogares (HF.3.1 y HF.3.2) con el 15%, el que realizan los esquemas de seguros voluntarios de salud (HF.2.1.1 y HF.2.1.2) con 11% y el resto se distribuye entre el gasto de las empresas públicas (0,15%) y los servicios de instituciones sin fines de lucro, que incluye CUDIM, con 0,14%.

En el Gráfico 4, se presenta la evolución de los esquemas del gobierno central (no incluyen las prestaciones de salud a funcionarios) según los distintos agentes; Administración de los Servicios de Salud de Estado (ASSE), Fondo Nacional de Recursos (FNR), Ministerio de Salud (MSP), etc.

Gráfico 4 Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1), millones de pesos constantes de 2019

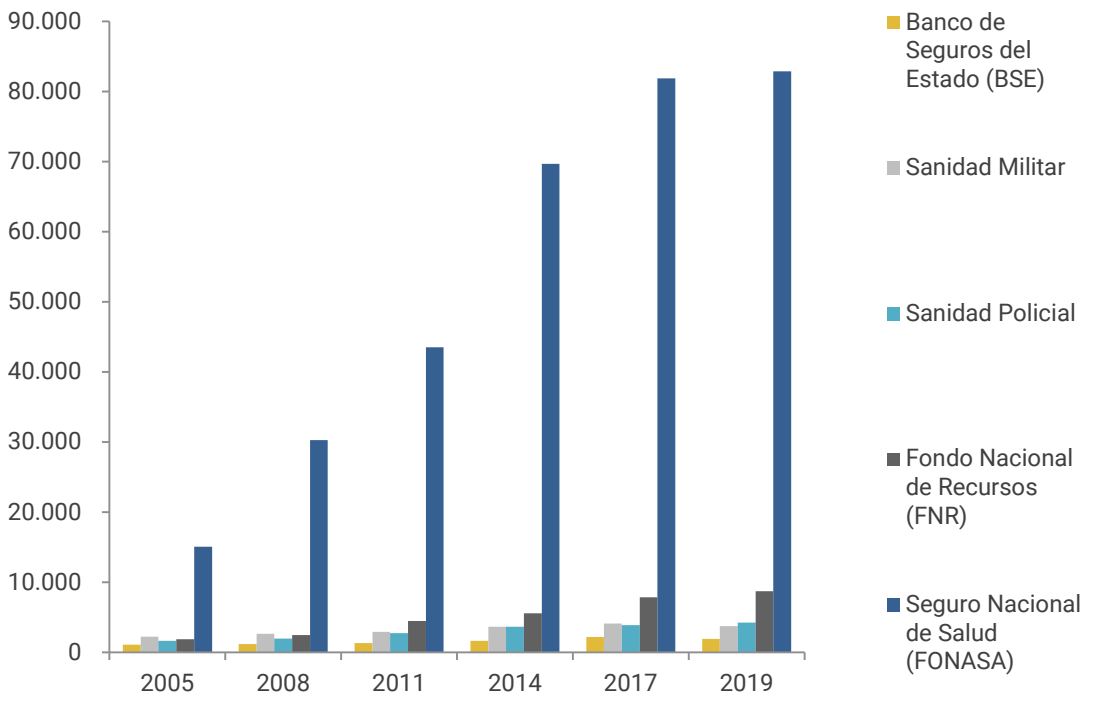


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En comparación con 2005 los esquemas del gobierno central en el MSP se incrementaron en 273% en 2019, el Hospital de Clínicas aumentó 125%, ASSE creció 76%, los servicios de salud del Banco de Previsión Social (BPS) aumentaron 6%. En el caso de INAU, si bien no se cuenta con información anterior a 2011, se aprecia un incremento del 124% en 2019 con respecto a dicho año. El FNR por el contrario, presenta una disminución del 98% en 2019 con respecto a 2005, esto es consistente con el aumento del otro principal esquema de financiamiento del FNR que se analiza a continuación (Ver Gráfico 6).

En gráfico 5 se presenta el detalle del financiamiento de los esquemas de seguros sociales de salud que existen en nuestro sistema según los agentes que lo soportan; Seguro Nacional de Salud (FONASA), FNR, Sanidad Policial, Sanidad Militar y el seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales del Banco de Seguros del Estado (BSE).

Gráfico 5 Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1), millones de pesos constantes de 2019



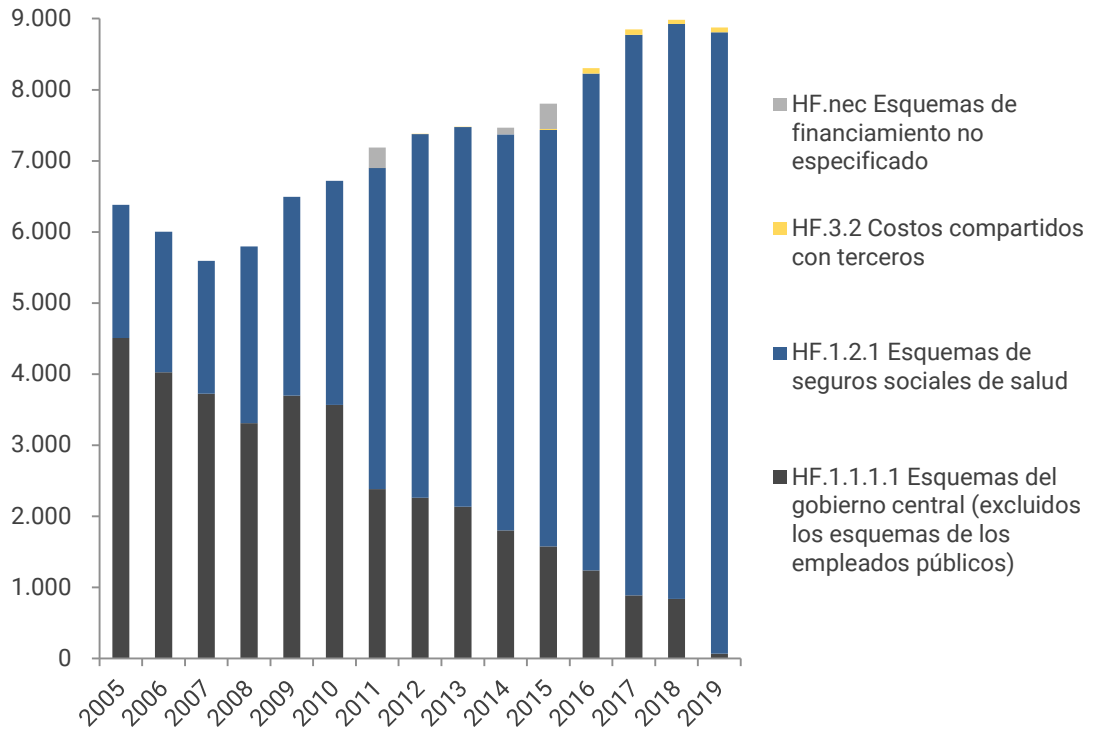
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En 2019 el esquema de los seguros sociales de salud es 5,5 veces mayor que en 2005. A lo largo del período, el monto principal corresponde al Seguro Nacional de Salud (FONASA) y pasa de representar el 15% del gasto sanitario nacional en 2005 (asociado a la cobertura a través de DISSE) al 40% en 2019.

Por su parte, el Fondo Nacional de Recursos en tanto esquema de seguro social –es decir, en lo que refiere al financiamiento proveniente del FONASA y de las cuotas de prepago en prestadores integrales de salud– aumenta casi 5 veces sus ingresos.

En el gráfico 6 se puede observar la evolución de la distribución de los esquemas de financiamiento del FNR.

Gráfico 6 Evolución del gasto del Fondo Nacional de Recursos por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2019

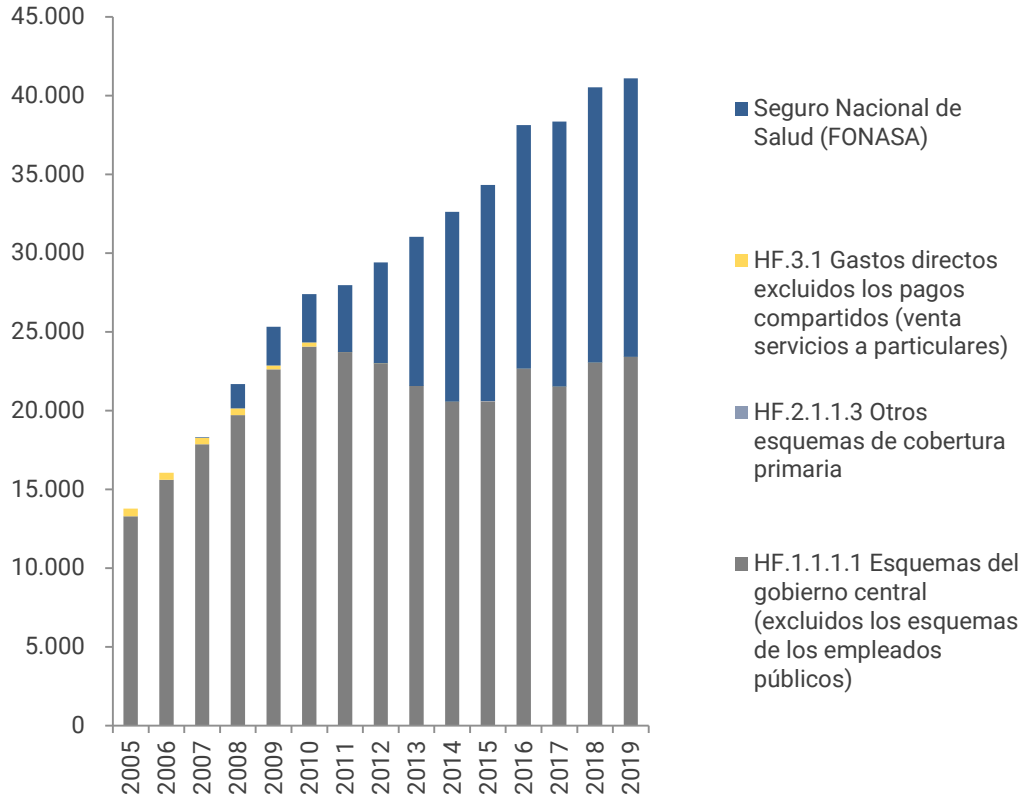


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El gasto total del FNR aumenta casi 40% en términos reales entre 2005 y 2019. Se observa como en el transcurso del período varía la distribución de los esquemas del gobierno central y de seguros sociales de salud. En el último año casi la totalidad del gasto (98%) se adjudica a los esquemas de seguros sociales de salud mientras que en 2005 este esquema representaba casi el 30%. El tercer esquema (HF.3.2), asociado al cobro de copagos por los tratamientos de fertilización asistida y por algunos servicios en el exterior, si bien se incrementa a partir de 2016, presenta una participación marginal en el gasto del FNR en 2019 (0,8%).

La serie de distribución de esquemas de financiamiento para ASSE se presenta en el siguiente gráfico.

Gráfico 7 Evolución del gasto de ASSE por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2019

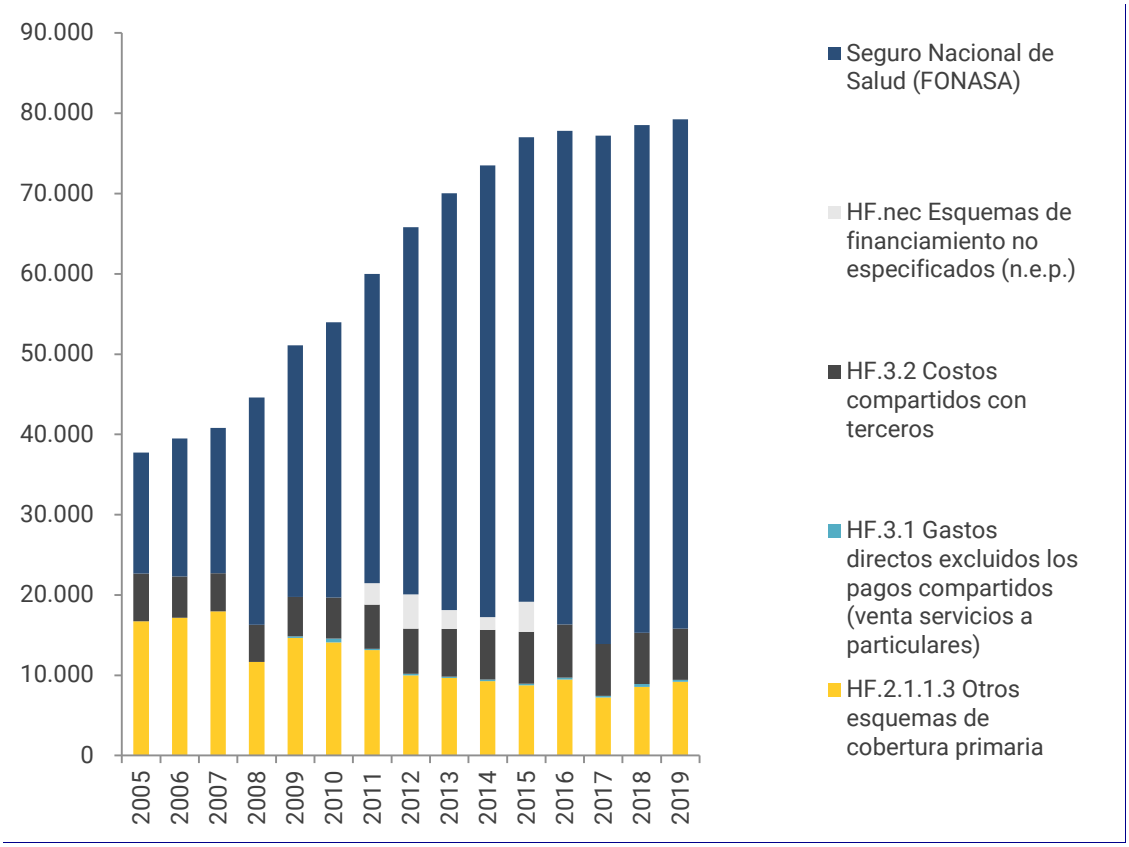


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El gasto total de ASSE en 2019 es casi tres veces mayor al de 2005. En los últimos cuatro años del período se observa cierta estabilidad en la distribución de los esquemas de financiamiento donde alrededor del 57% corresponde a esquemas del gobierno central y 43% al Seguro Nacional de Salud.

