



Ministerio de SALUD

Cuentas de Salud 2016-2017

Gasto y financiamiento de la salud en Uruguay

FEBRERO 2020

EQUIPO DE CUENTAS DE SALUD - ÁREA ECONOMÍA DE LA SALUD

Autoridades

Dr. Jorge Basso

Ministro

Dr. Jorge Quian

Subsecretario

Ec. Arturo Echevarría

Director de JUNASA

Área Economía de la Salud

Ida Oreggioni

Gerente Área

Giselle Jorcin

Adjunta a Gerencia

Equipo de Cuentas de Salud

Laura Rivas

Coordinación

Victoria Arbulo

Cecilia Artagaveytia

Chantal Boulay

María Inés Castro

Mariana Chávez

Noelia Minchilli

María Saravia

Colaboradores

Fernando Barbé

Jorge Fernández

Lucía Passalacqua

Martín Pereira

Siglas

ALD	Atención de larga duración
ANCAP	Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland
ANP	Administración Nacional de Puertos
ANTEL	Administración Nacional de Telecomunicaciones
ANV	Agencia Nacional de Vivienda
APS	Atención Primaria de la Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BCU	Banco Central del Uruguay
BHU	Banco Hipotecario del Uruguay
BPS	Banco de Previsión Social
BROU	Banco de la República Oriental del Uruguay
BSE	Banco de Seguros del Estado
CGN	Contaduría General de la Nación
CUDIM	Centro Uruguayo de Imagenología Molecular
ECAS	Estructura de Costos de Atención en Salud
ENGIH	Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FP	Factores de provisión
FS	Ingresos de los esquemas
HF	Esquemas de financiamiento
HK	Cuenta capital
HP	Proveedores
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISFL	Instituciones sin fines de lucro
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
N.e.c.	No clasificado en otra parte
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
SHA	System of Health Accounts
SINADI	Sistema Nacional de Información
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud

Contenido

1. Introducción.....	6
1.1 Presentación	6
1.2 Principales características del sistema de salud uruguayo.....	7
1.3 Antecedentes.....	8
1.4 Marco conceptual	8
1.5 Clasificaciones utilizadas.....	10
1.5.1 El financiamiento del gasto en salud: esquemas de financiamiento, ingresos de los esquemas y agentes de financiamiento	11
1.5.2 La provisión de servicios de salud: proveedores, factores de provisión y cuenta capital	12
1.5.3 El consumo de servicios de salud: funciones de la salud	13
2. Metodología	14
2.1 Información disponible y estrategias de estimación.....	14
2.2 Consideraciones metodológicas.....	16
3. Resultados.....	18
3.1 Indicadores generales	18
3.2 El financiamiento del gasto en salud.....	21
3.2.1 Esquemas de financiamiento.....	21
3.2.2 Ingresos de los esquemas.....	29
3.2.3 El financiamiento en el contexto regional	31
3.2.4 Agentes de financiamiento	34
3.3 La provisión de servicios de salud	35
3.3.1 Gasto en salud de los proveedores	35
3.3.2 Factores de provisión	38
3.3.3 Cuenta capital.....	41
3.4 El consumo de servicios de salud	42
3.4.1 Gasto en salud por funciones.....	42
4. Conclusiones.....	54
5. Avances y perspectivas.....	56
6. Bibliografía	58

7. Anexo.....	59
---------------	----

Tablas

Tabla 1 Gasto corriente y gasto de capital en salud en millones de pesos constantes de 2017	19
Tabla 2 Gasto en salud a pesos constantes de 2017 y como porcentaje del PIB.....	20
Tabla 3 Gasto por esquema de financiamiento, años 2016 y 2017, en millones de pesos constantes de 2017.....	22
Tabla 4 Gasto en salud, por proveedor, en millones de pesos constantes de 2017.....	36
Tabla 5 Estructura de gasto corriente por factores de provisión para años seleccionados	39
Tabla 6 Estructura de gasto en capital para años seleccionados	42
Tabla 7 Estructura del gasto corriente por funciones a nivel país, años 2016 y 2017	43
Tabla 8 Estructura del gasto en salud por funciones del gasto directo de los hogares, año 2017	53

Gráficos

Gráfico 1 Gasto corriente y gasto de capital en salud, en millones de pesos constantes de 2017 y como porcentaje del PIB.....	20
Gráfico 2 Evolución comparada del gasto total en salud y del PIB para el período 2005-2017 (base 2005=100).....	21
Gráfico 3 Estructura del gasto por esquema de financiamiento, año 2017.....	23
Gráfico 4 Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1), millones de pesos constantes de 2017	24
Gráfico 5 Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1), millones de pesos constantes de 2017	25
Gráfico 6 Evolución del gasto del Fondo Nacional de Recursos por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2017	26
Gráfico 7 Evolución del gasto de ASSE por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2017	27
Gráfico 8 Evolución del gasto de las IAMC por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2017	27
Gráfico 9 Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares (HF 3.1 y HF.3.2), millones de pesos constantes de 2017	28
Gráfico 10 Evolución del financiamiento público y privado como porcentaje del gasto total en salud.....	29
Gráfico 11 Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud	31
Gráfico 12 Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje horizontal); gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas 2017	32

Gráfico 13 Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje horizontal); gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical)	33
Gráfico 14 Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales en 2016 y 2017	34
Gráfico 15 Composición del gasto del FNR en los proveedores que contrata, año 2017	35
Gráfico 16 Estructura del gasto en salud por factores de provisión, año 2017	40
Gráfico 17 Estructura de gasto de los principales proveedores del sistema de salud, año 2017	41
Gráfico 18 Estructura del gasto en salud por funciones a nivel país, años 2016 y 2017	44
Gráfico 19 Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2017	45
Gráfico 20 Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2017	46
Gráfico 21 Gasto en gobernanza y administración, millones de pesos constantes de 2017	46
Gráfico 22 Estructura del gasto en salud por funciones, en ASSE y IAMC, año 2017	47
Gráfico 23 Estructura del gasto en salud por funciones, en Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Sanidad Militar, año 2017.....	48
Gráfico 24 Estructura del gasto en salud por funciones en el MSP, años 2016 y 2017 .	49
Gráfico 25 Estructura del gasto en prevención del MSP, año 2017.....	49
Gráfico 26 Estructura del gasto en salud por funciones en el FNR, año 2017	50
Gráfico 27 Estructura del gasto en salud por funciones, en BPS y BSE, año 2017.....	51
Gráfico 28 Estructura del gasto directo de los hogares por funciones, año 2017	52

Diagramas

Diagrama 1 Relación entre los marcos del sistema de salud y las Cuentas de Salud	9
Diagrama 2 Enfoque triaxial del marco SHA 2011	10
Diagrama 3 Diagrama conceptual del flujo de recursos en el sistema	11

1. Introducción

1.1 Presentación

Este informe tiene como objetivo presentar las estimaciones de gasto y financiamiento de la salud en nuestro país para los años 2016 y 2017 mediante la metodología de las Cuentas de Salud. Este marco, utilizado a nivel internacional, describe los flujos financieros relativos al consumo de bienes y servicios de salud del país desde la perspectiva del gasto. El Sistema de Cuentas de Salud¹ es una herramienta orientada a la generación de información sobre el gasto y el financiamiento de la atención en salud y es el marco de referencia internacional.

Las Cuentas permiten abordar el análisis del gasto sanitario desde múltiples perspectivas. Este informe integra la estimación del gasto según las funciones de la salud, a las clasificaciones que se vienen desarrollando en la elaboración de las Cuentas desde hace más de diez años al interior del Ministerio de Salud (MSP). El gasto por funciones, o por tipo de servicios, se centra en el objetivo que persigue cada gasto realizado al interior del sistema y, por ende, permite conocer cuánto se gasta en los diferentes tipos de atención, en las acciones de prevención, en la gobernanza y administración, etc.

El documento se estructura de la siguiente forma: en el primer apartado se sintetizan las características del sistema de salud uruguayo así como los principales antecedentes que tiene el presente estudio. Además, se desarrolla el marco conceptual y se describen las principales clasificaciones utilizadas, siguiendo la metodología propuesta por Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011) en sus tres dimensiones: el financiamiento del gasto, la provisión de los servicios de salud y el consumo. En la segunda parte, se presenta la información utilizada, se realizan consideraciones metodológicas y se plantean las estrategias de estimación adoptadas por el equipo de Cuentas para arribar a los resultados, que se desarrollan en el apartado siguiente. Para finalizar, se presentan las conclusiones y avances del período, así como los principales desafíos que quedan por delante.

Los cuadros con las matrices completas de gasto y financiamiento para 2016 y 2017 se encuentran publicados en el sitio web del Ministerio².

¹ El Sistema de Cuentas de Salud 2011, más conocido como SHA 2011 (System of Health Accounts 2011), es la última versión del Sistema de Cuentas de Salud. Fue desarrollado por la OCDE, Eurostat y la OMS, con el propósito de adaptar la metodología de Cuentas a la rápida evolución de los sistemas sanitarios alrededor del mundo, de modo de generar mayor y mejor información para el análisis del sector.

² <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/cuentas-de-salud>

1.2 Principales características del sistema de salud uruguayo

Una característica distintiva de nuestro sistema de salud desde principios del siglo XX es la cobertura en salud de aproximadamente el 90% de la población a través de dos tipos de prestadores, quienes brindan una atención de carácter integral. Por un lado, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), son prestadores privados sin fines de lucro y, por el otro lado, el servicio público de salud -brindado en una primera instancia por el Ministerio de Salud Pública- es llevado adelante por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). El resto de la población tiene cobertura integral de salud en Seguros Privados Integrales, en Sanidad Militar o en Sanidad Policial.

La aparición temprana de mecanismos de protección financiera en salud a través de contribuciones a la seguridad social es otra de las principales características del sistema. En el año 1979 se creó la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), bajo la órbita del Banco de Previsión Social (BPS), que brindaba cobertura en una IAMC de elección a los trabajadores del sector privado formal. En años posteriores se incorporaron a DISSE los jubilados de menores ingresos y un grupo menor de trabajadores públicos (educación primaria, secundaria, y trabajadores judiciales). Los familiares de estos colectivos no estaban incluidos en la cobertura en salud.

En 2007, en el marco de la reforma de la salud, se crea el Seguro Nacional de Salud (SNS), financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y se amplía gradualmente la cobertura brindada anteriormente por DISSE (aproximadamente 21% de la población uruguaya). Con el objetivo de avanzar hacia la universalización de la protección social en salud, en el año 2008 se incorporaron al SNS los hijos menores de 18 años y discapacitados a cargo de los trabajadores. En el correr del mismo año ingresaron el resto de los trabajadores públicos y sus hijos. También a partir del 1° de enero todos los trabajadores que se jubilan continúan manteniendo su condición de afiliados FONASA y el derecho a cobertura a través del SNS. En los años siguientes, ingresaron los cónyuges y concubinos de los trabajadores, y finalmente los jubilados y pensionistas y sus familias. Este proceso culminó en el año 2016, con un poco más del 72% de la población con cobertura en salud a través del SNS.

El cambio del modelo de financiamiento, uno de los pilares de la reforma del sistema, implicó fundamentalmente la adopción por parte del FONASA de un mecanismo de pago según cápitas, ajustadas por edad y sexo, más un pago por desempeño asociado al cumplimiento de metas asistenciales.

Otro rasgo destacado del sistema es la figura del Fondo Nacional de Recursos (FNR) desde fines de 1980, quien opera como un reaseguro de los prestadores integrales, brindando cobertura financiera a toda la población para un conjunto de procedimientos de alta complejidad, así como dispositivos y medicamentos de alto precio.

1.3 Antecedentes

Desde el año 2006, el Área Economía de la Salud del Ministerio elabora las Cuentas de Salud de nuestro país. En una primera instancia se construyeron las estimaciones relativas al año 2004; en diciembre de 2010 se publicaron Cuentas del período 2005-2008 y en 2015, las correspondientes a los años 2009 y 2010. A fines de 2016, se presentaron estimaciones preliminares del período 2011-2014, desde la perspectiva del financiamiento, utilizando por primera vez la metodología propuesta por el Sistema de Cuentas de Salud en su versión SHA 2011. Por último, en noviembre de 2017, se presentó el informe "Cuentas de Salud en Uruguay 2011-2015". En dicho trabajo se profundizó en el estudio del gasto de los hogares y se elaboró por primera vez la matriz de ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud, además de la matriz de factores de provisión de los proveedores de salud y la cuenta capital de los proveedores de salud.

Posteriormente, el equipo se centró en incorporar a las Cuentas una perspectiva hasta entonces no abordada, la distribución del gasto por funciones de la salud, cuyo único antecedente había sido elaborado por la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración en el informe "Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud. Años 1999-2000"³. En agosto de 2019 el Ministerio presentó su primer informe de gasto por funciones, correspondiente a los años 2016 y 2017. El presente documento recoge las estimaciones allí presentadas e incorpora algunas actualizaciones de las cifras en los casos en los que se dispuso de mejor información.

1.4 Marco conceptual

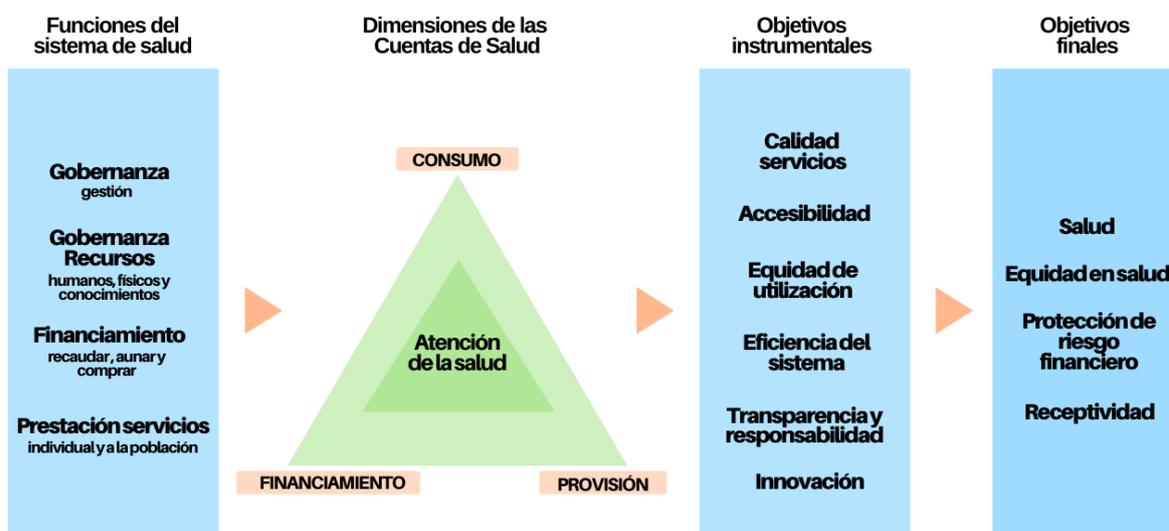
Las Cuentas de Salud se elaboran con el objetivo de informar la política sanitaria del país, en tanto el monitoreo y evaluación de indicadores de algunos de los objetivos del sistema deben desarrollarse a partir de los datos sobre el gasto. De acuerdo al manual SHA 2011:

"Para asignar los recursos del sistema de salud es necesario tomar continuamente decisiones y para tomarlas de forma informada hay que utilizar todo el conocimiento disponible, para que las opciones elegidas sean sostenibles. Las Cuentas de salud se han desarrollado para decidir la forma de asignar los recursos, para poder con ello lograr los objetivos del sistema de salud. Están pensadas para que las utilicen las personas encargadas de analizar la utilización de los recursos en el sistema de salud, a efectos contables y de planificación." (OCDE, Eurostat, OMS, 2011, pág. 31)

³ Trabajo coordinado por la Ec. Fanny Trylesinski, en el marco del Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud para el MSP.

El diagrama siguiente vincula las Cuentas con los marcos de análisis del sistema. Las funciones del sistema de salud impactan en primer término en los objetivos instrumentales, para luego influir en los objetivos finales y esto está, en gran medida, determinado por la forma en que se recaudan, administran y utilizan los recursos para traducirlos en bienes y servicios a los que accede la población.

Diagrama 1 Relación entre los marcos del sistema de salud y las Cuentas de Salud



Fuente: Manual SHA 2011

El marco de las Cuentas de Salud, por su parte, se basa en un enfoque triaxial del gasto, que implica que todo lo que se consume, previamente fue producido y financiado (ver Diagrama 2). A partir de este enfoque, el SHA 2011 desarrolla un modelo analítico en cada una de estas tres dimensiones, que permite a los países centrarse en los aspectos de política de mayor interés.

