



Cuentas Nacionales de Salud 2020-2021

Gasto y financiamiento de la salud en Uruguay

MAYO 2023



Autoridades

Dra. Karina Rando
Ministra

Lic. José Luis Satdjian
Subsecretario

Cra. Alicia Rossi
Director General del Sistema Nacional de Salud

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



JUNASA: Junta Nacional de Salud

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

MTOP: Ministerio de Transporte y Obras Públicas

N.e.c.: No clasificado en otra parte

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIB: Producto bruto interno

PIAS: Plan Integral de Atención en Salud

SHA: System of Health Accounts

SINADI: Sistema Nacional de Información

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SNS: Seguro Nacional de Salud

UDAS: Unidades docentes

UDELAR: Universidad de la República de la República



Índice

1.	Introducción	6
	¿Qué son las Cuentas de Salud?.....	6
	Las Cuentas Nacionales de Uruguay.....	6
	Algunas modificaciones metodológicas	6
	El informe de Cuentas de Salud de Uruguay	7
2.	Resultados	8
2.1.	Indicadores generales	8
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	24
2.2.4	Agentes de financiamiento	27
2.3.	La provisión de servicios de salud	31
2.3.1	Gasto en salud de los proveedores	31
2.3.2	Factores de provisión	34
2.3.3	Cuenta capital.....	36
2.4.	El consumo de servicios de salud.....	38
2.4.1	Gasto en salud por funciones.....	38
2.4.2	Gasto en salud por funciones por proveedor	42
3.	Conclusiones, avances y perspectivas	52
	Anexo	55



Gráfica 1 Gasto total en salud, en millones de pesos constantes de 2021 y como porcentaje del PIB (ambos indicadores excluyen el gasto de capital)	10
Gráfica 2 Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1), millones de pesos constantes de 2021	13
Gráfica 3 Evolución del gasto del Fondo Nacional de Recursos por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2021	14
Gráfica 4 Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1), millones de pesos constantes de 2021.....	15
Gráfica 5 Evolución del gasto de ASSE por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2021	16
Gráfica 6 Evolución del gasto de las IAMC por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2021	17
Gráfica 7 Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares (HF 3.1 y HF.3.2), millones de pesos constantes de 2021.....	18
Gráfica 8 Evolución del financiamiento público y privado en relación al GTS.....	21
Gráfica 9 Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, 2005 a 2021	22
Gráfica 10 Evolución del gasto de bolsillo per cápita, en pesos constantes 2021.....	23
Gráfica 11 Gasto público en salud como porcentaje del PIB y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas 2020	24
Gráfica 12 Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical primario) y gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical secundario)	25
Gráfica 13 Gasto corriente en salud per cápita en USD en PPP, 2020	26
Gráfica 14 Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales en 2020 y 2021	28
Gráfica 15 Composición del gasto del FNR en los proveedores que contrata, año 2021	29
Gráfica 16 Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2021	40
Gráfica 17 Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2021	41
Gráfica 18 Gasto en gobernanza y administración, millones de pesos constantes de 2021	42
Gráfica 19 Estructura del gasto en salud por funciones, en ASSE y IAMC, año 2021.....	43
Gráfica 20 Estructura del gasto en salud por funciones, en Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Sanidad Militar, año 2021	44
Gráfica 21 Estructura del gasto en salud por funciones en el MSP, años 2020 y 2021	45
Gráfica 22 Estructura del gasto en prevención del MSP, año 2021	46
Gráfica 23 Estructura del gasto en prevención del Otros ministerios y organismos públicos, año 2021.....	47
Gráfica 24 Estructura del gasto en salud por funciones en el FNR, año 2021	48
Gráfica 25 Estructura del gasto en salud por funciones, en BPS y BSE, año 2021.	49
Gráfica 26 Estructura del gasto directo de los hogares, año 2021.....	50
Gráfica 27 Número de casos confirmados de COVID-19 activos por día, Uruguay, 13 de marzo de 2020 al 20 de febrero de 2022	58



1. Introducción

¿Qué son las Cuentas de Salud?

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

Las Cuentas Nacionales de Uruguay

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

En la disponibilidad de los datos existe un rezago de 2 años que se explica por la complejidad en la recolección y el procesamiento de la información. Esta brecha ha ido mejorando notoriamente a través del tiempo y esperamos se continúe reduciendo aún más. En este informe se presentan los resultados de gasto y financiamiento de la salud en nuestro país para los años 2020 y 2021 obtenidos mediante las Cuentas de Salud. A su vez, como se mencionó, la información se genera desde 2005 por lo que en los apartados que se consideró relevante, se analizó el comportamiento de largo plazo. En esta oportunidad, se incluye en el anexo un apartado especial sobre el Fondo COVID creado para financiar el gasto que corresponde a la pandemia por Covid-19. Todos los valores del informe están expresados en pesos constantes de 2021.

Algunas modificaciones metodológicas

Este informe incorpora algunos cambios metodológicos e innovaciones con respecto a los anteriores.

Por un lado, se destaca el esfuerzo por reducir los rubros no clasificados llamados “No clasificado en otra parte” (nec). Esto fue en especial, durante el proceso de solicitud de la información



donde se trabajó junto con las instituciones y luego, en la instancia del procesamiento de los datos, el equipo de cuentas realizó estimaciones ajustadas a las diferentes a las instituciones.

A su vez, con el objetivo de reducir posibles duplicaciones del gasto en salud de las instituciones, en 2020 se realizó un cambio metodológico que implicó una mejora en el cálculo y el registro de los servicios contratados de las instituciones. Por otro lado, se realizaron mejoras en la estimación de la clasificación por funciones y gasto corriente por factores de producción para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Esta nueva estimación se aplicó también a los Seguros Privados Integrales, por tener lógicas similares.

Por último, teniendo en cuenta que el sector privado ofrece diferentes bienes y servicios de salud, se identificó a los proveedores privados de bienes y servicios de salud que contrata el resto de las instituciones. Como proveedores quedaron comprendidos: farmacias, consultorios odontológicos, consultorios psicológicos y clínicas psiquiátricas. Estas categorías surgen de la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH 2016/2017) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). La continuidad en la producción de las cuentas y la inclusión de estas modificaciones en el análisis, permite que los resultados sean perfectamente comparables a los informes de los años anteriores.

El informe de Cuentas de Salud de Uruguay

En el documento se presentan los principales resultados para los años 2020 y 2021. A lo largo del documento se realizan comparaciones con la serie de gasto disponible desde el año 2005 y en particular con el año 2019 por tratarse del año previo a la pandemia y también ser el año del último informe publicado.

En primer lugar, se presentan los indicadores generales y luego se describen las clasificaciones utilizadas, siguiendo la metodología propuesta por Sistema de Cuentas de Salud *System of Health Accounts* (SHA 2011). Esto se realiza desde 3 dimensiones: la primera, el financiamiento del gasto; éste se analiza desde la perspectiva de los esquemas de financiamiento como los ingresos de los esquemas y los agentes de financiamiento. En segunda instancia se presenta la dimensión del gasto según la provisión de los servicios de salud, es decir, el gasto en salud de los proveedores, los factores de provisión y la cuenta capital. Por último, se analiza la dimensión del consumo de servicios de salud utilizando el método de análisis del gasto en salud por funciones. A modo de cierre, se da cuenta de los avances en la generación de las cuentas de salud y se plantean desafíos y perspectivas para próximos estudios. En el anexo, se amplía la información sobre el gasto realizado con el Fondo COVID para enfrentar la pandemia.



2. Resultados

2.1. Indicadores generales

Los resultados de las Cuentas Nacionales de Salud brindan información importante para la toma de las decisiones sobre gasto y financiamiento a la vez que dan cuenta de una realidad fácilmente comparable en la región y el resto del mundo. El sistema de salud de Uruguay se destaca por tener cobertura universal y un Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), que además de garantizar a la población el derecho al acceso a la salud, generó condiciones favorables a la hora de enfrentar a la pandemia por COVID-19, como se verá en dicho informe.

A continuación, se presentan algunos de los indicadores generales para los años 2020 y 2021. En particular, el gasto total en salud, el gasto corriente y el gasto de capital para Uruguay y la evolución para el período seleccionado.

El gasto total en salud en 2020 fue de 225.653 millones de pesos constantes de 2021, en tanto en 2021 fue de 245.777 millones de pesos. De esta manera, en 2021 la variación del gasto total en salud en términos reales fue de 9% respecto al año anterior. Si se analiza la composición del gasto, casi no presentó variaciones en el período. El gasto corriente representó el 98,2% del gasto total en 2020 y 98,4% en 2021, mientras que las inversiones aportaron el 1,8% y 1,6% respectivamente. Esta composición tampoco tuvo variaciones significativas en los últimos años.

Tabla 1 Gasto corriente y gasto de capital en salud en millones de pesos constantes de 2021

	2.020	2.021
Gasto Corriente	221.534	241.800
Gasto Capital	4.119	3.977
Gasto Total en Salud (GTS)	225.653	245.777

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Por otro lado, el gasto corriente en salud sobre el producto interno bruto (PIB) suele ser un indicador muy útil si bien no deja de ser una referencia y una primera aproximación al tema. Según el último informe de la OMS¹ el gasto en salud mundial para el 2019 representó el 9,8% del (PIB) mundial mientras que para el 2020 fue de 10,8% donde la contracción del PIB mundial fue de 3,4% respecto al 2019.

¹ *Global spending on health: rising to the pandemic's challenges*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, el estudio comprende 164 países.



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

Tabla 2 GTS en millones de pesos constantes de 2021 y GTS per cápita.

	GTS	GTS p/c
2005	118.774	35.430
2006	125.426	37.351
2007	129.413	38.530
2008	138.416	41.158
2009	158.032	46.782
2010	164.695	48.487
2011	180.446	52.876
2012	191.812	55.979
2013	201.144	58.469
2014	208.131	60.263
2015	215.237	62.081
2016	222.648	63.975
2017	228.769	65.490
2018	233.073	66.479
2019	245.074	69.652
2020	225.653	63.908
2021	245.777	69.369

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El gasto total en salud (GTS) presentó una variación promedio anual de 5% entre 2005 y 2021. En ese período hubo un incremento anual sostenido hasta 2019 inclusive, mientras que en 2020 el gasto en salud cayó 8% y en 2021 aumentó nuevamente 9%. La disminución en 2020 respondió en parte a que el aumento del gasto de varias instituciones fue inferior a la inflación². Por otro lado, el aumento del gasto observado en 2021 se explica en parte por el impacto tardío de la pandemia en nuestro país. La primera ola de COVID en Uruguay se registró recién a finales del 2020 y tal como se verá en el apartado 3 sobre el gasto COVID se agravó recién en la primera quincena de marzo 2021. Si se observa el indicador de gasto per cápita, se visualiza también una caída de 8,25% en 2020, mientras que en 2021 presentó un aumento de 8,55%.

Por su parte, en la Tabla 3 se presenta el indicador de gasto en salud sobre el PIB.

² Como se mencionó en el apartado anterior, en 2020 se realizó un cambio metodológico que implicó una mejora en el cálculo y en el registro de los servicios contratados de las instituciones. El objetivo fue reducir posibles duplicaciones del gasto por lo que pronunció la caída del gasto del 2019 a 2020. Si se hubiese continuado con la misma metodología, la caída en 2020 hubiera sido más atenuada.



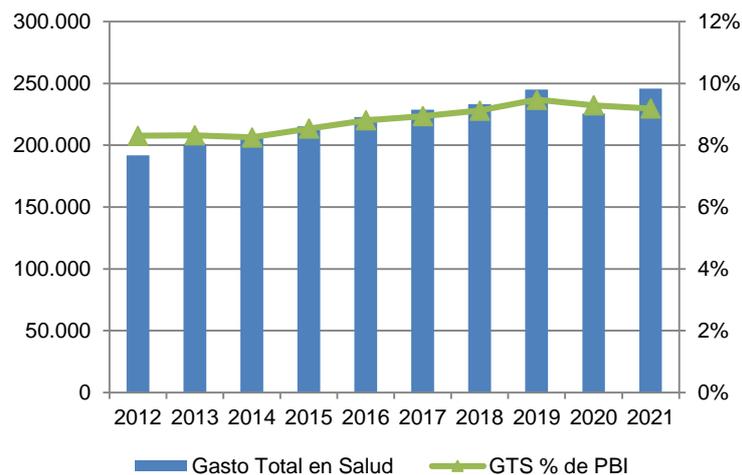
Tabla 3 Gasto total en salud como porcentaje del PIB³

	GTS como % PIB
2012	8,22%
2013	8,27%
2014	8,25%
2015	8,48%
2016	8,81%
2017	8,94%
2018	9,12%
2019	9,47%
2020	9,29%
2021	9,19%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Se observa una tendencia al alza hasta 2019, con un descenso en 2020 y en 2021. Este indicador en 2021 representó 9,19%, registrando una caída de 0,1 puntos porcentuales respecto al año 2020. Si bien el gasto total en salud en términos reales aumentó (9%) en 2021, la caída del indicador GTS/PBI se explica porque en términos corrientes el PBI aumentó 19% mientras que el GTS en términos corrientes aumentó 17%.

Gráfica 1 Gasto total en salud, en millones de pesos constantes de 2021 y como porcentaje del PIB (ambos indicadores excluyen el gasto de capital)



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

³ En 2021 se realizó un cambio de base en cálculo del PIB, pasando de la base 2005 a base 2016. Los nuevos datos de PIB están publicados recién a partir de 2012. Esto explica que la serie del indicador GTS/PIB tenga diferencias con respecto al informe de CNS 2018-2019



2.2. El financiamiento del gasto en salud

El financiamiento de la atención de la salud es definida por la OMS como “la función de un sistema de la salud que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente, en el sistema de la salud. Los sistemas de financiamiento deben diseñarse específicamente para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces; y para garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.”⁴

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

2.2.1 Esquemas de financiamiento

En esta sección, en una primera instancia se presentan las cifras de los esquemas de financiamiento **HF** (*Health Care Financing Schemes*) para los años 2020 y 2021, tanto las variaciones como la composición por esquemas. Luego, se analiza la evolución de los principales esquemas de financiamiento para el período 2005-2021.

En la Tabla 4 se presenta el gasto por esquema de financiamiento para 2020 y 2021. En Uruguay, en 2021 casi el 75% del total del gasto por esquema de financiamiento correspondió a “Esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios” (HF.1). Le siguen HF.3 “Gasto directo de los hogares” (15%) y HF.2 “Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud” (11%).

En particular, resulta relevante observar lo que sucede con HF.1 “Esquemas gubernamentales y de financiamiento de los servicios contributivos y obligatorios” con un aumento de casi 14% en términos reales en 2021. El esquema HF.2 de los “Esquemas de pagos voluntarios de servicios de salud”, se contrajo en 1,3% respecto al año anterior, mientras que el esquema asociado al gasto de bolsillo de los hogares (HF.3) se mantuvo prácticamente igual entre 2020 y 2021 presentando un aumento de 1% en 2021.

⁴ <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>



Tabla 4 Estructura de gasto por esquema de financiamiento, años 2020 y 2021.

Gasto por esquema de financiamiento en millones de pesos constantes valor 2021 ⁵	2020	2021
HF.1 Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	71%	74%
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	20%	26%
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	52%	48%
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	12%	11%
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	12%	11%
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	0%	0%
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas	0%	0%
HF.3 Gasto directo de los hogares	16%	15%
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	13%	12%
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	4%	3%
Total general	100%	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP

La participación de HF.1 en la estructura total de los esquemas pasó de representar 66% del total del gasto en 2019 a casi 74% en 2021, aumentando 8 puntos porcentuales. Esto se explica en mayor medida por HF.1.1.1 “Esquemas del gobierno central” donde se registró el gasto asociado al Fondo COVID. Este esquema aumentó 8,5 veces en el año 2020 con respecto al 2019 y 8 veces en 2021 con respecto al año anterior. Por su parte, los seguros sociales de salud HF.1.2.1 “Esquemas de seguros sociales de salud”, representaron casi la mitad del gasto sanitario total. Allí se encuentran los dos fondos para el financiamiento de las prestaciones incluidas en el PIAS, es decir, el Seguro Nacional de Salud (FONASA) y el Fondo Nacional de Recursos (FNR, el reaseguro de los prestadores integrales para las prestaciones de mayor complejidad y costo), el seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales del Banco de Seguros del Estado (BSE), Sanidad Policial y Sanidad Militar (Gráfica 2).

Por su parte, el gasto de bolsillo, HF.3 “Gasto directo de los hogares”, es un indicador muy importante a la hora de analizar resultados. Dentro de estos, los esquemas con mayor peso lo tuvieron los de “Gastos directos excluidos los pagos compartidos” que representan los bienes y servicios vendidos directamente a particulares (HF.3.1) con 12% mientras que el gasto directo asociado a los costos compartidos con terceros (HF.3.2) representaron 3,4% del total del gasto.