A continuación (Gráfico 8) se presentan los ingresos que recibió el conjunto de las IAMC a través de los diferentes esquemas.

Gráfico 8 Evolución del gasto de las IAMC por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2019



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

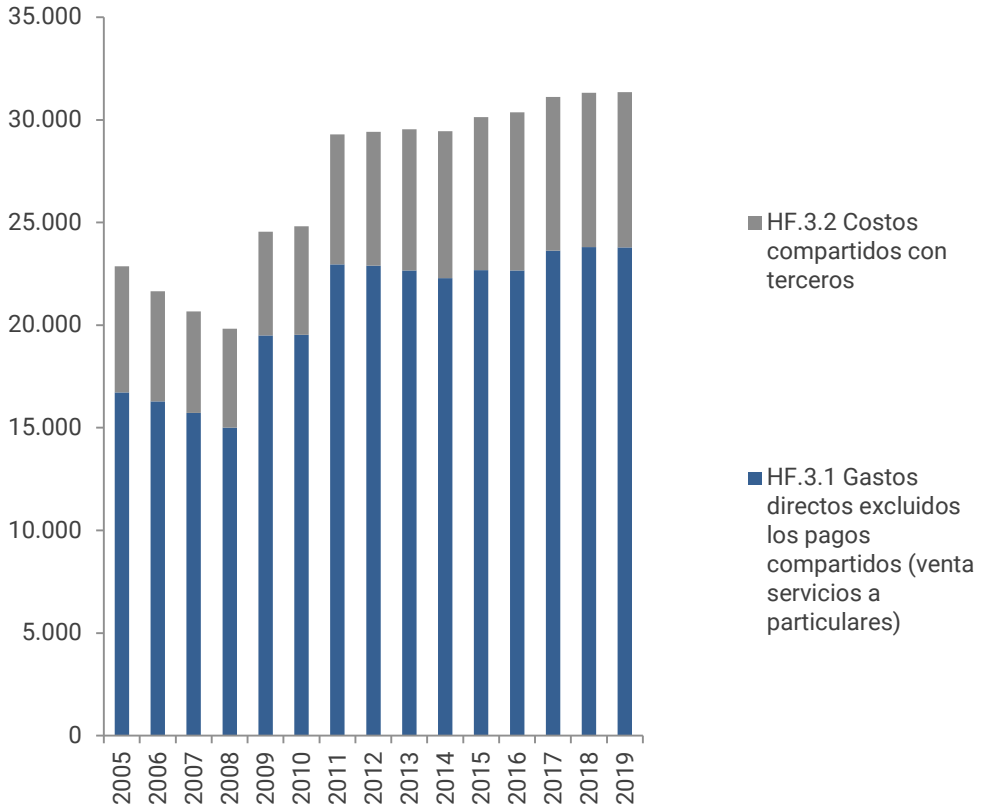
El gasto total de las IAMC alcanza en 2019 casi el doble del gasto de 2005. Este incremento se debe principalmente al aumento de la cobertura a través FONASA junto con la disminución de la cobertura a través de cuotas de prepago voluntario (HF.2.1.1.3). Desde 2016 alrededor del 80% del financiamiento de las IAMC corresponde a FONASA, el 11% a prepago (HF.2.1.3 Otros esquemas de cobertura primaria) y 8% a tasas moderadoras y copagos (HF.3. 2 Costos compartidos con terceros). El resto de los esquemas tiene una participación marginal[1]

En el Gráfico 9 se presenta la evolución del gasto de bolsillo, compuesta por dos tipos de esquemas: los costos compartidos y los demás gastos directos. Los primeros (HF.3.2), son aquellos en los cuales el costo es compartido entre los individuos y las instituciones que brindan la cobertura –mediante el cobro de un copago o tasa moderadora– tales como IAMC, Seguros Privados Integrales, Sanidad Policial, Sanidad

[1] El esquema de financiamiento no especificado aparece únicamente entre 2011 y 2016 y obedece a ajustes entre gastos e ingresos que por razones metodológicas en otros años no quedan expuestos de igual manera.

Militar, FNR, etc. En el segundo caso, son los gastos que no implican compartir costos con quien brinda la cobertura, como por ejemplo en consultorios particulares, farmacias, etc. (HF.3.1).

Gráfico 9 Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares (HF 3.1 y HF.3.2), millones de pesos constantes de 2019



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El mayor porcentaje del gasto de bolsillo corresponde a los gastos directos (HF.3.1) con un promedio de 77% en el período.

El esquema de costos compartidos aumenta entre 2005 y 2019 en 23% en términos reales. En el caso de las IAMC, que concentran el mayor porcentaje (85%) de estos pagos, el aumento en 2019 con respecto a 2005 fue de 7%. Cabe resaltar la política de tasas moderadoras llevada adelante por la autoridad sanitaria principalmente entre los años 2005 y 2015 (exoneraciones para ciertas patologías crónicas y grupos como embarazadas y niños, topes a los tickets para estudios, entre otras).

El esquema de gasto directo muestra un aumento de 42% entre 2005 y 2019. Por un lado, se identifican los pagos para el acceso a prestaciones por fuera de la canasta obligatoria de servicios (PIAS), así como las ventas de servicios asistenciales en

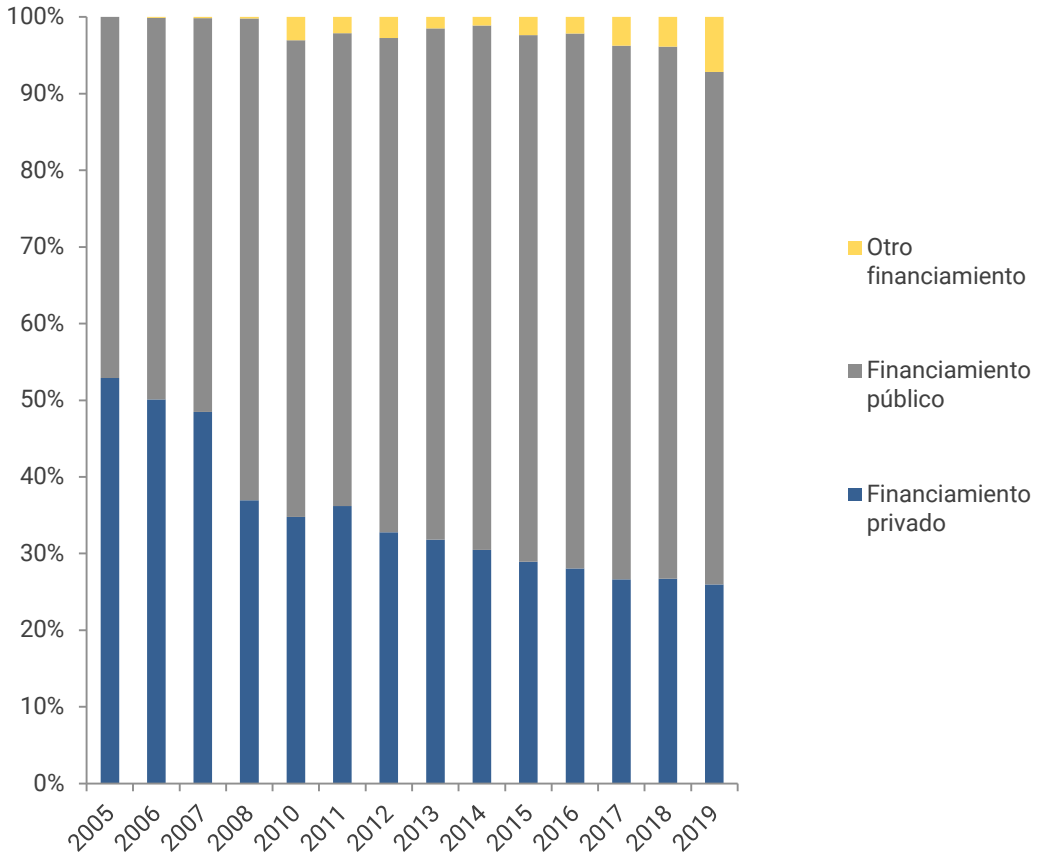
general a individuos que no son afiliados de la institución en cuestión. Estos pagos representan 4% de los esquemas HF.3.1 y aumentan en un 18% con respecto a 2005. Por su parte, el resto de los gastos directos –tales como la compra de medicamentos en farmacias comunitarias, la adquisición de lentes, la compra o alquiler de equipamiento médico, las consultas médicas, psicológicas u odontológicas en clínicas privadas, etc. representan 96% de los esquemas HF.3.1 y muestran un crecimiento de 43% en 2019 respecto a las cifras del año 2005. En este caso hay que considerar el impacto del efecto ingreso en ese incremento. En un contexto de crecimiento económico sostenido como el observado entre 2005 y 2015, es de esperar que los hogares teniendo mayores ingresos disponibles los destinen al consumo de ese tipo de bienes.

2.2.2 Ingresos de los esquemas

En este apartado se presenta la dimensión del financiamiento observando los ingresos de los esquemas de financiamiento. En primer término se presenta una agrupación de los ingresos que permite distinguir el financiamiento público del privado.

Dentro del financiamiento público se incluyen todos los ingresos que se consideran obligatorios, es decir, los impuestos (FS.1), las contribuciones a la seguridad social y demás esquemas de seguros sociales (FS.3) y los prepagos de carácter obligatorio (FS.4), además del gasto en salud de empresas públicas. Por su parte, el financiamiento privado refiere a los prepagos voluntarios (FS.5) y a otros ingresos (FS.6) del país que pueden provenir de los hogares (FS.6.1; por ejemplo los copagos o tasas moderadoras y demás pagos de bolsillo) o de instituciones sin fines de lucro (FS.6.3). La categoría de “otro financiamiento” incluye el financiamiento externo (FS.2 y FS.7), es decir las donaciones (transferencias) que el país recibe del exterior, además de cualquier otro ingreso que no haya sido posible clasificar (FS.nec).

Gráfico 10 Evolución del financiamiento público y privado como porcentaje del gasto total en salud



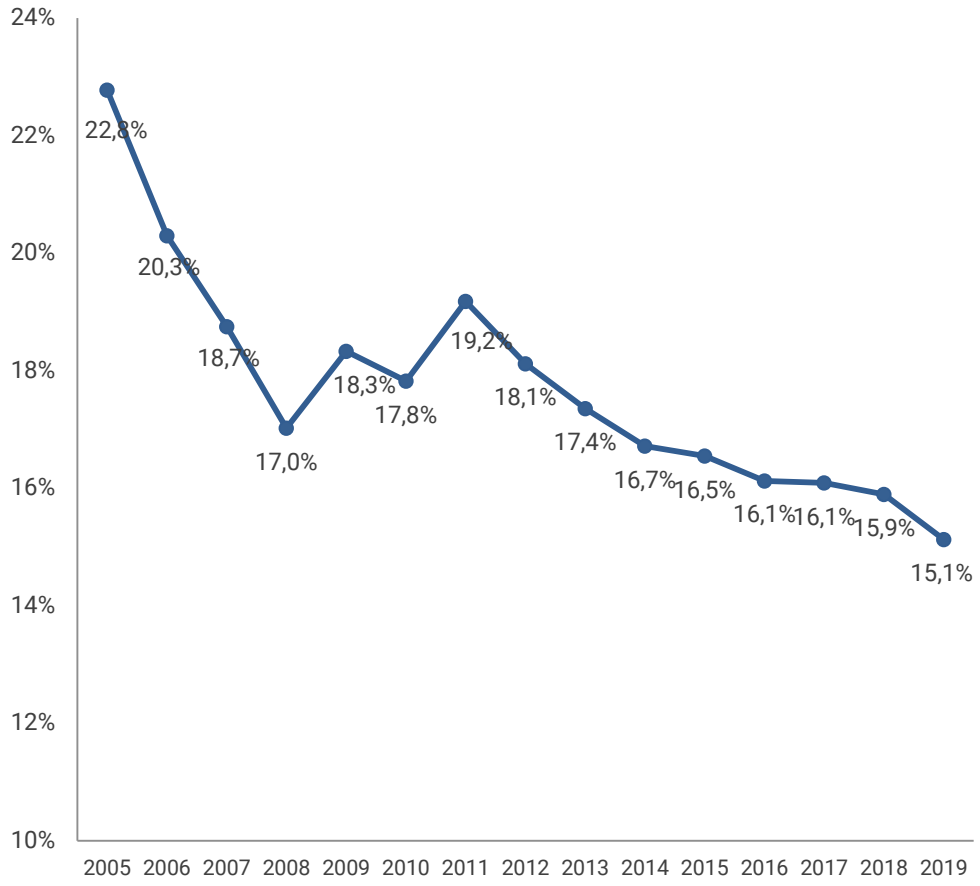
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En la actualidad, el financiamiento público es la principal fuente de financiamiento del gasto total en salud. En 2019 representó el 67%, mostrando una leve caída frente al año anterior. Por otra parte, el financiamiento privado se mantiene bastante estable en relación a los últimos tres años. En 2019 representó el 26% del gasto total en salud.[2]

Dentro del financiamiento privado, el gasto de bolsillo en relación al gasto total en salud es uno de los indicadores más utilizados en el análisis del financiamiento a nivel internacional. Siendo el gasto de bolsillo el que se considera más regresivo en tanto es independiente del nivel de ingreso de los hogares, este indicador nos permite cuantificar el grado de protección financiera de los sistemas de salud.