Desde el punto de vista del financiamiento de los servicios de salud, se puede evaluar de forma sistemática cómo se movilizan, gestionan y utilizan los fondos. Para ello se emplean las siguientes clasificaciones:

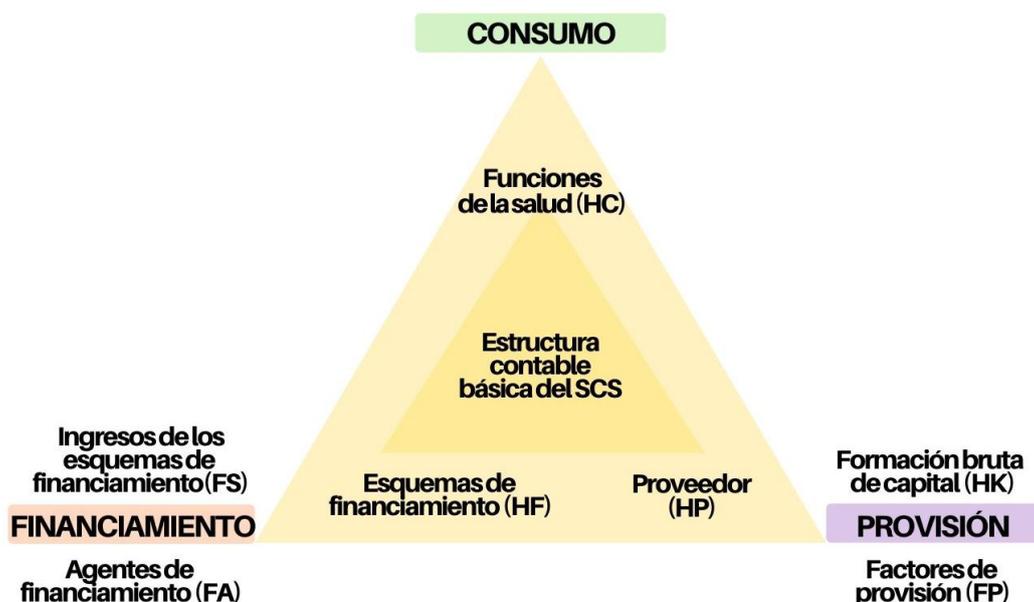
- Esquemas de financiamiento (HF)
- Agentes de financiamiento (FA)
- Ingresos de los esquemas de financiamiento (FS)

El modelo de producción profundiza en las estructuras de los costos de la prestación de servicios de salud mediante las siguientes clasificaciones:

- Factores de provisión (FP)
- Cuenta capital (HK)

Desde el punto de vista del consumo, el modelo de análisis se aborda por lo general mediante la clasificación de funciones de la salud (HC), aunque las Cuentas también permiten explorar el desglose del gasto en salud según determinadas características de los beneficiarios, como por ejemplo el tipo de enfermedad, edad, sexo, región o nivel socioeconómico.

Diagrama 2 Enfoque triaxial del marco SHA 2011



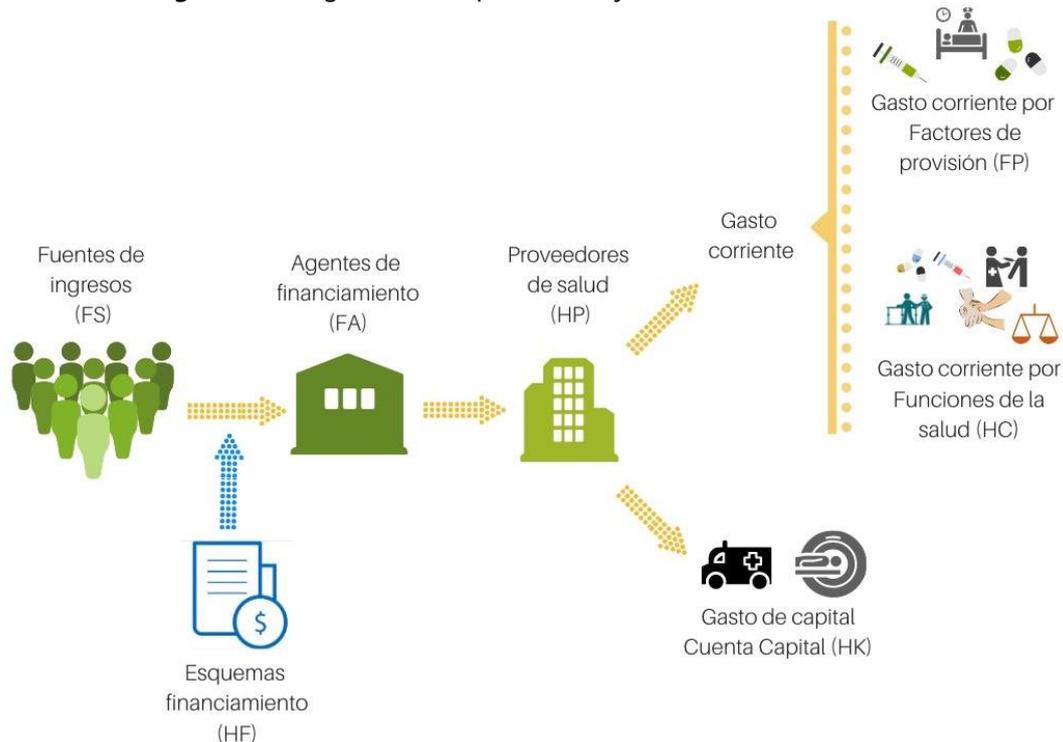
Fuente: adaptación del Manual SHA 2011

1.5 Clasificaciones utilizadas

Este trabajo articula, por primera vez, todas las dimensiones de las Cuentas de Salud, siguiendo el marco SHA 2011. Por el lado del **financiamiento**, se abordan las clasificaciones de esquemas de financiamiento (HF), ingresos de los esquemas (FS) y agentes de financiamiento (FA). Por el lado de la **provisión de servicios**, se presenta el detalle del gasto corriente por factores de provisión (FP) y el gasto de capital (HK) de los proveedores (HP). Desde la óptica del **consumo**, se aborda la clasificación de funciones de la salud (HC).

Los proveedores de salud del sistema son quienes brindan los bienes y servicios a la población. Ellos obtienen los fondos de los agentes de financiamiento, quienes recaudan distintos tipos de ingresos, de acuerdo a las reglas establecidas por los esquemas de financiamiento. Una forma de visualizar las clasificaciones abordadas en el documento se presenta en el siguiente diagrama.

Diagrama 3 Diagrama conceptual del flujo de recursos en el sistema



Fuente: Economía de la Salud, MSP, en base a SHA 2011

1.5.1 El financiamiento del gasto en salud: esquemas de financiamiento, ingresos de los esquemas y agentes de financiamiento

De acuerdo a SHA 2011 “Los **esquemas de financiamiento** de la salud son los principales módulos de la estructura funcional del sistema de financiamiento de la salud: los principales mecanismos de financiamiento, con los que se pagan los servicios de salud que la población recibe. Por ejemplo, los pagos directos de los hogares, o los acuerdos de financiamiento con terceros, como el seguro social de salud, el seguro voluntario, etc. Aunque los esquemas de financiamiento son clave para la compra de los servicios de salud, incluyen también normas para otras funciones, como por ejemplo la recaudación y mancomunación de recursos.”⁴

Este enfoque, por ejemplo, admite la existencia del gasto de bolsillo como esquema de financiamiento en sí mismo y distingue, en su interior, entre las diferentes modalidades de dicho gasto. Esto representa un avance significativo, en tanto se vuelve fácilmente identificable una modalidad de gasto que suele encontrarse en la mira de las políticas de estímulo a la accesibilidad y de la protección financiera en salud en todo el mundo.

Siguiendo el manual SHA 2011: “El **ingreso** es un aumento en los fondos de los esquemas de financiamiento a la salud, que se realiza a través de mecanismos específicos de

⁴ OCDE, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts, 2011 Edition. OECD Publishing, 2011, pág 175.

aportación. Las categorías de la clasificación son los distintos tipos de transacciones a través de las cuales los esquemas de financiamiento obtienen sus ingresos.”⁵

La estructura del sistema de financiamiento de la salud incluye dos tipos de entidades: por un lado, los esquemas de financiamiento y, por el otro, las unidades institucionales o agentes de financiamiento, que son quienes gestionan en la práctica los esquemas de financiamiento. De acuerdo al Manual de SHA 2011, una misma unidad institucional puede gestionar varios esquemas, así como un mismo esquema puede ser gestionado por diversos agentes. En síntesis: “Las transacciones las realizan los agentes de financiamiento, según las normas establecidas en el esquema de financiamiento”. (OCDE)

Entonces, “Los **agentes de financiamiento** son unidades institucionales que administran uno o más esquemas de financiamiento: recaudando fondos y comprando servicios en cumplimiento de las normas del esquema de financiamiento de la salud determinado.”⁶

Los agentes de financiamiento pueden gestionar el pago de los bienes y servicios de salud mediante: el financiamiento de los servicios producidos en sus propias instituciones, la compra de servicios a proveedores que sean propiedad de otras entidades o a través del reembolso del costo de los servicios cuando los usuarios han pagado directamente a los proveedores (OCDE, 2011).

En el [Anexo](#) se presenta la aplicación de las clasificaciones de agentes de financiamiento y proveedores a la realidad del sistema de salud de nuestro país.

1.5.2 La provisión de servicios de salud: proveedores, factores de provisión y cuenta capital

El gasto en salud, tanto corriente como de capital, tiene como unidad de análisis a los proveedores. Estos son las organizaciones y/o actores que brindan los bienes y servicios de atención a la salud a la población. El uso de la clasificación de proveedores (HP) permite colocar a los proveedores en categorías internacionalmente comparables, describir la estructura del sistema de salud y el gasto según la tecnología y permiten la generación de indicadores para el monitoreo del gasto a través del cruce con otras clasificaciones de las Cuentas.

Cuanto mayor sea la variedad de servicios ofrecidos por el proveedor en cuestión, más distribuido estará su gasto por funciones. Por lo tanto, más difícil resultará clasificarlo como un tipo de proveedor. Esta situación se presenta en el caso de los prestadores integrales⁷ de nuestro país, cuya cobertura se brinda a través de una serie de servicios

⁵ OCDE, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts, 2011 Edition. OECD Publishing, 2011, pág 222.

⁶ OCDE, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts, 2011 Edition. OECD Publishing, 2011, pág 208.

⁷ Se consideran prestadores integrales a aquellas instituciones de salud que pueden ser contratadas por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y financiadas por el Fondo Nacional de Salud para brindar cobertura integral a sus afiliados, además de Sanidad Militar y Sanidad Policial.

de diversa índole, con variados objetivos y modos de provisión. Estos prestadores integrales son responsables de ofrecer a sus beneficiarios el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), independientemente de que lo hagan a través de recursos propios o contratados a terceros. A su vez, en su gran mayoría se trata de prestadores institucionales integrados verticalmente, que brindan todos los niveles de atención.

En virtud de las características particulares de los prestadores integrales del SNIS, la clasificación de proveedores adoptada para Uruguay los considera en una categoría separada, diferente de las propuestas por el SHA 2011. Se tomó esta decisión metodológica por dos razones: en primer lugar, su información es presentada de forma agregada, atendiendo a su responsabilidad sobre el plan integral de prestaciones; en segundo lugar, resulta de interés para el análisis y para la elaboración de políticas el monitoreo institucional específico de estos proveedores, tanto en el aspecto asistencial como en su desempeño económico.

1.5.3 El consumo de servicios de salud: funciones de la salud

La clasificación de funciones de la salud es un enfoque orientado a identificar la finalidad u objetivo que persigue cada gasto realizado al interior del sistema sanitario. De esta forma, la clasificación permite conocer cuánto gasta el país, y cada uno de sus proveedores, en los diversos tipos de atención a la salud, cuánto se destina a prevención, a gobernanza y administración, etc. Por este motivo, la clasificación ofrece un gran potencial para monitorear los cambios en el modelo de atención planteados por la reforma sanitaria. La producción sistemática de cifras sobre el gasto en salud desde esta perspectiva constituye un insumo de valiosa utilidad, tanto para la toma de decisiones política, como para la gestión de los propios servicios.

En el mes de agosto de 2019 se publicaron las primeras cifras del gasto en salud por funciones, fruto del trabajo que desarrolló el equipo de Cuentas de Salud, en conjunto con las instituciones del sistema. De esta manera, las estimaciones son producto de múltiples instancias de intercambio. Se partió trabajando en el ámbito del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud⁸ y luego se trabajó individualmente, o en pequeños grupos de instituciones. Solamente algunos proveedores no brindaron la información suficiente para distribuir el gasto atendiendo a esta perspectiva de análisis. Se deberá trabajar especialmente con estas instituciones, en metodologías que permitan elaborar las cifras de gasto por funciones de la salud.

⁸ El Comité, creado en el año 2011 (Ordenanza Ministerial N° 242), está compuesto por los principales organismos públicos del sector salud, así como por instituciones estratégicas en materia estadística: Sanidad Policial, Sanidad Militar, Hospital de Clínicas, Ministerio de Economía y Finanzas, Banco Central del Uruguay, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado, Fondo Nacional de Recursos, Administración de Servicios de Salud del Estado.

2. Metodología

2.1 Información disponible y estrategias de estimación

La construcción de las estimaciones, matrices e indicadores presentados en este informe se realizan en el marco de la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siguiendo las clasificaciones que se especifican en el SHA 2011. En este marco, la información que nutre el presente análisis surge de diversas fuentes, comprendiendo desde registros contables, información de los Balances de Ejecución Presupuestal de la Contaduría General de la Nación (CGN), así como información solicitada específicamente para la construcción de las Cuentas de Salud. Además, se utilizan fuentes de información secundaria provistas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) tales como encuestas de hogares, encuestas de gastos e ingresos, indicadores de precios, proyecciones de población, series de datos del Producto Bruto Interno y del tipo de cambio. Los datos de población con cobertura en salud surgen del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF) y de los censos de Población del Sistema Nacional de Información (SINADI).

Se relevó en los distintos prestadores de salud su información de gasto y financiamiento a través de las clasificaciones de esquemas, ingresos de los esquemas, gasto corriente clasificado por funciones de la salud, gasto corriente en los diferentes factores de provisión y gasto de capital. Además, se consultó específicamente sobre las ventas de servicios de salud realizadas a otras instituciones, así como también sobre los servicios de salud que la institución en cuestión compra, identificando el proveedor y el tipo de servicio contratado. El objetivo de recabar esta información radica en cruzar datos de los distintos actores del sistema y evitar las duplicaciones del gasto a nivel del país.

En el último período se logró avanzar significativamente en la construcción del gasto en salud clasificado según las funciones. A nivel internacional esta dimensión presenta grandes dificultades en su abordaje en tanto los sistemas de información no están pensados para clasificar el gasto por funciones de manera directa. El mayor problema radica en que los servicios sanitarios se consumen, en general, de manera integrada, resultando muy difícil disociar lo correspondiente a servicios preventivos, curativos o de rehabilitación. Es así que resulta imprescindible contar con la colaboración y el intercambio permanente con las instituciones involucradas para acordar supuestos y alcanzar estimaciones que reflejen de la forma más precisa posible la realidad.

Desde el año 2015⁹ viene trabajando de manera continua el comité Técnico Interinstitucional de Cuentas Nacionales de Salud integrado por los siguientes organismos públicos: Sanidad Policial, Sanidad Militar, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Mi-

⁹ El comité se crea en el año 2011 pero el espacio se consolida en el año 2015, momento en el que el intercambio de información y las reuniones presenciales se hacen de forma sistemática.

nisterio de Economía y Finanzas, Banco Central del Uruguay, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado, Fondo Nacional de Recursos y la Administración de Servicios de Salud del Estado. En el caso de estas instituciones, ellos mismos son los encargados de hacer llegar a Economía de la Salud el formulario completo. Por otro lado, existen instituciones que remiten al equipo de Cuentas la información de gasto en salud en otros formatos¹⁰ y es el equipo quién se encarga de estandarizar la información recibida. Dentro de este grupo encontramos al Ministerio de Salud Pública, al Banco de Previsión Social, al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), la Universidad de la República, las Intendencias Departamentales, la Caja Notarial, las Comisiones Honorarias, las instituciones sin fines de lucro (ISFL), el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM), ANCAP y otras empresas y organismos públicos como OSE, ANTEL, ANP, el Instituto de Colonización, el BROU y el BCU. Es de destacar el trabajo en conjunto que se llevó adelante para trabajar la clasificación funcional no sólo con los integrantes del comité sino con el resto de los actores del sistema.

Para el caso de las IAMC se utilizaron registros administrativos disponibles en el MSP como los estados contables¹¹. Además, para la asignación del gasto según las funciones de la salud se utilizó información proveniente de la Estructura de Costos de Atención en Salud (ECAS) en donde se presenta información de gasto distribuido por centro de costos, a saber, policlínica, internación en cuidados moderados y CTI/CI de adultos y niños, urgencia, emergencia, entre otros. En algunos casos, fue sencillo asignar el gasto de estos centros de costos a alguna categoría de la clasificación funcional, mientras que en otros el vínculo no es tan directo. Por ejemplo, en el caso del gasto que refiere a lo ambulatorio, se tuvieron que realizar supuestos adicionales sobre la cantidad de consultas preventivas y curativas por especialidad que permitieran distribuir el gasto total en estas dos funciones. Un trabajo similar se realizó para ASSE en donde, además de utilizar la información de las ECAS, se recurrió a la información de rendición de cuentas por unidad ejecutora, que al igual que en el ejemplo anterior, en algunos casos fue posible asignar directamente el gasto de servicios de salud a ciertas funciones. En ambos casos se consultó, además, información de producción asistencial que presentan estas instituciones al SINADI.