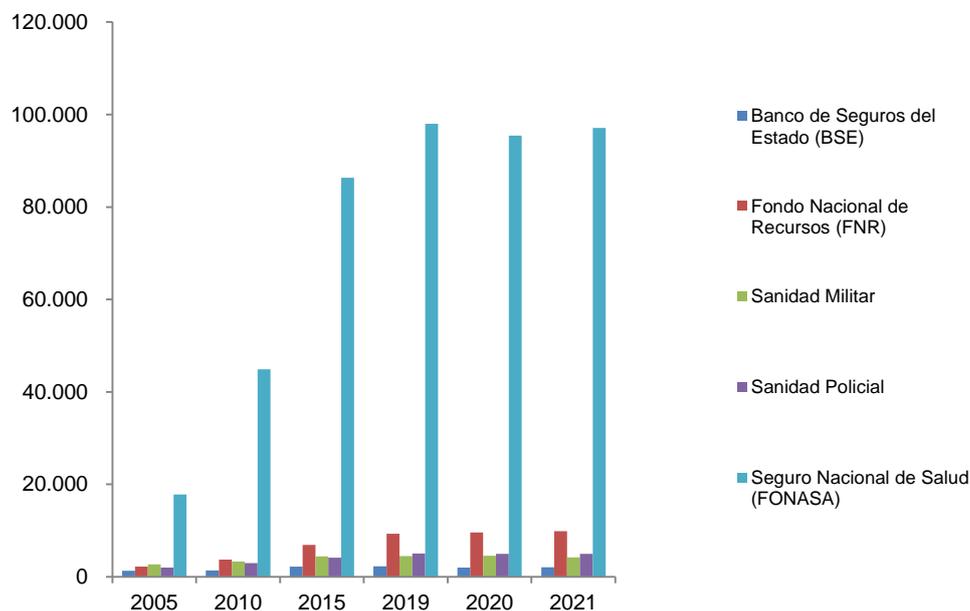
⁵ En HF.nec “Esquemas de financiamientos no especificados” se registró el ajuste entre ingresos y gastos.



En particular en 2021, como se mencionó anteriormente, casi la mitad del gasto sanitario nacional (48,1%) correspondió al conjunto de “Esquemas de seguros sociales de salud” (HF.1.2.1). La otra mitad del gasto se distribuyó entre el gasto que se realiza en la órbita de los “Esquemas gubernamentales” (26,3%), el gasto de bolsillo de los hogares (HF.3.1 y HF.3.2) con el 15,3%, el que realizan los “Esquemas de seguros voluntarios de salud” (HF.2.1.1 y HF.2.1.2) con 11,1%. El resto se distribuyó entre HF.2.2.1 “Esquemas de financiamiento ISFLSH” (excluyendo HF.2.2.2) y HF.2.3.1 “Esquemas de financiamiento de empresas” (excepto los proveedores de servicios de salud). Esto incluyó el gasto de las empresas públicas (0,1%), Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM, 0,07%), los servicios de instituciones sin fines de lucro (0,02%) y ANCAP (0,01%).

En la siguiente Gráfica 2 se presenta el detalle del financiamiento de los “Esquemas de seguros sociales de salud” que existen en nuestro sistema según los agentes que lo sostienen (HF.1.2.1).

Gráfica 2 Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1), millones de pesos constantes de 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

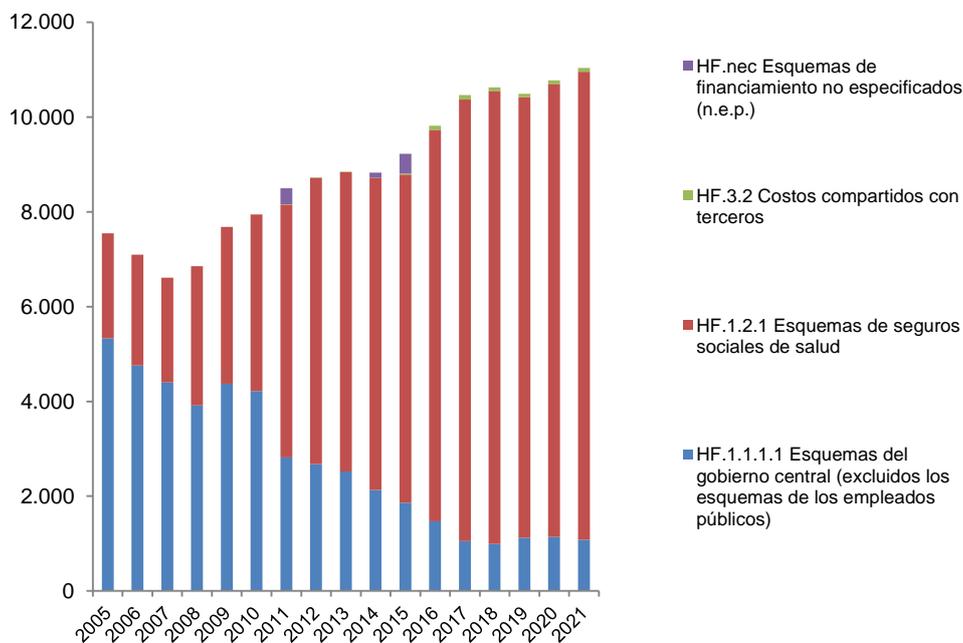
Se observa una tendencia creciente del Seguro Nacional de Salud desde 2005, llegando en 2021 a un valor 5 veces mayor que 2005, fenómeno que ya estuvo presente en 2019. A su vez, a lo largo del período, tuvo la mayor participación en el total de los esquemas. Mientras que en 2005 representaba el 68% del esquema de seguros sociales de salud (asociado a la cobertura a través



de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad- DISSE), en 2021 representó más del 80%. Si se analiza como proporción del gasto sanitario total, en 2005 representó el 15% mientras que en 2021 el 45% del gasto total.

Por otro lado, si se observa la evolución de los ingresos del FNR provenientes del FONASA y de las cuotas de prepago en prestadores integrales de salud, se constata que aumentaron casi 5 veces. Este fenómeno también se viene presentando desde 2019, con una tendencia creciente desde 2005. Esto se aprecia claramente en el siguiente gráfico.

Gráfica 3 Evolución del gasto del Fondo Nacional de Recursos por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2021



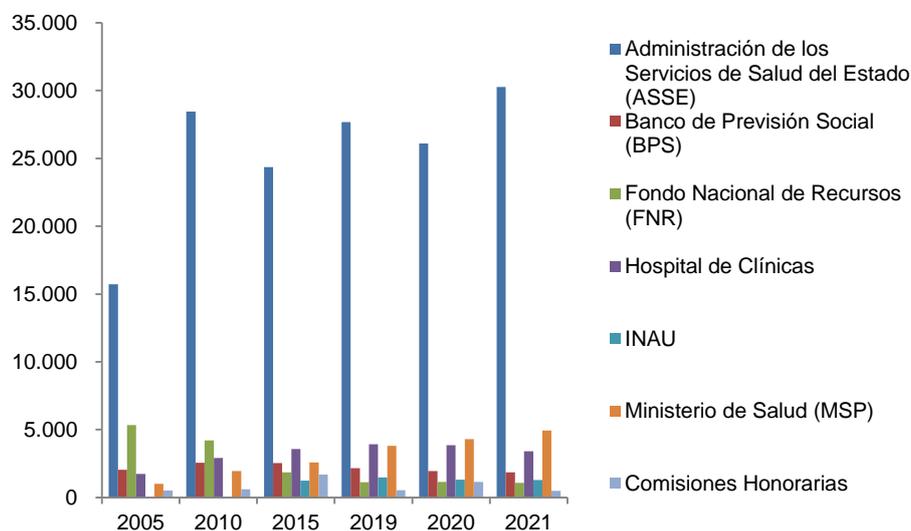
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Entre 2005 y 2021, el gasto total del FNR en términos reales aumentó más de 45%. Tal como se mencionó anteriormente, en la Gráfica 3 se observa el aumento de la participación de los seguros sociales de salud frente a la del gobierno central. En 2005 los ingresos del FNR adjudicados a los esquemas del gobierno central representaron el 70% y el 30% restante provenía de los esquemas de seguros sociales de salud. Sin embargo, en 2021 el 89% correspondió a los ingresos de los esquemas de seguros sociales de salud y el 10% restante al esquema del gobierno central. El 1% restante está asociado al tercer esquema (HF.3.2), asociado al cobro de copagos por los tratamientos de fertilización asistida y por algunos servicios en el exterior.



Por otro lado, es de sumo interés analizar los esquemas pertenecientes al gobierno central (excluyendo las prestaciones de salud a empleados públicos). En la Gráfica 4, se presenta la evolución según los distintos agentes que componen los esquemas del gobierno central. Estos son: ASSE (asociado a la cobertura de la población no FONASA sin afiliación a seguros voluntarios privados), del FNR (los pagos por acto por la cobertura de ASSE y Sanidad Militar), Hospital de Clínicas, MSP, BPS (por los servicios de salud brindados a parte de la población), INAU y Comisiones Honorarias.

Gráfica 4 Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1), millones de pesos constantes de 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

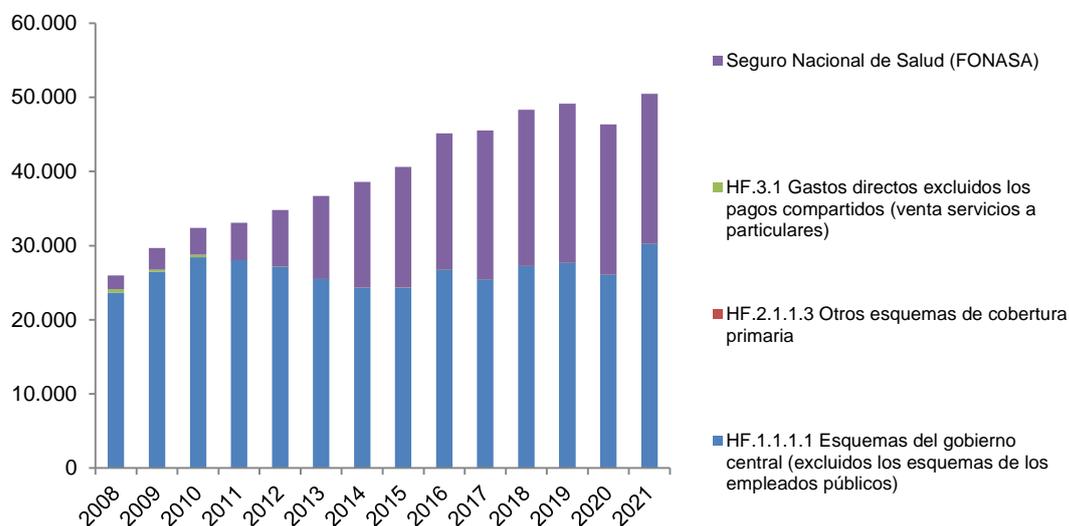
En comparación con 2005 los “Esquemas del gobierno central” se incrementaron en términos reales 64%, donde el MSP aumentó casi 4 veces en 2021, el Hospital de Clínicas 95% y ASSE 93%. Para el INAU no se cuenta con información anterior a 2011, por lo que la variación se calcula de 2011 a 2021 y fue de un incremento del 4%. El BPS, presenta una disminución de 8% en 2021 con respecto a 2005. Por su parte el FNR, presenta una disminución del 80%, esto es consistente con el aumento del otro principal esquema de financiamiento del FNR que se analizó anteriormente.

Por su parte, desde el 2015 en ASSE se observa cierta estabilidad en la distribución de los esquemas de financiamiento donde alrededor del 60% corresponde a esquemas del gobierno central y 40% al Seguro Nacional de Salud. Dentro del esquema del gobierno central, el financiamiento del gasto de ASSE aumentó 3,5% en valores corrientes en 2020, sin embargo, tal como



se observa en la Gráfica 5 en términos reales, disminuyó 5,7%. A su vez, los “otros esquemas de coberturas primarias” y los “gastos directos excluidos los costos compartidos” también cayeron en 2020 en términos reales (5 y 78% respectivamente). Esto se corresponde con algunos fenómenos observados a partir del segundo semestre del 2020. Una de las hipótesis sobre esta caída está asociada a algunos fenómenos observados a partir del segundo semestre del 2020, a raíz de las medidas sanitarias adoptadas por la pandemia de COVID-19 y la consecuente reducción de la utilización de los servicios de salud.

Gráfica 5 Evolución del gasto de ASSE por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2021

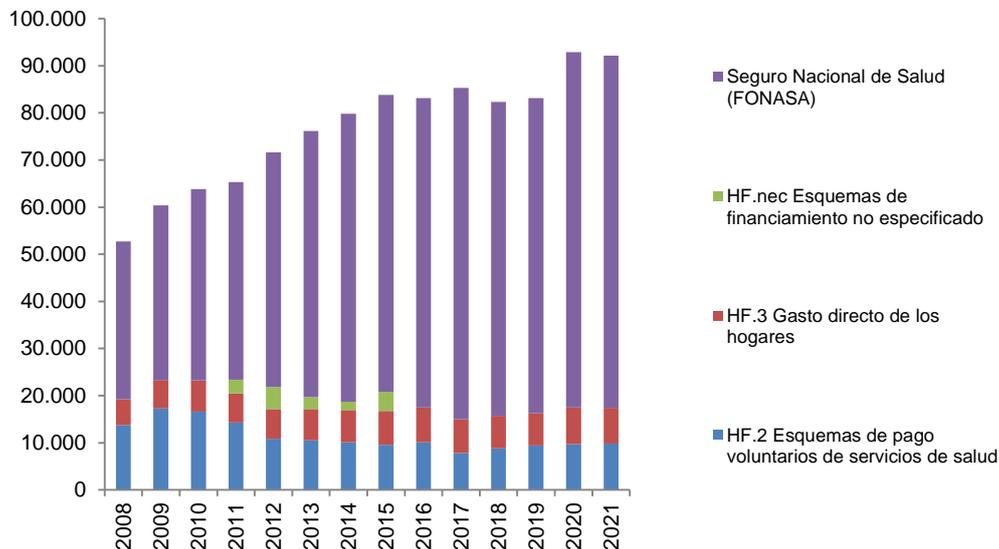


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Por su parte, el gasto de las IAMC por esquema financiamiento en 2021 también se duplicó con respecto al 2008. 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). Del mismo modo sucede con ASSE donde se observa una caída en 2020 con respecto al 2021. Si bien se implementaron nuevas modalidades de atención ambulatoria no presenciales (orientación telefónica/telemedicina), se produjo una disminución global de la actividad como consecuencia de la aplicación de las pautas ministeriales frente a la misma.



Gráfica 6 Evolución del gasto de las IAMC por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2021



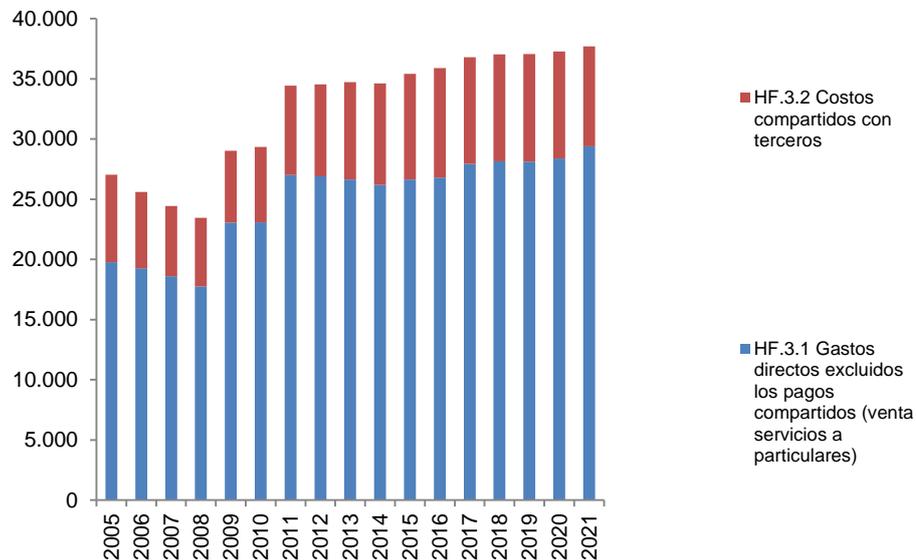
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Desde 2016 alrededor del 80% del financiamiento de las IAMC corresponde al financiamiento proveniente del 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.

En la Gráfica 7 se presenta la evolución de los “Esquemas de gastos directos”, observando en el período un aumento de casi un 50%. Dentro de los esquemas encontramos: 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 Militar, FNR, etc. En el segundo caso (HF.3.1), son los gastos que no implican compartir costos con quien brinda la cobertura, como por ejemplo en consultorios particulares, farmacias, etc.



Gráfica 7 Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares (HF 3.1 y HF.3.2), millones de pesos constantes de 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Tal como se observa, los gastos directos (HF.3.1) tienen el mayor peso en el gasto de bolsillo con 78% en 2021 y un promedio de 76% en el período 2005-2021. Por su parte, el esquema HF.3.2 “Costos compartidos con terceros” representó el 22% restante y aumentó 14% a lo largo del período. El mayor peso dentro de HF.3.2 lo tuvieron las IAMC con una participación de 90% aproximadamente.