[2] En la categoría de "otro financiamiento" se incluye el financiamiento externo (casi inexistente) así como también ajustes metodológicos.

Gráfico 11 Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

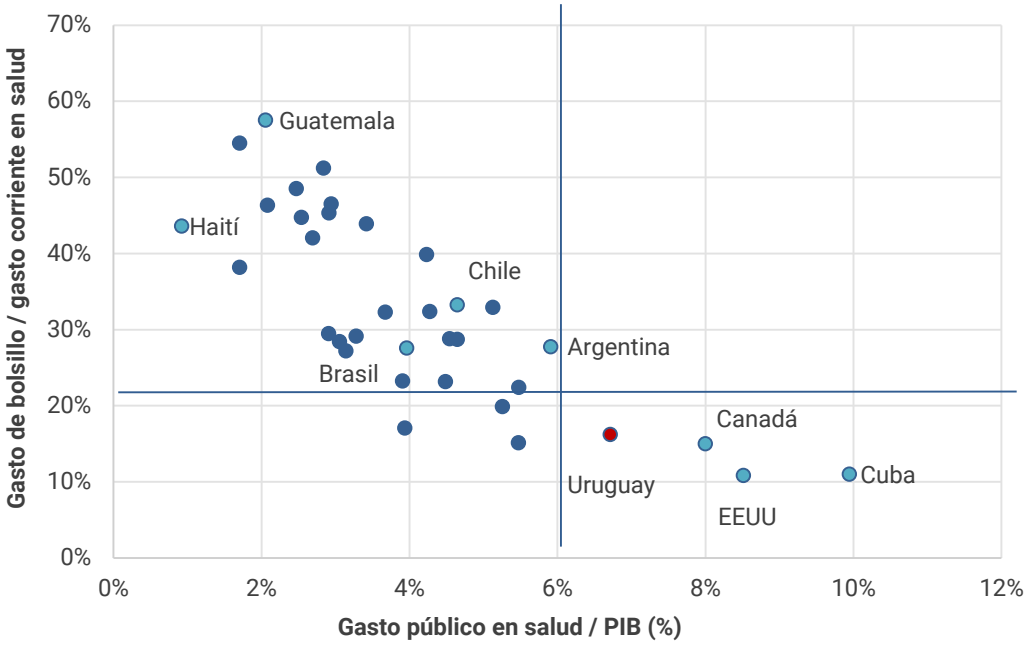
Tal como se muestra en el gráfico, el gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud presenta una tendencia descendente en el período, que se acentúa aún más en los dos últimos años analizados, cayendo al 15% del gasto total en salud en 2019. Cabe aclarar que si bien el valor total del gasto de bolsillo aumenta en el período en términos reales, el indicador disminuye, porque el gasto total en salud crece en mayor proporción que estos pagos. En particular, en 2019, el gasto total en salud crece un 5% frente al año anterior, siendo el incremento del gasto de bolsillo mucho menor.

2.2.3 El financiamiento en el contexto regional

En el siguiente gráfico se presenta una comparación de los países de la región de las Américas, donde se los ubica en función del valor que toman para el año 2018 los

indicadores de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud y el financiamiento público del gasto en salud como porcentaje del PIB.[3]

Gráfico 12 Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje horizontal); gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas 2018.



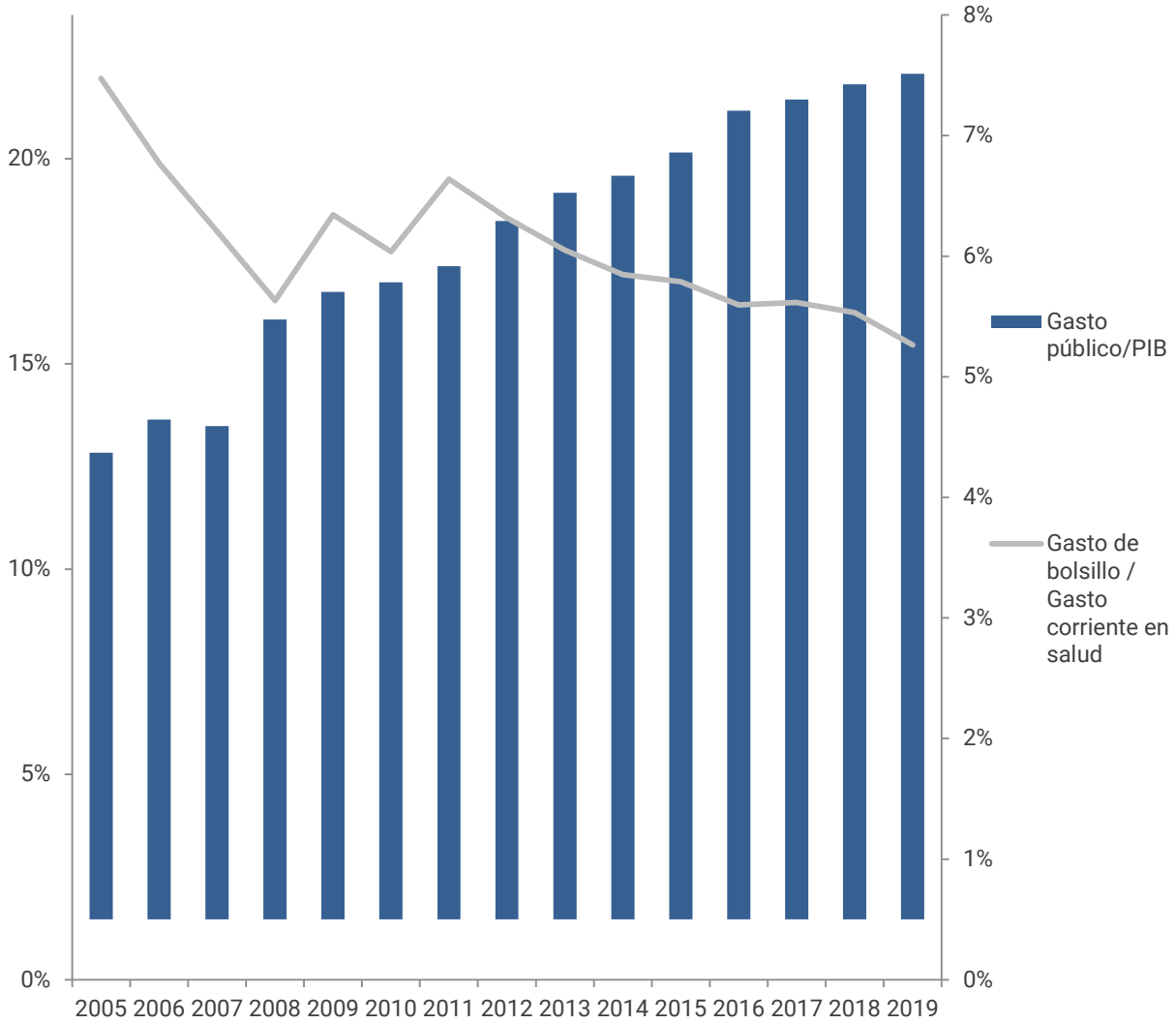
Fuente: Economía de la Salud, MSP, en base al Global Health Expenditure Database.

Como puede observarse, Uruguay continúa formando parte del grupo de países que presenta valores dentro de los umbrales recomendados internacionalmente: más de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB y menos de 20% de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud.

En particular, para el año 2018 en Uruguay el gasto de bolsillo representó 16,2% del gasto corriente en salud (en el apartado anterior el indicador se calculaba sobre gasto total, 15,9%) y el financiamiento público del gasto alcanzó 6,93% del PIB. A continuación se presenta la serie del período 2005-2019 para ambos indicadores.

[3] Se toma como referencia el año 2018 por ser el que presenta datos para todos los países considerados.

Gráfico 13 Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje horizontal); gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical)



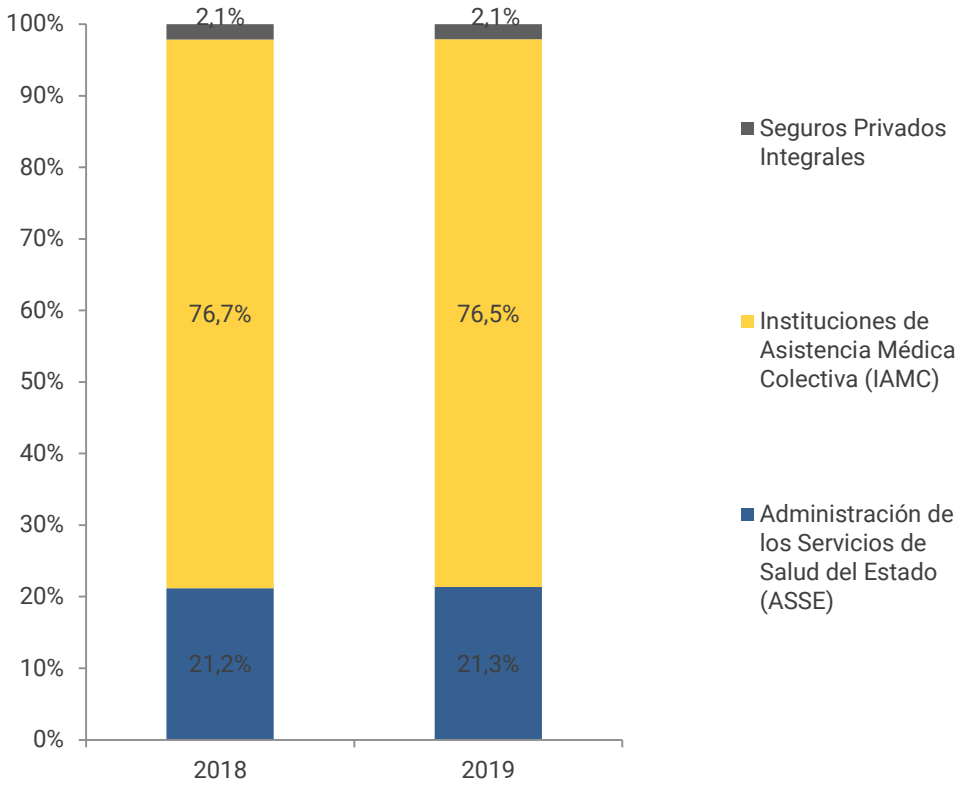
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud siguió cayendo en 2018-2019, situándose en 15,5% en este último año. Por su parte, el gasto público en salud en relación al PIB siguió creciendo en el período considerado, alcanzando el 7% en 2019, de forma que se mantiene su tendencia ascendente.

2.2.4 Agentes de financiamiento

En este apartado se presentan las cifras de dos de los principales agentes de financiamiento del sistema, el FONASA y el FNR, analizando hacia que proveedores destinan sus fondos. El primero de ellos es puramente un agente de financiamiento, mientras que el FNR también tiene gasto en salud asociado a actividades de provisión.

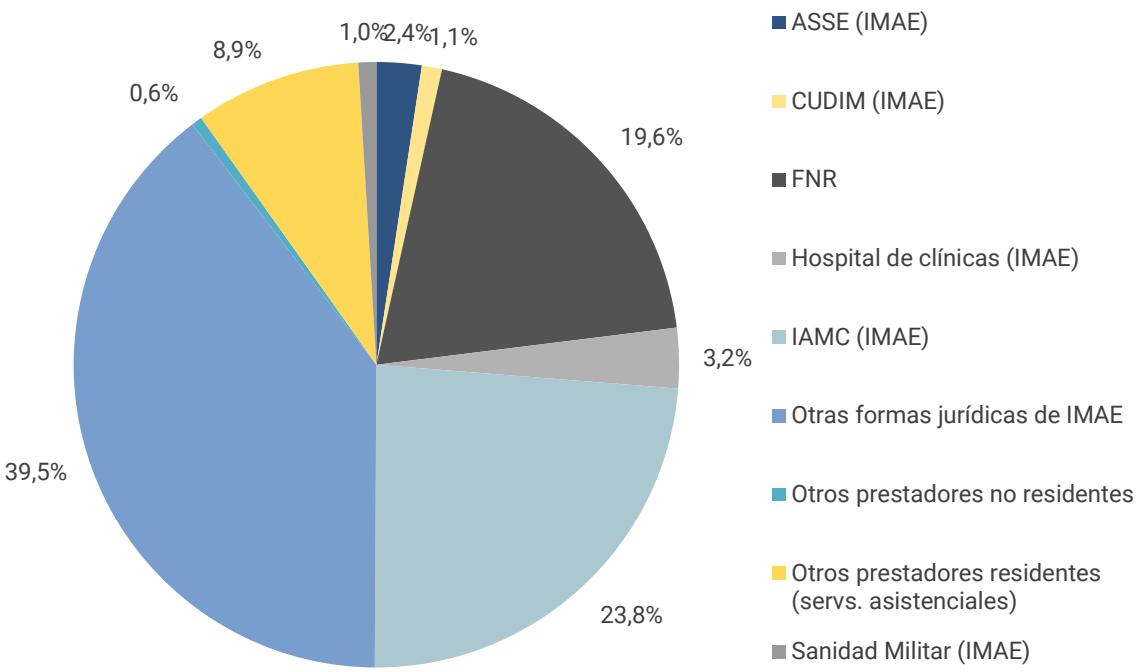
Gráfico 14 Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales en 2018 y 2019



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El 76,5% del gasto del FONASA en 2019 fue destinado a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), 21% se canalizó a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el 2% restante fue hacia el conjunto de los Seguros Privados Integrales. Desde el 2016 la composición del gasto del FONASA se ha consolidado en porcentajes muy similares, no existiendo grandes variaciones. Cabe recordar que fue en ese año cuando culminó el ingreso de colectivos al seguro establecido por la legislación vigente.

Gráfico 15 Composición del gasto del FNR en los proveedores que contrata, año 2019



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El gasto del FNR se compone mayormente de gasto realizado en servicios de medicina altamente especializada y en menor medida en otros servicios asistenciales. El 63,3% del gasto se destina a contratar IMAE privados. Estos pueden ser IMAE propiedad o tener otras formas jurídicas IMAE privados (propiedad de seguros privados integrales, servicios de diálisis privados, entre otros).