Para el caso de los seguros privados integrales y las emergencias móviles se utilizaron registros administrativos disponibles en el MSP. En el caso de las emergencias, se complementa la información disponible con datos que surgen de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH) 2005-2006 (permitiendo conocer el gasto

¹⁰ Rendiciones de cuentas, información cualitativa que ayuda a la interpretación de los datos, intercambios vía correo electrónico y/o de forma presencial en reuniones bilaterales.

¹¹ Se utilizan estados de resultados anuales y mensuales, cuadro de altas y bajas de bienes de uso y notas contables.

inicial total y per cápita), la ECH (para dar seguimiento a la evolución de la cantidad de cuotas que se contratan) y la evolución de los precios de las cuotas de las EEMM (INE).

Adicionalmente, para los organismos públicos comprendidos en el artículo 220 de la constitución de la República: Poder Judicial, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, Corte Electoral, Tribunal de Cuentas y ANEP se utilizó información de la CGN. Desde el punto de vista de la asignación del gasto por funciones se identificaron objetos de gasto que podían clasificarse directamente en alguna de las funciones propuestas por SHA, pero en otros rubros se recurrió a información cualitativa referente al tipo de servicios.

Vale destacar la incorporación de las estimaciones de gasto de los hogares elaboradas en el marco de las acciones de cooperación técnica en Cuentas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Dicha estimación se basó en las recomendaciones de Ranna-Eliya (2010), que sugiere la utilización de un enfoque integrador de todas las fuentes disponibles, considerando los gastos tanto desde las perspectivas de los proveedores –mediante de datos sobre sus ingresos o costos–, como también de los hogares –a través de datos sobre su gasto directo–. La revisión de las cifras del gasto de los hogares fue integrada al informe de Cuentas 2011-2015 y es incorporada en este informe para todo el período 2005-2017. Cabe mencionar que una vez que el INE difunda las cifras de la nueva Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares se dispondrá de cifras más actualizadas para elaborar las estimaciones de gasto en salud de los hogares para los años más recientes.

Por último, se destaca la incorporación de algunos ajustes metodológicos en esta edición de las Cuentas, respecto al informe anterior¹². Las series desde 2005 incorporan estos cambios, por lo que las cifras de este informe son comparables. En el caso de los factores de provisión y el gasto de capital, se agruparon algunas categorías para el análisis de todo el período.

2.2 Consideraciones metodológicas

Gasto corriente y de capital

En los últimos años, la OMS se ha enfocado en distinguir claramente entre los agregados de gasto corriente y gasto de capital:

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

¹² En la clasificación de ingresos, por ejemplo, en los seguros sociales de salud los ingresos de impuestos se clasifican como FS.1.2 (en vez de FS.1.1) y los ingresos de empresas como FS.6.2 (en vez de FS.1.4).

agregado "gasto total en salud", al menos en la forma en que se utilizaba en el SHA 1.0 (OCDE, 2011, págs. 40-41).

La metodología SHA 2011 propone que las cifras de los ingresos de los distintos esquemas de salud sea la asociada únicamente al gasto corriente. Sin embargo, la información disponible para nuestro sistema de salud no hizo posible distinguir qué parte de los ingresos que los esquemas obtienen se destinan a financiar gasto corriente y qué parte se utiliza para financiar las inversiones¹³.

En este trabajo, el gasto corriente de los proveedores se presenta a través de las matrices de costo de los factores, y las inversiones del período se presentan de forma separada, en la matriz de la cuenta de capital. Sin embargo, el financiamiento, es decir el gasto en salud asociado a los esquemas de financiamiento, a los ingresos y a los agentes, hacen referencia al gasto total, es decir, a la suma de gasto corriente y gasto de capital.

Vale recordar, entonces, que a lo largo de este informe se cumple la siguiente igualdad:

$$\text{Ingresos de los esquemas de financiamiento} = \text{Gasto corriente de los proveedores} + \text{Gasto de capital de los proveedores}$$

Gasto en salud y valor agregado bruto del sector salud

Vale aclarar que las cifras derivadas de las Cuentas de Salud no coinciden con las estimaciones de valor agregado bruto del sector salud elaboradas por el Banco Central del Uruguay (BCU). Por ende, la relación entre valor agregado bruto (VAB) del sector salud y el VAB total de la economía difiere del indicador de gasto en salud en relación al PIB.

Siguiendo el manual SHA 2011: "Los agregados relativos al gasto en salud de otros sistemas estadísticos como el SCN son diferentes a los del SHA debido al alcance de los bienes y servicios de salud incluidos, los tipos de transacciones seleccionados y los métodos de estimación utilizados" (OCDE, 2011, pág. 432).

Además de utilizar distintas metodologías e incluir diferentes bienes y servicios, una de las principales diferencias responde a que en las estimaciones del VAB del Banco Central del Uruguay (BCU) no se incluye el consumo intermedio (CI)¹⁴, mientras que el valor

¹³ Si bien en algunos casos sí es posible conocer el origen de los fondos destinados a las inversiones, para muchos de los proveedores de servicios, las decisiones de inversión no están vinculadas al origen de los fondos.

¹⁴ $VBP = VAB + CI$.

- VBP (valor bruto de producción): Suma de los ingresos por venta de bienes y servicios prestados por producto y destino (plaza y exterior) netos de descuentos concedidos, más comisiones recibidas por intermediación en la compra-venta de mercaderías, más comisiones recibidas por venta de servicios a terceros, más ingresos por regalías, marcas, patentes y franquicias, más otros ingresos no especificados anteriormente no financieros, más variación de existencias de productos terminados.

estimado de gasto en salud de los proveedores que calculan las Cuentas sí incluye el gasto en los insumos –locales e importados– utilizados en el proceso de producción de los servicios sanitarios.

3. Resultados

Se presentan las cifras de gasto y financiamiento de la salud obtenidos de la elaboración de las Cuentas de Salud para los años 2016 y 2017. En los casos en los que se cuenta con cifras comparables bajo el mismo marco SHA 2011 se presentan series de tiempo. Se comienza con indicadores de carácter general, utilizados especialmente en la comparación internacional y se continúa con un análisis más detallado de las tres dimensiones de las Cuentas: el financiamiento, la provisión de los servicios y el consumo, a través de cada una de sus clasificaciones.

3.1 Indicadores generales

En este apartado se presentan los valores totales del gasto en salud del país para los años 2016 y 2017, así como la serie desde 2005 de algunos indicadores generales del gasto y su financiamiento.

El gasto corriente asciende a 98.1% del gasto total en salud en 2016 y 97.5% en 2017, mientras que las inversiones se ubicaron en el entorno del 1.9% y 2.5% respectivamente. El gasto total en salud del año 2017 presentó un aumento en términos reales de 2.75% en relación al año anterior. El gasto corriente aumentó 2.15%, mientras que las inversiones se incrementaron en 34%. Este incremento de las inversiones realizadas en el sector entre 2016 y 2017 se explica básicamente por la construcción del nuevo sanatorio del Banco de Seguros del Estado (BSE) y por la variación observada en las IAMC.¹⁵

- CI (consumo intermedio): Suma de los costos de los materiales utilizados en la prestación del servicio, más comisiones pagadas a terceros por venta de bienes y servicios, más gastos de exportación, más gastos por regalías, patentes, marcas y franquicias, más gastos en comunicaciones, más honorarios profesionales y técnicos, más servicios de personal no dependiente, más gastos de publicidad, menos descuentos comerciales obtenidos, más otros gastos ordinarios no incluidos en los ítems anteriores.

- VAB (valor agregado bruto): Se obtiene como la diferencia entre el VBP y el CI ($VAB=VBP-CI$)

¹⁵En este caso la variación obedece básicamente al bajo valor observado en 2016 debido a que se contabilizaron bajas relevantes principalmente en el rubro Equipos Médicos. Cabe resaltar que en el marco del SHA 2011 las inversiones se calculan como la diferencia entre las altas y las bajas del ejercicio.

Tabla 1 Gasto corriente y gasto de capital en salud en millones de pesos constantes de 2017

	2016	2017
Gasto corriente	160.080	163.527
Gasto de capital	3.096	4.144
Gasto total en salud	163.176	167.671

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

A continuación se presenta una serie del gasto total en salud que permite apreciar la variación en términos reales, esto quiere decir, descontando la inflación del período¹⁶. Se presenta el gasto total, el gasto per cápita anual y el indicador de gasto en salud en relación al Producto Interno Bruto (PIB), uno de los indicadores más utilizados a nivel internacional.

El gasto en salud en 2016 es 4.1% superior al gasto del año 2015, mientras que el crecimiento del gasto registrado en 2017 es de 2.8% respecto al año anterior. Al analizar las series más largas de gasto, se observa que el crecimiento anual promedio entre 2005 y 2017 es de 5.3%. El gasto total de 2017, por su parte, es 85% superior al del año 2005; es decir, a finales del período el gasto total en salud casi duplica al gasto total al inicio del período de análisis.

Por su parte, el gasto en salud per cápita en 2017 fue de \$48.000 anuales (U\$S 1.675¹⁷), esto es \$4.000 por mes por persona (U\$S 140 mensuales). Este gasto per cápita es 77% superior al del año 2005.

El indicador de gasto en relación al PIB pasa de 8.6% al inicio del período a 9.8% en 2017. El aumento del indicador se explica porque el crecimiento del gasto en salud, de 5.3% promedio por año, fue superior al crecimiento económico nacional, que fue 4.1% promedio anual en los últimos 12 años.

¹⁶ A lo largo del documento se expresan las cifras de gasto a precios constantes del año 2017 utilizando como índice de precios el IPC promedio anual, calculado por el INE.

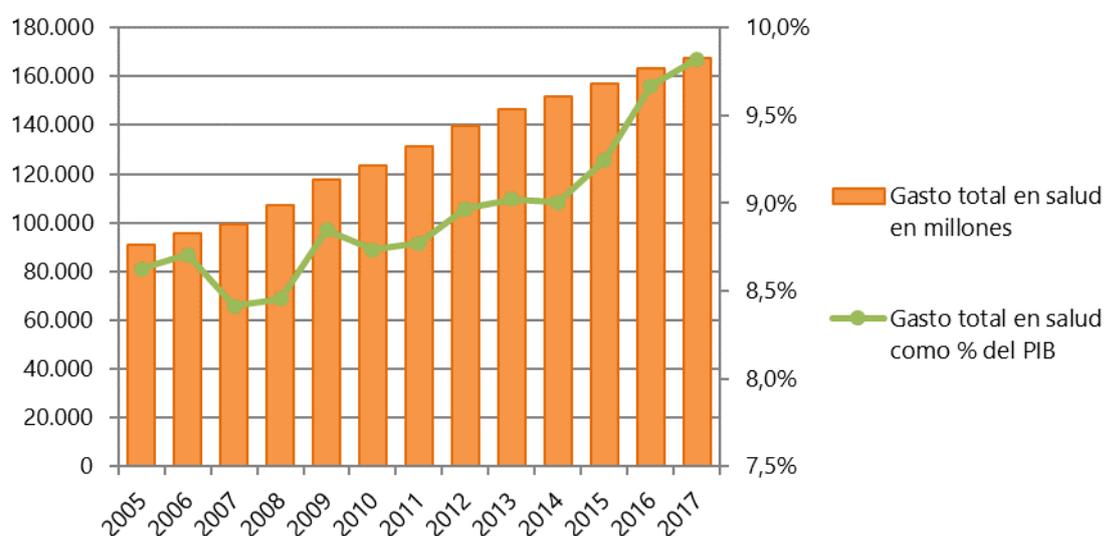
¹⁷ A lo largo del documento se expresan las cifras de gasto en dólares utilizando como tipo de cambio el promedio anual del año 2017, calculado por el INE.

Tabla 2 Gasto en salud a pesos constantes de 2017 y como porcentaje del PIB

	Gasto total en salud en millones	Gasto en salud per cápita	Gasto total en salud como % del PIB
2005	90.850	27.100	8,6%
2006	95.578	28.463	8,7%
2007	99.598	29.653	8,4%
2008	107.427	31.943	8,5%
2009	117.921	34.908	8,8%
2010	123.394	36.327	8,7%
2011	131.442	38.516	8,8%
2012	139.721	40.777	9,0%
2013	146.519	42.591	9,0%
2014	151.609	43.898	9,0%
2015	156.785	45.221	9,2%
2016	163.176	46.887	9,7%
2017	167.671	47.999	9,8%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

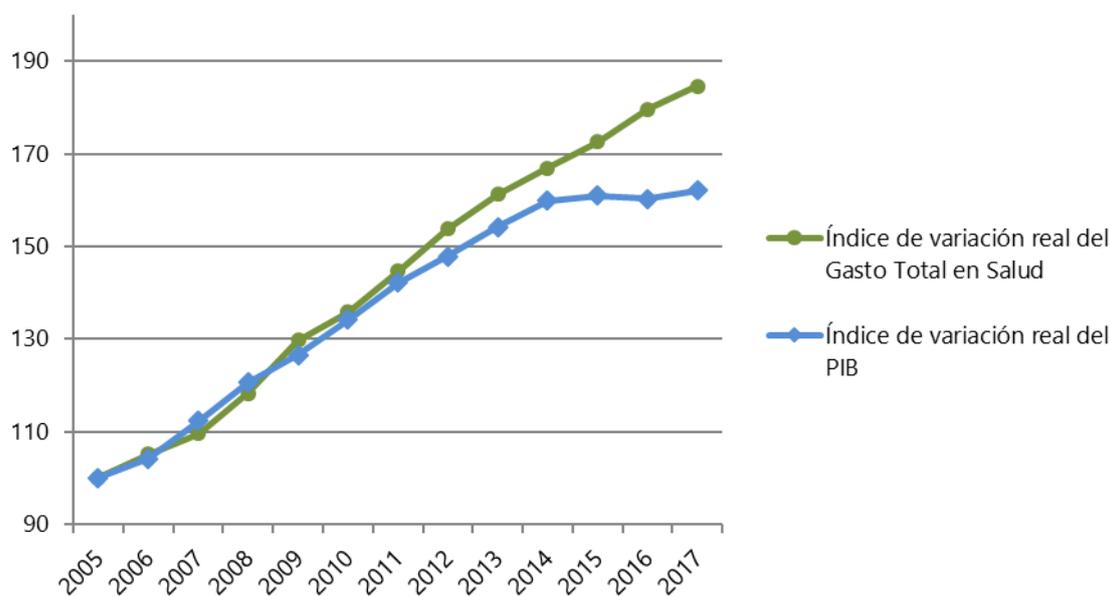
Gráfico 1 Gasto corriente y gasto de capital en salud, en millones de pesos constantes de 2017 y como porcentaje del PIB



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En el siguiente gráfico se presenta la variación del gasto total en salud y del PIB a partir del año 2005. Se puede observar que el gasto sanitario aumenta de forma sostenida a lo largo de los doce años, mientras que el PIB presenta una desaceleración en los últimos años. Como se mencionaba anteriormente, el comportamiento de estos agregados en el tiempo es lo que explica el crecimiento del indicador de gasto en salud como proporción del PIB en el período.

Gráfico 2 Evolución comparada del gasto total en salud y del PIB para el período 2005-2017
(base 2005=100)



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

3.2 El financiamiento del gasto en salud

En este apartado se presenta la dimensión del financiamiento del gasto en salud. El análisis se aborda a través de las clasificaciones de esquemas de financiamiento, ingresos de los esquemas y agentes de financiamiento. Se comienza analizando las cifras de 2016 y 2017, para luego presentar series del período 2011-2017 y finalizar comparando la evolución de los principales esquemas desde 2005.

3.2.1 Esquemas de financiamiento

En la siguiente tabla se presenta el gasto por esquema para 2016 y 2017 y en el gráfico presentado a continuación se puede observar la distribución del gasto total del año 2017 para cada esquema de financiamiento.

Tabla 3 Gasto por esquema de financiamiento, años 2016 y 2017, en millones de pesos constantes de 2017

	2016	2017
HF.1 Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	111.042	114.221
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	29.251	28.074
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud	81.792	86.147
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	21.555	19.417
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	20.469	18.530
HF.2.1.1 Esquemas de seguros primarios/sustitutivos	14.063	11.954
HF.2.1.2 Esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios	6.406	6.576
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	230	217
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas	855	669
HF.3 Gasto directo de los hogares	27.144	27.839
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	20.512	21.382
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	6.632	6.457
HF. nec Esquemas de financiamiento no especificados (n.e.p.)	3.435	6.195
Gasto total en salud	163.176	167.671

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Los esquemas gubernamentales (HF.1.1) presentaron una disminución de 4% en términos reales en 2017 en relación al año anterior, mientras que los esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1) aumentaron 5%. Más adelante se presenta la composición del gasto de cada uno de estos esquemas, así como su evolución desde el año 2005.