En la Tabla 5 se desglosaron las cifras por agente observando a las Farmacias con la mayor participación en el total de los esquemas (35%) y dicho gasto correspondió enteramente a los esquemas de Gastos directos excluidos los pagos compartidos. Le sigue la participación de las IAMC (20%) que, como ya se vio, tuvieron un mayor peso en los costos compartidos. Le siguen en peso relativo los Consultorios odontológicos particulares (17%), Otros proveedores de bienes médicos (10%), Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos (6%), y el resto de los agentes privados: Laboratorios (3,1%), Consultorios médicos particulares (1,2%), las Clínicas quirúrgicas (1,1%), los Seguros Privados Parciales (1,1%) y por otro lado el Hospital de Clínicas. El resto de los agentes presentaron una participación marginal, como Sanidad Militar (0,3%), FNR (0,2%), Sanidad Policial (0,2%), Clínicas privadas de internación (0,1%), Instituciones sin fines de lucro (ISFL, 0,007%), ASSE (0,003%) y Agencia Nacional de Vivienda – Banco Hipotecario (ANV-BHU, 0,003%).



Tabla 5 Participación en el gasto de bolsillo por agente

Gasto por instituciones	Participación de las instituciones en el gasto de bolsillo
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	78%
Farmacias	35%
Consultorio odontológico particular	17%
Otros proveedores de bienes médicos	10%
Consultorios de Sicólogos y otros tratamientos	6%
Laboratorios	3,1%
Consultorio médico particular	1,2%
Seguros Privados Parciales	1,1%
Clínicas quirúrgicas	1,1%
Hospital de Clínicas	1,1%
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	0,9%
Seguros Privados Integrales	0,9%
Sanidad Militar	0,3%
Clínicas privadas de internación	0,1%
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	0,0%
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	22%
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	19%
Seguros Privados Integrales	2,4%
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	0,2%
Sanidad Policial	0,2%
Sanidad Militar	0,01%
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	0,01%
BHU- ANV	0,00%
HF.3 Gasto directo de los hogares	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.



2.2.2 Ingresos de los esquemas

En el siguiente apartado se presenta la dimensión del financiamiento desde una perspectiva de los ingresos de los esquemas de financiamiento, **FS** (*Revenues of Health Care Financing Schemes*). Una primera distinción importante es discriminar el financiamiento público del privado.

Dentro del financiamiento público se incluyen todos los ingresos que se consideran obligatorios, mientras que los ingresos privados refieren a prepagos voluntarios, al gasto de bolsillo de los hogares y a instituciones sin fines de lucro.

Financiamiento público:	
-	impuestos (FS.1)
-	contribuciones a la seguridad social y demás esquemas de seguros sociales (FS.3)
-	prepagos de carácter obligatorio (FS.4), además del gasto en salud de empresas públicas.
Financiamiento privado	
-	prepagos voluntarios (FS.5)
-	otros ingresos del país (FS.6) que pueden provenir de:
•	hogares (FS.6.1; por ejemplo los copagos o tasas moderadoras y demás pagos de bolsillo)
•	instituciones sin fines de lucro (FS.6.3).

La categoría de “otro financiamiento” incluye el financiamiento externo (FS.2 y FS.7), es decir las donaciones (transferencias) que el país recibe del exterior, además de cualquier otro ingreso que no haya sido posible clasificar (FS.nec)⁶.

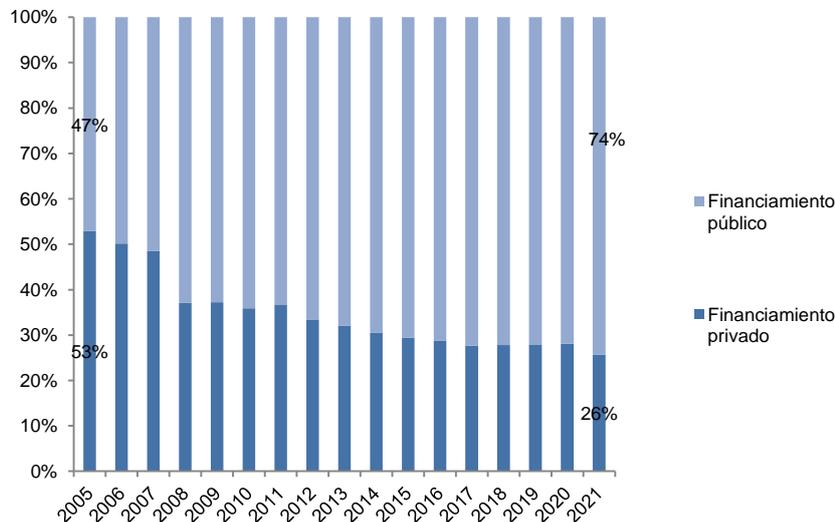
Desde OPS/OMS se recomienda como condición necesaria, pero no suficiente que el gasto público destinado a la salud represente por lo menos 6% del PIB. “El incremento de los recursos públicos para la salud debe aumentar la equidad en la asignación al dirigirse en forma prioritaria al primer nivel de atención, mejorar su capacidad resolutoria y su capacidad articuladora de las redes integradas de servicios”.⁷ En Uruguay, en 2020 el gasto público representó 6,7% sobre el PIB y en 2021 representó 6,9%.

⁶ El peso de esta categoría es marginal por lo que se dejó fuera del gráfico.

⁷ <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>



Gráfica 8 Evolución del financiamiento público y privado en relación al GTS.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

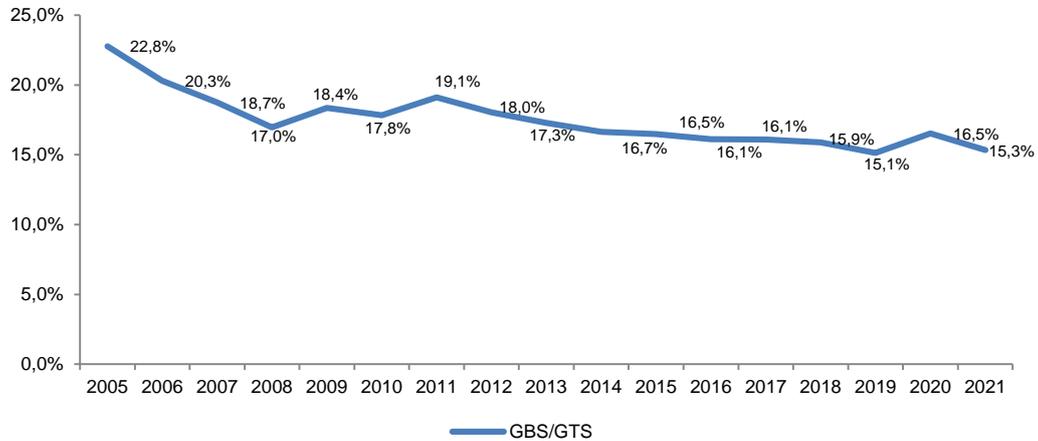
Según el último informe de la OMS, en 2020, del total del gasto en salud mundial, el 63% proviene de fuentes públicas, el 36% de fuentes privadas (incluyendo el gasto de bolsillo) y el resto de fuentes externas⁸. En particular, en Uruguay, el financiamiento público es la principal fuente de financiamiento del gasto total en salud. En 2020 financió el 72% y en 2021 el 74%, casi tres cuartas partes del gasto total en salud, mostrando un aumento de 2 puntos porcentuales en 2021 frente al año anterior. El gasto con financiamiento privado se mantuvo casi estable en términos reales. Es decir que lo que creció fue básicamente el financiamiento público siendo el principal motor del aumento del gasto total en salud en 2021. La participación relativa del privado cayó porque aumentó el denominador.

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.

⁸ *Global spending on health: rising to the pandemic's challenges*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Gráfica 9 Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, 2005 a 2021



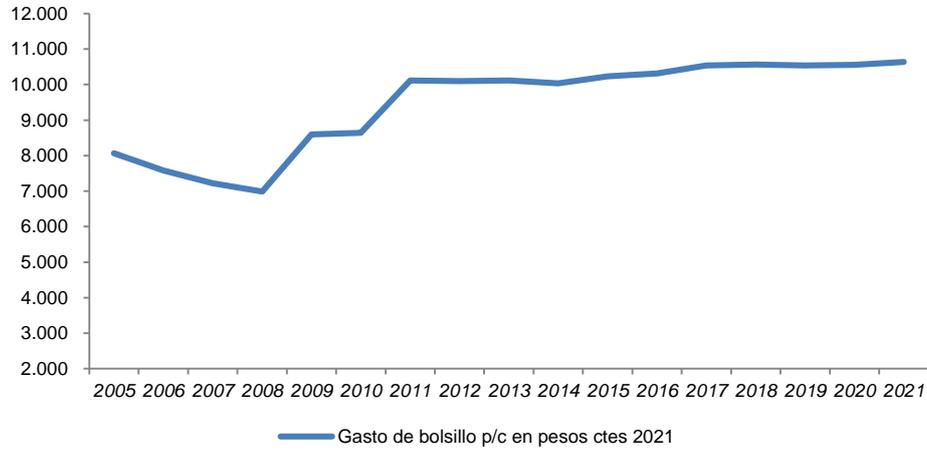
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Tal como se muestra en la Gráfica 9, el gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud presentó una tendencia descendente de 2011 hasta el 2019, luego en 2020 aumentó más de un punto porcentual y luego cayó a 15,34% en 2021. Cabe aclarar que en 2020, el aumento del indicador fue debido a que el gasto total en salud disminuyó en mayor proporción que estos pagos. Por su parte, en 2021, el gasto total en salud creció un 9% frente al año anterior, siendo el incremento del gasto de bolsillo mucho menor (1,1%).

Un indicador muy utilizado a nivel internacional es el gasto de bolsillo per cápita. A nivel mundial este indicador descendió en el primer año de la pandemia, lo que podría reflejar la reducción de la utilización de los servicios de salud. Claramente es importante analizar cada país para constatar como dialogan los esquemas de financiamiento tal como se hizo en el apartado anterior. Como se puede ver en la Gráfica 10, en Uruguay a partir de 2011 se estabiliza el gasto de bolsillo per cápita anual en el entorno de los 10.500 pesos aproximadamente.



Gráfica 10 Evolución del gasto de bolsillo per cápita, en pesos constantes 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

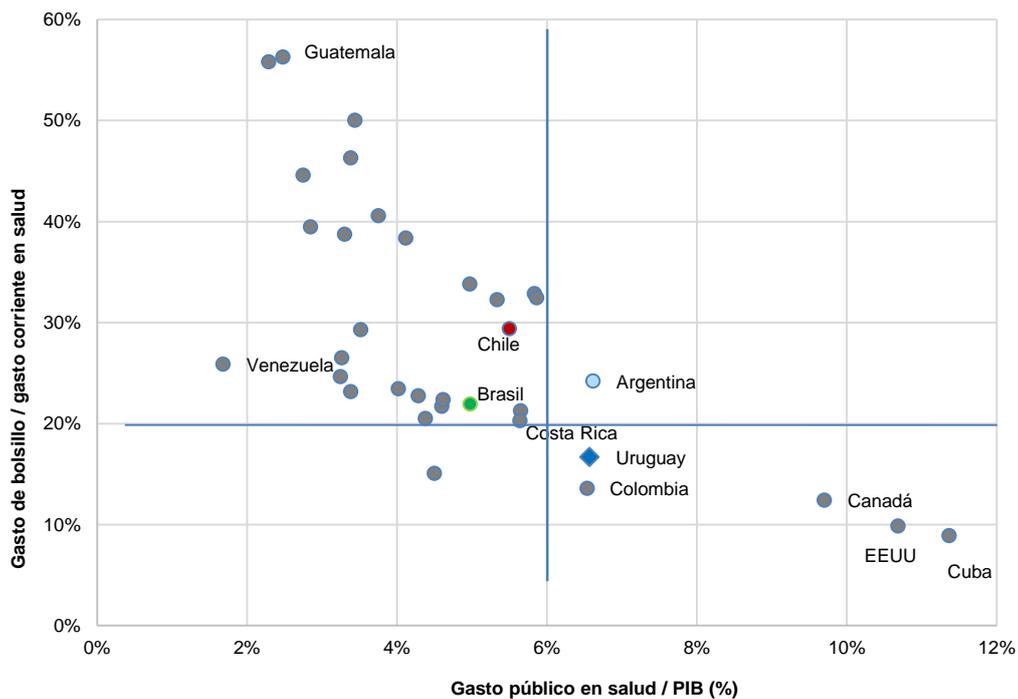


2.2.3 El financiamiento en el contexto regional

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 2020 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 (medido en paridad de poder de compra PPA).

Se trazaron los umbrales de 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, recomendados internacionalmente.

Gráfica 11 Gasto público en salud como porcentaje del PIB y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas 2020



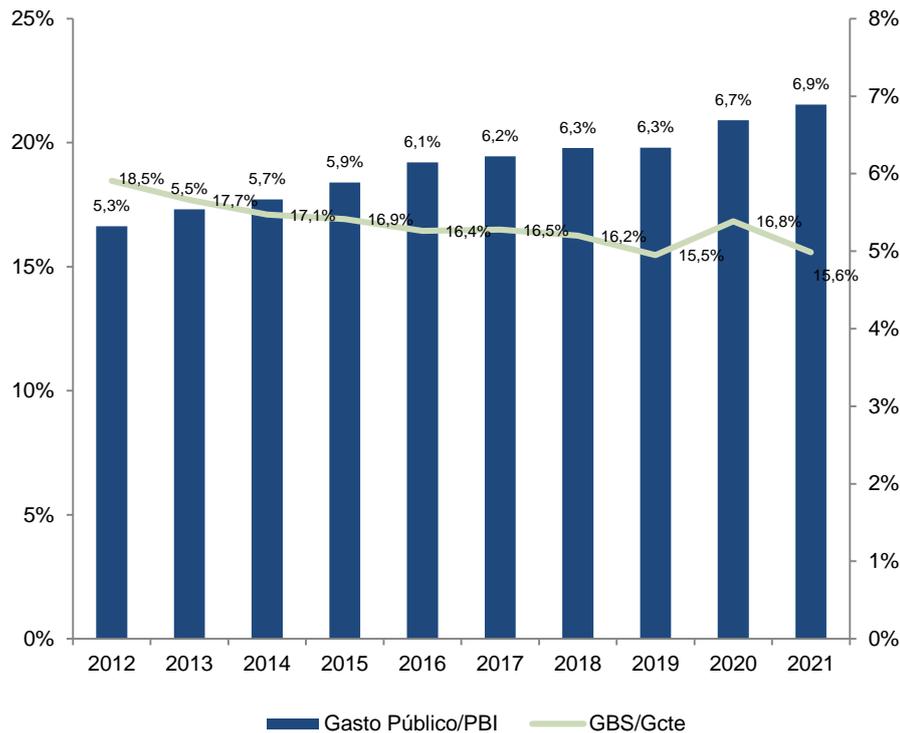
Fuente: Economía de la Salud, MSP, en base al *Global Health Expenditure Database*

Como puede observarse, Uruguay continúa formando parte del grupo de países que presenta valores dentro de los umbrales recomendados internacionalmente. El gasto de bolsillo representó 16,7% del gasto corriente en salud en 2020 y el financiamiento público del gasto alcanzó 6,57% del PIB. Para poder realizar la comparación, los datos se presentan en paridad de poder de compra (PPA). Los indicadores están calculados sobre el gasto corriente en salud mientras que en el apartado anterior se calcularon sobre el gasto total.



A continuación se presenta la serie del período 2012-2021 tanto para el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud y para el gasto público como porcentaje del PIB.

Gráfica 12 Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical primario) y gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical secundario)



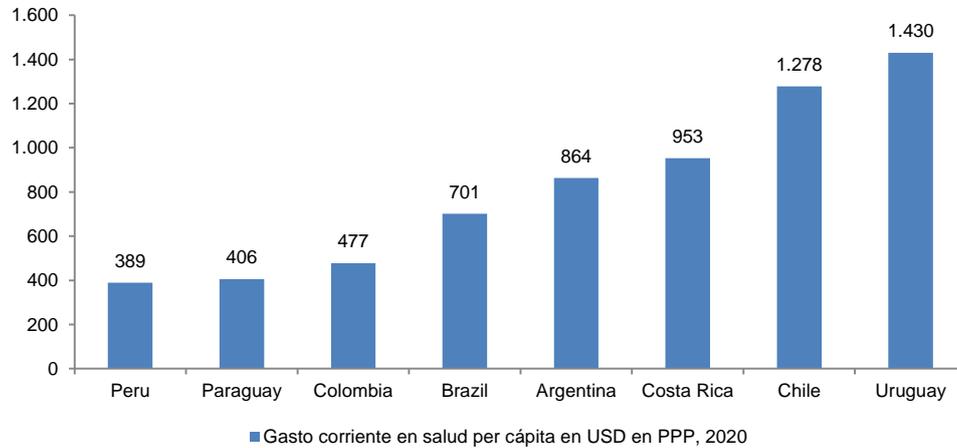
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Tal como se puede apreciar en el gráfico anterior, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud aumentó en 2020 con respecto al año anterior (casi 1,5 puntos porcentuales) dado que en ese año el gasto corriente (el denominador) cayó. En 2021 el indicador se redujo 1,19 puntos porcentuales, situándose en 15,6% en este último año, no llegando aún a los niveles pre-pandémicos. A su vez, el gasto público en salud en relación al PIB fue de 6,7% en 2020, para luego aumentar en 2021 a 6,9%.