Tal como se observa en el gráfico 15, los principales proveedores financiados por el FNR fueron los IMAES privados (no IAMC) hacia los que se destinó el 39,5% del gasto del año 2019. Por otro lado, el 23,8% del gasto correspondió también a servicios de medicina altamente especializada, contratados en este caso a una IAMC.

En cuanto a la contratación de servicios de medicina altamente especializada en prestadores públicos, el 3,2% se realizó en el Hospital de Clínicas, 2,4% en ASSE (IMAE del Hospital Maciel y del Pereira Rosell, entre otros), y alrededor de un 1% en CUDIM y en el IMAE de Sanidad Militar.

Asimismo, se destinó el 8,9% a otros prestadores de servicios asistenciales privados residentes (laboratorios, insumos médicos, clínicas privadas, etc.) y un 0,6% a otros prestadores no residentes.

Por último, el 19,6% de los recursos fueron utilizados en los propios servicios del FNR (medicamentos de alto costo, policlínicas de cesación de tabaquismo, centro de vacunación, médicos auditores y consultantes, etc.). La composición del gasto del FNR en sus diversos proveedores se ha mantenido estable al compararlo con datos de 2017.

2.3 La provisión de servicios de salud

2.3.1 Gasto en salud de los proveedores

En este apartado se aborda la dimensión del gasto según la provisión de los servicios de salud, es decir, el gasto en salud de los proveedores. Para ello se tiene en cuenta la clasificación de proveedores de SHA 2011 (HP). Al tratarse del análisis por proveedor, el gasto asociado a compras de servicios se asigna al proveedor que brindó los servicios en cuestión, y no en el proveedor (o agente) que los contrató.

Cabe aclarar que, dadas las particularidades de los prestadores integrales de nuestro sistema de salud en cuanto a la multiplicidad de actividades y niveles de atención que engloba su actividad así como la manera en que reportan su información, se entendió pertinente no forzar una clasificación en el marco de SHA por lo que se presentan dentro del HP.nec.

En este sentido, tal como se observa en el gráfico siguiente, el 77,79% del gasto es realizado por proveedores que quedan sin clasificar según la metodología SHA 2011. De todos modos se considera que esta definición metodológica permite el monitoreo institucional específico de estos proveedores lo que resulta interesante para el análisis y la elaboración de políticas.

El 44% del gasto en salud del país se realiza en las IAMC y el 17% en ASSE. Le siguen en importancia relativa, dentro de los no clasificados, los Seguros Privados Integrales 4,76%, otros prestadores residentes 4,42%, los IMAE con 2,8% y Sanidad Policial y Militar con 2,05% y 1,79%, respectivamente.

Tabla 4 Gasto en salud por proveedor en millones de pesos constantes de 2019

	2018		2019	
	Millones de pesos	% sobre el gasto total	Millones de pesos	% sobre el gasto total
HP.1 Hospitales	**7.333**	**3,72%**	**7.374**	**3,56%**
HP.1.1	**3.468**	**1,76%**	**3.666**	**1,77%**
Hospital de Clínicas	3.468	1,76%	3.666	1,77%
HP.1.2	**24**	**0,01%**	**24**	**0,01%**
Clínicas privadas de internación	24	0,01%	24	0,01%
HP.1.3	**3.841**	**1,95%**	**3.685**	**1,78%**
Banco de Previsión Social (BPS)	1.764	0,89%	1.813	0,87%
Banco de Seguros del Estado (BSE)	1.733	0,88%	1.529	0,74%
Clínicas quirúrgicas	344	0,17%	344	0,17%
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	**16.807**	**8,53%**	**16.696**	**8,06%**
HP.3.1	**690**	**0,35%**	**690**	**0,33%**
Consultorio médico particular	369	0,19%	369	0,18%
Seguros parciales (gasto directo)	322	0,16%	321	0,16%
HP.3.2	**5.433**	**2,76%**	**5.433**	**2,62%**
Consultorio odontológico particular	5.433	2,76%	5.433	2,62%
HP.3.3	**1.877**	**0,95%**	**1.877**	**0,91%**
Consultorios de Sicólogos y otros tratamientos	1.877	0,95%	1.877	0,91%
HP.3.4	**8.807**	**4,47%**	**8.696**	**4,20%**
INAU	1.308	0,66%	1.244	0,60%
Intendencias Departamentales - Programas de Salud y Policlínicas	661	0,34%	583	0,28%
Seguros Privados Parciales	6.838	3,47%	6.869	3,31%
Seguros Parciales (Emergencias Médicas Móviles por ej.)	0	0,00%	0	0,00%
Policlínicas de la Intendencia de Montevideo	0	0,00%	0	0,00%
HP.4 Proveedores de servicios auxiliares	**1.199**	**0,61%**	**1.276**	**0,62%**
HP.4.2	**1.199**	**0,61%**	**1.276**	**0,62%**
CUDIM	226	0,11%	303	0,15%
Laboratorios	973	0,49%	973	0,47%
HP.5 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos	**13.592**	**6,90%**	**13.589**	**6,56%**
HP.5.1	**10.426**	**5,29%**	**10.422**	**5,03%**
Farmacias	10.426	5,29%	10.422	5,03%
HP.5.2	**3.166**	**1,61%**	**3.166**	**1,53%**
Otros proveedores de bienes médicos	3.166	1,61%	3.166	1,53%
HP.6	**1.404**	**0,71%**	**1.134**	**0,55%**
HP.6 Proveedores de atención preventiva	**1.404**	**0,71%**	**1.134**	**0,55%**
Comisiones Honorarias	1.400	0,71%	1.129	0,54%
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	5	0,00%	4	0,00%
HP.7 .7 Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud	**3.871**	**1,96%**	**4.907**	**2,37%**
HP.7.1	**3.861**	**1,96%**	**4.896**	**2,36%**
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	1.731	0,88%	1.856	0,90%
Ministerio de Salud (MSP)	2.129	1,08%	3.040	1,47%

HP.7.2	**11**	**0,01%**	**11**	**0,01%**
Caja Notarial	11	0,01%	11	0,01%
HP.8 Resto de la economía	**1.010**	**0,51%**	**1.049**	**0,51%**
HP.8	97	0,05%	90	0,04%
Intendencias Departamentales - Beneficios a funcionarios	97	0,05%	90	0,04%
HP.8.nec	**913**	**0,46%**	**959**	**0,46%**
ANCAP	51	0,03%	42	0,02%
BHU- ANV	1	0,00%	0	0,00%
Otras empresas públicas	643	0,33%	671	0,32%
Otros ministerios y organismos públicos de la Administración Central	218	0,11%	245	0,12%
HP.nec Otros proveedores no clasificados	**151.868**	**77,06%**	**161.208**	**77,79%**
HP.nec	**151.868**	**77,06%**	**161.208**	**77,79%**
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	36.249	18,39%	36.864	17,79%
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	87.085	44,19%	91.516	44,16%
Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	3.455	1,75%	5.806	2,80%
Otros prestadores no residentes	54	0,03%	52	0,03%
Otros prestadores residentes	8.734	4,43%	9.158	4,42%
Sanidad Militar	3.708	1,88%	3.701	1,79%
Sanidad Policial	3.656	1,85%	4.240	2,05%
Seguros Privados Integrales	8.929	4,53%	9.872	4,76%
Total general	**197.085**	**100,00%**	**207.233**	**100,00%**

Fuente: Economía de la Salud, MSP

Siguiendo la clasificación SHA 2011 y teniendo presente lo comentado anteriormente, se observa que el 8,06% del gasto en salud es realizado en Proveedores de atención ambulatoria (HP.3) y dentro de estos, en particular, en Seguros Privados Parciales clasificados dentro como HP.3.4 Centros de salud ambulatoria. Luego, el 2,62% corresponde a Consultorios odontológicos particulares (HP.3.2).

Considerando el peso relativo en el total del gasto le siguen los proveedores clasificados como Minoristas y otros proveedores de bienes médicos (HP.5) con el 6,56% y dentro de éstos las Farmacias (HP.5.1) que explican el 5,03% del gasto total en salud.

Los Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud (HP.7) explican el 2,37% del gasto. Este rubro lo componen el MSP y el FNR con el 1,47% y 0,9% respectivamente. Cabe recordar que estamos considerando aquí el gasto como proveedor, es por esta razón que el gasto del FNR no refleja la compra de los servicios de medicina altamente especializada comprados a los IMAE (estos son el 2,8% del gasto total en salud) pero sí los gastos de administración del fondo y los servicios brindados por el propio FNR (medicamentos de alto costo, por ejemplo).

Los proveedores clasificados como Hospitales (HP.1) explican apenas el 3,56% del gasto en salud de 2019. No obstante, es necesario no perder de vista las consideraciones realizadas sobre los prestadores integrales que se presentan como HP.nec teniendo todos ellos servicios sanatoriales y ambulatorios, por lo que tanto HP.1 como HP.3 están subestimados.

2.3.2 Factores de provisión

En el presente apartado se analiza la distribución del gasto corriente en función de los factores que los proveedores utilizan en la producción de los bienes y servicios.

En el siguiente cuadro se presenta la estructura de gasto corriente por factores de provisión para años seleccionados de la serie disponible 2005-2019 siguiendo la metodología de clasificación del SHA 1.0 hasta el año 2010 y a partir de allí, se utilizó la nueva metodología de SHA 2011 (luego de un gran esfuerzo de compatibilización de ambas metodologías).

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

Tabla 5 Estructura de gasto corriente por factores de provisión para años seleccionados

Estructura de gasto corriente por factores de provisión para años seleccionados					
	2005	2008	2011	2016	2019
Remuneración de los asalariados y de los profesionales autónomos	38%	46%	50%	51%	49%
Medicamentos e insumos farmacéuticos	10%	8%	10%	10%	8%
Materiales y servicios utilizados	26%	23%	15%	15%	19%
Consumo de capital fijo	1%	1%	1%	1%	1%
Otras partidas del gasto relativas a los insumos	4%	3%	3%	2%	2%
Otros gastos no clasificados	21%	19%	22%	21%	20%
Total gasto corriente	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Entre 2016 y 2019 no existen grandes variaciones en el peso relativo de los factores de provisión. El rubro que mayor peso tiene sobre el gasto corriente total es el de remuneraciones de los asalariados y de los profesionales autónomos. Al analizar el período 2005- 2016 se observa un incremento relativo de este gasto, en tanto, los demás rubros se mantienen estables en el tiempo. Sin embargo, en el 2019 la situación se revierte y el rubro remuneraciones disminuye, así como medicamentos e insumos farmacéuticos, incrementándose como contrapartida el rubro materiales y servicios.

Históricamente, el sector salud se caracteriza por ser intensivo en mano de obra con el correspondiente alto peso de las remuneraciones en el gasto. En el último año analizado, el 49% del gasto en salud se destinó a la remuneración de los trabajadores, del cual 46% son remuneraciones a asalariados y 3% a profesionales autónomos.

En términos reales, mientras el gasto corriente total creció 95% en 15 años, las remuneraciones lo hicieron muy por encima, 153%. Es de esperar que la explicación de este crecimiento radique en una combinación de efectos precio y cantidad, es decir, por incrementos salariales de magnitud importante por encima de la inflación, y por el aumento de la cantidad de personas empleadas en el sector. En este sentido, un informe sobre los Niveles y Distribución Salarial de las IAMC, elaborado por el Departamento de Evaluación y Monitoreo de Personal de Salud del MSP, hace referencia a que tanto para los trabajadores médicos como no médicos, el salario real

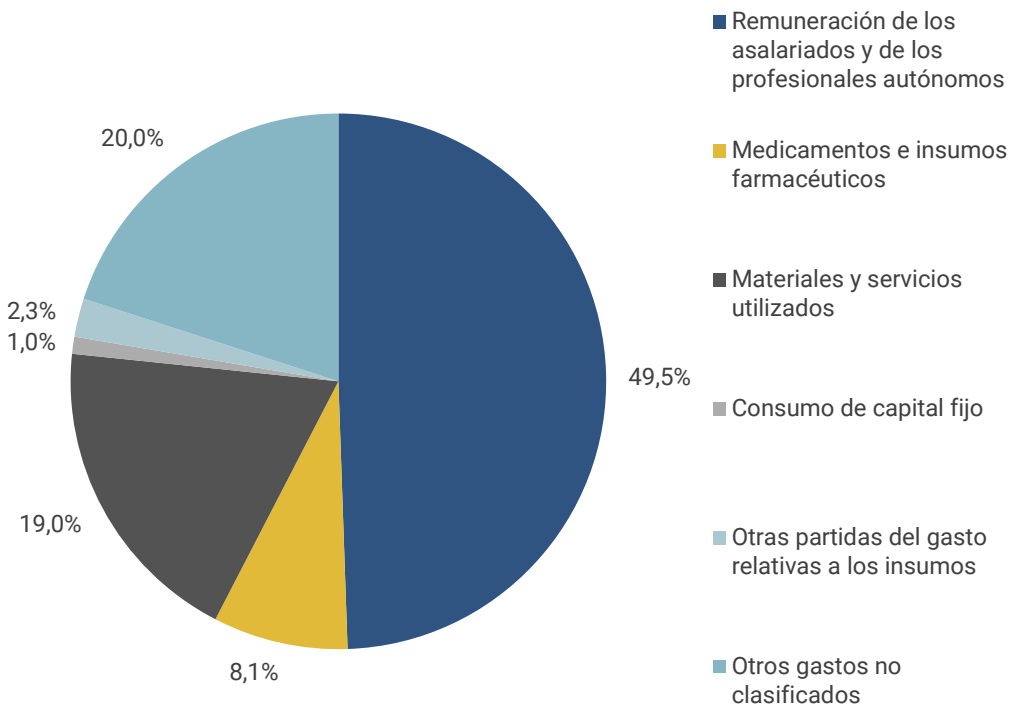
crece por encima de lo establecido en los Consejos de Salarios y que dicha distancia respecto al laudo es más significativa a partir del 2010[4].