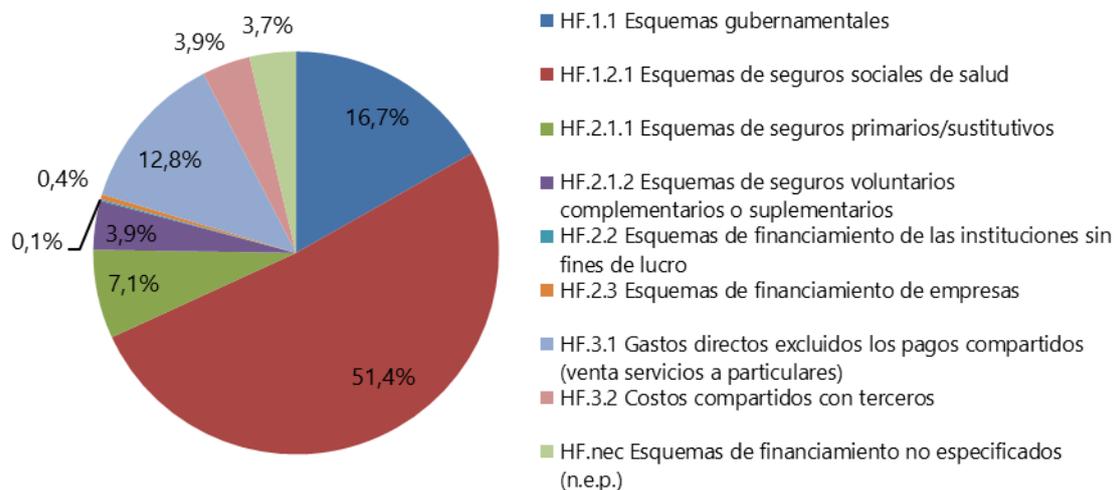
Los esquemas de pago voluntarios de servicios de salud (HF.2) presentan una disminución del 10% en 2017 en términos reales. Al interior de estos esquemas, se puede apreciar una caída de los esquemas de seguros primarios/sustitutivos (HF.2.1.1) del orden del 15%, explicado fundamentalmente por la disminución del gasto en prepagos voluntarios en las IAMC, como contracara de la ampliación del Seguro Nacional de Salud, con el ingreso en el mes de julio de 2016 del último grupo de pasivos. Por otro lado, se registró en 2017 un aumento de 3% de los esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios (HF.2.1.2), es decir, del gasto de los hogares en seguros parciales, principalmente emergencias móviles.

El gasto de los esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro –que incluye el gasto del CUDIM (HF.2.2)– disminuye 6% entre 2016 y 2017. Los esquemas de financiamiento de empresas (HF.2.3) –integrados en su totalidad por empresas públicas– por su parte, presentan una disminución del orden del 22% explicada por la disolución de los servicios de salud de ANCAP y del Banco Hipotecario del Uruguay (BHU-ANV) a mediados del año 2017.

Por último, el esquema asociado al gasto de bolsillo de los hogares (HF.3) presenta un aumento de 3% entre 2016 y 2017. En su interior, se observa una disminución de 3% de

los costos compartidos con terceros (HF.3.2), es decir las tasas moderadoras o copagos –tickets y órdenes–, y un aumento de 4% de los demás gastos directos, es decir, los bienes y servicios vendidos directamente a particulares (HF.3.1), donde se incluyen servicios de las propias instituciones de salud y demás proveedores.

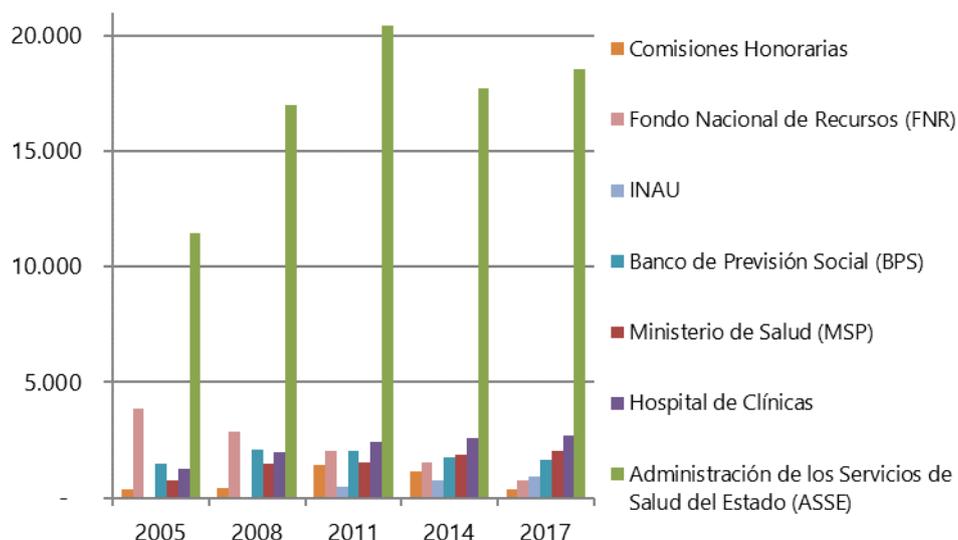
Gráfico 3 Estructura del gasto por esquema de financiamiento, año 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Tal cual se puede observar, en el año 2017 más de la mitad del gasto sanitario nacional (51.4%) corresponde al conjunto de esquemas de seguros sociales de salud. La otra mitad del gasto se distribuye de la siguiente forma: 16.7% del gasto se realiza en la órbita de los esquemas gubernamentales; 16.6% corresponde al gasto de bolsillo de los hogares (HF.3.1 y HF.3.2); 11.6% del gasto lo realizan los esquemas de seguros voluntarios de salud (HF.2.1.1 y HF.2.1.2), es decir, los prepagos en seguros de carácter integral y parcial; 0.4% corresponde al gasto en salud de las empresas públicas y 0.1% a los servicios de instituciones sin fines de lucro (incluido el CUDIM).

Gráfico 4 Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1), millones de pesos constantes de 2017



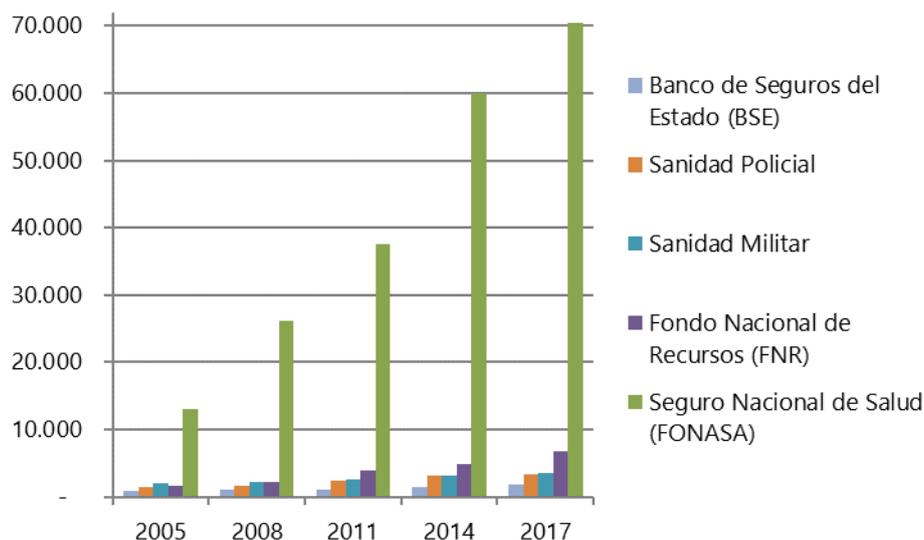
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En el gráfico anterior se puede observar la evolución de los esquemas del gobierno central (no incluyen las prestaciones de salud a funcionarios). Al comparar el gasto de cada uno en una punta y otra del período se observa que: el MSP presentó un crecimiento de 176%; el Hospital de Clínicas aumento 110% sus recursos, ASSE creció 62% (considerando únicamente el gasto de este tipo de esquema), los servicios de salud del Banco de Previsión Social aumentaron 11%¹⁸.

En el siguiente gráfico se presenta el detalle del gasto de los esquemas de seguros sociales de salud que existen en nuestro sistema. El principal de estos esquemas en términos de gasto es el Seguro Nacional de Salud (FONASA), aunque también existe este tipo de esquema en el Fondo Nacional de Recursos, en el seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales del Banco de Seguros del Estado, así como en Sanidad Militar y Sanidad Policial.

¹⁸ No es adecuado analizar la evolución de Comisiones Honorarias e INAU de todo el período; en el primer caso porque la metodología de estimación del gasto fue cambiada; en el caso del INAU porque no se cuenta con información previa al año 2011.

Gráfico 5 Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1), millones de pesos constantes de 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El gasto del Seguro Nacional de Salud (FONASA) representa el 42% del gasto sanitario nacional del año 2017, mientras que en 2005 (asociado a la cobertura a través de DIS-SE) representaba 15% del gasto del país. Al comparar el gasto punta a punta se observa que el gasto del año 2005 se multiplica por 4.5 en 2017 en términos reales. La evolución de la cobertura de salud financiada a través del Seguro Nacional de Salud desde el 2005 hasta la fecha, permite observar un incremento a lo largo del tiempo, que pasó de 615.299 en julio 2005 a 2.545.465 personas a diciembre de 2017, lo que implica un aumento de la cobertura del 18% al 73 % de la población¹⁹.

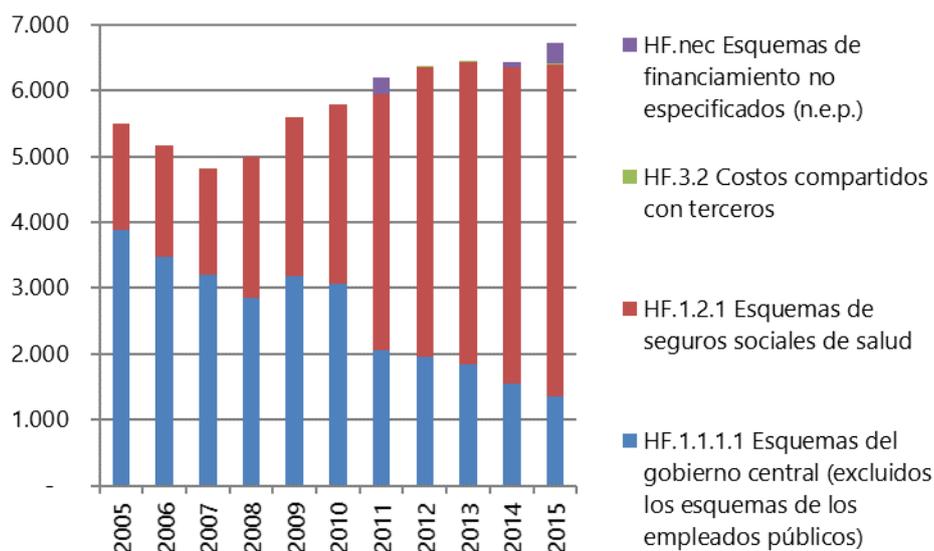
Además de los cambios cuantitativos, se registraron modificaciones en la composición de la cobertura, que son reflejo de la incorporación progresiva de distintos colectivos, según lo establecido por la normativa. En este sentido, el 1º de julio de 2016 culminó el proceso de incorporación gradual de jubilados y pensionistas (y sus cónyuges) al FONASA. El escenario de partida básicamente se conformaba por una presencia mayoritaria de trabajadores del sector privado (89%) y existía una participación más bien escasa de los trabajadores del sector público (3%) y jubilados (8%). Finalmente, la composición a diciembre de 2017 de la cobertura garantizada por el FONASA, se presenta mucho más heterogénea respecto al escenario de partida; los trabajadores activos representan el 45%, seguido de los menores de 18 años (24%) y los pasivos (23%). Por último se encuentran los cónyuges y/o concubinos (9%).

¹⁹ Se consideran las proyecciones de población del INE, revisión 2013.

Por su parte, el Fondo Nacional de Recursos en tanto esquema de seguro social –es decir, en lo que refiere al financiamiento proveniente del FONASA y de las cuotas de prepago en prestadores integrales de salud– triplica sus ingresos. Este fenómeno acompaña al aumento de la cobertura del Seguro Nacional de Salud y tiene como contracara la disminución de los ingresos asociados a los pagos por acto (provenientes de ASSE y Sanidad Militar), es decir, el FNR como esquema del gobierno central. En el siguiente gráfico se puede observar la evolución de cada uno de los esquemas del FNR.

El gasto total del FNR aumenta 22% en términos reales entre 2005 y 2017. Tal cual se puede observar, en su interior cambia la composición de los esquemas de financiamiento; el esquema de seguro social pasa de representar 29% del financiamiento en 2005 a 75% en 2017 y el esquema del gobierno central pasa del 71% al 20% en 2017. Hay un tercer esquema (HF.3.2) que es el asociado al cobro de copagos por los tratamientos de reproducción humana asistida y por algunos servicios en el exterior, con una participación marginal en los ingresos del FNR, de 0.2% en 2017.

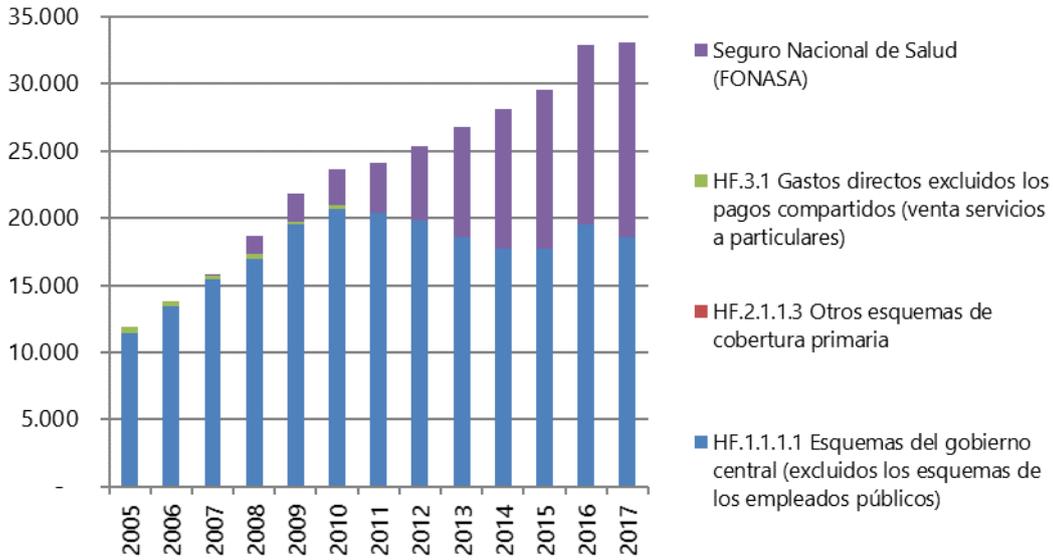
Gráfico 6 Evolución del gasto del Fondo Nacional de Recursos por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Vale aclarar que en el caso de ASSE, el esquema presentado en el gráfico 4 es el que refiere al financiamiento vía presupuesto, asociado a la cobertura mediante carnet gratuito de asistencia. Es por este motivo que a partir del año 2008 comienza a reducirse, en contrapartida del aumento del financiamiento a través del Seguro Nacional de Salud, con un gasto total en 2017 que casi triplica el del año 2005.

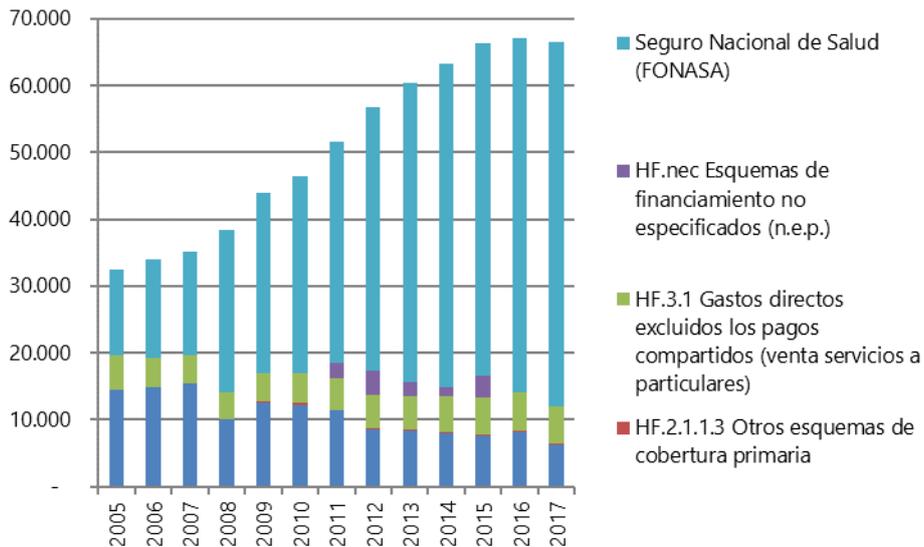
Gráfico 7 Evolución del gasto de ASSE por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En el gráfico siguiente se presentan los ingresos que recibió el conjunto de las IAMC del sistema a través de los diferentes esquemas. Se puede observar que el incremento del financiamiento total responde al aumento de la cobertura a través del Seguro Nacional de Salud, junto con la disminución de la cobertura a través de cuotas de prepago voluntario (HF.2.1.1.3).