Si se analiza el gasto corriente per cápita en la región se observa que en 2020 en Uruguay es de 1.430 USD (PPA), sensiblemente superior al de los países de la región. Le sigue Chile con un gasto de 1.278 USD (PPA), Costa Rica (953 USD), Argentina (864 USD), Brasil (701 USD), Colombia (477 USD), Paraguay (406 USD) y por último Perú (389 USD).



Gráfica 13 Gasto corriente en salud per cápita en USD en PPP, 2020



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

Según el último informe de la OMS⁹, en 2020 el gasto per cápita en salud en promedio en países de ingresos bajos asciende a 39 USD, en países de ingresos medios-bajos a 125 USD, a 515 USD en países de ingresos medios altos y a 3.708 USD en países de ingresos altos.

⁹ *Global spending on health: rising to the pandemic's challenges*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, el estudio comprende 164 países.



2.2.4 Agentes de financiamiento

El Seguro Nacional de Salud forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y tiene el objetivo de brindar cobertura integral de salud tanto a los trabajadores formales, jubilados y pensionistas y a sus familias. Los beneficiarios eligen un prestador de salud donde acceden a un plan de prestaciones llamado Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). Se financia a partir del FONASA que cuenta con los aportes realizados por los trabajadores formales, los aportes patronales, los aportes de personas jubiladas y pensionistas y Rentas Generales. El Seguro Nacional de Salud financia la cobertura de 2.575.082 personas a diciembre 2021, lo que representa algo menos del 73% de la población total¹⁰.

Tabla 6 Registros de afiliaciones por tipo de institución según cobertura

	2019		2020		2021	
	FONASA	NO FONASA	FONASA	NO FONASA	FONASA	NO FONASA
IAMC	1.941.422	181.700	1.931.561	188.888	1.983.586	174.058
ASSE	504.151	826.547	473.461	959.346	513.650	887.754
SANIDAD MILITAR	n/c	133.689	n/c	132.199	n/c	129.673
SANIDAD POLICIAL	n/c	113.946	n/c	113.855	n/c	113.866
SEGUROS PRIVADOS	72.104	35.985	72.403	38.235	77.846	36.796
Sub total	2.517.677	1.291.867	2.477.425	1.432.523	2.575.082	1.342.147
Total	3.809.544		3.909.948		3.917.229	

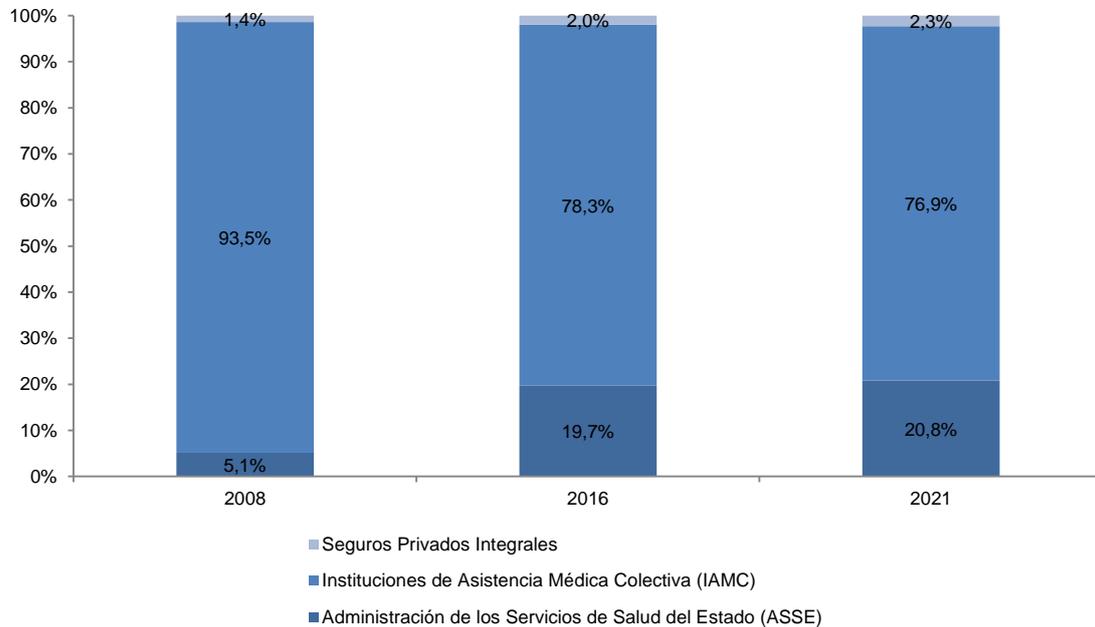
Fuente: AES, MSP en base a BPS/RUCAF a diciembre de cada año.

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

¹⁰ Teniendo en cuenta la población estimada y proyectada por año al 30/06/2021: 3.543.026, INE.



Gráfica 14 Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales en 2020 y 2021

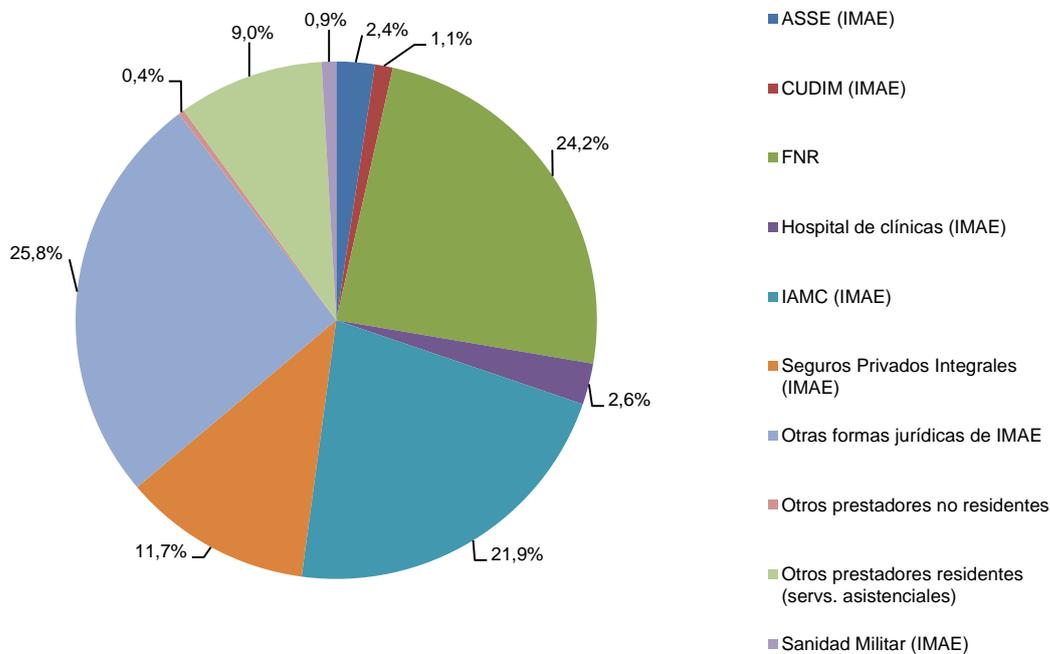


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Si se analiza la composición del gasto FONASA desde 2008 se constata que más del 90% se destinó a las IAMC, mientras que a ASSE se destinó 5% y 1,4% para 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. Tal como los años anteriores, el gasto del FONASA continua destinándose en su mayoría a las IAMC, donde en 2021 representó casi el 77% mientras que el 21% se canalizó a la ASSE y el 2,3% restante fue hacia el conjunto de los Seguros Privados Integrales.



Gráfica 15 Composición del gasto del FNR en los proveedores que contrata, año 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El FNR, tal como se mencionó, opera como reaseguro de los prestadores integrales para las prestaciones de mayor complejidad y mayor costo. Esto explica que el gasto se conforme mayormente de gasto realizado en servicios de medicina altamente especializada (públicos y privados) y en menor medida en otros servicios asistenciales.

Los principales proveedores financiados por el FNR fueron los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) privados y representaron el 59,4% del gasto total. Estos son los IMAE de propiedad privada de las IAMC (que representaron 21,9% del total del gasto del FNR), los IMAE de propiedad de seguros privados integrales (11,7%) y otras formas jurídicas de IMAE privados como los servicios de diálisis privados, entre otros (25,8%).

En cuanto a la contratación de servicios de medicina altamente especializada en prestadores públicos, el 2,6% se realizó en el Hospital de Clínicas, el 2,4% en ASSE (IMAE del Hospital Maciel y del Pereira Rosell, entre otros) y alrededor de un 1,1% en CUDIM y 0,9% en el IMAE de Sanidad Militar.



Asimismo, se destinó el 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 24,2% de los recursos fueron utilizados en los propios servicios del FNR (medicamentos de alto precio, policlínicas de cesación de tabaquismo, centro de vacunación, médicos auditores y consultantes, etc.) aumentando casi 5 puntos porcentuales con respecto al 2019.



2.3. La provisión de servicios de salud

2.3.1 Gasto en salud de los proveedores

En el siguiente apartado se analiza la dimensión del gasto según la provisión de los servicios de salud por lo que se toma la clasificación de proveedores **HP** de SHA 2011 (*Health Care Providers*). 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.

Tal como se explicó en informes anteriores, nuestro sistema de salud está compuesto por prestadores integrales que engloban una diversidad extensa de actividades y niveles de atención así como la manera en que reportan su información. Es por eso que registran dentro de HP.nec con el objetivo de no forzar una clasificación en el marco de SHA.

Eso explica que en 2021 casi el 70% del gasto corriente en salud sea realizado por proveedores que quedan sin clasificar según la metodología SHA 2011. Tal como se observa en la Tabla 7, más del 60% del gasto total es realizado por los prestadores integrales públicos y privados. 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.



Tabla 7 Gasto corriente en salud por proveedor en millones de pesos constantes de 2021

Gasto corriente en salud por proveedor	Gasto en millones de pesos ctes. 2021	% sobre el total del gasto corriente
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	83.096	34,37%
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	45.228	18,70%
Otros mins y orgs públicos de la Administración Central	18.981	7,85%
Otros prestadores residentes	17.125	7,08%
Farmacias	13.370	5,53%
Seguros Privados Integrales	12.018	4,97%
Seguros Privados Parciales	8.324	3,44%
Consultorio odontológico particular	6.469	2,68%
Sanidad Policial	4.812	1,99%
Ministerio de Salud (MSP)	4.737	1,96%
Sanidad Militar	3.971	1,64%
Hospital de Clínicas	3.894	1,61%
Otros proveedores de bienes médicos	3.757	1,55%
Inst.de Medicina Altamente Especializada (otras formas jurídicas de IMAE)	2.609	1,08%
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	2.518	1,04%
Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos	2.229	0,92%
Banco de Previsión Social (BPS)	1.745	0,72%
Banco de Seguros del Estado (BSE)	1.600	0,66%
Laboratorios	1.160	0,48%
Clínicas privadas de internación	855	0,35%
Intendencias Dep - Programas de Salud y Policlínicas	778	0,32%
Comisiones Honorarias	609	0,25%
Consultorio médico particular	436	0,18%
INAU	434	0,18%
Clínicas quirúrgicas	406	0,17%
CUDIM	264	0,11%
Otras empresas públicas	128	0,05%
Intendencias Departamentales - Beneficios a funcionarios	103	0,04%
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	61	0,03%
Otros prestadores no residentes	37	0,02%
ANCAP	16	0,01%
Caja Notarial	10	0,00%
Total general	241.800	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP



Dentro de los proveedores no clasificados, el 34% del gasto corriente en salud del país se realiza en el total de las IAMC y concentra 2.157.644 usuarios esto significa el 55% del total de usuarios. Por su parte ASSE, el prestador más importante del país con 36% de los usuarios totales (1.401.404) presentó casi el 19% del gasto corriente en salud. Los Seguros Privados Integrales casi 5% del gasto corriente cubriendo a 114.642 usuarios (3%), y Sanidad Policial 113.866 beneficiarios y Militar 129.673, lo que significó 3% aproximadamente del total de usuarios cada uno y representaron el 1,99% y 1,64%, respectivamente. Los IMAE (privados con otras formas jurídicas) representaron un 1,08% y la categoría “otros prestadores residentes” presentó un gasto de 7,08%.

Se observa que el 7,72% del gasto en salud es realizado en Proveedores de atención ambulatoria y dentro de estos, los Seguros Privados Parciales, pesan 3,44%, le sigue en importancia relativa los Consultorios odontológicos particulares 2,68%, Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos 0,92%, sigue Intendencias Departamentales - Programas de Salud y Policlínicas 0,32%, INAU y Consultorio médico particular 0,18% cada uno.

Le siguen en importancia, considerando el peso relativo en el total del gasto, los proveedores clasificados como Minoristas y otros proveedores de bienes médicos con el 7,08% y dentro de éstos las Farmacias que explican el 5,53% del gasto total en salud.

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



2.3.2 Factores de provisión

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

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

La Tabla 8 se presenta la estructura de gasto corriente por factores de provisión para algunos años seleccionados de la serie disponible. Tal como se desprende de la serie, el rubro remuneración de los asalariados y de los profesionales autónomos aumentó más de 10 puntos porcentuales a lo largo del período.

Tabla 8 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	2021
Remuneración de los asalariados y de los profesionales autónomos	38%	46%	50%	51%	49%	49%
Medicamentos e insumos farmacéuticos	10%	8%	10%	10%	8%	12%
Materiales y servicios utilizados	26%	23%	9%	8%	10%	9%
Otras partidas del gasto relativas a los insumos	1%	1%	3%	2%	2%	2%
Consumo de capital fijo	4%	3%	1%	1%	1%	1%
Otros gastos no clasificados	21%	19%	29%	28%	29%	28%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Entre 2016 y 2021 no existieron grandes variaciones en el peso relativo de los factores de provisión. El rubro que mayor peso tuvo sobre el gasto corriente total fue el de remuneraciones de los asalariados y de los profesionales autónomos. Esto se explica por las características propias del sector salud el cual es intensivo en mano de obra.

En 2021 el 49% del gasto en salud se destinó a la remuneración de los trabajadores, del cual 43% son remuneraciones a asalariados y 6% a profesionales autónomos. Este último representó 3% en 2019 aumentando 3 puntos porcentuales.



En términos reales, mientras el gasto corriente total creció 100% en el período de 2005 a 2021, las remuneraciones lo hicieron muy por encima, 120%, de todas formas no es posible identificar el efecto precio del efecto cantidad.

El rubro “medicamentos e insumos farmacéuticos” se mantuvo bastante estable en el tiempo, en el entorno del 10%, si bien en 2021 representó 12%. Es decir, que el país destinó en 2021 más de 28 mil millones de pesos al consumo de medicamentos e insumos farmacéuticos.

El rubro de “materiales y servicios médicos” presenta una caída observada de 2008 a 2011 fruto de un cambio metodológico y a partir del 2011 presenta un peso relativo promedio de 9%.

Por último, el rubro de “gasto no clasificado” (FP.nec) se mantuvo estable a partir del 2011 con 28,5% de participación. 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 psicológicos, clínicas privadas, farmacias y laboratorios entre otros.



2.3.3 Cuenta capital

La cuenta capital considera, siguiendo la clasificación SHA 2011, la variación en Formación Bruta de Capital Fijo que se compone de inversión en infraestructura y maquinaria, la variación en inventarios (vacunas en stock, por ejemplo), las inversiones en terrenos y transferencias de capital (por ejemplo, donaciones) ¹¹ y la inversión no clasificada. En términos operativos esto implica, en los casos en que la información disponible lo habilita, considerar la diferencia entre altas y bajas ocurridas en el ejercicio. Por esta razón, el gasto en capital que surge de SHA 2011 no es totalmente comparable a las inversiones realizadas por cada uno de los proveedores.

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 gasto en capital entre 2020 y 2021 cayó 3,5%, alcanzando en valores absolutos los \$3.977 millones. El gasto de capital tiene una lógica de largo plazo, es por eso que es interesante analizar la variación en amplios períodos de tiempo. Si se calcula la variación de 2021 con respecto a 2005 aumentó 166% y con respecto a 2011 aumentó 40%.

La Tabla 9 presenta la estructura de gasto de capital para años seleccionados de la serie disponible 2005-2021. Si bien el peso relativo de los componentes del gasto no fue tan estable, sí se observa como es de esperar, que principalmente se destinó a infraestructura y a maquinaria y equipos.