El rubro medicamentos e insumos farmacéuticos se mantiene bastante estable en el tiempo, en el entorno del 10% (con una leve disminución en el último año). Es decir, que el país destina casi 17 mil millones de pesos al consumo de medicamentos e insumos farmacéuticos. En términos reales varían por debajo que el gasto total en el período, 65%. Es de esperar que exista aquí un incremento de las cantidades consumidas, análisis que debería también abordarse en próximos estudios.

En cuanto al rubro de materiales y servicios utilizados, cabe mencionar que en SHA 1.0 los servicios de salud contratados quedaban allí clasificados sin poder distinguirlos. Es recién a partir de 2011, cuando comienza a utilizarse la metodología SHA 2011, que pueden identificarse. En el último año este rubro aumentó un 40%, ubicándose en el entorno del 19% del gasto total. Es de esperar que dicho rubro también se vea incrementado en el 2020 debido al gasto en vacunas llevado a cabo por el gobierno como consecuencia de la pandemia por Covid-19.

[4] MSP, DEMPESA, 2019, "Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud", cap. "*Las Políticas de personal de salud en la última década.”*

Gráfico 16 Estructura de gasto corriente por factores de provisión. Año 2019.

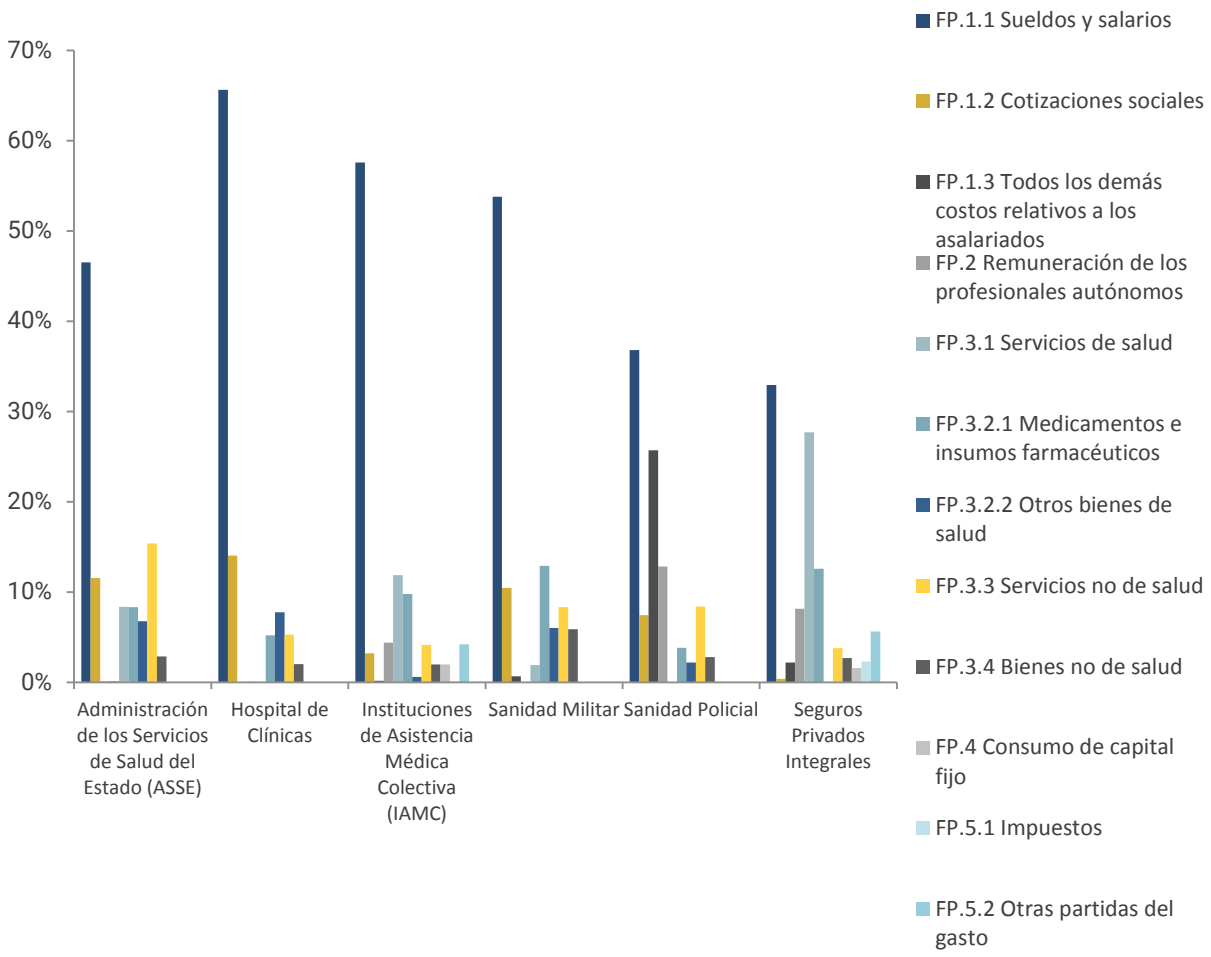


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Por último, el rubro de gasto no clasificado (FP.nec) se mantiene estable en toda la serie analizada, en el entorno del 20%. Dentro de este rubro se contabiliza el gasto de aquellos proveedores de quienes desconocemos sus estructuras de gasto, por falta de información. Básicamente se encuentran aquí proveedores privados en quienes gastan los hogares: consultorios médicos, odontológicos y sicológicos, clínicas privadas, farmacias y laboratorios entre otros.

Como otra arista del análisis, es interesante observar la estructura por factores de provisión de los principales prestadores públicos y privados del sistema.

Gráfico 17 Estructura de gasto de los principales proveedores del sistema de salud, año 2019.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Tal como se observa en el gráfico, es clara la diferencia entre los Seguros Privados Integrales y el resto de los proveedores. Para los seguros privados, las remuneraciones apenas superan el 30% en tanto el 27,7% son servicios contratados. Los demás proveedores, con excepción de Sanidad Policial, tienen un peso de remuneraciones por encima del 45%. Esto da cuenta de los distintos grados de integración de los prestadores. En el caso de los Seguros Privados la mayoría de ellos, menos uno, contrata la internación y los servicios ambulatorios.

Con respecto al rubro FP.3.3 Servicios no de salud, este representa en promedio un 6% del gasto corriente de los proveedores de salud. En el caso de ASSE, se despega del resto de los proveedores con un gasto en servicios no de salud de 15% sobre el total del gasto corriente. Esto se debe principalmente a gastos en limpieza y fumigación de los centros de salud de ASSE.

En términos reales, el mayor crecimiento de las remuneraciones entre 2005 y 2019 (FP.1.1, 1.2, 1.3 y FP.2) se observa en ASSE, donde asciende a 240%, luego los Seguros Privados Integrales con un crecimiento del 228% para dicho periodo y en tercer lugar Sanidad Policial con un crecimiento del 211%.

2.3.3 Cuenta capital

En el marco del SHA 2011 y en particular para nuestro trabajo, la cuenta capital considera por un lado la variación en Formación Bruta de Capital Fijo, la variación en inventarios (por ejemplo, vacunas en stock), inversiones en terrenos y transferencias de capital (por ejemplo, donaciones) [5]. En términos operativos esto implica, en los casos en que la información disponible lo habilita, considerar la diferencia entre altas y bajas ocurridas en el ejercicio. Por esta razón, el gasto en capital que surge de SHA 2011 no es totalmente comparable a las inversiones realizadas por cada uno de los proveedores.

El 98% del gasto total en salud es gasto corriente, y el 2% restante se destina a capital. Esta distribución se ha mantenido bastante estable en los años analizados. El incremento real del gasto en capital entre 2018 y 2019 fue de 4,9%, lo que en valores absolutos alcanza los $4.522 millones.

En la siguiente tabla se presenta la estructura de gasto de capital para años seleccionados de la serie disponible 2005-2019. Si bien el peso relativo de los componentes del gasto no es tan estable, sí se observa como es de esperar, que principalmente se destina a infraestructura y a maquinaria y equipos.

Tabla 6 Estructura de gasto en capital para años seleccionados

	2005	2008	2011	2016	2019
Infraestructuras	48,3%	36,9%	43,7%	102,9%	51,9%
Maquinaria y equipos	38,1%	20,0%	54,3%	-9,4%	39,5%
Productos de propiedad intelectual			0,9%	5,9%	3,9%
Variaciones en inventarios					0,0%
Terreno			1,0%	-0,2%	4,5%
Gasto de capital no clasificado	13,6%	43,1%		0,8%	0,3%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

[5] La FBC puede ser negativa cuando el valor de los activos enajenados supera el valor de los activos adquiridos.

Para los años 2018 y 2019 la estructura de gasto es bastante similar, siendo “Terreno” el rubro que presenta mayores cambios. Mientras que en 2018 la inversión en Terrenos tuvo un peso mínimo en relación al gasto total (0.4%), en el 2019 aumenta sensiblemente y representa el 4,5% del total.

En lo que tiene que ver con Infraestructuras, vale hacer referencia a lo mencionado en el informe realizado para 2016 y 2017. En aquella oportunidad se destacó el gasto en capital realizado por el BSE vinculado a la construcción del nuevo Sanatorio inaugurado en 2018. Para el 2019 el gasto total del BSE baja radicalmente y tiene un peso del 1,6% sobre el gasto de capital total, bien distinto al observado en el 2017 que ascendía a 14,3%.

Si se analiza el gasto de capital por proveedores, se observa que para el 2019 el 88% del gasto de capital del país se distribuye entre: IAMC 48%, ASSE 20% y Seguros Integrales 19%.

En el caso de las IAMC, se tiene que para el 2019 el crecimiento es mínimo, 1,4% respecto a la inversión en capital de 2018. La composición es la siguiente: 73% corresponde a Infraestructura, 19% a Maquinaria y Equipos, 6% Software y Base de Datos, y por último un 2% del gasto total en capital corresponde a Terreno.

ASSE, por su lado, tuvo en 2019 una pequeña caída del 9,3% respecto al 2018 (considerando valores constantes). Como para tener una referencia, se toma el año 2016 y se compara la composición de esta cuenta respecto al último año. En el 2019, el 64% de lo que se gastó en bienes de capital fue en Infraestructuras y el 20% en Equipos Médicos. En el 2016 la distribución fue similar pero con menos gasto en Infraestructuras (82% y 11% respectivamente).

Por último, los Seguros Privados Integrales presentan para el 2019 un incremento importante respecto al monto invertido en capital en 2018. A valores constantes del último año, el gasto total en capital de este grupo pasa de $206 millones a $853 millones. El 61% de este incremento se explica por el aumento en el rubro Terrenos de dos Seguros en particular. El resto del incremento se distribuye de forma equitativa entre: Maquinarias y Herramientas, Equipamiento Informático, Muebles y Útiles y Software.

2.4 El consumo de servicios de salud

2.4.1 Gasto en salud por funciones

Habiendo analizado cómo se financia, en qué proveedor y en qué se gasta en salud, la última dimensión que se analizará es la del consumo. Para ello se presenta el gasto corriente en salud clasificado por funciones de la salud SHA 2011 para 2018 y 2019.

Tabla 7 Estructura del gasto corriente por funciones a nivel país en 2018 y 2019

	2018	2019
HC.1		
Atención curativa	70,6%	71,2%
HC.2		
Atención de rehabilitación	4,5%	4,3%
HC.3		
Atención de larga duración (salud)	1,1%	1,1%
HC.4		
Servicios auxiliares (no especificados por función)	0,04%	0,04%
HC.5		
Bienes médicos (no especificados por función)	7,1%	6,7%
HC.6		
Atención preventiva	5,4%	5,3%
HC.7		
Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	0,5%	0,5%
HC.9		
Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)	10,9%	10,9%
Total general	**100%**	**100%**

Fuente: Economía de la Salud, MSP

A nivel del sistema de salud la mayor parte del gasto, como es de esperar, se concentra en la atención curativa, la que representa 71,2% del gasto corriente total en 2019.

El segundo lugar lo ocupan los bienes médicos (medicamentos, artefactos e insumos), que representan 6,7% del gasto del sistema. Este gasto refiere fundamentalmente a los desembolsos particulares que realizan los hogares en farmacias y otros establecimientos de bienes médicos. También se registra aquí el gasto en medicamentos que no se pudo asignar a ninguna de las demás funciones. El resto del gasto en medicamentos e insumos corresponde principalmente a la función curativa en el caso de las IAMC, ASSE, hospitales y todos los servicios que fueron consultados.

En tercer lugar, se ubica el gasto en prevención que representa 5,3% del gasto. Este gasto refiere a las acciones del gobierno de carácter colectivo como ser programas de salud, compras de vacunas, etc. así como a la atención con fines preventivos en servicios de carácter individual. En el caso de aquellas instituciones que no enviaron detalle de la información, el único gasto en prevención que se asignó a esta categoría es el gasto asociado a las vacunas. Esto tiene como consecuencia que quedará sobreestimado el gasto en atención curativa y subestimado el gasto en prevención y en los demás tipos de atención (rehabilitación y larga duración).

En cuarto lugar está el gasto de rehabilitación que representa el 4,3% del gasto total. Por otro lado, se identifica un 1,1% destinado a servicios de atención de larga duración (ALD) y un 0,04% del gasto del país que se utiliza en servicios auxiliares (al igual que en el caso de los bienes médicos, corresponde a gasto que no fue posible asignar a las demás funciones). El gasto en gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud corresponde a 0,5% del gasto sanitario total.