Gráfico 8 Evolución del gasto de las IAMC por esquema de financiamiento, millones de pesos constantes de 2017

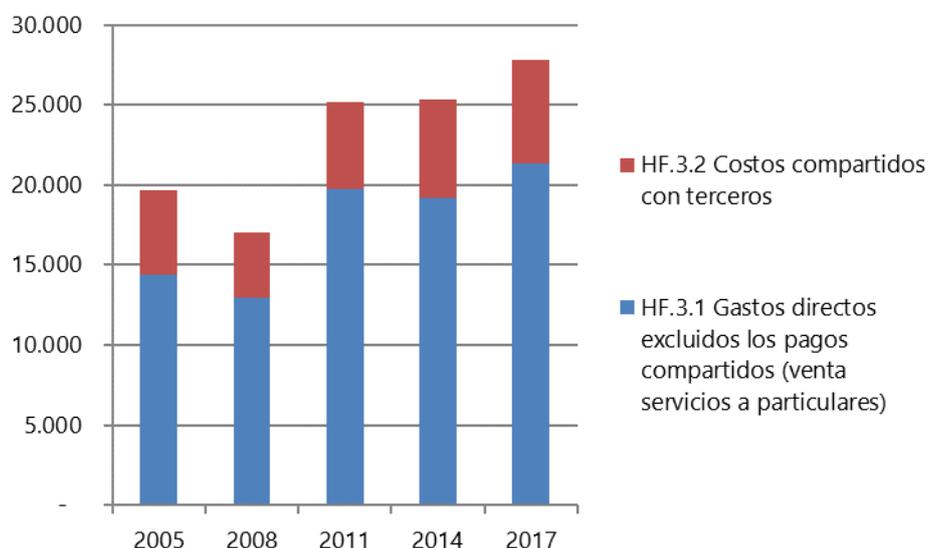


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

A continuación se presenta la evolución del gasto de bolsillo, compuesta por dos tipos de esquemas: los costos compartidos y los demás gastos directos. Los primeros 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. Este esquema aumenta su gasto entre 2005 y 2017 en 22% en términos reales. En el caso de las IAMC, que concentran el 86% de estos pagos en 2017, el aumento fue de 8%²⁰.

En el segundo caso, los gastos que no implican compartir costos con quien brinda la cobertura (HF.3.1) muestran un aumento de 48% entre 2005 y 2017. Por un lado, se identifican los pagos para el acceso a prestaciones por fuera de la canasta obligatoria de servicios (PIAS), así como las ventas de servicios asistenciales en general a individuos que no son afiliados a la institución en cuestión; estos pagos representan 5% de los esquemas HF.3.1 y aumentan en un 66% en el período. Por su parte, el resto de los gastos directos –tales como la compra de medicamentos en farmacias comunitarias, la adquisición de lentes, la compra o alquiler de equipamiento médico, las consultas médicas, psicológicas u odontológicas en clínicas privadas, etc.– representan 95% de los esquemas HF.3.1 y muestran un crecimiento de 48% en 2017 respecto a las cifras del año 2005.

Gráfico 9 Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares (HF 3.1 y HF.3.2), millones de pesos constantes de 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

²⁰ Cabe mencionar que la obtención de mejor detalle en la información de los ingresos de otras de las instituciones del sistema permitió identificar este tipo de pagos, lo que explica parte del crecimiento observado.

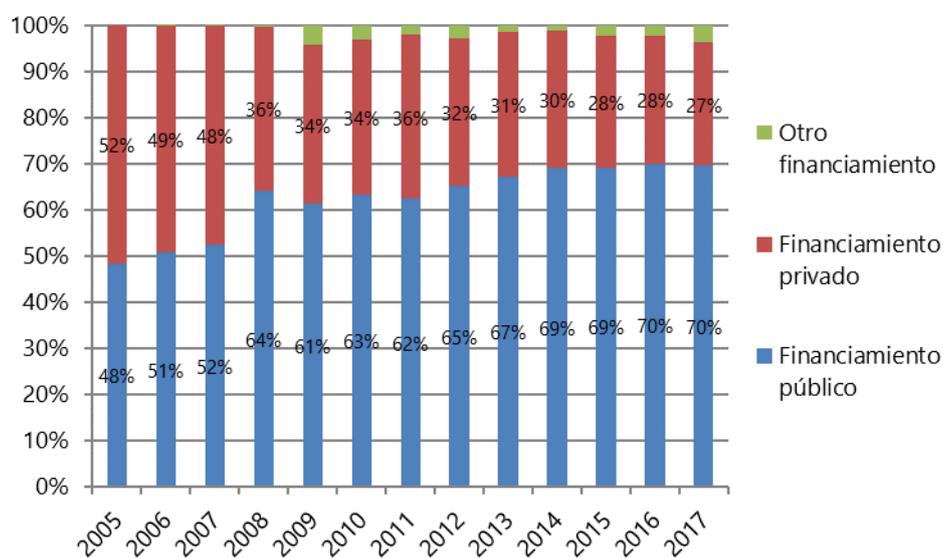
En el capítulo siguiente se profundiza en el análisis del financiamiento y, en particular, se plantea la evolución del gasto de bolsillo y sus posibles explicaciones.

3.2.2 Ingresos de los esquemas

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

Dentro del financiamiento público se incluyen todos los ingresos que se consideran obligatorios, es decir, los impuestos (FS.1), las contribuciones a la seguridad social y demás esquemas de seguros sociales (FS.3) y los prepagos de carácter obligatorio (FS.4), además del gasto en salud de empresas públicas. Por su parte, el financiamiento privado refiere a los prepagos voluntarios (FS.5) y a otros ingresos (FS.6) del país, que pueden provenir de los hogares (FS.6.1; por ejemplo los copagos o tasas moderadoras y demás pagos de bolsillo)²¹ o de instituciones sin fines de lucro (FS.6.3)²². La categoría de "otro financiamiento" incluye el financiamiento externo (FS.2 y FS.7), es decir las donaciones (transferencias) que el país recibe del exterior, además de cualquier otro ingreso que no haya sido posible clasificar (FS.nec).

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



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

²¹ El manual SHA 2011 advierte sobre la ambigüedad en la interpretación de lo que es público y lo que es privado; los hogares, por ejemplo, pertenecen al sector privado, aunque contribuyen tanto a los fondos públicos (seguro social de salud) como a los privados (seguro médico voluntario y pago de bolsillo).

²² Los ingresos provenientes de empresas para el gasto en la salud de sus trabajadores se consideraron dentro del financiamiento público, en tanto en todos los casos se trató de empresas públicas (FS.6.2)

Se puede observar que el **financiamiento público** se incrementa, mientras que el privado se reduce a lo largo del período. Estos resultados reflejan la consolidación del modelo de financiamiento impulsado por la reforma de la salud. En el año 2005, las fuentes públicas representaban aproximadamente 48% del gasto y las privadas, 52%. Hacia 2008, año de los principales cambios en la estructura del financiamiento, por la ampliación del seguro de salud, las fuentes públicas representaron el 64%, mientras que para el año 2017 las fuentes públicas financiaron el 70% del gasto total.

La disminución del **financiamiento privado** obedece especialmente a una disminución de los prepagos, en consonancia con el proceso de extensión de la cobertura de la seguridad social.

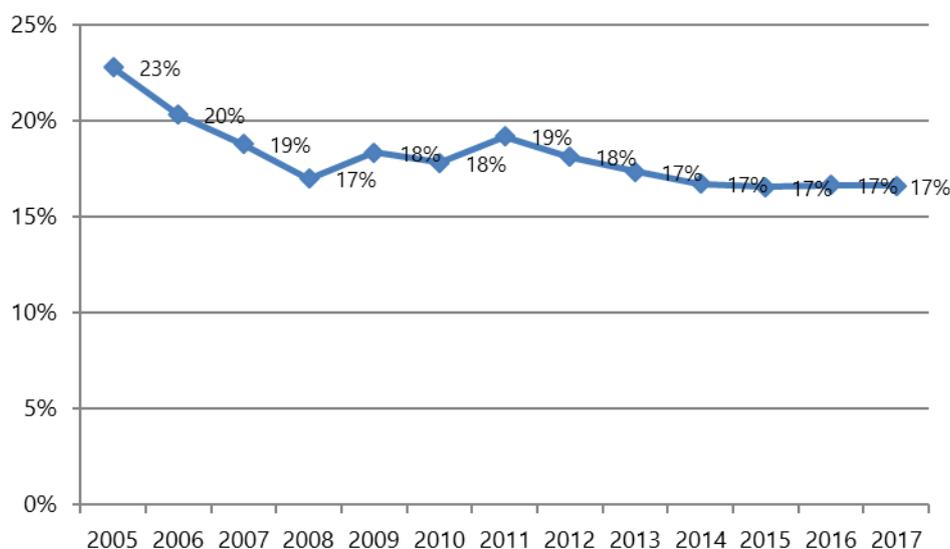
Al interior del financiamiento privado, otro de los indicadores muy utilizados en el análisis del financiamiento de la salud es la **proporción del gasto de bolsillo en el gasto total en salud**, orientado a cuantificar el grado de protección financiera. El gasto de bolsillo es considerado el tipo de gasto en salud más regresivo, en tanto se trata de desembolsos que no se relacionan con la capacidad de pago de los individuos y se realizan al momento de acceder a los servicios, por lo cual pueden presentarse como una barrera de acceso a la salud.

De acuerdo al "Informe sobre la salud en el mundo" de la OMS (2010):

"Aunque contar con los fondos suficientes es importante, será imposible acercarse a la cobertura universal si las personas sufren dificultades financieras o se les impide utilizar los servicios porque tienen que pagar por ellos en el momento de usarlos". "La única manera de disminuir la dependencia de los pagos directos es que los gobiernos fomenten el pre-pago con mancomunación de los riesgos, el camino escogido por la mayoría de los países que más se han acercado a la cobertura universal. Cuando las poblaciones tienen acceso a los mecanismos de pre-pago y mancomunación, el objetivo de la cobertura sanitaria universal se vuelve más realista. Estos mecanismos se basan en los pagos realizados antes de sufrir una enfermedad, mancomunados de alguna manera y se emplean para financiar los servicios sanitarios de todos aquellos que tengan cobertura: tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas y discapacitadas, y prevención y promoción para todos. Únicamente cuando los pagos directos están por debajo del 15-20% del gasto sanitario total, la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento desciende hasta niveles insignificantes" (OMS, 2010, pág. 13).

A continuación se puede observar que el gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud presenta una tendencia descendente en el período; pasa de 23% al inicio del período hasta estabilizarse en el entorno de 17% en los últimos años.

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



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Si bien el valor total del gasto de bolsillo aumenta en el período, el indicador disminuye, porque el gasto total en salud crece en mayor proporción que estos pagos.

El proceso de reforma de la salud tiene implicancias en por lo menos dos sentidos en la evolución de los pagos que los hogares realizan por concepto de tasas moderadoras y copagos en las IAMC. Por un lado, la ampliación del Seguro Nacional de Salud tiene su reflejo en un aumento de la población afiliada a las IAMC; parte de esta población, mayoritariamente proveniente de ASSE, pasan a abonar tasas moderadoras al momento de acceder a los servicios. Por otro lado, el gobierno ha implementado diversas políticas para mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios y mejorar la protección financiera de los hogares, muchas de ellas tendientes a privilegiar la atención primaria. Además de esto, varias instituciones adoptaron la estrategia comercial de reducir sus precios para atraer nuevos usuarios.

Debido a estos dos motivos –aumento en la población afiliada a las IAMC y reducción de las barreras económicas al acceso–, un aumento en la demanda que compensara la disminución de los precios del período era esperable. Asimismo, el aumento generalizado de los ingresos de los hogares implica que el acceso a la atención en salud se vea favorecido por esta vía también. Por estos motivos, vale señalar que si bien las recomendaciones internacionales suelen enfatizar sobre lo negativo del gasto de bolsillo, debe interpretarse el conjunto de los factores que explican cada realidad concreta.

3.2.3 El financiamiento en el contexto regional

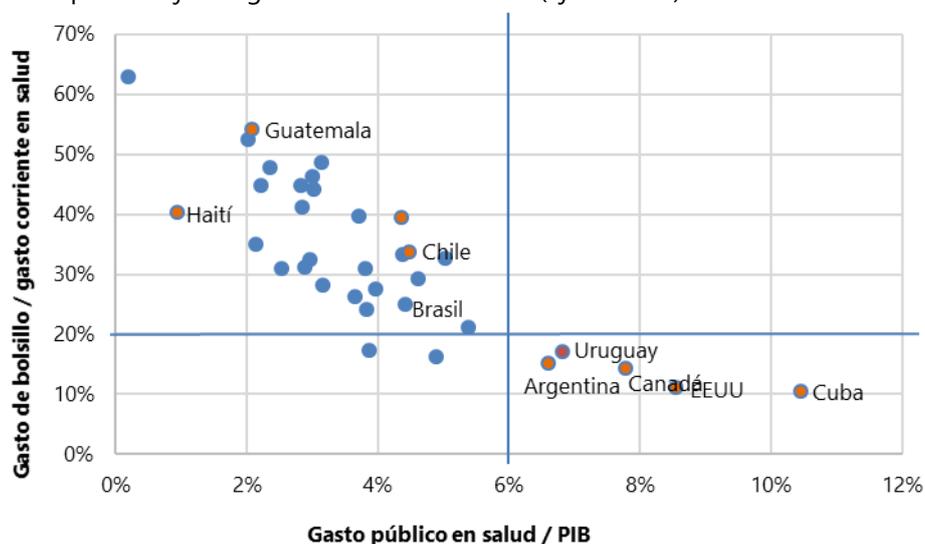
En el año 2014 los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, a través de la estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, se comprometieron a aumentar el **gasto público en salud** hasta alcanzar una meta

referencial de 6% del producto interno bruto (OPS, Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage, 2014). Se entiende que este umbral se asocia a mayores niveles de protección financiera, con una baja incidencia del gasto catastrófico y niveles reducidos de empobrecimiento de los individuos asociados al gasto sanitario²³.

Un estudio reciente de la OPS sobre el espacio fiscal para salud en la región concluye que el crecimiento económico no es suficiente por sí mismo para generar los recursos necesarios para alcanzar el umbral del 6%. Se señala que los países de América Latina y el Caribe que lo han logrado son justamente aquellos que cuentan con sistemas de salud únicos, basados en acceso y cobertura universales. Se plantea que es necesario recurrir a otras fuentes de financiamiento, tales como una mayor recaudación tributaria, impuestos específicos en salud y alcanzar una mayor eficiencia en el gasto público (Cid Pedraza, Matus-López, & Báscolo, 2018).

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 2017 ambos indicadores: el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud y el financiamiento público del gasto en salud como porcentaje del PIB.

Gráfico 12 Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje horizontal); gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas 2017



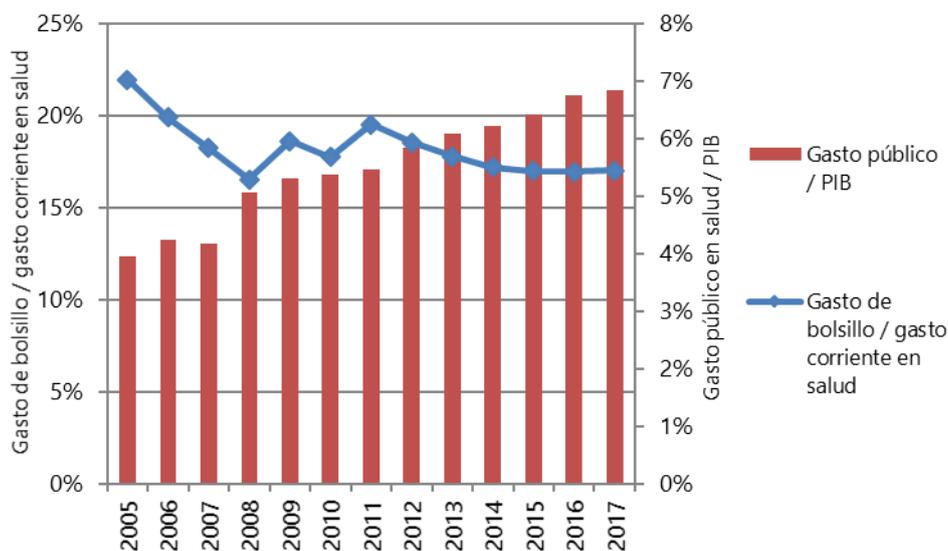
Fuente: Economía de la Salud, MSP, en base al Global Health Expenditure Database.

²³ Vale mencionar que aunque la estrategia señala que esta meta es una referencia útil y una condición necesaria, no opera como condición suficiente para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera. El aumento de los recursos para el sector no es suficiente para eliminar las ineficiencias o inequidades, virtud de que cada país tiene problemas específicos para alcanzar la salud universal, como ser la organización de los sistemas de salud, la gobernanza o incluso la gestión médica (Cid Pedraza, Matus-López, & Báscolo, 2018).