¹¹ La Formación Bruta de Capital puede ser negativa cuando el valor de los activos enajenados supera el valor de los activos adquiridos.



Tabla 9 Estructura de gasto en capital para años seleccionados

	2005	2008	2011	2016	2019	2021
Infraestructuras	40,5%	36,9%	43,7%	102,9%	64,9%	38,5%
Maquinaria y equipos	44,5%	19,9%	54,3%	-9,4%	26,5%	49,2%
Productos de propiedad intelectual	0,0%	0,0%	0,9%	5,9%	3,9%	9,1%
Variaciones en inventarios	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-2,9%
Terreno	0,0%	0,0%	1,0%	-0,2%	4,5%	0,7%
Gasto de capital no clasificado	15,0%	43,1%	0,0%	1,0%	0,0%	5,0%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El último año disponible 2021 muestra una estructura de gasto de capital en la que se destaca el gasto en maquinaria y equipos con casi 50% del gasto en dicho rubro, que había disminuido en los años pre pandémicos. Dentro del rubro, el 64% del gasto en maquinaria y equipos fue realizado en equipos médicos. El resto se compone en equipos de transporte (3,5%), equipos de IIT (11%) y maquinaria no clasificada. Casi el 45% de las inversiones en maquinaria fue realizado por las IAMC y 25% por ASSE.

Dentro del rubro Infraestructuras, más del 40% del gasto es realizado por ASSE. Se destaca la construcción del Hospital del Cerro (realizada por ASSE junto con el Ministerio de Transporte y Obras Públicas- MTOP) y se espera que finalice en el segundo semestre del año corriente. Se observa que para el 2021 así como para años anteriores, más del 90% del gasto de capital del país se distribuye entre ASSE (40%, tal como se indicó), IAMC (20%) y los Seguros Integrales (casi 30%).



2.4. El consumo de servicios de salud

2.4.1 Gasto en salud por funciones

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

En el siguiente apartado se analizará el gasto desde la dimensión del consumo. Para ello se presenta el gasto corriente en salud clasificado por funciones de la salud SHA 2011 para 2020 y 2021.

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

Tabla 10 Estructura del gasto corriente por funciones a nivel país en 2021

	2020	2021
HC.1 Atención curativa	73,6%	69,2%
HC.2 Atención de rehabilitación	4,8%	3,5%
HC.3 Atención de larga duración (salud)	1,6%	1,4%
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	0,7%	0,5%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	7,4%	7,2%
HC.6 Atención preventiva	5,3%	8,1%
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.)	6,2%	9,6%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Uno de los indicadores interesantes que resulta de esta clasificación es la proporción del gasto en atención curativa y preventiva. Tal como se ha dado históricamente, en Uruguay en 2021, la mayor parte del gasto se concentró en la atención curativa representando casi 70% del gasto corriente total.



Teniendo en cuenta el gasto clasificado, en segundo lugar, se ubicó el gasto en prevención que representa más del 8% del gasto corriente. 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. Hasta el 2020 estaba en tercer lugar en términos relativos, pasando al segundo lugar en 2021. El aumento de 3 puntos porcentuales respecto al 2019 (año anterior a la pandemia), se debe especialmente al gasto asociado a la compra y aplicación de las vacunas contra el COVID-19, alcanzando la cifra de 8 mil millones de pesos. Dado que varias instituciones no enviaron información clasificada, el único gasto en prevención asignado a esta categoría es el gasto asociado a las vacunas, lo que implica que la categoría está subestimada.

En términos relativos el tercer lugar lo ocuparon los bienes médicos (medicamentos, artefactos e insumos), que representan más de 7% del gasto del sistema. Se clasifican los desembolsos realizados por los hogares en farmacias y otros establecimientos de bienes médicos y el gasto en medicamentos que no se pudo asignar a ninguna de las demás funciones. El resto del gasto en medicamentos e insumos corresponde principalmente a la función curativa en el caso de las IAMC, ASSE, hospitales y todos los servicios que fueron consultados.

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

Vale mencionar que cerca del 9,6% del gasto no pudo ser asignado a ninguna categoría en esta oportunidad. Dentro de este gasto se encuentra el gasto asociado al Fondo COVID realizado por ASSE cuyos rubros no fueron identificados por la institución. A su vez, se registra el gasto de aquellas instituciones para las que no se cuenta con información suficiente como para distribuir su gasto por funciones de la salud. Este porcentaje no asignado es razonable en relación a las experiencias internacionales, en virtud de que las Cuentas, al abordar el gasto sanitario de todo el sistema, siempre contienen gastos que no es posible identificar y otros gastos que, aunque son identificados, no es posible clasificar.

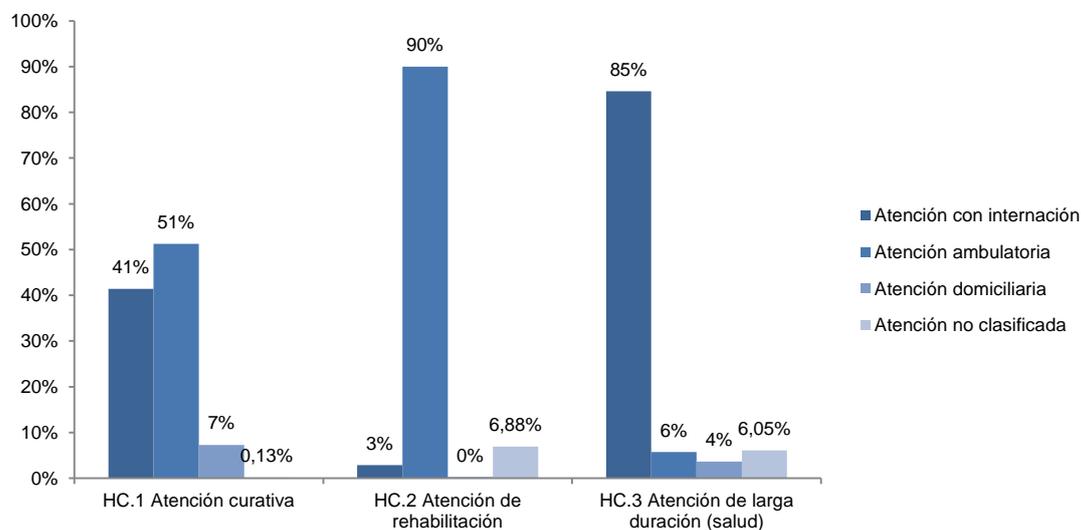
Cuando se analiza el gasto en atención por modo de provisión, como ya se mencionó, se refiere a si se realizó una atención con internación, ambulatoria o domiciliaria.



Tal como muestra la Gráfica 16 el gasto en atención curativa, a nivel de todo el sistema sanitario, se distribuye de la siguiente forma: 51% se realiza en atención ambulatoria, 41% corresponde a atención con internación y 7% corresponde a gasto en atención domiciliaria. El gasto no clasificado pudo ser reducido a 0,13%.

La atención de rehabilitación se realiza casi en su totalidad en atención ambulatoria (90%) mientras que la atención de larga duración se brinda casi en su totalidad (85%) en internación.

Gráfica 16 Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El siguiente gráfico presenta la apertura del gasto en prevención a nivel del sistema. Con respecto a HC.6.4 Programas de seguimiento de condiciones sanas, categoría bajo la cual se clasifica el gasto que realizan los prestadores de salud a través de consultas médicas (control de la salud), se observa en 2021 que el gasto representó el 48% del gasto en atención preventiva.

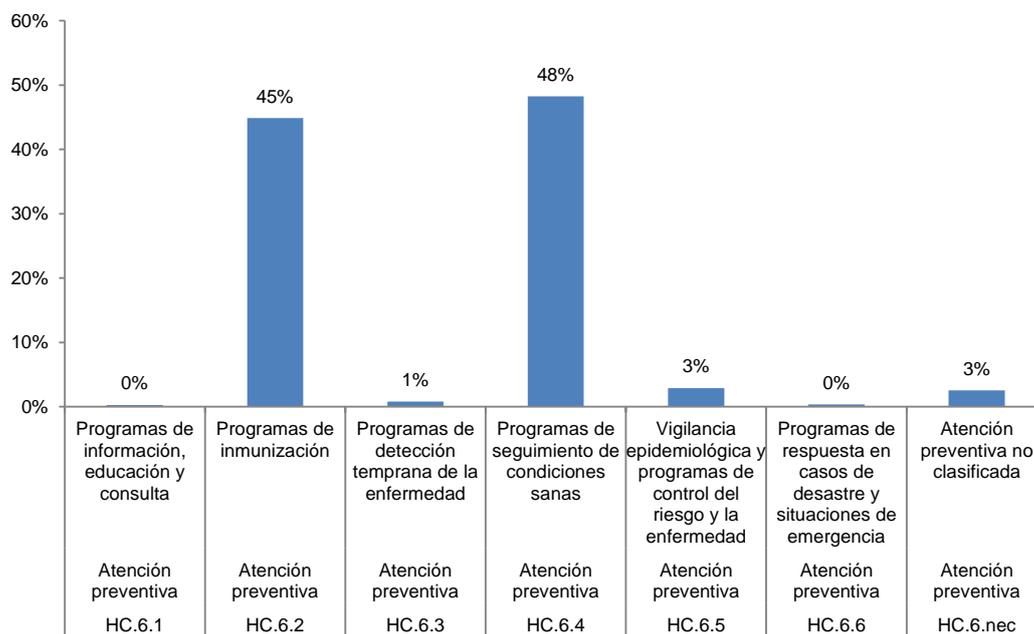
Le sigue en importancia relativa el gasto clasificado bajo programas de inmunización (HC.6.2), que refiere a las vacunas. En 2019 representaba un 5% del gasto preventivo (año anterior a la pandemia), pasando a representar un 45% en 2021. Se asocia tanto al gasto en la adquisición de los fármacos (realizado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



Por su parte, HC.6.5, el gasto en vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad, es efectuado en su totalidad por el MSP y Comisiones Honorarias y representó 3% del gasto en prevención.

Por último, mientras en 2019 el gasto no clasificado representaba el 29%, en 2021 representó el 3%, lo que revela el esfuerzo por disminuir los rubros no clasificados (nec).

Gráfica 17 Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2021

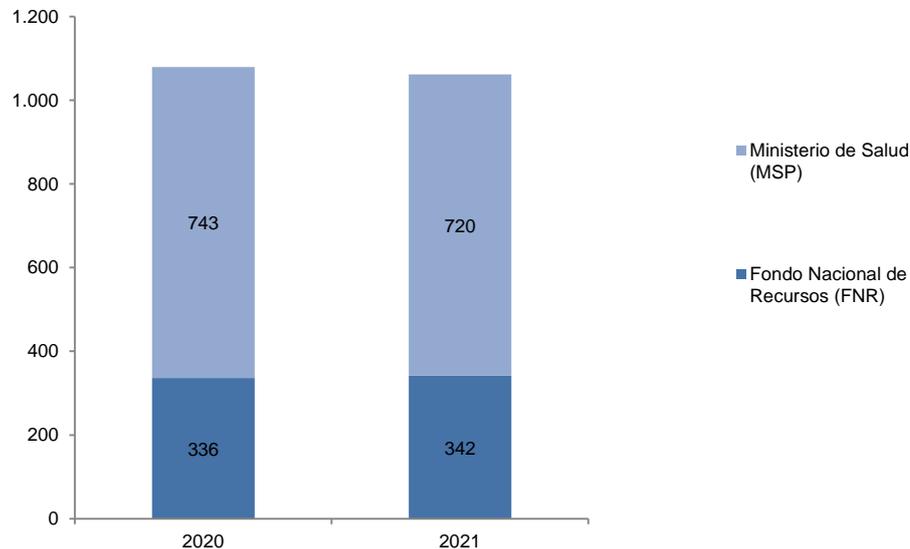


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El gasto en gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7) representó el 0,5% del total del gasto en salud, al igual que en los últimos años. El 68% de ese gasto es realizado por el MSP y el 32% restante por el FNR.



Gráfica 18 Gasto en gobernanza y administración, millones de pesos constantes de 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

2.4.2 Gasto en salud por funciones por proveedor

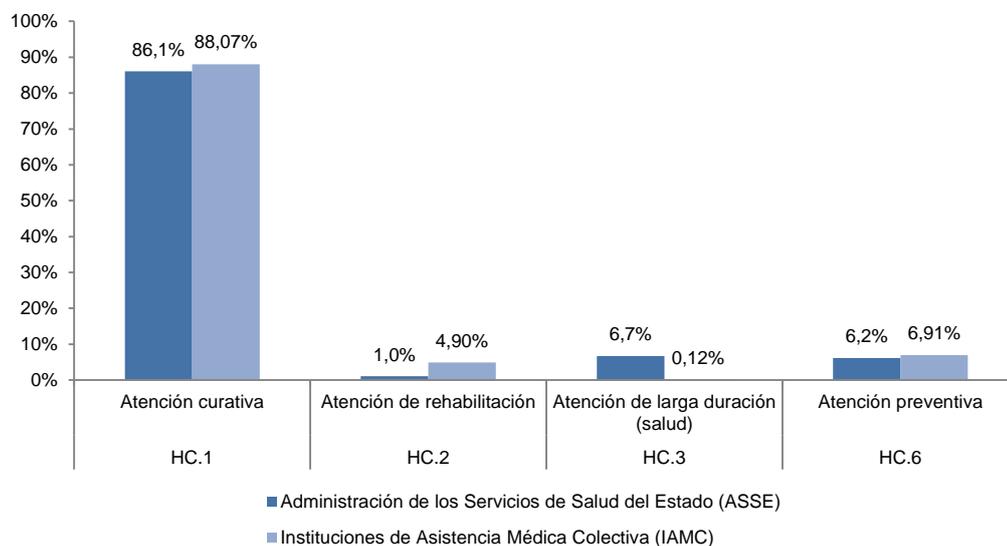
En el siguiente apartado se analiza para el año 2021, el gasto por funciones de la salud de ASSE y de las IAMC. Como se observa en la Gráfica 19 el gasto por funciones de los principales prestadores del sistema, ASSE e IAMC, tiene estructuras similares, encontrándose la mayor diferencia en la atención de larga duración que en el prestador público se encuentra muy por encima del promedio a nivel país.

Para ASSE, el gasto en atención curativa representó el 86% de su gasto corriente. Dentro del gasto curativo, el 42% de este gasto correspondió a atención en internación, aproximadamente 44% a atención ambulatoria y no se registró gasto en la atención curativa domiciliaria. Tal como se ha observado en informes previos, la importancia relativa que tiene la atención de larga duración en ASSE (6,3%) no se observa con esa magnitud en ningún otro prestador, y refiere, entre otros aspectos, a la atención dada a personas en situación vulnerable y situación de dependencia por edad o por estado de salud. La atención preventiva significó poco más del 6% del gasto.



En el caso de las **IAMC**, el 88% de su gasto en salud se destina a la atención curativa, del cual 41% corresponde a servicios de internación, 39% a servicios de atención curativa ambulatoria y casi 9% corresponde a gasto en atención curativa domiciliaria. El gasto de las IAMC destinado a la atención preventiva asciende a 7% de su gasto corriente, del cual 98% corresponde al seguimiento de condiciones sanas. Para los **seguros integrales** se replicó la clasificación por funciones de las IAMC.

Gráfica 19 Estructura del gasto en salud por funciones, en ASSE y IAMC, año 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

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

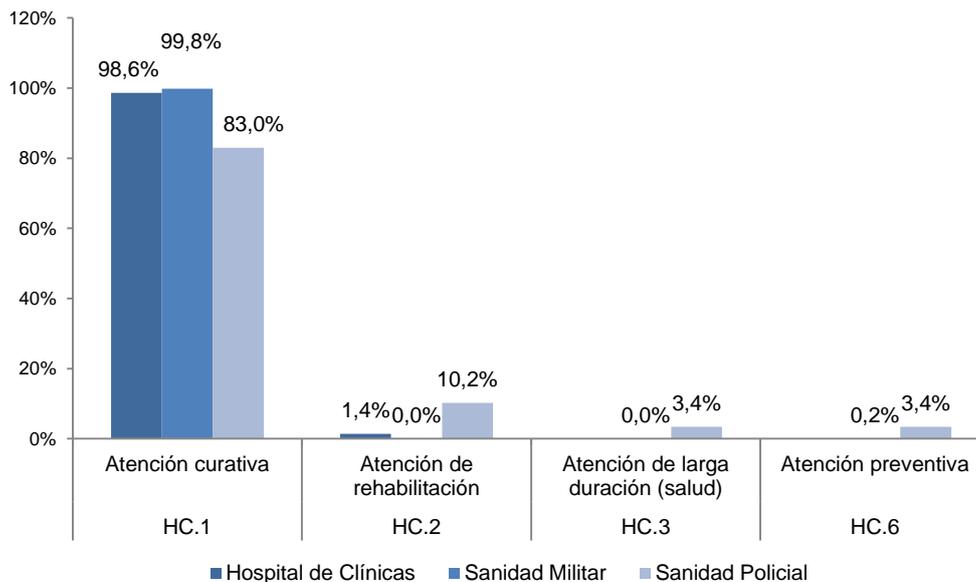
El **Hospital de Clínicas** y **Sanidad Militar**, presentan cerca del 100% de su gasto como curativo, dentro del cual casi el 70% corresponde a atención curativa con internación, mientras que 29% fue clasificado en atención curativa ambulatoria. También en ambos casos el gasto en atención preventiva fue marginal.