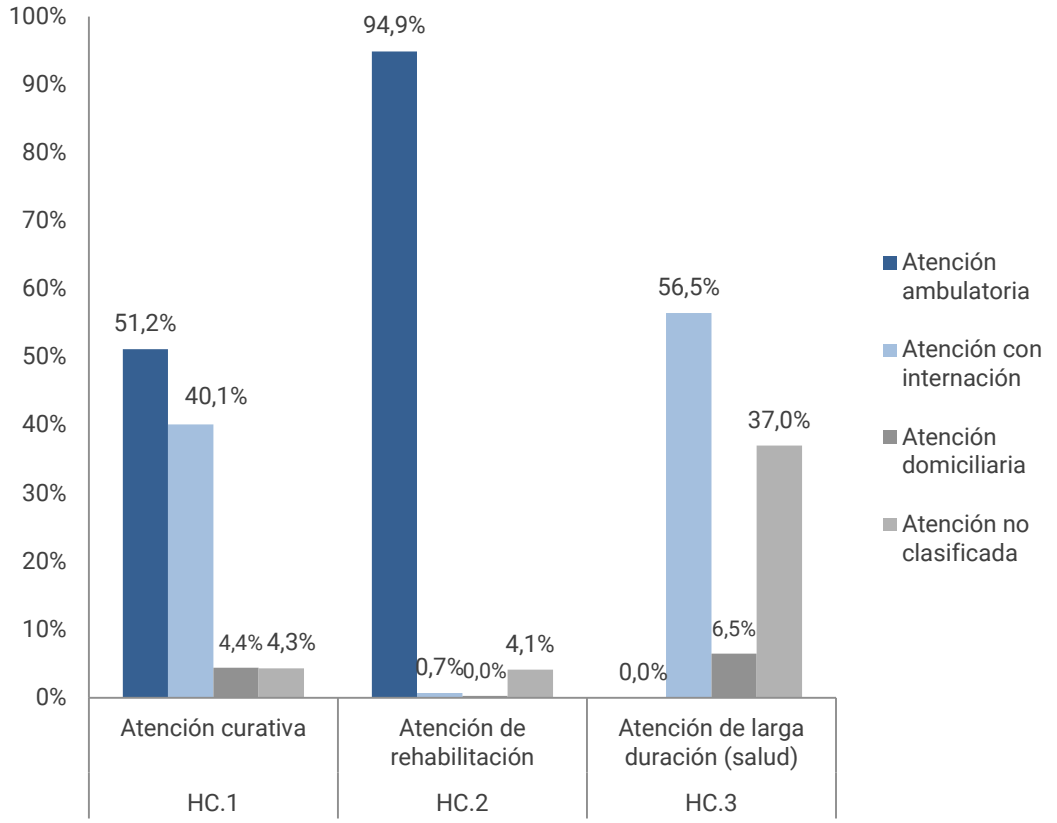
Vale mencionar que cerca del 11% del gasto no pudo ser asignado a ninguna categoría en esta oportunidad. Se trata del gasto de aquellas instituciones para las que no se cuenta con información suficiente como para distribuir su gasto por funciones de la salud. Este porcentaje no asignado es razonable en relación a las experiencias internacionales, en virtud de que las Cuentas, al abordar el gasto sanitario de todo el sistema, siempre contienen gastos que no es posible identificar y otros gastos que, aunque son identificados, no es posible clasificar.

Siguiendo la clasificación SHA 2011 al segundo dígito, el gasto se puede analizar desagregado por **modo de provisión**, esto es si fue atención con internación, ambulatoria o domiciliaria.

El gasto en atención curativa, a nivel de todo el sistema sanitario, se distribuye de la siguiente forma: 51,2% se realiza en atención ambulatoria, 40,1% corresponde a atención con internación y 4,4% corresponde a gasto en atención domiciliaria, mientras que el gasto restante (4,3%) no pudo ser asignado a ninguno de los modos de provisión.

La atención de rehabilitación se realiza casi en su totalidad en atención ambulatoria (95%) mientras que la atención de larga duración se brinda casi en un 60% en internación.

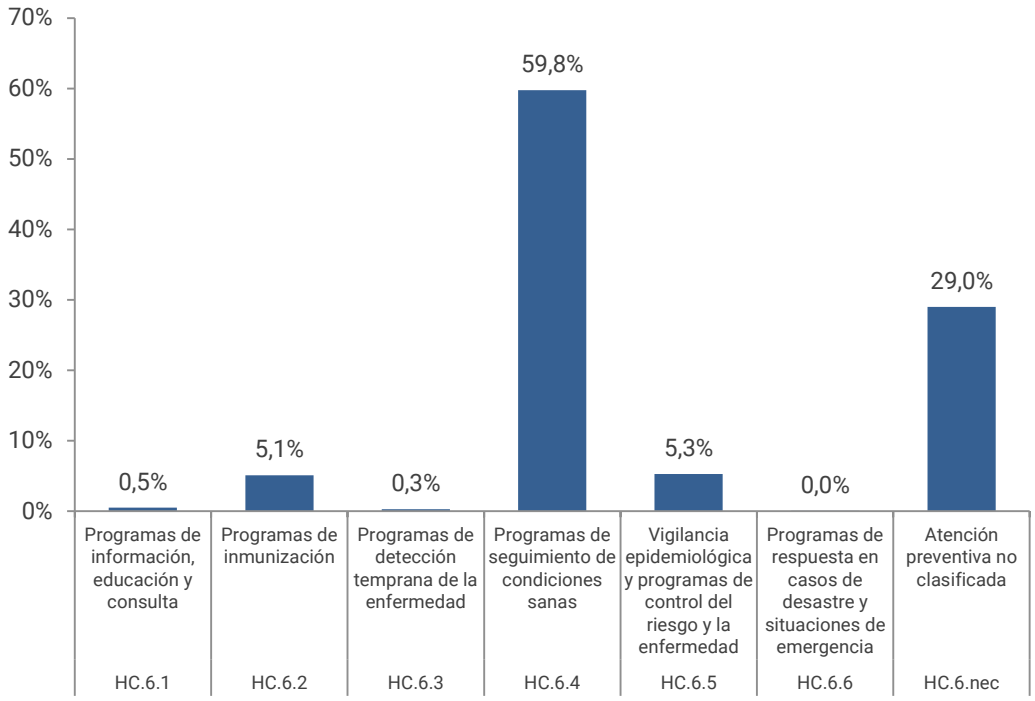
Gráfico 18 Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2019



Fuente: Economía de la Salud, MSP

El siguiente gráfico presenta la apertura del gasto en prevención a nivel del sistema. Se observa que el 60% del gasto corresponde al seguimiento de condiciones sanas (HC.6.4), categoría bajo la cual se clasifica el gasto que realizan los prestadores de salud a través de consultas médicas asociadas al control de la salud. El gasto en vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad (HC.6.5), efectuado en su totalidad por el Ministerio de Salud y Comisiones Honorarias, representa 5,3% del gasto en prevención. El gasto clasificado bajo programas de inmunización (HC.6.2), que refiere a las vacunas, asciende a 5,1% del gasto preventivo y se asocia tanto al gasto en la adquisición de los fármacos (realizado en gran medida a nivel central por parte del MSP), como su posterior administración en los propios prestadores. Por su parte 29% forma parte del gasto en prevención no clasificado.

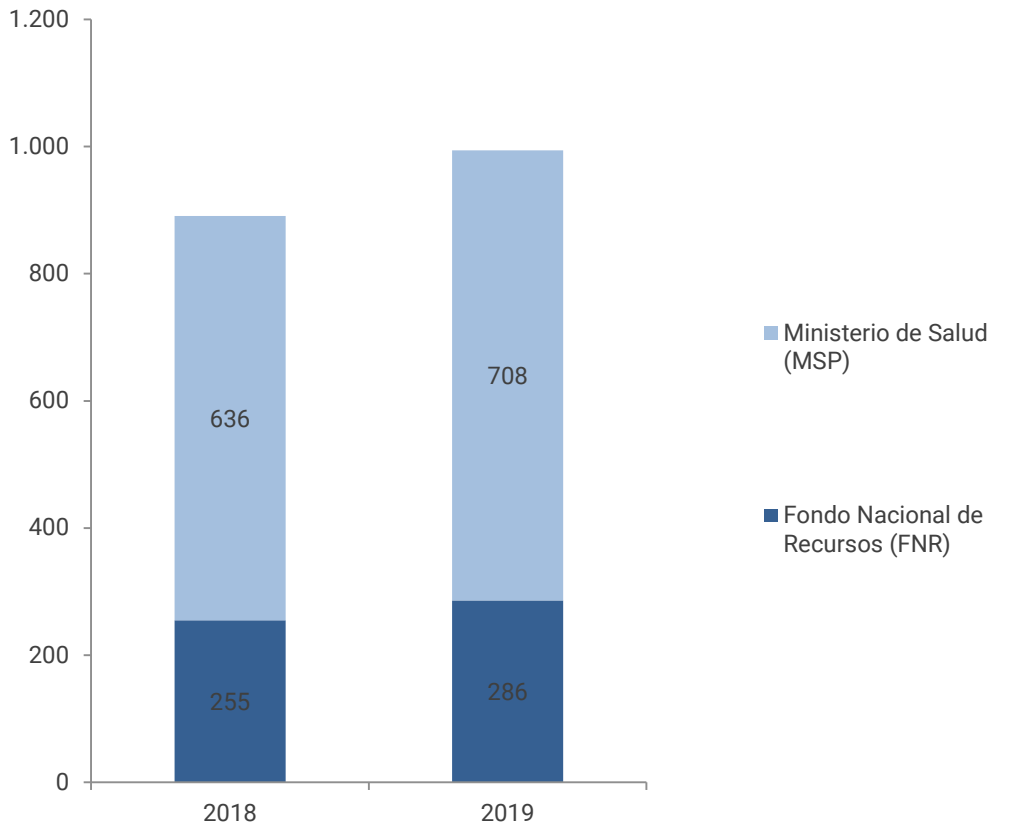
Gráfico 19 Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2019



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El gasto en gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7) representa el 0,5% del total del gasto en salud. El 71,2% de ese gasto es realizado por el MSP y el 28,8% restante por el FNR .

Gráfico 20 Gasto en gobernanza y administración, millones de pesos constantes de 2019

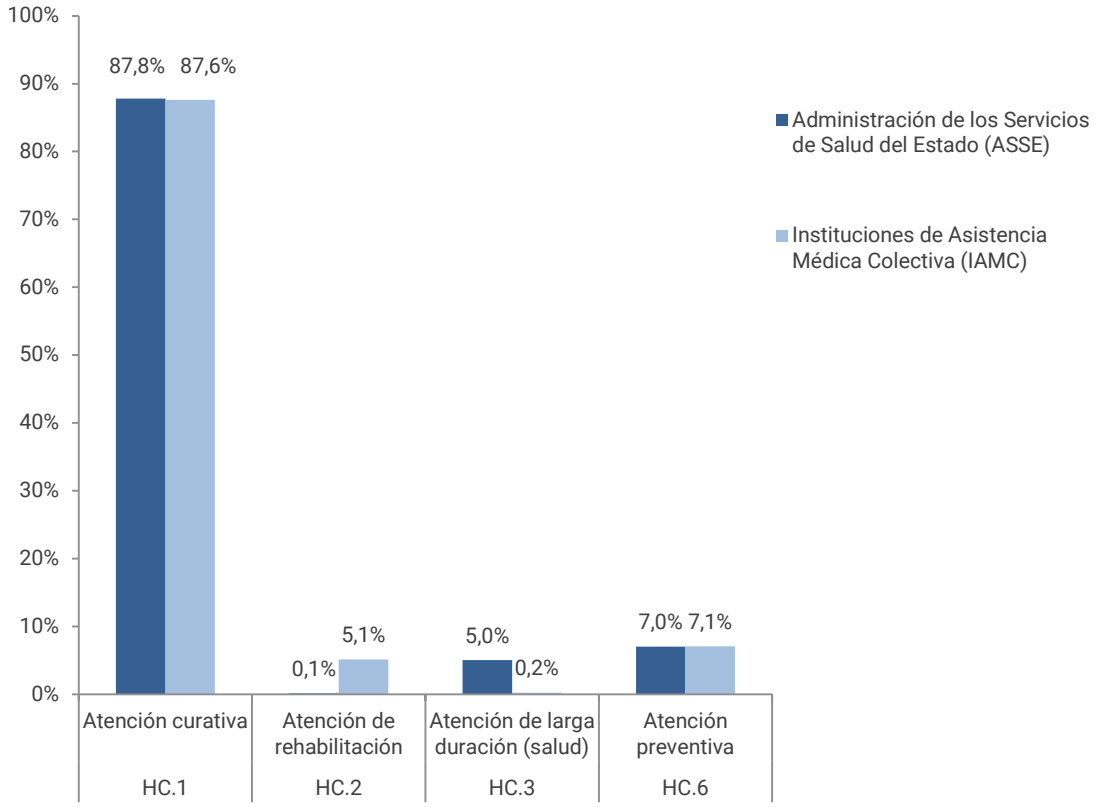


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

2.4.2 Gasto en salud por funciones por proveedor

Considerando el gasto por funciones de la salud para los proveedores del sistema sanitario, en 2019 el gasto en atención curativa de **ASSE** representó el 87,8% de su gasto corriente. Por su parte, 43,2% de este gasto correspondió a atención en internación, aproximadamente 44,3% a atención ambulatoria y apenas un 0,2% se destinó a la atención curativa domiciliaria. El gasto en atención de larga duración en el caso de ASSE, representa 5% del gasto corriente. La importancia relativa que tiene la atención de larga duración no se observa con esa magnitud en ningún otro prestador, y refiere, entre otros aspectos, a la atención dada a personas en situación vulnerable y situación de dependencia por edad o por estado de salud. La atención preventiva representa el 7% del gasto.