Como se puede observar existe una correlación entre ambos indicadores para el conjunto de la región. También puede observarse que Uruguay es uno de los pocos países que presenta valores dentro de los umbrales recomendados internacionalmente de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB y de 20% de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud.

En particular, para el año 2017 en Uruguay el gasto de bolsillo representó 17% del gasto corriente en salud y el financiamiento público del gasto alcanzó 6.8% del PIB. A continuación se presenta la serie del período 2005-2017 para ambos indicadores.

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



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, el gasto de bolsillo muestra un descenso en relación al gasto total en salud a lo largo de todo el período. El gasto público en relación al PIB, por su parte, muestra una tendencia ascendente.

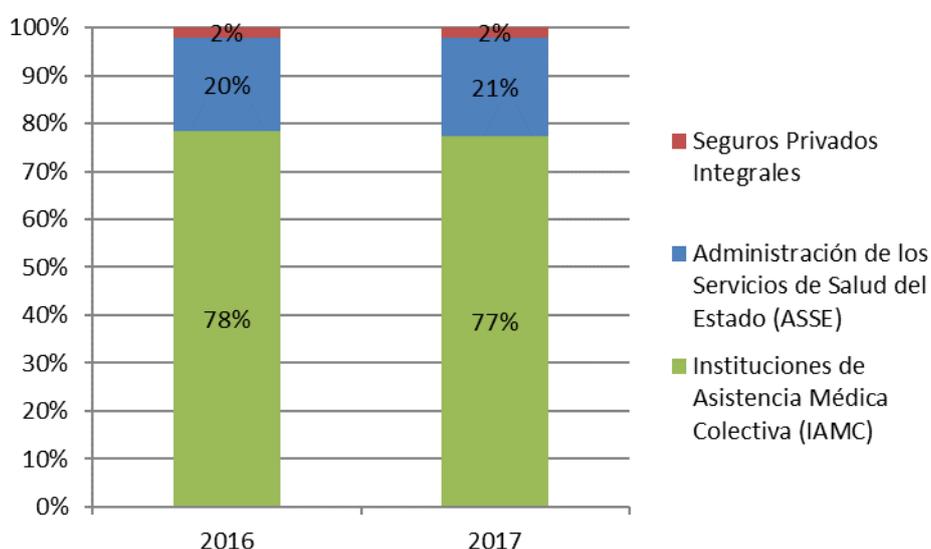
Vale advertir sobre la utilización exclusiva de los umbrales para planificar y evaluar las políticas de salud. Como se mencionaba anteriormente para el caso de Uruguay, el incremento generalizado de ingresos de la población probablemente explique parte del aumento en el consumo de bienes y servicios asociados al cuidado de la salud. Es decir, aumentos en los gastos de bolsillo no necesariamente son perjudiciales, así como tampoco se puede concluir que una disminución de estos pagos sea deseable, en tanto un gasto bajo podría esconder situaciones de no acceso a los servicios por barreras económicas.

Por este motivo, para evaluar de forma adecuada la protección financiera de la población y la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, es preciso abordar investigaciones específicas más profundas que integren otras fuentes de datos y metodologías.

3.2.4 Agentes de financiamiento

Se presentan en este apartado las cifras de dos de los agentes de financiamiento del sistema, el FONASA y el FNR. El primero de ellos es puramente un agente de financiamiento, mientras que el FNR también tiene gasto en salud asociado a actividades de provisión.

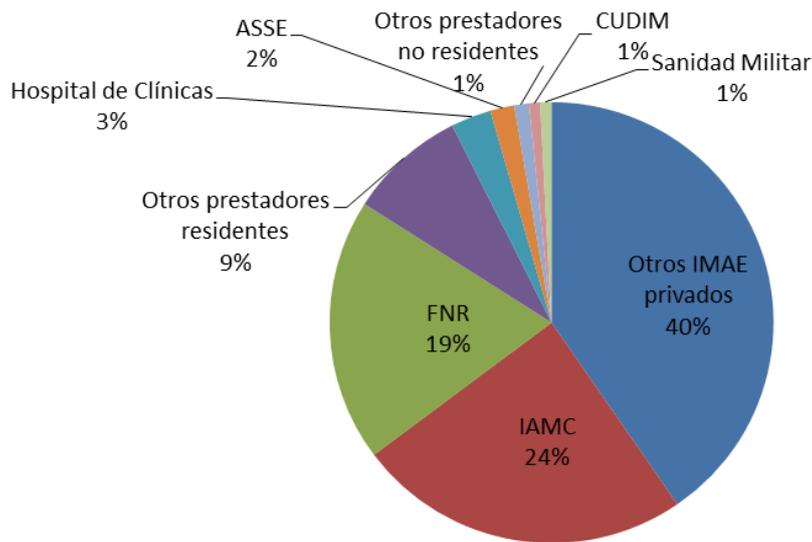
Gráfico 14 Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales en 2016 y 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El 78% del gasto del FONASA en 2017 fue destinado a las IAMC, 21% se canalizó a ASSE y el 2% restante fue hacia el conjunto de los Seguros Privados Integrales. En el año 2008 las IAMC recibían 93,5% de los recursos del FONASA, los Seguros Privados Integrales 1.4% y ASSE, 5.1%.

Gráfico 15 Composición del gasto del FNR en los proveedores que contrata, año 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Por su parte, el 24% del gasto del FNR correspondió a servicios de medicina altamente especializada contratados en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, y hacia otros Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) privados se destinó el 40% del gasto del año 2017. El 19% de los recursos fueron utilizados en los propios servicios del FNR. El 3% se utilizó en la contratación de servicios en el Hospital de Clínicas, 2% en ASSE y 1% respectivamente, en CUDIM, en Sanidad Militar y en Otros prestadores no residentes. Asimismo, otros prestadores privados residentes fueron contratados por el FNR, hacia los que se destinó el 9% del gasto.

3.3 La provisión de servicios de salud

3.3.1 Gasto en salud de los proveedores

A continuación se presenta el gasto de las instituciones del sistema de salud atendiendo a la clasificación de proveedores (HP). Cabe aclarar que, bajo esta perspectiva, 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. Por ejemplo, en el caso del FNR, no se considera el gasto destinado a contratar servicios en IMAE y otros proveedores, sino las prestaciones que el FNR brinda directamente y lo destinado a la gobernanza y administración.

Vale recordar que los prestadores integrales no fueron clasificados atendiendo a la clasificación de proveedores, en tanto se entendió que la multiplicidad de actividades y niveles de atención que engloba su actividad implicaría forzar la clasificación. Por este motivo, se presentan de forma separada.

Tabla 4 Gasto en salud, por proveedor, en millones de pesos constantes de 2017

	2016	2017
HP.1 Hospitales	7.154	7.503
HP.1.1 Hospitales generales	2.736	2.926
HP.1.1 Hospitales generales	2.736	2.926
Hospital de Clínicas	2.736	2.926
HP.1.2 Hospitales de salud mental	143	143
HP.1.2 Hospitales de salud mental	143	143
Clínicas privadas de internación	143	143
HP.1.3 Hospitales de especialidades (que no sean de salud mental)	4.275	4.434
HP.1.3 Hospitales de especialidades (que no sean de salud mental)	4.275	4.434
Banco de Previsión Social (BPS)	1.761	1.636
Banco de Seguros del Estado (BSE)	1.462	1.743
Clínicas quirúrgicas	1.052	1.055
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	14.767	15.090
HP.3.1 Consultorios médicos	870	889
HP.3.1.1 Consultorios de médicos generales	351	362
Seguros parciales (gasto directo)	351	362
HP.3.1.nec Consultorios médicos no clasificados según especialidad	518	527
Consultorio médico particular	518	527
HP.3.2 Consultorios odontológicos	4.027	4.166
Consultorio odontológico particular	4.027	4.166
HP.3.3 Otros profesionales de salud	1.497	1.537
HP.3.3 Otros profesionales de salud	1.497	1.537
Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos	1.497	1.537
HP.3.4 Centros de salud ambulatoria	8.374	8.499
HP.3.4 Centros de salud ambulatoria	8.374	8.499
INAU	900	947
Intendencias Departamentales - Programas de Salud y Policlínicas	589	571
Seguros Privados Parciales	6.884	6.981
HP.4 Proveedores de servicios auxiliares	1.724	1.751
HP.4.2 Laboratorios médicos y de diagnóstico	1.724	1.751
HP.4.2 Laboratorios médicos y de diagnóstico	1.724	1.751
CUDIM	227	214
Laboratorios	1.497	1.537
HP.5 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos	10.815	11.026
HP.5.1 Farmacias	9.162	9.489
HP.5.1 Farmacias	9.162	9.489
Farmacias	9.162	9.489
HP.5.2 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos no perecederos	1.653	1.537
HP.5.2 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos no perecederos	1.653	1.537
Otros proveedores de bienes médicos	1.653	1.537
HP.6 Proveedores de atención preventiva	1.216	1.265

HP.6 Proveedores de atención preventiva	1.216	1.265
HP.6 Proveedores de atención preventiva	1.216	1.265
Comisiones Honorarias	1.212	1.261
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	4	4
HP.7 Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud	3.204	3.376
HP.7.1 Organismos gubernamentales de administración del sistema de salud	3.196	3.367
HP.7.1 Organismos gubernamentales de administración del sistema de salud	3.196	3.367
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	1.474	1.532
Ministerio de Salud (MSP)	1.722	1.834
HP.7.2 Organismos de administración de seguros sociales	8	9
HP.7.2 Organismos de administración de seguros sociales	8	9
Caja Notarial	8	9
HP.8 Resto de la economía	1.197	993
HP.8 Resto de la economía	1.197	993
HP.8.nec Otras ramas de actividad no clasificadas	1.197	993
HP.8.nec Otras ramas de actividad no clasificadas	1.197	993
Otros ministerios y organismos públicos de la Administración Central	343	343
Otras empresas públicas	484	444
ANCAP	223	89
BHU- ANV	62	40
Intendencias Departamentales - Beneficios a funcionarios	85	77
HP. nec Otros proveedores no clasificados	123.05	126.58
	3	9
Prestadores Integrales	112.88	116.09
	9	2
Públicos	35.387	36.651
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	28.980	29.811
Sanidad Militar	3.296	3.403
Sanidad Policial	3.111	3.437
Privados	77.502	79.441
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	69.924	71.994
Seguros Privados Integrales	7.578	7.447
HP. nec Otros proveedores no clasificados	10.164	10.497
HP. nec Otros proveedores no clasificados	10.164	10.497
Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	2.876	2.926
Otros prestadores residentes	7.288	7.571
HP.9 Resto del mundo	45	77
Otros prestadores no residentes	45	77
Gasto total en salud	163.17	167.67
	6	1

El conjunto de las IAMC realizan el 43% del gasto sanitario del país. En segundo lugar, el gasto de ASSE representa 18%. El gasto de los hogares en el conjunto de los proveedores particulares de bienes y servicios de salud representan el 12% del gasto. En cuan-

to al resto de los prestadores integrales, los seguros privados integrales realizan 4.5% del gasto nacional y tanto Sanidad Militar como Policial representan 2% del gasto total respectivamente.

Los Institutos de Medicina Altamente Especializada privados (excluidos los que forman parte de una IAMC), representan aproximadamente 1.8% del gasto del país, cuyos servicios son contratados por el FNR.

Otro 2% del gasto del país se realiza en la órbita del Hospital de Clínicas, mientras que el BPS y los servicios de salud del BSE representan 1% del gasto nacional respectivamente.

Las intendencias departamentales presentan gastos en salud; de este gasto el 90% corresponde a atención a la población (policlínicas municipales) y el resto a la atención de sus funcionarios. Asimismo, otros organismos públicos brindan servicios de salud sin que ésta sea su actividad principal, cuyo gasto representa 1.3% del gasto total. Entre ellos se destacan los servicios de salud que presta el INAU a los niños y adolescentes bajo su tutela, cuyo gasto representa el 0.6% del gasto corriente del país.

Alrededor del 4.5% del gasto lo efectúan un conjunto de proveedores, a los que se denominó "otros prestadores residentes", vendiendo bienes y servicios a instituciones de las ya mencionadas anteriormente.

3.3.2 Factores de provisión

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

En el siguiente cuadro se presenta la estructura de gasto corriente por factores de provisión para años seleccionados de la serie disponible 2005-2017. Cabe mencionar que para disponer de esta información se hizo el esfuerzo metodológico de compatibilizar la clasificación SHA 1.0 con SHA 2011 (en el [Anexo](#) se presentan los criterios adoptados para la conversión de las clasificaciones).

Los años seleccionados corresponden a los principales hitos de la reforma del sector, esto es, 2005, 2008 y 2011, y los dos últimos años disponibles, 2016 y 2017.

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

	2005	2008	2011	2016	2017
Remuneración de los asalariados y de los profesionales autónomos ²⁴	38%	46%	50%	51%	52%
Medicamentos e insumos farmacéuticos ²⁵	10%	8%	10%	10%	10%
Materiales y servicios utilizados ²⁶	26%	23%	15%	15%	14%
Consumo de capital fijo ²⁷	1%	1%	1%	1%	1%
Otras partidas de gastos relativas a los insumos ²⁸	4%	3%	3%	2%	2%
Otros gastos no clasificados ²⁹	21%	19%	22%	22%	21%
Total gasto corriente	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Entre 2016 y 2017 no existen grandes variaciones en el peso relativo de los factores de provisión. Sin embargo, si se analiza el período 2005- 2017 se observa el incremento relativo de las remuneraciones en la estructura de gasto, que tiene como contrapartida la caída del rubro de materiales y servicios utilizados, en tanto, los demás rubros se mantienen estables en el tiempo.

En términos reales, mientras el gasto corriente total creció 82% en 13 años, las remuneraciones lo hicieron muy por encima, 150%. Es de esperar que la explicación de este crecimiento radique en una combinación de efectos precio y cantidad, es decir, por incrementos salariales de magnitud importante por encima de la inflación, y por el aumento de la cantidad de personas empleadas en el sector. Esta es una línea de análisis complementaria a abordar en próximos estudios.

El rubro medicamentos e insumos farmacéuticos se mantiene bastante estable en el tiempo, en el entorno del 10%. Es decir, que el país destina casi 16 mil millones de pesos al consumo de medicamentos e insumos farmacéuticos. En términos reales varían de igual manera que el gasto total en el período, 83%. Es de esperar que exista aquí un incremento de las cantidades consumidas, análisis que debería también abordarse en próximos estudios.

En cuanto al rubro de materiales y servicios utilizados, cabe mencionar que en SHA1.0 los servicios de salud contratados quedaban allí clasificados sin poder distinguirlos. Es

²⁴ En el sistema SHA 1.0 este concepto equivale a RC 1.1 de la matriz de Costo de los Factores, mientras que en el sistema SHA 2011 corresponde a la suma de FP.1 + FP.2 de la matriz de Factores de Provisión.

²⁵ En el sistema SHA 1.0 este concepto equivale a RC 1.2.1.1 de la matriz de Costo de los Factores, mientras que en el sistema SHA 2011 corresponde a FP.3.2.1 de la matriz de Factores de Provisión.

²⁶ En el sistema SHA 1.0 este concepto equivale a todos los rubros dentro de RC 1.2 de la matriz de Costo de los Factores excepto RC 1.2.1.1. En el sistema SHA 2011, sin embargo, corresponde a la suma de FP.3.1+FP.3.2.2+FP.3.3+FP.3.4 de la matriz de Factores de Provisión.

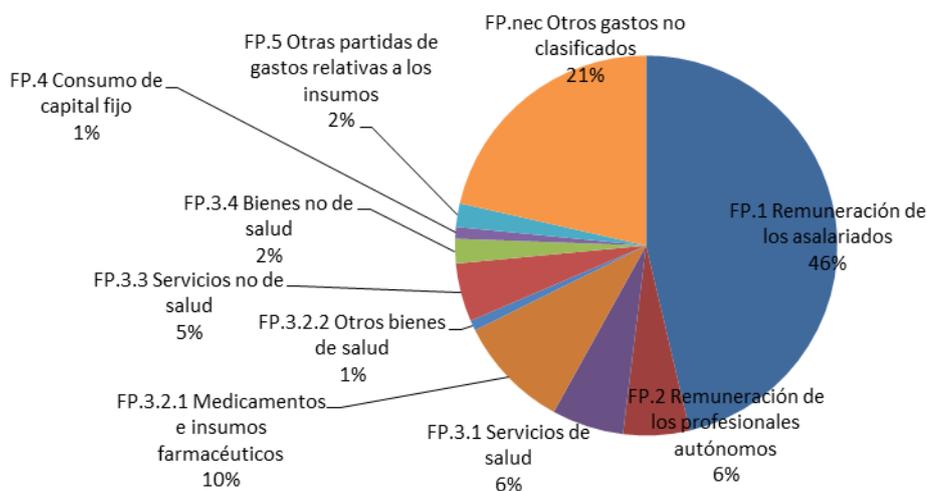
²⁷ En el sistema SHA 1.0 este concepto equivale a RC 1.3 de la matriz de Costo de los Factores, mientras que en el sistema SHA 2011 corresponde a FP.4 de la matriz de Factores de Provisión.