Por su parte para **Sanidad Policial**, se estimó que el 83% del gasto se destina a la atención curativa y, que un 53% del gasto corriente corresponde a atención curativa con internación, casi un



24% atención curativa ambulatoria y 5% atención curativa domiciliaria. La atención de rehabilitación representa 10% del gasto y el resto se clasifica en atención preventiva.

Gráfica 20 Estructura del gasto en salud por funciones, en Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Sanidad Militar, año 2021

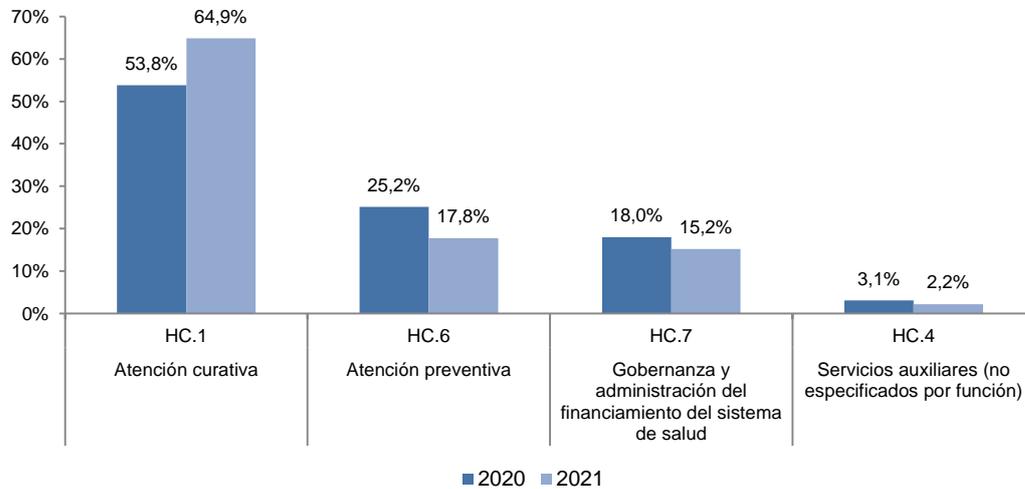


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

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. Tal como se observa en la Gráfica 21 el gasto analizado por funciones se concentra en la atención curativa. Para el año 2020 dicho gasto representó 54% y para 2021 HC.1 ascendió a 65% del total del gasto corriente en salud. Le sigue en importancia relativa el gasto en atención preventiva (HC.6) que en el año 2020 fue de 25% y 18% en 2021. Como es de esperar le sigue la atención en Gobernanza y administración (HC.7) con 18% en 2020 y 15% en 2021. El resto corresponde al gasto en Servicios auxiliares (HC.4) donde en 2020 representó 3% y en 2021 2% disminuyendo 1 punto porcentual.



Gráfica 21 Estructura del gasto en salud por funciones en el MSP, años 2020 y 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

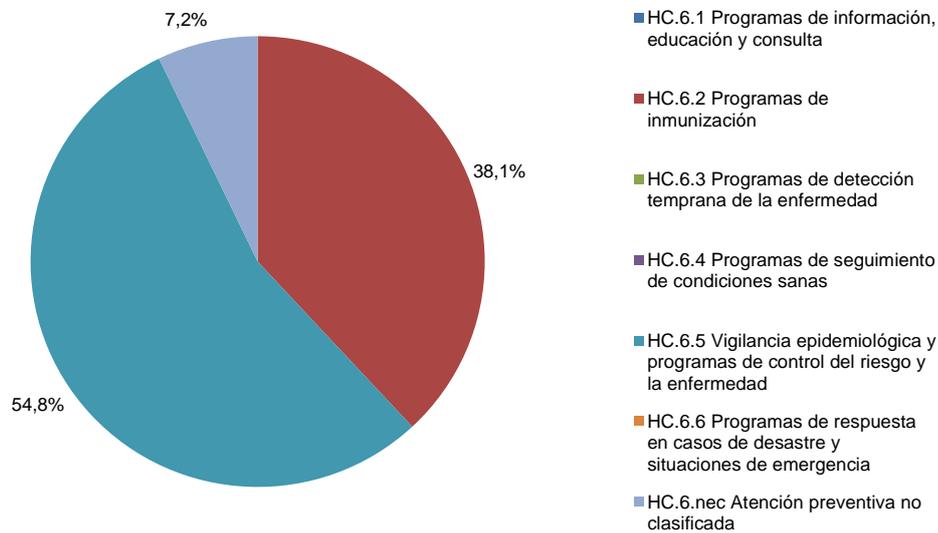
En 2021 más del 50% del gasto corriente en salud correspondió a gasto asociado a medicamentos oncológicos por amparos judiciales. Este rubro aumentó 45% con respecto a 2020 y 144% con respecto a 2019. Se registra en Atención curativa y es lo que explica el aumento de HC.1.

El gasto en medicamentos representó más del 60% del gasto total del MSP y se clasifica en Atención curativa especializada ambulatoria (HC.1.3.3). Esta clasificación contiene los medicamentos al amparo Ordenanza 692/16 MSP y los medicamentos oncológicos por amparos judiciales. Por su parte, en Atención preventiva “Programas de inmunización” (HC.6.2) se registran las vacunas y por último en Atención preventiva no clasificada se clasifican los productos medicinales y farmacéuticos donde se encuentra básicamente el gasto en anticonceptivos.

Haciendo foco en el gasto en prevención, se observa que se sitúa en 38% en 2021, dentro del cual se distribuye en 55% en Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad (HC.6.5), el 38% en Programas de inmunización (HC 6.2) y el resto se registra en Atención preventiva no clasificada.



Gráfica 22 Estructura del gasto en prevención del MSP, año 2021

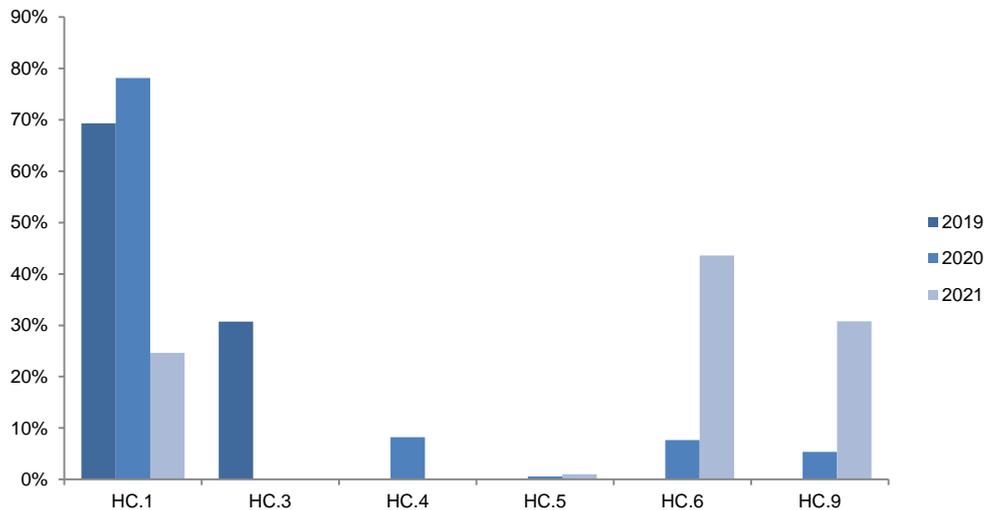


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Es importante recordar que el gasto en vacunas por COVID 19 se financió con el Fondo COVID, gasto realizado a través del MEF y registrado en Otros ministerios y organismos públicos. Esta es la razón por la que no se aprecia el aumento del gasto en HC.6.2 en 2021 en el MSP. Se ilustra con la Gráfica 22 la estructura del gasto en prevención dentro de la institución que reúne ministerios y organismos públicos que usualmente presentan un gasto en salud marginal y que en 2021, dado que registró el gasto COVID, aumentó tanto el gasto en atención preventiva como en el gasto no clasificado.



Gráfica 23 Estructura del gasto en prevención del Otros ministerios y organismos públicos, año 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

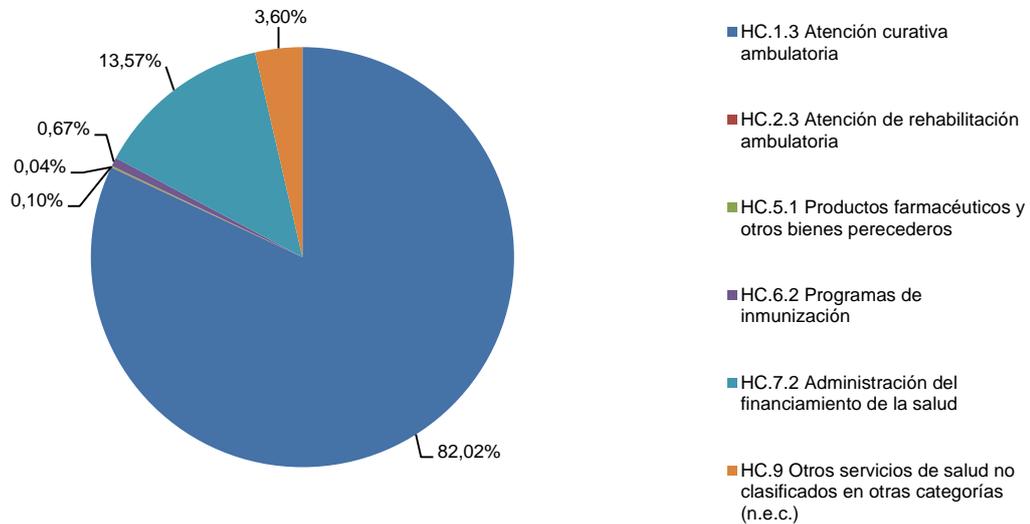
Por su parte, si se deducen los servicios de medicina especializada contratados en IMAE y otros proveedores, se considera al **FNR** como proveedor.

En 2021 el 82% del total gasto corriente en salud del FNR fue en Atención curativa (el 78% 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 significó el 13% de su gasto corriente, correspondiendo exclusivamente a la administración del financiamiento de la institución, mientras que la prevención representó sólo el 0,67 % de su gasto como proveedor.



Gráfica 24 Estructura del gasto en salud por funciones en el FNR, año 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

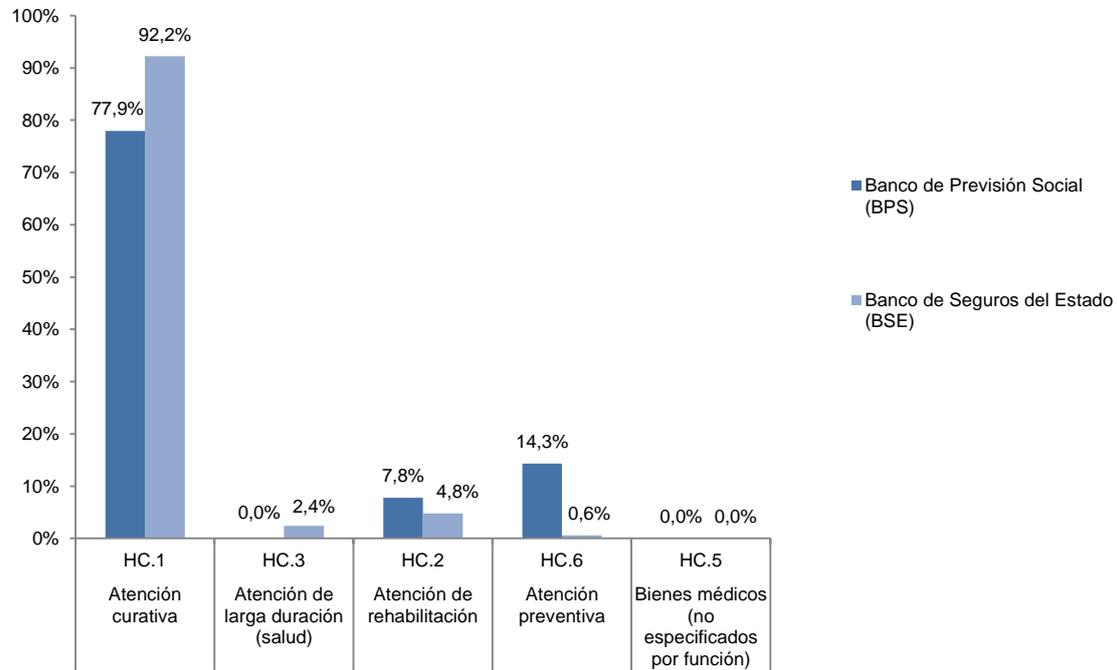
Los **IMAE** cuyos servicios son comprados por el FNR, representan un poco más del 1% del gasto total en salud del país. Todo su gasto es en atención curativa (HC.1) y se distribuye equitativamente entre servicios en internación (46%) y prestaciones realizadas en el ámbito ambulatorio (54%).

En el caso del **BPS**, el gasto corriente representó menos del 1% del gasto total en salud y la atención curativa representó 78% de su gasto en 2021, del cual más del 62% fue de carácter ambulatorio y el 37% en internación. La atención de rehabilitación representó casi el 8% del gasto con más del 90% de disco gasto en atención ambulatoria y los servicios preventivos el más del 14% con el 100% del gasto en Programas de seguimiento de condiciones sanas (HC.6.4).

Por su parte, en los servicios de salud del **BSE**, poco más del 92% de su gasto corriente de 2021 correspondió a atención curativa, los servicios de rehabilitación representaron casi 5% del gasto, la atención de larga duración 2,4% y la prevención representó 0,6%.



Gráfica 25 Estructura del gasto en salud por funciones, en BPS y BSE, año 2021.



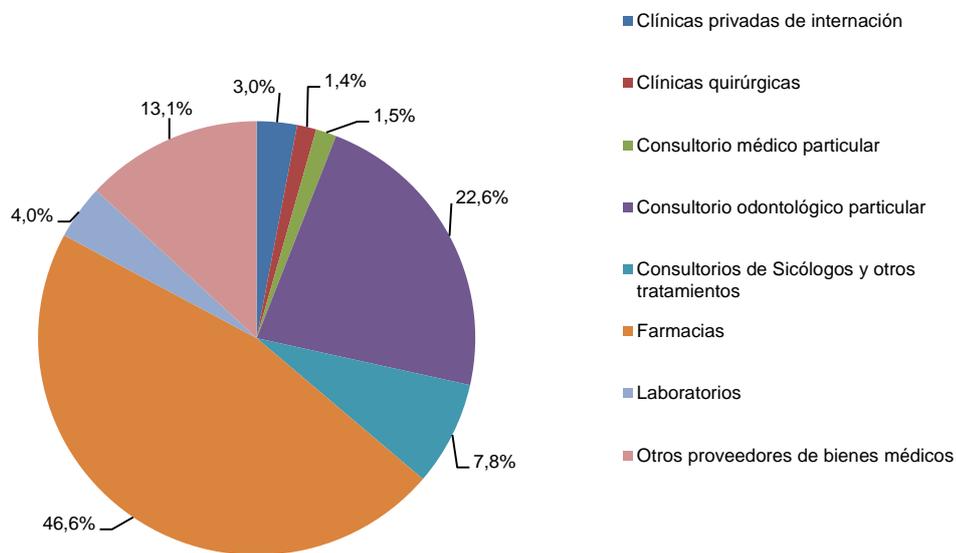
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Los hogares realizan gasto directo en salud, es decir, los individuos realizan compras de forma particular en proveedores de bienes y servicios de salud. Este gasto llamado **gasto directo de los hogares** representó casi el 12% del gasto corriente en salud del país.



El 46,6% de este gasto se realiza en farmacias (medicamentos principalmente) y un 22,6% corresponde a consultas odontológicas. Los pagos en consultorios de psicólogos y otros tratamientos particulares representan 7,8% de este gasto, el gasto en laboratorios 4% y el gasto en otros proveedores de bienes médicos 13,1%. Por último, el gasto en clínicas quirúrgicas particulares tiene un peso del 1,4%, mientras que el gasto en consultas médico particulares pesa 1,5% y el gasto en clínicas privadas de internación representa 3% del gasto directo de los hogares.

Gráfica 26 Estructura del gasto directo de los hogares, año 2021



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Realizando el análisis por funciones, se observa que el 60,6% del gasto corresponde a la compra de bienes médicos. Este gasto se compone de 47,3% de este gasto refiere a medicamentos y otros bienes médicos, mientras que el 13,3% restante corresponde a aparatos terapéuticos (como ser lentes) y otros bienes médicos.