Gráfico 21 Estructura del gasto en salud por funciones, en ASSE y IAMC, año 2019

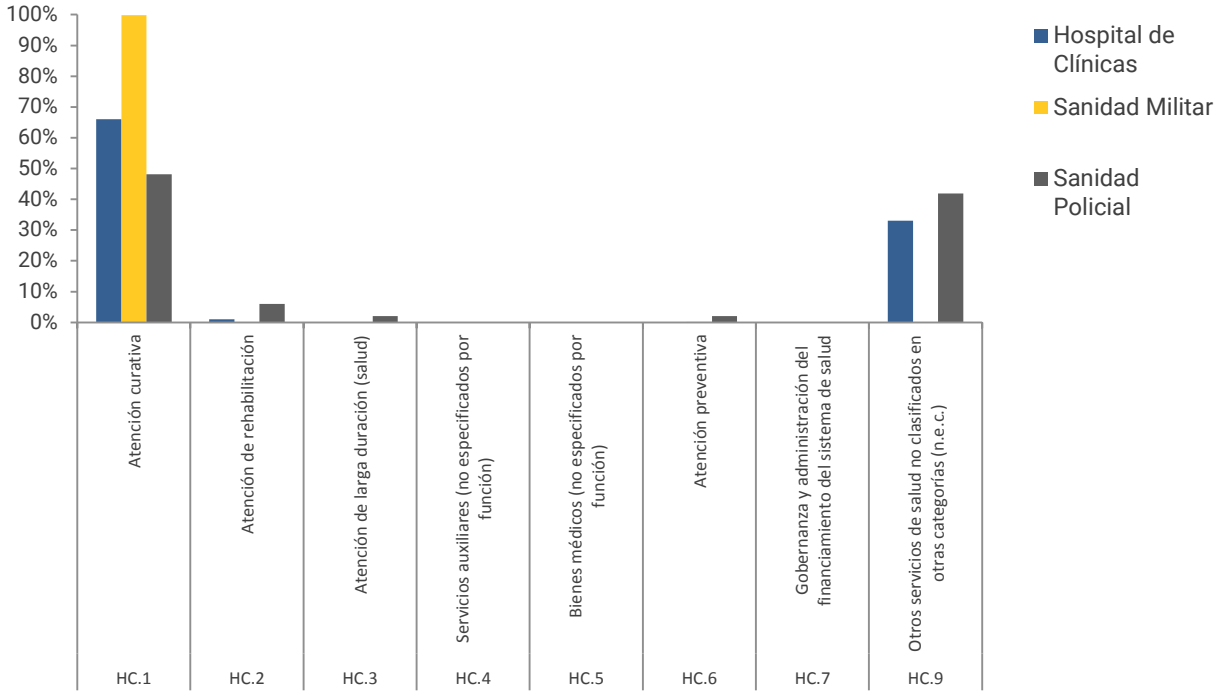


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En el caso de las **IAMC**, el 87,6% de su gasto en salud se destina a la atención curativa, del cual 43% corresponde a servicios de internación, 38% a servicios de atención curativa ambulatoria y 5% corresponde a gasto en atención curativa domiciliaria. El gasto de las IAMC destinado a la atención preventiva asciende al 6,9% de su gasto corriente, del cual 98% corresponde al seguimiento de condiciones sanas.

El gasto por funciones de los principales prestadores del sistema: ASSE e IAMC, tiene estructuras similares, encontrándose la mayor diferencia en la atención de larga duración que en el prestador público se encuentra muy por encima del promedio a nivel país.

Gráfico 22 Estructura del gasto en salud por funciones, en Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Sanidad Militar, año 2019



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Para estos tres hospitales públicos, no se consiguió información de la institución por lo que se realizaron estimaciones utilizando solamente la información de la rendición de cuentas de CGN y se siguió con la información sobre la distribución de funciones proporcionada en años anteriores.

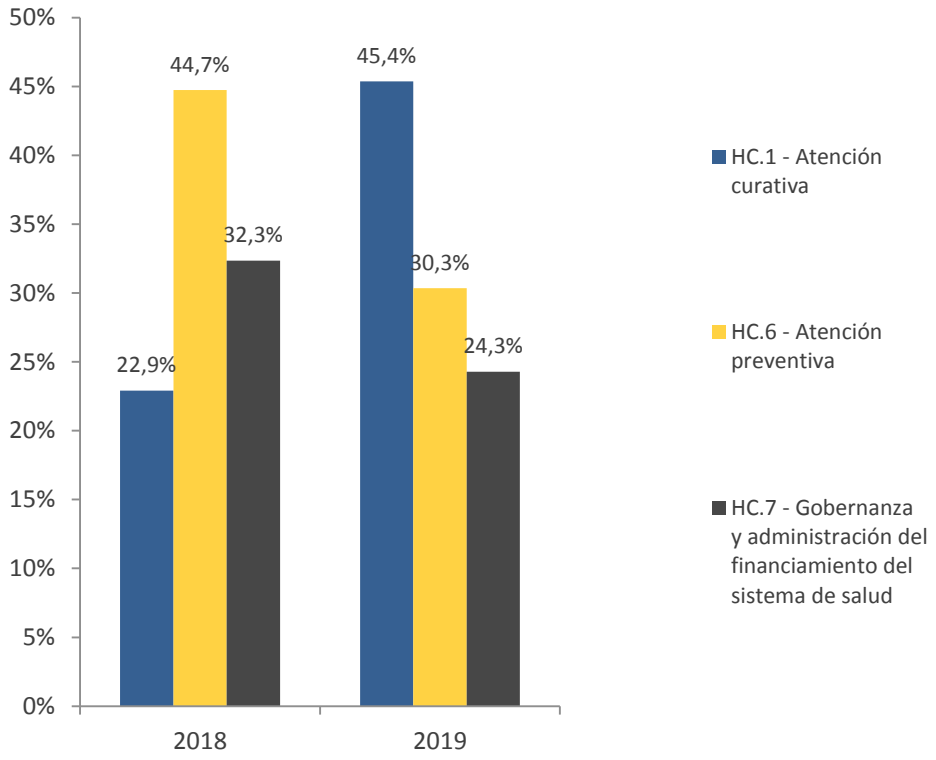
Como resultado de estas estimaciones, y con las limitaciones mencionadas, **Sanidad Militar**, presenta cerca del 100% de su gasto como curativo, dentro del cual 57% corresponde a atención curativa con internación, mientras que el resto del gasto no fue posible identificarlo a cada ámbito de la atención. El gasto identificado en prevención fue menor al 1%.

En el caso del **Hospital de Clínicas**, al igual que años anteriores, la tercera parte de su gasto no fue posible clasificarla por funciones de la salud. De acuerdo a las estimaciones a las que se arribó para el resto del gasto, la atención curativa representa el 66% del gasto corriente de la institución. No fue posible identificar el gasto destinado a la prevención.

Para **Sanidad Policial**, se estima que 48% del gasto se destina a la atención curativa y, de este gasto, no fue posible identificar cuánto corresponde a cada ámbito de la atención. La atención de rehabilitación representa 6% del gasto y la prevención representa el 2%.

El **Ministerio de Salud**, en virtud de su rol de autoridad sanitaria, destina sus recursos mayoritariamente a acciones de prevención y de gobernanza y administración del sistema.

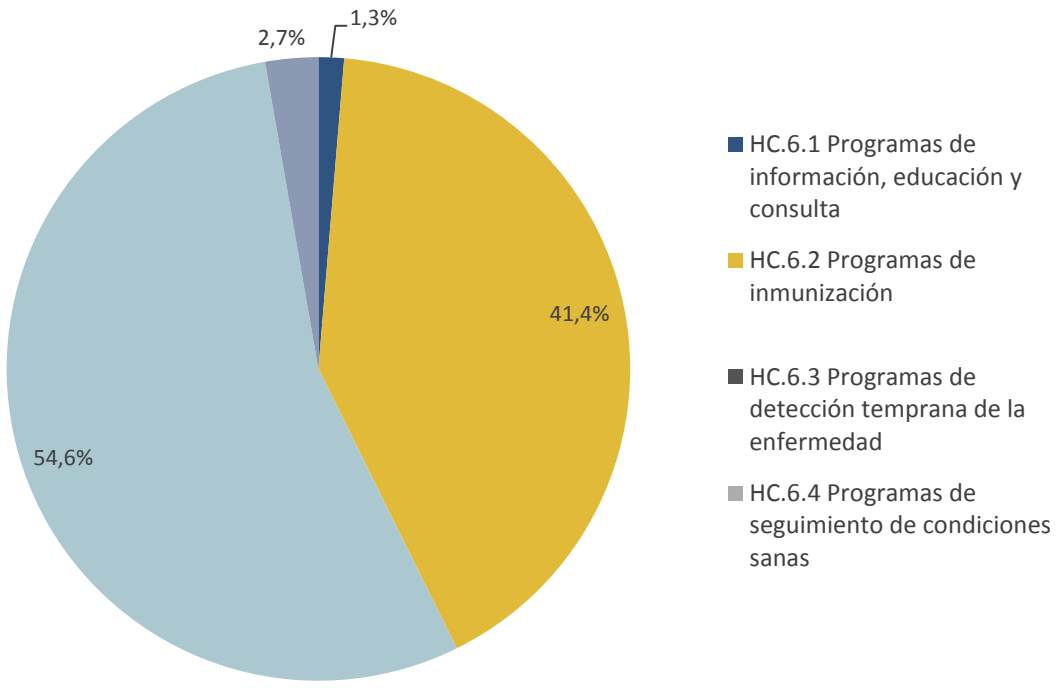
Gráfico 23 Estructura del gasto en salud por funciones en el MSP, años 2018 y 2019



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Su gasto en prevención se sitúa en 30,3% en 2019, dentro del cual se distribuyen casi equitativamente entre el gasto en actividades de vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad, y el gasto en programas de inmunización. El gasto en programas de información, educación y consulta representa 1,3% del gasto total en atención preventiva.

Gráfico 24 Estructura del gasto en prevención del MSP, año 2019

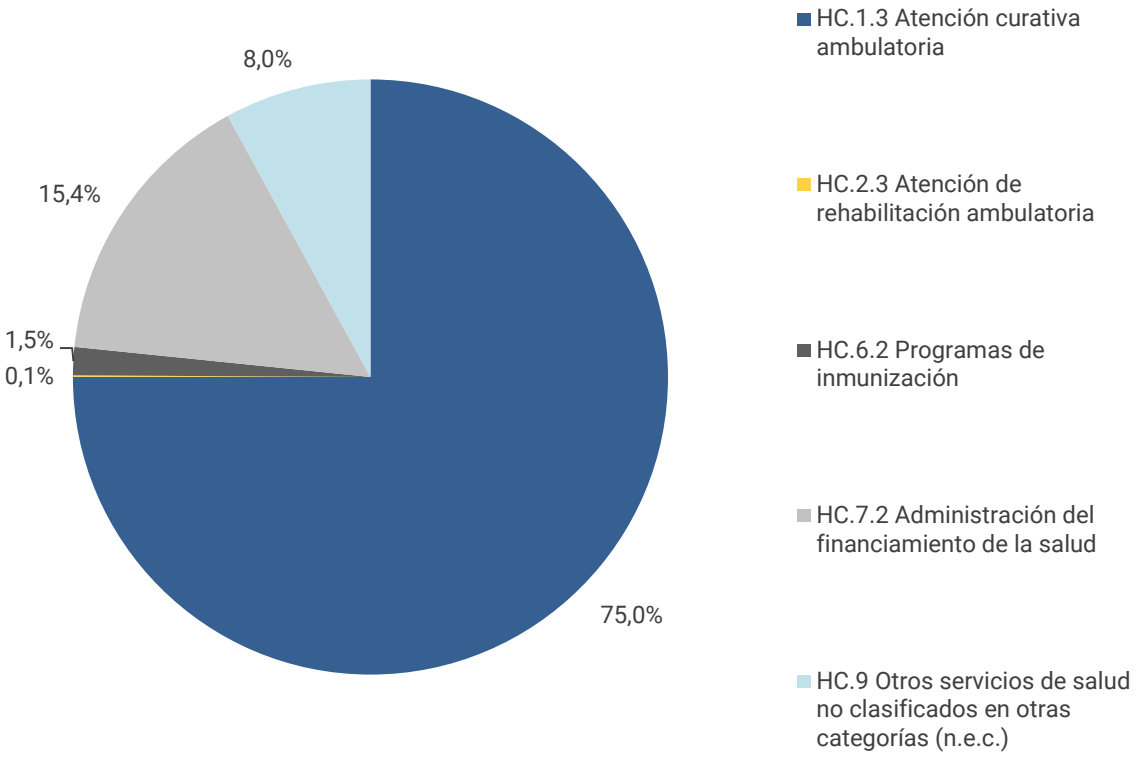


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Cerca de 25% del gasto del MSP corresponde a la gobernanza y administración del sistema de salud. Este gasto asciende a 708 millones de pesos y, por lo tanto, representa tan solo el 0,35% del gasto corriente en salud del país. Por su parte, el peso de la atención curativa ha venido creciendo debido al aumento de acciones de amparo para acceder a prestaciones no comprendidas en el PIAS. Tanto 2016, 2017 y 2018, el gasto en atención curativa significó aproximadamente un 20% del gasto del MSP, llegando a representar 44% del gasto del Ministerio en el año 2019. Este aumento se explica por el aumento del gasto del MSP en medicación de alto costo, que en 2018 representó el 15% del total de su gasto y pasó a representar casi el 40%.

El **Fondo Nacional de Recursos**, considerado como proveedor (es decir, deduciendo los servicios de medicina especializada contratados en IMAE y otros proveedores), destinó el 75% de su gasto corriente del año 2019 a la atención curativa (el 91% de dicho gasto corresponde a la provisión de medicamentos de alto precio incluidos en el PIAS). La función de gobernanza y administración del financiamiento del sistema representó el 15% de su gasto corriente, correspondiendo exclusivamente a la administración del financiamiento de la institución, mientras que la prevención representa sólo el 1,5% de su gasto como proveedor.