²⁸ En el sistema SHA 1.0 este concepto equivale a la suma de RC 1.9+ RC 1.4 de la matriz de Costo de los Factores, mientras que en el sistema SHA 2011 corresponde a FP.5.nec de la matriz de Factores de Provisión.

²⁹ En el sistema SHA 1.0 este concepto equivale a "Gastos sin clasificar" de la matriz de Costo de los Factores, mientras que en el sistema SHA 2011 corresponde a FP.nec de la matriz de Factores de Provisión

recién a partir de 2011, cuando comienza a utilizarse la metodología SHA 2011, que pueden identificarse ubicándose en el entorno del 6% del gasto.

Gráfico 16 Estructura del gasto en salud por factores de provisión, año 2017



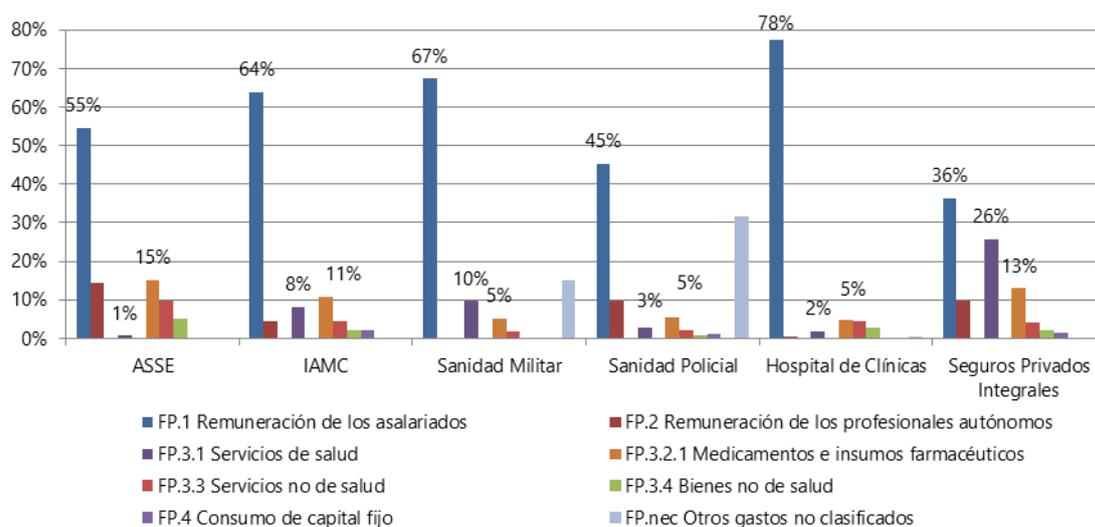
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Históricamente, el sector salud se caracteriza por ser intensivo en mano de obra con el correspondiente alto peso de las remuneraciones en el gasto. En el último año analizado, el 52% del gasto en salud se destinó a la remuneración de los trabajadores, del cual 46% son remuneraciones a asalariados y 6% a profesionales autónomos.

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

Es interesante observar la estructura por factores de provisión de los principales prestadores públicos y privados del sistema. Es clara la diferencia entre los seguros privados integrales y el resto. En los primeros las remuneraciones no alcanzan al 40% y el 25% son servicios contratados. Los demás proveedores, con excepción de Sanidad Policial, tienen un peso de remuneraciones muy por encima de la observada a nivel país.

Gráfico 17 Estructura de gasto de los principales proveedores del sistema de salud, año 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En términos reales, el mayor crecimiento de las remuneraciones se observa entre 2005 y 2017 en ASSE, donde asciende a casi 170%. En este caso, al igual que a nivel general es necesario profundizar en el análisis para conocer cuánto de este incremento se explica por el aumento de personal u horas contratadas en la institución y cuanto a aumentos salariales.

Además de las líneas señaladas que sería conveniente estudiar en mayor profundidad, vale mencionar la importancia de abordar estudios específicos sobre la eficiencia en el gasto del sistema, en investigaciones complementarias basadas en metodologías específicas.

3.3.3 Cuenta capital

En el marco del SHA 2011 la cuenta capital considera, por un lado las variaciones en activos y por otro, las variaciones en pasivos y patrimonio. 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.

A nivel del sistema de salud, el gasto corriente representa 98% del gasto total, mientras que el gasto de capital es el 2% restante.

En la siguiente tabla se presenta la estructura de gasto de capital para años seleccionados de la serie disponible 2005-2017. Si bien el peso relativo por naturaleza del capital

en que se invirtió no es estable en los distintos años, sí se observa como es de esperar, que principalmente se destina a infraestructura y a maquinaria y equipos.

Tabla 6 Estructura de gasto en capital para años seleccionados

	2005	2008	2011	2016	2017
Infraestructuras ³⁰	44,8%	36,9%	43,7%	102,9%	72,5%
Maquinaria y equipos ³¹	55,2%	20,0%	54,3%	-9,4%	21,7%
Productos de propiedad intelectual	0,0%	0,0%	0,9%	5,9%	5,3%
Variaciones en inventarios	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Terreno	0,0%	0,0%	1,0%	-0,2%	1,1%
Otros activos no producidos no financieros	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gasto de capital no clasificado ³²	0,0%	43,1%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En los años 2016 y 2017 se destaca el gasto en capital realizado por el Banco de Seguros del Estado vinculado a la construcción del nuevo Sanatorio inaugurado en 2018. El gasto en capital representó en este proveedor el 34% de su gasto total en 2017.

También cabe hacer mención al gasto en capital de las IAMC que crece de manera importante entre 2016 y 2017. Sin embargo, esto no se explica por un alto nivel de inversiones en 2017 sino porque en 2016 el sector dio de baja un número considerable de maquinaria y equipos que, debido a la metodología de construcción de la cuenta capital que considera altas menos bajas, provocó que el gasto en 2016 fuese bajo respecto al observado históricamente en estos proveedores. Estas considerables bajas en el 2016 también explican que en la Tabla 6 surjan rubros con porcentajes negativos, y que en Infraestructura se concentre más del 100% del incremento de inversión neta.

3.4 El consumo de servicios de salud

3.4.1 Gasto en salud por funciones

En primer término se presenta la estructura general del gasto corriente del sistema distribuido por funciones de la salud para 2016 y 2017.

³⁰ En el sistema SHA 1.0 este concepto equivale a RC 2.1 de la matriz de Costo de los Factores, mientras que en el sistema SHA 2011 corresponde a HK.1.1.1.nec de la matriz de la Cuenta Capital.

³¹ En el sistema SHA 1.0 este concepto equivale a RC 2.2 de la matriz de Costo de los Factores, mientras que en el sistema SHA 2011 corresponde a HK.1.1.2.nec de la matriz de la Cuenta Capital.

³² En el sistema SHA 1.0 este concepto equivale a RC 2.3 de la matriz de Costo de los Factores, mientras que en el sistema SHA 2011 corresponde a HK.nec de la matriz de la Cuenta Capital.

Tabla 7 Estructura del gasto corriente por funciones a nivel país, años 2016 y 2017

	2016	2017
HC.1 Atención curativa	68,8%	69,0%
HC.2 Atención de rehabilitación	5,1%	5,2%
HC.3 Atención de larga duración (salud)	1,9%	2,0%
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	0,6%	0,6%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	6,8%	6,8%
HC.6 Atención preventiva	5,2%	5,1%
HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	0,4%	0,5%
HC.9 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)	11,2%	10,9%
Total	100%	100%

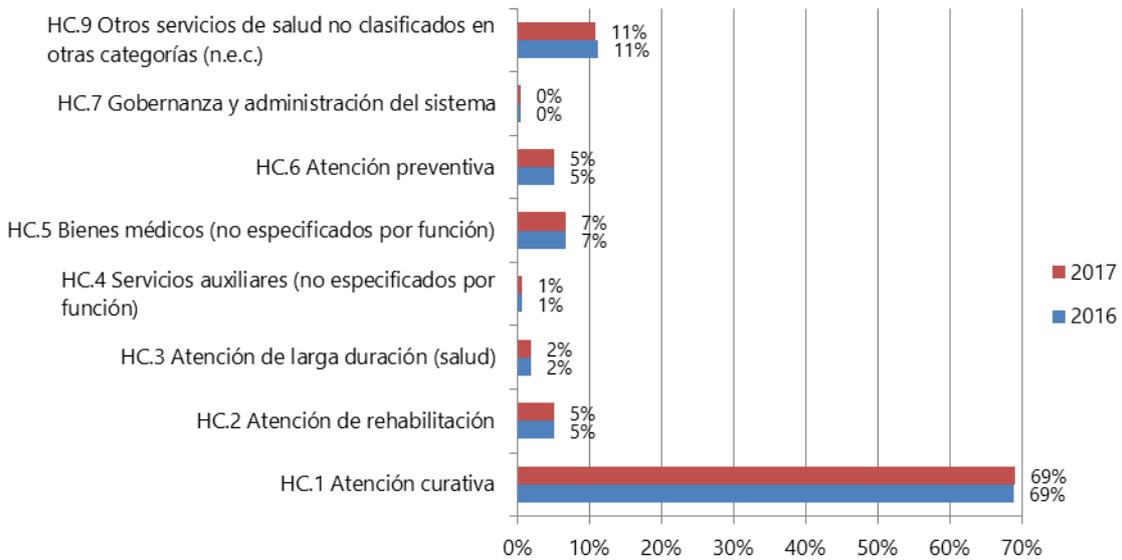
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Se puede observar que a nivel del sistema la mayor parte del gasto se concentra en la atención curativa, la que representa 69% del gasto corriente total. El segundo lugar lo ocupan los bienes médicos (medicamentos, artefactos e insumos), que representan 6.8% del gasto del sistema. Vale aclarar que éste es el gasto en bienes médicos que no fue posible asignar a ninguna de las demás funciones; el resto del gasto en medicamentos e insumos fue asignado principalmente a la función curativa en el caso de las IAMC, ASSE, hospitales y todos los servicios que fueron consultados. Por ende, este gasto en bienes médicos refiere fundamentalmente a los desembolsos particulares que realizan los hogares.

En tercer lugar, se ubican el gasto en prevención y el de rehabilitación, que representan poco más del 5% del gasto cada uno. El gasto en prevención refiere tanto a las acciones del gobierno de carácter colectivo –como ser programas de salud, compras de vacunas, etc.– como a la atención con fines preventivos en servicios de carácter individual. Por otro lado, se identifica un 2% destinado a servicios de atención de larga duración (ALD) y 0.6% del gasto del país se utiliza en servicios auxiliares (al igual que en el caso de los bienes médicos, corresponde a gasto que no fue posible asignar a las demás funciones). El gasto en gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud corresponde a 0.5% del gasto sanitario total.

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

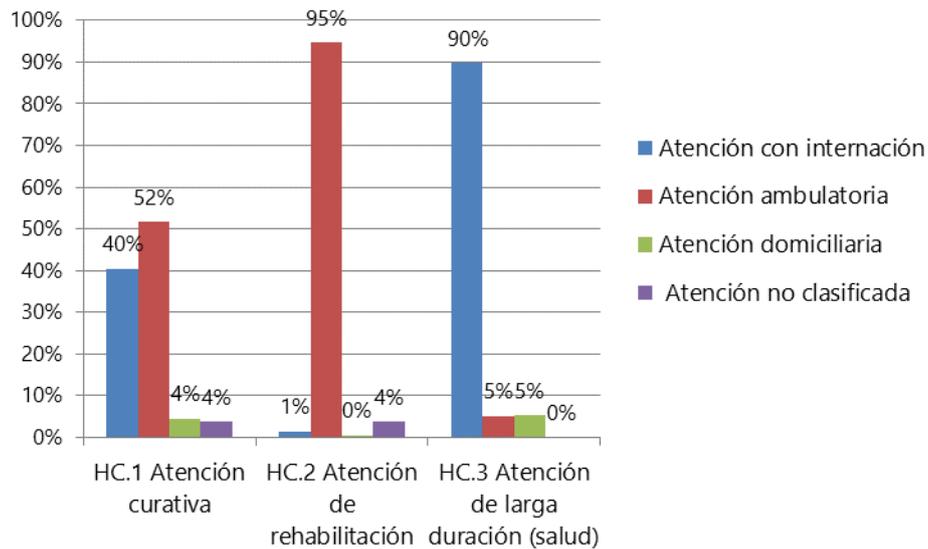
Gráfico 18 Estructura del gasto en salud por funciones a nivel país, años 2016 y 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En el siguiente gráfico se presenta la desagregación de cada tipo de atención según modo de provisión (clasificación al segundo dígito). Como es de esperar, el gasto en atención de rehabilitación se realiza casi en su totalidad en atención ambulatoria (95%) y el gasto en atención de larga duración se concentra en internación (90%). El gasto en atención curativa, a nivel de todo el sistema sanitario, se distribuye de la siguiente forma: 52% se realiza en atención ambulatoria, 40% corresponde a atención con internación y 4% corresponde a gasto en atención domiciliaria, mientras que el gasto restante (4%) no pudo ser asignado a ninguna de los modos de provisión anteriores.

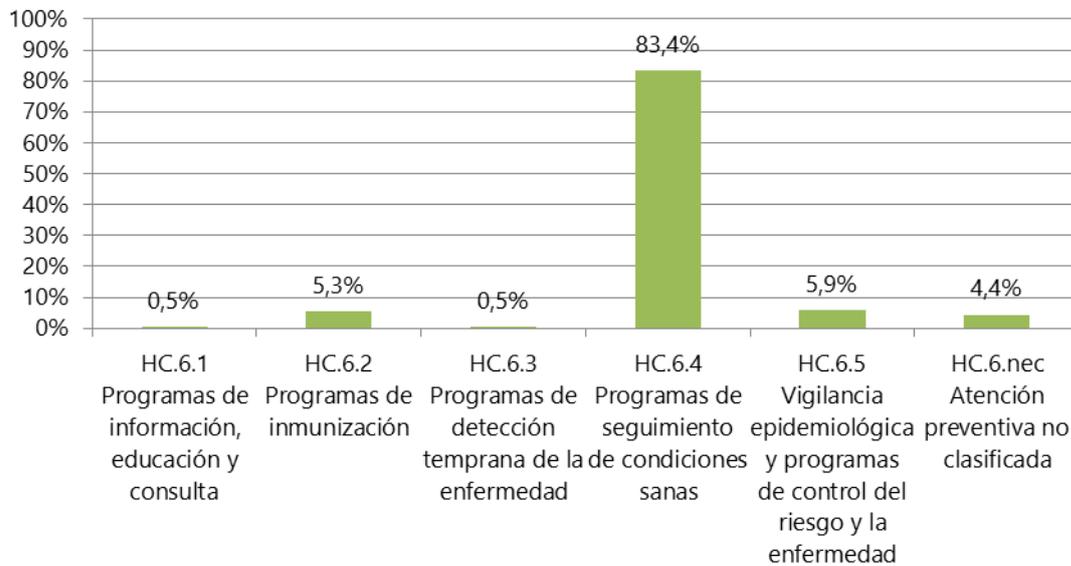
Gráfico 19 Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El siguiente gráfico presenta la apertura del gasto en prevención a nivel del sistema. Se observa que el 83% del gasto corresponde al seguimiento de condiciones sanas (HC.6.4), categoría bajo la cual se clasifica el gasto que realizan los prestadores de salud a través de consultas médicas asociadas al control de la salud. El gasto en vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad (HC.6.5), efectuado en su totalidad por el Ministerio de Salud y Comisiones Honorarias, representa 6% del gasto en prevención. El gasto clasificado bajo programas de inmunización (HC.6.2), que refiere a las vacunas, asciende a 5.3% del gasto preventivo y se asocia tanto el 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.

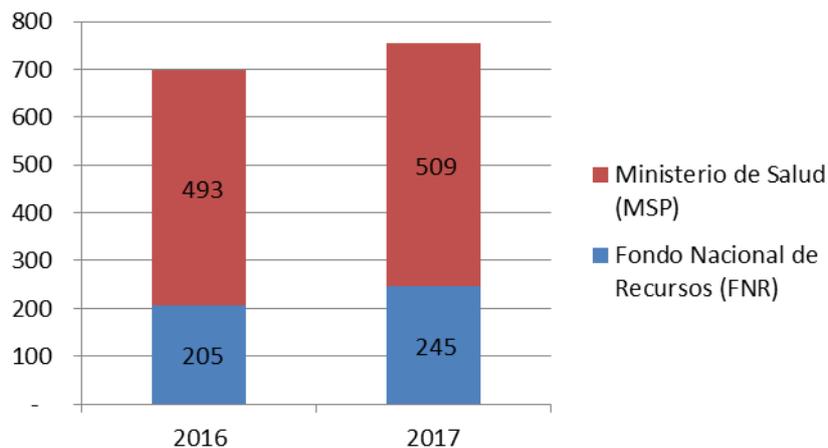
Gráfico 20 Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Por su parte, el 70% del gasto en gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7) lo realiza el MSP, mientras que el 30% restante corresponde a las actividades de administración en la órbita del FNR.