Por otro lado, el gasto clasificado como curativo representa el 27,4% y, que se compone de 22,9% Atención curativa ambulatoria y 4,5% en Atención curativa con internación. El resto de los rubros se clasifican en Atención en rehabilitación (7,9%) y Servicios auxiliares (4,1%).



Tabla 11 Estructura del gasto en salud por funciones del gasto directo de los hogares, año 2021

HC.1 Atención curativa	27,4%
HC.1.1 Atención curativa con internación	4,5%
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	22,9%
HC.2 Atención de rehabilitación	7,9%
HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria	7,9%
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	4,1%
HC.4.1 Servicios de laboratorio	4,1%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	60,6%
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos	47,3%
HC.5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	13,3%
Total general	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En cuanto a las **policlínicas de las Intendencias**, casi 68% de su gasto corresponde a atención curativa, 32% a actividades de prevención, y menos del 1% a rehabilitación. En esta institución puntual se logró obtener más detalle en la información por lo que se mejoró la estimación del gasto por funciones, eliminando el gasto no clasificado.

En el caso del INAU, el 40% de su gasto correspondió a atención curativa especializada con internación (asociado al gasto en clínicas psiquiátricas), el 43,8% a atención de rehabilitación.

En el caso de los **seguros parciales**, que son fundamentalmente emergencias móviles, se clasificó la totalidad de su gasto como curativo ambulatorio.



3. Conclusiones, avances y perspectivas

Tal como se mencionó en el informe, el equipo de Cuentas de Salud del Ministerio de Salud se ha encargado desde 2005 de generar información en materia de gasto y financiamiento con la que se han realizado informes que han permitido posicionar a Uruguay en los reportes de salud en el mundo elaborados anualmente por la OMS.

En los informes anteriores se destacó la automatización del procesamiento de los datos que permitió generar bases de datos fácilmente procesables permitiendo obtener información comparable y series temporales de largo plazo. De todas formas 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. Se bogará por retomar el trabajo con el Comité Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud y los espacios de diálogo que habiliten el aporte de información. 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.

Tal como se previó en el informe anterior, se realizó un esfuerzo por reducir los rubros no clasificados llamados “No clasificado en otra parte” (nec). A su vez, se realizaron innovaciones sobre la estimación de la clasificación por funciones y gasto corriente por factores de producción para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y los Seguros Privados Integrales, por tener lógicas similares. También, se realizó un esfuerzo por identificar los proveedores privados de bienes y servicios de salud contratados por el resto de las instituciones. Para este año 2023, el equipo tiene el objetivo de revisar la estimación de gasto de los hogares donde se pueda realizar un ajuste en cantidades.

Tal como se presentó, el gasto mundial en salud en 2020 alcanzó los US\$ 9 billones (10,8 % del producto interno bruto (PIB) mundial), siendo muy desigual entre los grupos de ingresos. En 2020, en la mayoría de los países, aumentó el gasto en términos per cápita y como porcentaje del PIB.

Como principales resultados para Uruguay, se constata que en 2020 el gasto total en salud fue de 225.653 y representó 9,29% del PIB, mientras que en 2021 dicho gasto alcanzó los 245.777 millones de pesos lo que representó un 9,19% del PIB. Este indicador disminuyó en 2021 dado que el aumento del PBI fue mayor al aumento del gasto total en salud en términos corrientes. A



su vez, el indicador de gasto per cápita cayó 8,25% en 2020, mientras que en 2021 presentó un aumento de 8,55%.

Por su parte, el gasto público en salud fue el principal impulsor del aumento del gasto total en salud de 2019 a 2020 y 2021. Según el último informe de la OMS, en 2020, del total del gasto en salud mundial, el 63% proviene de fuentes gubernamentales, el 36% de fuentes privadas (incluyendo el gasto de bolsillo) y el resto de fuentes externas. En Uruguay, el financiamiento público en 2021 financió el 74% del gasto total en salud y fue el principal motor del aumento del gasto total en salud.

Con respecto al gasto de bolsillo per cápita a nivel mundial, según el último informe de la OMS, el indicador cayó durante el primer año de la pandemia, lo que podría reflejar una reducción de la utilización de los servicios de salud. En Uruguay a partir de 2011 el gasto de bolsillo per cápita anual se estabilizó en el entorno de los 10.500 pesos aproximadamente.

Por otro lado, los esquemas gubernamentales presentaron un aumento de 14% en términos reales en 2021 con respecto al año anterior. El resto de los esquemas presentaron cambios marginales (se recuerda que en HF.nec se registran los ajustes entre ingresos y gastos). Puntualmente los esquemas del gobierno central en comparación a 2005 aumentaron 64% donde el MSP aumentó casi 4 veces en 2021 y ASSE y el Hospital de Clínicas más de 90%. Mientras que el FNR disminuyó 80% lo que responde al aumento de los esquemas de seguros sociales de salud.

Con respecto a Uruguay, en 2021 continua perteneciendo al grupo de países que presenta valores dentro de los umbrales recomendados internacionales, esto es, un gasto de bolsillo menor a 20% del gasto corrientes en salud (15,6%) y un financiamiento público mayor al 6% del PIB (6,9% del PIB).

El peso relativo de los factores de provisión entre 2016 y 2021 no presentó grandes variaciones. En 2021 las remuneraciones de los asalariados y de los profesionales autónomos continuó teniendo el mayor peso. Este rubro representó 49% del gasto en salud se destinó a la remuneración de los trabajadores, del cual 43% son remuneraciones a asalariados y 6% a profesionales autónomos. En 2019 este último fue 3% por lo que aumentó 3 puntos porcentuales. Le siguió el rubro de medicamentos e insumos farmacéuticos con un peso relativo del 12% en 2021.

Desde el punto de vista del gasto por funciones, en 2021 se distribuyó entre 70% en atención curativa y 8% en atención preventiva. El resto se distribuyó entre bienes médicos (7,2%), aten-



ción de rehabilitación (3,5%) atención de larga duración (1,4%), servicios auxiliares (0,5%), y gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud (0,5%) y casi 10% no se pudo registrar.

Por su parte, el equipo de Cuentas tomó el desafío presentado por la necesidad de evaluar en una primera instancia el impacto de la pandemia del virus COVID-19 en el gasto en salud del país el cual se presentó en el anexo del informe.

Para finalizar, se vuelve a remarcar la utilidad de las Cuentas de Salud en proveer información de suma importancia para el monitoreo del gasto y el financiamiento del sistema de salud, con indicadores muy utilizados a nivel internacional. La debilidad de este marco es que 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.



Anexo

Gasto COVID

En el presente anexo se presenta la información sobre el gasto realizado exclusivamente con el Fondo COVID por concepto de la pandemia por el virus COVID-19. Dicho fondo fue creado para enfrentar la pandemia, de todas formas, existen gastos en el sistema que corresponden a la emergencia sanitaria y no forman parte de este fondo. Se retoma el informe ya presentado en 2021 sobre el gasto COVID 2020 y se agrega la información del COVID 2021 aún no publicada.

La pandemia por COVID 19 que se desató en 2019 a nivel mundial ha puesto a prueba la capacidad de respuesta y adaptación de los sistemas de salud (OPS, 2021) generando nuevos desafíos. Los servicios de salud del mundo han tenido que adaptarse, no solo para brindar atención a las personas con COVID-19 en todos los niveles, sino para mantener la continuidad de atención de salud en general bajo estas nuevas condiciones impuestas por la pandemia.

En este marco, conocer los recursos que ha sido necesario destinar para atender la pandemia, así como sus fuentes de financiamiento y los servicios en los que fueron invertidos, parece un objetivo relevante en sí mismo además de dar cuenta de la capacidad de adaptabilidad y la fortaleza o debilidad del sistema de salud.

El presente informe pretende describir cómo ha transitado este contexto el sistema de salud uruguayo desde el punto de vista del gasto. Para ello se cuantificará el gasto en salud con financiamiento público vinculado a la pandemia en el año 2020 y 2021 utilizando la metodología propuesta por OMS y OCDE en el marco del Sistema de Cuentas de Salud *SHA 2011*.

1. Contexto y principales políticas

El 13 de marzo de 2020, se confirmó el primer caso positivo del Virus COVID-19 en Uruguay y el Poder Ejecutivo, a través del Decreto 93/020, declaró el estado de emergencia nacional como consecuencia de la pandemia. Desde ese momento y hasta fines de 2021 las personas contagiadas fueron 413.383. El 96% requirió atención ambulatoria y el 4% algún cuidado hospitalario



(3% cuidados moderados y 1% requirió ingresar al CTI). El total de personas fallecidas en 2020 y 2021 fue de 6.163 ¹².

En un primer momento el gobierno tomó medidas de restricción de la movilidad asociadas al cierre de las oficinas públicas, sugiriendo realizar lo mismo en el sistema privado; recurriendo al teletrabajo, siempre que fuese posible. A su vez, se suspendió la presencialidad en la educación y todos los eventos en general, instando al cumplimiento de la libertad responsable para reducir la movilidad de cada ciudadano.

En particular, el MSP profundizó el sistema de vigilancia y monitoreo, lo que implicó desde la realización de capacitaciones al personal, la creación de un Call Center para evacuar las dudas de la población y la implementación de una estrategia de rastreo de contactos, lo que permitió reducir los plazos de coordinación de testeos para los contactos. Luego se desarrolló una aplicación para celulares específica para el seguimiento de los casos COVID-19 positivos.

Se garantizó de forma gratuita el acceso a los testeos diagnósticos con PCR RT, a los casos que eran sospechosos sintomáticos y a sus contactos, incluyéndose técnicas diagnósticas alternativas y los test para detección de Ag, el método LAMP y los test serológicos.

En materia de empleo, se flexibilizó el acceso al seguro de desempleo, habilitándose el seguro de desempleo parcial, una herramienta utilizada ampliamente por las empresas para mantener a sus trabajadores, pese a la disminución del nivel de actividad.

Por otro lado, el Decreto 4/021 extendió en forma extraordinaria el amparo al Seguro Nacional de Salud a aquellos trabajadores dependientes y no dependientes que, al 28 de febrero de 2020 figuraban en el padrón de una IAMC, perdieron la cobertura de dicho seguro. Esta extensión extraordinaria se mantuvo por el período comprendido entre el 1° de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021, con un tope de 28.000 afiliados mensuales a dicho seguro.

Con el objetivo de financiar los gastos derivados de la pandemia, se creó mediante la Ley N° 19.874, el “Fondo Solidario COVID-19”. Se trata de un fondo extra presupuestal que fue creado el 8 de abril de 2020, con el objetivo de centralizar el financiamiento de las acciones llevadas adelante para paliar y prevenir las consecuencias de la pandemia. Su administración está bajo la órbita del Ministerio de Economía y Finanzas. Los ingresos del Fondo pueden clasificarse en

¹²Ministerio de Salud (2021), Departamento de vigilancia en Salud, Área de vigilancia en Salud de la población, Dirección General de la Salud, *Informe epidemiológico COVID-19*, 12/2021.



tres categorías: donaciones nacionales y extranjeras; préstamos de organismos internacionales y multilaterales de crédito; y otras contribuciones, dentro de las que se encuentran ingresos por concepto de utilidades del Banco de la República Oriental del Uruguay (BROU) y de la Corporación Nacional para el Desarrollo (CND) así como el producido por el impuesto COVID-19 que grabó los sueldos públicos superiores a \$120.000 en abril y mayo 2020¹³.

En otro orden, en febrero de 2021 comienza el plan de vacunación contra el COVID-19 siguiendo los principios establecidos por OMS de “protección de la integridad del sistema de salud y la infraestructura de los servicios esenciales, reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a COVID-19, protegiendo a las poblaciones de mayor riesgo y reducción de la transmisión de la infección comunitaria y generación de inmunidad de rebaño.” Hasta junio de 2021 el gobierno contaba con 7.450.000 dosis de vacunas que fueron administradas de forma progresiva y escalonada priorizando a la población de riesgo y la de mayor exposición al contagio. A la fecha, más del 80% de la población tiene el esquema completo de vacunación (por lo menos dos dosis).

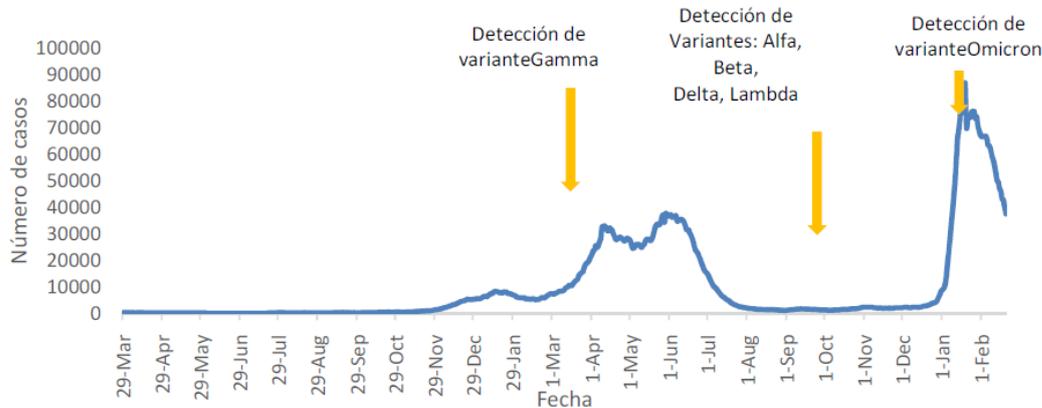
Tal como indica la *Gráfica 27*, la primera ola en nuestro país se registró a finales del 2020. Ésta se agravó en la primera quincena de marzo 2021 con el ingreso de la variante Gamma (P1) en un momento del tiempo donde recién comenzaba a implementarse el plan de vacunación y por lo tanto había un bajo grado de inmunización de la población. La segunda ola comienza en enero 2022 con el ingreso de la variante Omicron, con record de casos diarios, pero con menor impacto tanto en la letalidad como en la mortalidad. En febrero 2022 la letalidad fue 0,84%, ubicándose en los valores históricos más bajos, similares a los registrados en marzo de 2021¹⁴.

¹³ De acuerdo a lo establecido en la Ley 19.874 de 8/4/2020 y Decreto 133/20 de 24/4/2020 se crea el Fondo Solidario COVID-19, destinado a cubrir los gastos producto de la emergencia sanitaria nacional. Asimismo con el objetivo de financiar este fondo, se crea el impuesto de carácter mensual, denominado “Impuesto Emergencia Sanitaria COVID-19”, que grava las remuneraciones y prestaciones nominales, de acuerdo al alcance dado en el art. 3° de la Ley de referencia.

¹⁴ Ministerio de Salud (2022), Departamento de vigilancia en Salud, Área de vigilancia en Salud de la población, Dirección General de la Salud, *Informe epidemiológico COVID-19*, 02/2022.



Gráfica 27 Número de casos confirmados de COVID-19 activos por día, Uruguay, 13 de marzo de 2020 al 20 de febrero de 2022



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Gestión.

En abril de 2022, el Poder Ejecutivo a través del decreto 106/022 dejó sin efecto el decreto N° 93/020 resolviendo levantar la emergencia sanitaria por la pandemia originada por el virus COVID-19.

2. Abordaje metodológico

Para enfrentar la emergencia sanitaria se realizaron diversos gastos en áreas asociadas a lo económico, lo social, al trabajo y la seguridad social y sanitario. Es decir, no todos los gastos tuvieron como objetivo principal y directo el sanitario, entendido como prevenir, tratar, curar o rehabilitar la salud de las personas para atenuar las consecuencias negativas de la enfermedad.

En el marco del *SHA*, “una actividad es considerada como gasto en salud, cuando su finalidad principal es mejorar, mantener o prevenir el deterioro en la salud de las personas, así como mitigar las consecuencias de la enfermedad mediante la aplicación de conocimientos calificados”¹⁵.

Con una visión retrospectiva del gasto de la atención en salud por COVID-19 durante 2020 y 2021 se buscó responder: ¿Cuánto representó el gasto en salud destinado a la atención del COVID en relación al gasto total en salud? ¿Cuáles servicios y bienes de salud fueron los más consumidos por la población?

Dada la importancia de contar con datos que sean completos y comparables a nivel internacional, la OMS considera útil brindar en el marco del *SHA* algunas pautas contables para las actividades y transacciones más frecuentes relacionadas con la pandemia.

¹⁵ OMS, (2011) *Un Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA 2011*, por sus siglas en inglés).



Buena parte del gasto en el ámbito de la salud como por ejemplo, la compra de respiradores y camas para las unidades de cuidado intensivo, las subvenciones para la investigación y el desarrollo de las vacunas, no cumple con el criterio de consumo final de bienes y servicios de atención de salud y, por lo tanto, queda fuera del "gasto en salud actual", definido en el marco del *SHA*. Por tanto, no se mide el total de los recursos movilizados en un país para luchar contra la pandemia ni los costos totales de la respuesta a la pandemia. No obstante, el gasto que no es corriente se registra en la cuenta capital¹⁶.