Gráfico 25 Estructura del gasto en salud por funciones en el FNR, año 2019

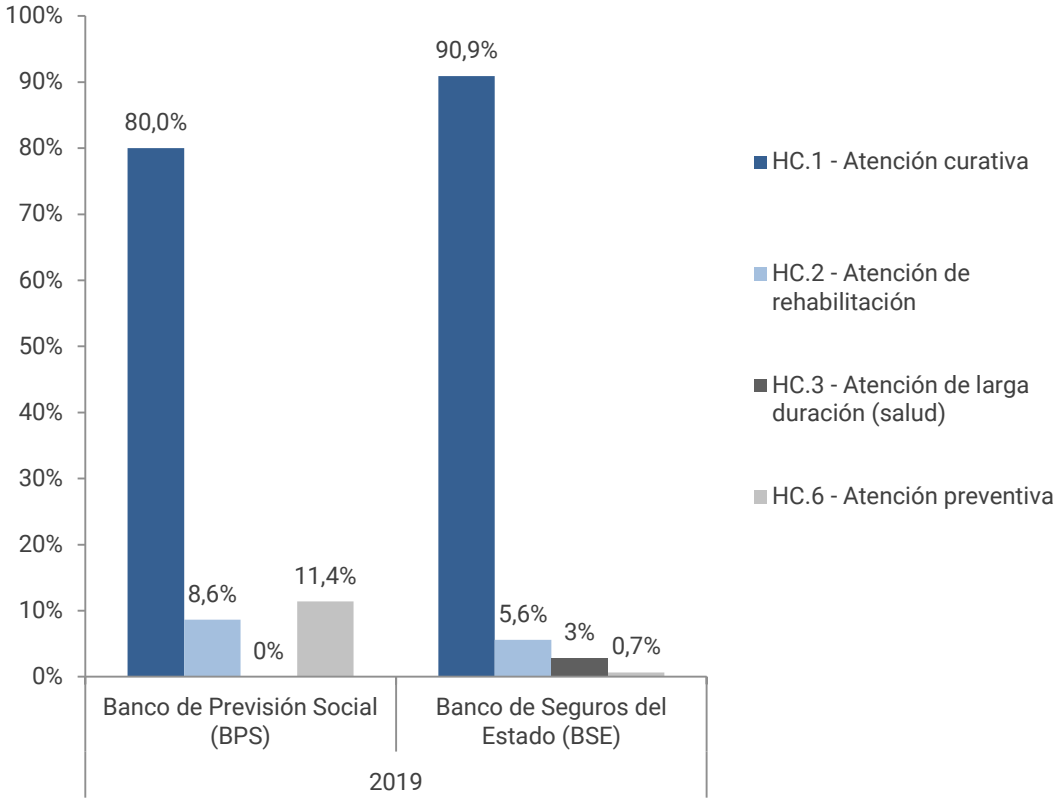


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Los IMAE cuyos servicios son comprados por el FNR, representan el 2,9% del gasto total en salud del país. Todo su gasto es en atención curativa (HC.1) y de carácter especializado. El 65% de dicho gasto corresponde a servicios en internación y el 35% restante son prestaciones realizadas en el ámbito ambulatorio.

En el caso del BPS, la atención curativa representó 80% de su gasto en 2019, del cual más del 61% fue de carácter ambulatorio y el 34% en internación. La atención de rehabilitación representó 9% del gasto y los servicios preventivos el 11%.

Gráfico 26 Estructura del gasto en salud por funciones, en BPS y BSE, año 2019



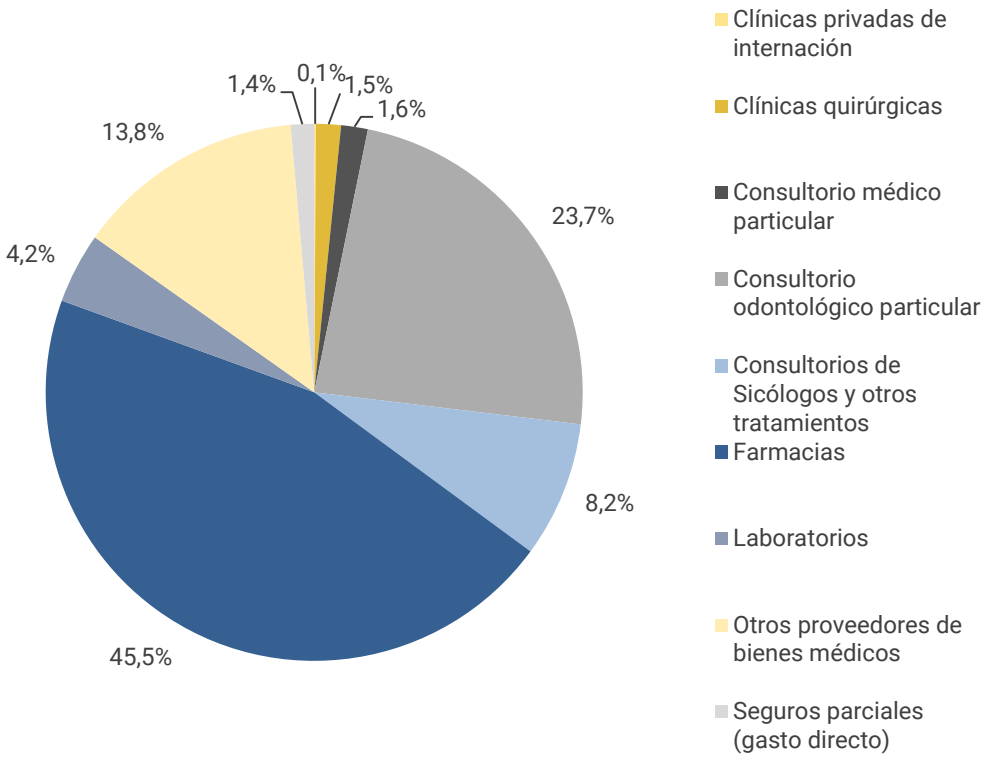
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Por su parte, en los servicios de salud del **BSE**, el 91% de su gasto corriente de 2019 correspondió a atención curativa, los servicios de rehabilitación representaron el 5,6% del gasto, la atención de larga duración 3% y la prevención representó 0,7%.

A continuación se presenta el **gasto directo de los hogares**, es decir aquel que realizan los individuos de forma particular en proveedores de bienes y servicios de salud, que representa el 11,3% del gasto corriente en salud del país.

El 45,5% de este gasto se realiza en farmacias (medicamentos principalmente) y un 23,7% corresponde a consultas odontológicas. Los pagos en consultorios de psicólogos y otros tratamientos particulares representan 8,2% de este gasto, el gasto en laboratorios 4,2% y el gasto en otros proveedores de bienes médicos 13,8%. Por último, el gasto en clínicas quirúrgicas particulares tiene un peso del 1,5%, mientras que el gasto en consultas médico particulares pesa 1,6%, los pagos en seguros parciales, 1,6% y el gasto en clínicas privadas de internación representa 0,1% del gasto directo de los hogares.

Gráfico 27 Estructura del gasto directo de los hogares por funciones, año 2019



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Realizando el análisis por funciones, se observa que el 59,3% del gasto corresponde a la compra de bienes médicos. El 76,7% de este gasto refiere a medicamentos y otros bienes médicos, mientras que el 23,3% restante corresponde a aparatos terapéuticos (como ser lentes) y otros bienes médicos.

Por otro lado, el gasto clasificado como curativo representa el 28,3% y, en su interior, el 83,7% corresponde a servicios odontológicos, 5,3% corresponde a gastos en clínicas quirúrgicas, 5,7% a consultorios médicos particulares y 4,9% a seguros parciales. La atención de rehabilitación asciende a 12,4% del gasto directo que realizan los hogares de forma particular, atención asociada al ámbito ambulatorio.

Tabla 8 Estructura del gasto en salud por funciones del gasto directo de los hogares, año 2019

HC.1 Atención curativa	**28,3%**
HC.1.1 Atención curativa con internación	1,6%
HC.1.1.nec Atención curativa con internación no clasificada	1,6%
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	26,7%
HC.1.3.1 Atención curativa general ambulatoria	1,4%
HC.1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica	23,7%
HC.1.3.nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	1,6%
HC.2 Atención de rehabilitación	**12,4%**
HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria	12,4%
HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria	12,4%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	**59,7%**
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos	45,5%
HC.5.1.2 Medicamentos de venta libre	42,9%
HC.5.1.3 Otros bienes médicos perecederos	2,5%
HC.5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	13,8%
HC.5.2.1 Anteojos y otros productos para la visión	11,4%
HC.5.2.nec Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos no clasificados	2,4%
Total general	**100%**

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En cuanto a las **policlínicas de las Intendencias**, aproximadamente 67% de su gasto corresponde a atención curativa, 27% a actividades de prevención, y menos del 1% a rehabilitación. En este caso puntual, se logró obtener más detalle en la información, por lo que se mejoró la estimación del gasto por funciones, tan solo el 6% restante del gasto no fue posible asignarlo a ninguna de las funciones de la salud.

En el caso del **INAU**, se siguió la estimación realizada para 2016 y 2017, la que deberá ser trabajada en mayor profundidad con posterioridad. De acuerdo a estas estimaciones, el 65% de su gasto correspondió a atención curativa especializada con internación (asociado al gasto en clínicas psiquiátricas), el 5% a atención curativa general ambulatoria y el 33% restante no fue posible clasificarlo.

Finalmente, para los **seguros integrales** no fue posible clasificar el gasto por funciones. En estos casos, se hace necesario solicitar información contable en formatos estandarizados e intercambiar con sus técnicos sobre la mejor forma de estimar su gasto por funciones.

En el caso de los **seguros parciales**, que son fundamentalmente emergencias móviles, se clasificó la totalidad de su gasto como curativo ambulatorio. En tanto algunos de estos seguros pueden también estar brindando servicios de rehabilitación, sería conveniente obtener información más detallada que permita desglosar mejor su gasto por funciones.

3. Avances y perspectivas

El Equipo de Cuentas de Salud del Ministerio de Salud se encarga desde 2006 de generar información valiosa y necesaria para la toma de decisiones de política en materia de gasto y financiamiento de la salud. Los informes producidos han permitido evaluar los cambios observados en el modelo de financiamiento en los últimos quince años, así como posicionar a Uruguay en los reportes de salud en el mundo elaborados anualmente por la OMS. [6][7]

Estos informes del equipo de Cuentas son el resultado de un proceso de trabajo continuo y sistemático a lo largo del año, que implica la recopilación de información, la convocatoria al Comité Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud, el intercambio constante con las instituciones proveedoras de datos, la validación de la información y el posterior procesamiento de las cifras, el análisis de los resultados y la divulgación de los informes.

Durante el proceso de armado de las cuentas nacionales 2016 y 2017 se comenzó a trabajar en el diseño de un sistema de procesamiento de la información que automatiza y agiliza buena parte del trabajo. Este sistema, que quedó totalmente operativo para la construcción de las CNS 2018- 2019, se basa en la elaboración de una serie de rutinas de R (software libre) que, en primer lugar, procesan los formularios diseñados previamente para cada organismo generando bases de datos. Luego, se realiza el ajuste post procesamiento de ingresos y gasto[8] pudiéndose armar desde esas bases las distintas matrices de gasto y financiamiento propuestas por la metodología de Cuentas Nacionales.

Si bien se reconoce que ha habido una mejora sustantiva en cuanto a los tiempos de procesamiento aún se debe concentrar el esfuerzo para mejorar la comunicación y el nivel de respuesta de los proveedores de la información, en particular con algunas instituciones. En este sentido, parece imprescindible reposicionar espacios de trabajo

[6] Anualmente el MSP reporta a la OMS las cifras elaboradas bajo el Sistema de Cuentas de Salud (SHA) y son publicadas en la base de datos mundial https://apps.who.int/nha/database

[7] https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1

[8] La información de ingresos es la que surge de los esquemas de financiamiento (HF) ajustada con las compras y ventas de servicios y se ajusta al gasto total, considerando gasto corriente (FP) y de capital (HK).

como el Comité Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud u otros que habiliten el diálogo con quienes generan y producen la información.

El presente informe significa la consolidación de la clasificación del gasto bajo SHA 2011 y de la armonización de las cifras de gasto y financiamiento del período 2005-2010. Estas cifras fueron elaboradas originalmente bajo SHA 1.0 y reclasificadas en esta oportunidad siguiendo el nuevo marco SHA 2011. De este modo, Uruguay cuenta con una serie completa de gasto y financiamiento en salud 2005 – 2019 clasificado según SHA 2011.

Por otro lado, este es el segundo informe que incorpora el análisis del gasto distribuido por funciones de la salud. Sin embargo, las particularidades del año 2020 enmarcado en la pandemia por COVID-19 no permitieron avanzar en las mejoras metodológicas que quedaron pendientes y que serán retomadas en próximos informes. Es necesario seguir avanzando junto con las instituciones en la afinación de las estimaciones, en la integración de nuevas fuentes de información y en la búsqueda de mayores niveles de detalle y desagregación de los datos.

En otro orden, si bien las Cuentas de Salud proveen información de suma importancia para el monitoreo del gasto y el financiamiento del sistema de salud, con indicadores muy utilizados a nivel internacional, el marco por sí mismo no logra dar respuesta a preguntas más profundas sobre la equidad y la eficiencia del sistema, por ejemplo, para lo cual es necesario recurrir a estudios complementarios más específicos. En este sentido sigue pendiente avanzar en el análisis de los costos de remuneraciones y medicamentos para abordar el estudio de la eficiencia en el sistema.

Por último, es importante advertir que para los próximos años, en especial 2020 y 2021, se deberá tener en cuenta el impacto provocado por la pandemia del virus COVID-19 en el gasto en salud del país. Este es un nuevo desafío que el equipo enfrentará consultando con los referentes internacionales de OPS- OMS y evaluando la pertinencia de generar cuentas auxiliares que permitan registrar el gasto vinculado exclusivamente a la lucha contra la COVID de forma de aislar ese incremento. Si bien se han comenzado algunos intercambios y discusiones a nivel internacional sobre estas metodologías, todavía son muy incipientes.