3.3 Recolección de información y alcances del estudio

Para la elaboración de las cifras económico-financieras del año 2020, se utilizó el Sistema de Análisis de Información de la plataforma Business Intelligence (BI) de la CGN del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Se contó además con información elaborada por el sector División y Presupuesto del MEF encargado del Fondo COVID.

En el presente documento, por lo tanto, se presenta el gasto en salud vinculado al COVID-19 financiado por esquemas públicos: gobierno central y seguridad social. Para 2019, este gasto representó el 66% del total del gasto en salud. Desde el punto de vista del financiamiento se cuantificará el gasto vinculado a COVID financiado a través de Rentas Generales y el que se financia a través del Seguro Nacional de Salud en el marco de la extensión extraordinaria del seguro de salud para beneficiarios de las IAMC que hubiesen perdido dicha cobertura de otra manera¹⁷.

Es por esta razón que desde el punto de vista del gasto de los prestadores de salud se contó con la información de los siguientes prestadores públicos: ASSE, Hospital Policial y Hospital Militar y de organismos públicos como: MSP, INAU, MIDES, MEF y Presidencia.

El gasto de prestadores privados: IAMC y Seguros Privados Integrales, vinculado a la pandemia no fue estimado en esta oportunidad así como tampoco el gasto de los hogares. Para poder estimar este último sería necesario contar con una Encuesta de Gasto específica para el período que relevara el impacto que tuvo en los hogares el gasto en salud vinculado a la pandemia.

¹⁶ OMS (2021), *Recopilación de datos cuestionario electrónico COVID 19. Notas explicativas*

¹⁷ El Decreto 4/021 extendió en forma extraordinaria el amparo al Seguro Nacional de Salud a aquellos trabajadores dependientes y no dependientes que perderían la cobertura y que figuraban en el padrón de una IAMC al 28 de febrero de 2020.



Cabe agregar que, en virtud de la utilización de los criterios sugeridos por OMS en el marco del SHA 2011 para la cuantificación del gasto en salud, pueden existir diferencias con lo que se considera gasto sanitario en el análisis presupuestal realizado por el MEF.

3. Principales resultados

El Fondo Solidario COVID-19 recibió ingresos por 44.389 millones de pesos en el año 2020 y 53.078 millones de pesos en 2021, ambos en pesos constantes de 2021. Se financió con donaciones, préstamos y otras contribuciones. Tanto las donaciones como los préstamos se pueden clasificar entre modales (tienen un destino específico) y no modales (o contingentes, en caso de los préstamos).

Tabla 12 Fuentes de ingresos del Fondo Solidario COVID - 19

Ingresos	2020	2021
Préstamos contingentes	32.152	30.755
Préstamos modales	5.559	14.684
Otras Contribuciones	6.491	7.550
Donaciones no modales	134	85
Donaciones modales	54	4
Total general	44.389	53.078

Fuente: Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal, Fondo Solidario COVID - 19 Ley 19.874.

En la Tabla 12 se muestran las fuentes de ingresos del Fondo Solidario COVID-19. Se destacan los préstamos contingentes con el 72% sobre los ingresos totales en 2020 y 58% en 2021. Dichos préstamos se componen principalmente por un préstamo del BID "Programa de Posicionamiento Estratégico Internacional II". Dentro de los préstamos modales (13% en 2020 y 28% para 2021), se encuentra un préstamo también con este organismo, dirigido especialmente para al sector productivo y de empleo. En la categoría Otras Contribuciones (15% en 2020 y 14% en 2021) destacan los aportes de utilidades de empresas públicas y se incluye lo producido por el impuesto COVID-19. Por su parte, las donaciones no modales correspondieron en su mayoría a donaciones realizadas por el sector privado. Las donaciones modales comprenden desde donaciones de la Corporación Andina de Fomento (CAF) a donaciones en especies, tales como respiradores.

Por su parte, el total del gasto por concepto de emergencia sanitaria en el año 2020 fue de 41.335 millones de pesos y en 2021 fue 49.500 millones de pesos (a precios constantes 2021). Se considera aquí el gasto en salud y el gasto vinculado a las medidas económicas, a las políti-



cas sociales y a las medidas tomadas en relación al trabajo y la seguridad social en el marco de la pandemia.

Tabla 13 Gasto por concepto de la emergencia sanitaria año 2020 y 2021 en millones de pesos constante 2021.

Conceptos de Gasto COVID-19	2020	2021
Gasto en salud – Funcionamiento	2.005	18.817
Gasto en salud – Inversión	347	346
Total Gasto en Salud COVID-19	2.352	19.162
FONASA	3.112	2.079
Total Gasto en Salud COVID-19 (considerando el gasto por extensión de cobertura)	5.464	21.241
Otras áreas (económica, social, trabajo y seguridad social)	35.871	28.259
Total del gasto en la emergencia sanitaria	41.335	49.500

Fuente: Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal, Fondo Solidario COVID - 19 Ley 19.874.

Así, el **gasto en salud** COVID-19 fue de 2.352 millones de pesos para 2020 y 19.162 millones de pesos, siguiendo la clasificación *SHA 2011*. Esto significa que aumentó 7 veces el gasto en COVID. Si se tiene en cuenta el gasto por extensión de la cobertura FONASA el gasto asciende a **5.464 millones de pesos y 21.241 millones de pesos respectivamente** multiplicándose por 3 en 2021.

En el presente documento se analiza desde el punto vista del financiamiento el 13,2% del gasto realizado por el país en 2020 para enfrentar la pandemia y el 43% para 2021. Equivale a 0,23 puntos porcentuales del PIB de 2020 y 0,82 puntos porcentuales del PIB de 2021. Como referencia, el gasto total en salud para el año 2020 fue de 225.653 millones de pesos y representó 9,29% del PIB. Mientras que para el año 2021 el gasto total en salud 245.777 millones de pesos constantes 2021 y representó 9,19% del PIB de 2021.

3.1 Bienes y servicios de salud proporcionados

Tal como se mencionó, es importante tener presente que la clasificación del gasto en bienes y servicios de salud por concepto de atención a la pandemia presenta limitaciones ya que se debe determinar si el objetivo principal es la atención en salud o si remite a otro ámbito como puede ser de seguridad pública o empleo¹⁸.

¹⁸ Este es el caso en el gasto destinado al cumplimiento de las normas de seguridad como por ejemplo, las que implicaron gastos de adaptación de los lugares de trabajo y no se deben incluir en el gasto de salud actual.



Con respecto a los diferentes bienes y servicios en los que se invirtió, cabe recordar que si bien la emergencia sanitaria se decretó el 13 de marzo de 2020, la primera ola de la pandemia fue a finales de ese año. El plan de vacunación comenzó en 2021 es por eso que las vacunas que se compraron en 2020, siguiendo el criterio de registración del SHA2011, fueron registradas en la cuenta capital (103 millones de pesos). Las vacunas adquiridas en 2021 y aplicadas ese mismo año, fueron registradas en el gasto corriente (gasto de funcionamiento) y ascendió a 8.114 millones de pesos y representaron el 42,34% del gasto total.

Tabla 14 Gasto en bienes y servicios de salud en millones de pesos en pesos contantes 2021.
Año 2020 y 2021

	2020	2021
Funcionamiento	2.005	18.816
Vacunas	0	8.114
Gastos hospitalarios	135	5.883
Estudios de diagnóstico	809	4.157
Kits de diagnóstico	17	373
Equipos de protección personal (tapabocas, vestimenta descartable)	87	118
Fármacos sedativos	4	100
Campaña de vacunación	10	60
Producción kits de diagnóstico-IPMONT	14	11
Rastreadores	25	1
Medicamentos	153	1
Desinfección y aseo	94	0
Encuestadores	2	0
Material médico quirúrgico	569	0
Publicidad COVID-19	3	0
Recolección residuos hospitalarios	42	0
Servicios de vigilancia contratados	42	0
SINAE-Termómetros	0	0
Inversión	347	346
Gastos hospitalarios	42	196
Respiradores	144	141
Equipamiento para vacunas	0	5
Ambulancias y vehículos	13	4
Monitores de vida	20	0
Complemento vacuna influenza	24	0
Desinfección y aseo	0	0
Gastos portuarios por donaciones sanitarias	0	0
Vacunas-Acuerdo de Complemento Anticipado	103	0
Total	2.352	19.162

Fuente: Economía de la Salud, MSP.



Para el año 2020 la información en el rubro gastos hospitalarios, ejecutados por ASSE, se pudo desglosar obteniendo el detalle de dichos gastos. Para el año 2021 no se obtuvo esa información, eso explica que dentro del gasto en funcionamiento el rubro gastos hospitalarios supere los 5.800 millones de pesos y a su vez explica que existan rubros que disminuyeron considerablemente o que no tienen gastos adjudicados. Este es el caso del gasto de ASSE en medicamentos que representó más de 153 millones de pesos en 2020 y en 2021 solamente se registró 1 millón de pesos, gasto realizado por la Universidad de la República de la República (UDELAR). Por otro lado, el rubro “recolección residuos hospitalarios” solamente lo registró ASSE, es por eso que al no tener el desglose de gran parte del gasto, en 2021 ese rubro se registra sin gasto asociado.

A continuación se presenta el gasto en salud por tipo de proveedor para los años 2020 y 2021. Dentro del gasto de ASSE cabe apreciar que el gasto pasó de 1.183 millones de pesos en 2020 y 6.342 millones de pesos en 2021 multiplicándose por 4,4 y pasó de representar el 50% del gasto total en 2020 al 33% en 2021. Se analiza únicamente en detalle del gasto para 2020 ya que en 2021 no hay información detallada. Se destaca el gasto en material médico quirúrgico con una participación del 48% en el total del gasto de esa institución. Le sigue el gasto en medicamentos con 13%, el 8% corresponde a gasto en estudios de diagnóstico COVID-19, 7% en desinfección y aseo, 3% en equipos de protección personal y el resto se distribuye entre servicios de recolección de residuos (3,5%), servicios de vigilancia (3,5%), compra de ambulancias (0,8%) y otros gastos.

El gasto en el MSP en 2020 fue de 1.054 millones de pesos representando el 45% del gasto total mientras que en 2021 fue de 5.778 millones de pesos, 30% del gasto total. Tanto en 2020 como en 2021 el 68% del gasto COVID del ministerio (716 y 1.711 millones de pesos respectivamente) fue destinado a estudios de diagnósticos de detección de COVID-19, donde casi el 70% de dicho gasto corresponde al pago realizado por el MSP a los prestadores de salud públicos y privados en 2020 y el 45% en 2021. Esto responde al Decreto N° 118/020 del 1 de abril de 2020 que incorpora al PIAS la posibilidad de realizar gratuitamente el estudio PCR SARS CoV2 (COVID-19) siempre y cuando haya sido indicado por el médico tratante del usuario.

Además, el 13,7% del gasto del MSP corresponde a la compra de respiradores en 2020 mientras que en 2021 dicho gasto significó el 2% del gasto del MSP (144 y 141 millones de pesos respectivamente) aumentando el porcentaje destinado a la compra de vacunas realizadas en 2021. Este gasto significó el 9% en 2020 y el 22% del total del gasto del ministerio en 2021. El resto se distribuye entre campañas de vacunación y difusión de información sobre COVID-19, fármacos,



monitores de vida, rastreadores, equipos de protección personal y la producción de kits de diagnóstico.

Por otra parte, en 2020 el 100% del gasto de Sanidad Policial correspondió a la compra de ambulancias. Para 2021 no se obtuvo la información detallada. En Sanidad Militar en 2020 el 43% estuvo asociado a gasto en equipos de protección, mientras que en 2021 disminuyó más 10 puntos porcentuales su participación relativa en el gasto a 34%. Sin embargo aumentó la participación del gasto en kits de diagnóstico de 14% en 2020 a 66% en 2021 (10 millones y 84 millones de pesos respectivamente). En 2020 el resto del gasto se distribuyó en compra de ambulancias 2,6% y 40% no se tuvo información suficiente para clasificar el gasto.



Tabla 15 Gasto en salud para la atención de la pandemia por tipo de proveedor.

	2020		2021	
ASSE	1.183	100%	6.342	100%
Gastos hospitalarios	150	13%	6.032	95%
Estudios de diagnóstico	92	8%	237	4%
Vacunas	0	0%	69	1%
Ambulancias y vehículos	9	1%	4	0%
Monitores de vida	0	0%	0	0%
Desinfección y aseo	86	7%	0	0%
Material médico quirúrgico	569	48%	0	0%
Medicamentos	153	13%	0	0%
Recolección residuos hospitalarios	42	4%	0	0%
Servicios de vigilancia contratados	42	4%	0	0%
Equipos de protección personal (tapabocas, vestimenta descartable)	40	3%	0	0%
MSP	1.054	100%	5.778	100%
Campaña de vacunación y publicidad Covid	10	1%	60	1%
Estudios de diagnóstico	716	68%	3.921	68%
Vacunas	103	10%	1.262	22%
Kits de diagnóstico	7	1%	283	5%
Respiradores	144	14%	141	2%
Fármacos sedativos	4	0%	100	2%
Equipos de protección personal (tapabocas, vestimenta descartable)	0	0%	7	0%
Equipamiento para Vacunas	0	0%	4	0%
Rastreadores	25	2%	1	0%
Complemento vacuna influenza	24	2%	0	0%
Monitores de vida	20	2%	0	0%
Sanidad Militar	69	100%	127	100%
Kits de diagnóstico	10	14%	84	66%
Equipos de protección personal (tapabocas, vestimenta descartable)	30	43%	43	34%
Gastos hospitalarios	27	39%	0	0%
Ambulancias	2	3%	0	0%
Desinfección y aseo	0	1%	0	0%
Sanidad Policial	2	100%	47	100%
Gastos hospitalarios	0	0%	47	100%
Ambulancias	2	100%	0	0%
Otras instituciones	43	100%	6.869	100%
Vacunas	0	0%	6.783	99%
Equipos de protección personal (tapabocas, vestimenta descartable)	17	40%	67	1%
Equipamiento para Vacunas	0	0%	1	0%
Medicamentos	0	0%	1	0%
Producción kits de diagnóstico - IPMONT	14	31%	11	0%
Kits de diagnóstico	0	0%	6	0%
Respiradores	0	0%	0	0%
Desinfección y aseo	8	19%	0	0%
Encuestadores	2	4%	0	0%
Publicidad COVID-19	2	6%	0	0%
Gastos portuarios por donaciones sanitarias	0	0%	0	0%
SINAE - Termómetros	0	0%	0	0%
Total	2.352	100%	19.162	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.



3.2 Inversión de capital realizada por las instituciones públicas

Tabla 16 Gasto de capital en salud par a la atención de la pandemia.

	2020		2021	
HK.1.1.2.1 Equipos médicos	164,6	100%	146,6	100%
Respiradores	144,2	88%	140,8	96%
Equipamiento para Vacunas	0,0	0%	5,4	4%
Monitores de vida	20,3	12%	0,4	0%
Gastos portuarios por donaciones sanitarias	0,0	0%	0,0	0%
HK.1.1.2.2 Equipos de transporte	15,6	100%	4,2	100%
Ambulancias y vehículos	13,5	86%	4	100%
Gastos hospitalarios	2,2	14%	0	0%
HK.1.1.2.4 Maquinaria y equipos no clasificados en otra parte	0,7	100%	0,0	0%
Desinfección y aseo	0,3	46%	0	0%
Gastos hospitalarios	0,4	54%	0	0%
HK.1.2 Variaciones en inventarios	126,5	100%		
Complemento vacuna influenza	23,9	19%	0	0%
Vacunas - Acuerdo de Complemento Anticipado	102,5	81%	0	0%
HK.nec Gasto de capital no clasificado	39,4	100%	195,5	100%
Gastos hospitalarios	39,4	100%	195,5	100%
Total general	346,8	100%	346,3	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

La inversión en capital ascendió a 346,8 millones de pesos en 2020 y 346,3 millones de pesos en 2021. Para el 2020 el 47% del gasto total pudo ser clasificado en Equipos médicos y se distribuyó entre respiradores (el 88% de este gasto) y monitores de vida (12% restante). Para 2021 este rubro pesó 42% del gasto total y se distribuyó entre respiradores (96%) y 4% en equipamiento para vacunas.

El gasto en Equipos de transporte, por su parte, presentó el 5% del total en 2020 y 1% en 2021 dentro del cual el 86% correspondió a gasto en ambulancias y vehículos y 14% en otros equipos de transporte mientras que para 2021 dicho gasto fue enteramente a ambulancias y vehículos.

Las variaciones en inventarios pesaron en 2020 36% en el gasto total y correspondió enteramente al gasto en vacunas ejecutado en dicho año, pero las vacunas fueron aplicadas en 2021 cuando se implementó el plan de vacunación.

El 11% del gasto en capital no pudo ser clasificado para 2020 mientras que para 2021 este rubro pesó 56%, el 100% de este gasto fue realizado por ASSE.