Gráfico 21 Gasto en gobernanza y administración, millones de pesos constantes de 2017



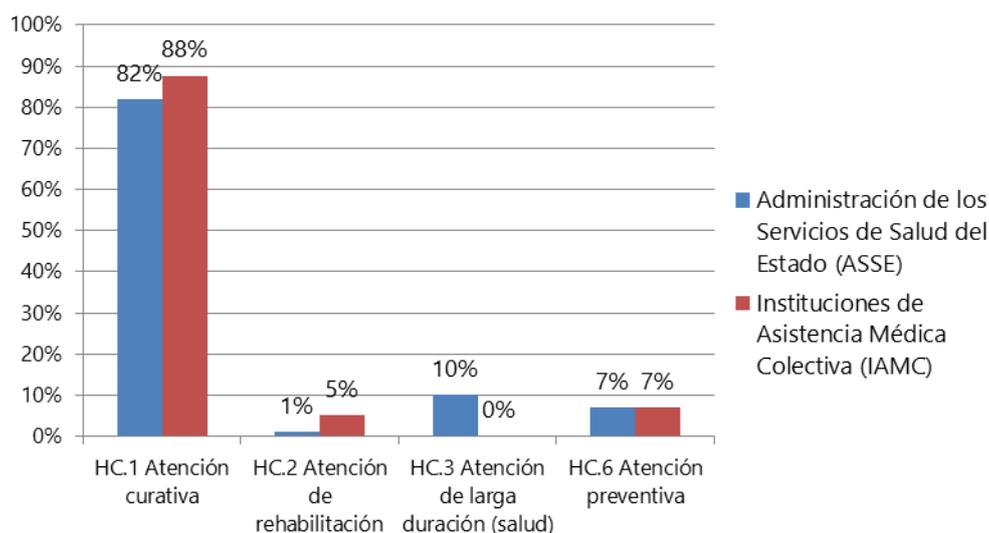
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En lo que sigue se presenta el gasto por funciones de la salud para los proveedores del sistema sanitario.

En 2017 el gasto en atención curativa de ASSE representó el 82% de su gasto corriente; casi 51% de este gasto correspondió a atención en internación, aproximadamente 49% a atención ambulatoria y apenas un 0.3% se destinó a la atención curativa domiciliaria. El gasto en atención de larga duración en el caso de ASSE, representa 10% del gasto

corriente, valor muy superior al promedio del país, cercano al 2%. La importancia relativa que tiene la atención de larga duración no se observa con esa magnitud en ningún otro prestador, y refiere, entre otros aspectos, a la atención dada a personas en situación vulnerable y situación de dependencia por edad o por estado de salud. La atención preventiva representa el 7% del gasto, y asciende a 7.8% si no consideramos el gasto en larga duración.

Gráfico 22 Estructura del gasto en salud por funciones, en ASSE y IAMC, año 2017

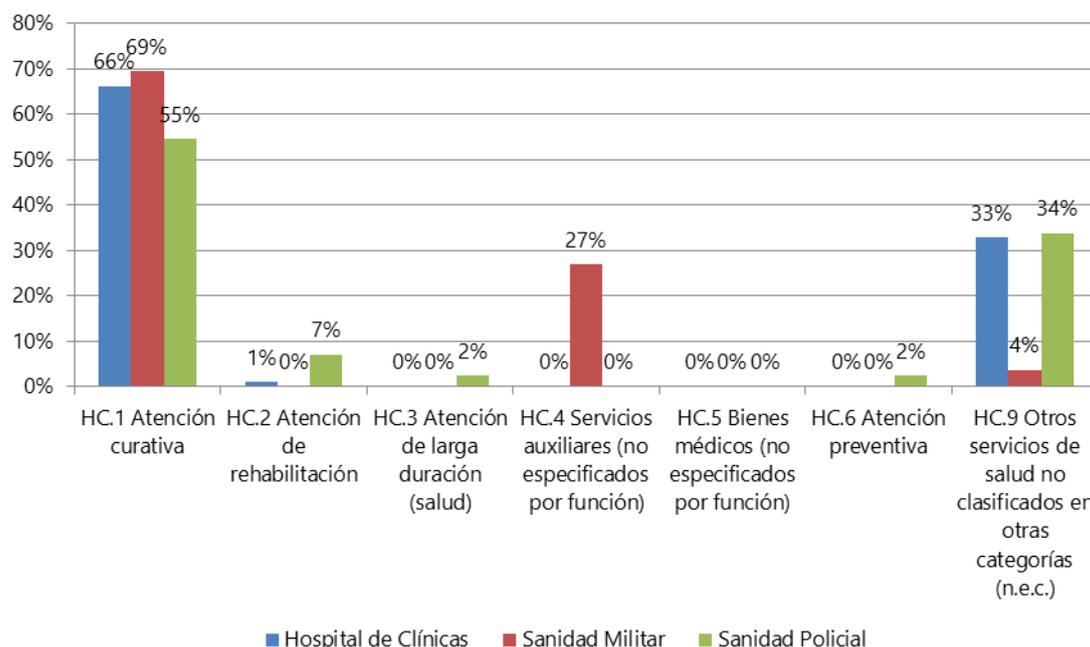


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En el caso de las IAMC, el 88% de su gasto en salud se destina a la atención curativa, del cual 43% corresponde a servicios de internación, 49% a servicios de atención curativa ambulatoria y 8% corresponde a gasto en atención curativa domiciliaria. El gasto de las IAMC destinado a la atención preventiva asciende al 7% de su gasto corriente, del cual 98% corresponde al seguimiento de condiciones sanas.

A continuación se presentan conjuntamente las estimaciones del Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Sanidad Militar, en tanto las tres instituciones presentaron dificultades para el trabajo de clasificación de su gasto por funciones, sobre las que se deberá continuar trabajando. Los gastos corrientes de cada una de ellas representan alrededor de 2% del gasto en salud del país.

Gráfico 23 Estructura del gasto en salud por funciones, en Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Sanidad Militar, año 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

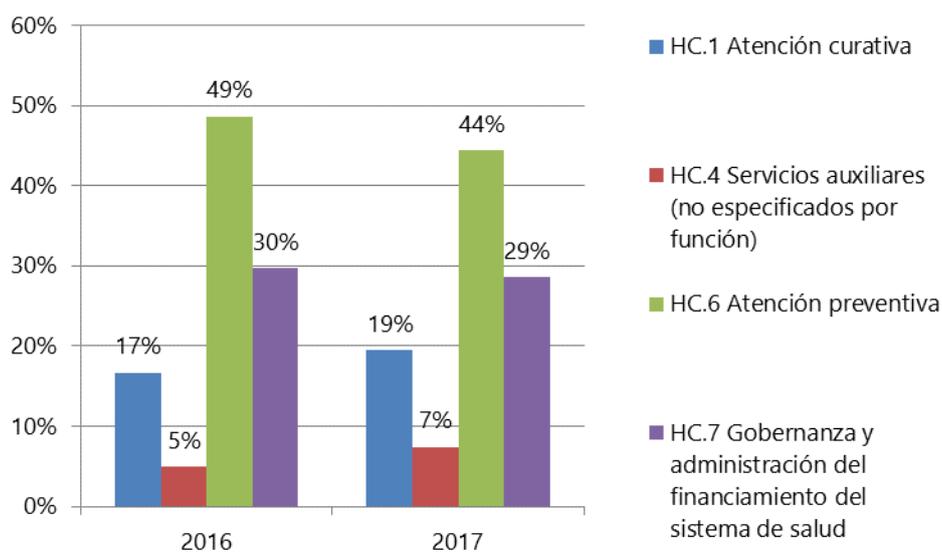
En el caso del Hospital de Clínicas, la tercera parte de su gasto no fue posible clasificarla por funciones de la salud. De acuerdo a las estimaciones a las que se arribó para el resto del gasto, la atención curativa representa el 66% del gasto corriente de la institución; de este gasto, 48% corresponde al ámbito de internación, 18% a atención ambulatoria y la tercera parte restante de dicho gasto curativo no se pudo clasificar. Por su parte, 1% del gasto fue asignado a atención de rehabilitación ambulatoria. No fue posible identificar el gasto destinado a la prevención.

En Sanidad Militar, cerca de 70% del gasto es curativo, aunque no fue posible identificar cuánto de este gasto corresponde a cada ámbito de la atención. Por su parte, 27% del gasto fue asignado a servicios auxiliares, lo que implica que se trata de servicios que no fue posible especificar su función. El gasto identificado en prevención fue menor al 1%.

Para Sanidad Policial, la tercera parte del gasto no fue posible clasificarla por funciones. Del gasto que sí se identificó, 55% se destina a la atención curativa y, de este gasto, 61% corresponde a internación, 18% a atención ambulatoria, 6% a atención domiciliaria y el 15% restante no fue posible asignarlo. La atención de rehabilitación representa 7% del gasto y el gasto en prevención representa 2%.

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

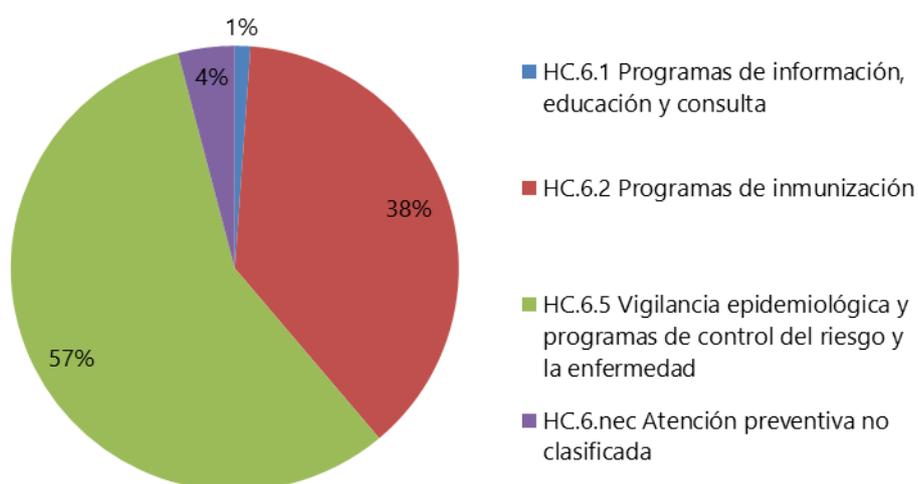
Gráfico 24 Estructura del gasto en salud por funciones en el MSP, años 2016 y 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Su gasto en prevención se sitúa en 49% y 44% en 2016 y 2017 respectivamente, dentro del cual más de la mitad se destina a actividades de vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad, alrededor del 40% corresponde al gasto en programas de inmunización y entre 1% y 3% es gasto en programas de información, educación y consulta.

Gráfico 25 Estructura del gasto en prevención del MSP, año 2017



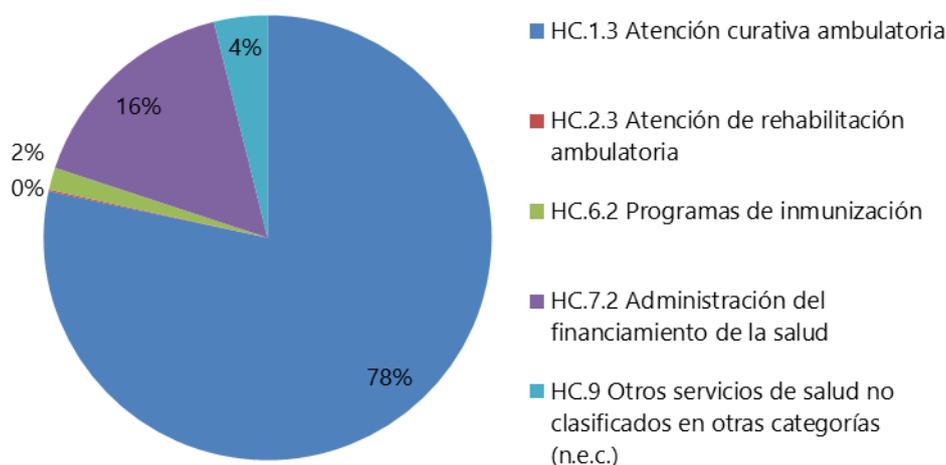
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El 30% del gasto del MSP corresponde a la gobernanza y administración del sistema de salud. Este gasto asciende a 595 millones de pesos y, por lo tanto, representa tan solo el 0.38% del gasto corriente en salud del país.

Por su parte, el peso de la atención curativa ha venido creciendo debido al aumento de acciones de amparo para acceder a prestaciones no comprendidas en el PIAS, llegando a representar 19% del gasto del Ministerio en el año 2017.

El Fondo Nacional de Recursos, considerado como proveedor (es decir, deduciendo los servicios de medicina especializada contratados en IMAE y otros proveedores), destinó el 78% de su gasto corriente del año 2017 a la atención curativa (el 95% de dicho gasto corresponde a la provisión de medicamentos de alto precio incluidos en el PIAS). La función de gobernanza y administración del financiamiento del sistema representó el 16% de su gasto corriente, correspondiendo exclusivamente a la administración del financiamiento de la institución, mientras que la prevención representa sólo el 2% de su gasto como proveedor.

Gráfico 26 Estructura del gasto en salud por funciones en el FNR, año 2017



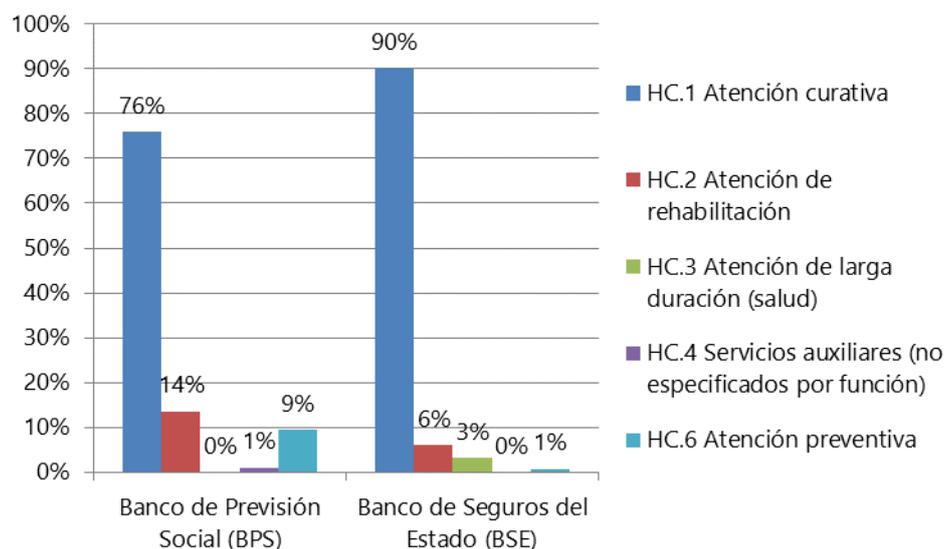
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Los IMAE en tanto prestadores cuyos servicios son comprados por el FNR, representan el 3% del gasto total en salud del país. Todo su gasto es de atención curativa (HC.1) y de carácter especializado. El 67% de dicho gasto corresponde a servicios en internación y el 33% restante son prestaciones realizadas en el ámbito ambulatorio.

En el caso del BPS, la atención curativa representó 76% de su gasto en 2017, del cual más del 60% fue de carácter ambulatorio y el 40% en internación. La atención de rehabilitación representó 14% del gasto y los servicios preventivos el 9%.

Por su parte, en los servicios de salud del BSE, el 90% de su gasto corriente de 2017 correspondió a atención curativa, los servicios de rehabilitación representaron el 9% del gasto, la atención de larga duración 3% y la prevención representó 1%.

Gráfico 27 Estructura del gasto en salud por funciones, en BPS y BSE, año 2017

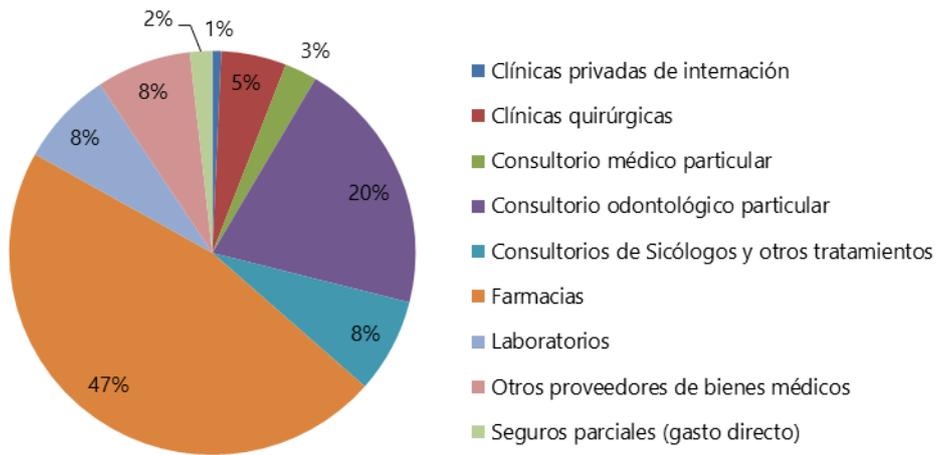


Fuente: Economía de la Salud, MSP.

A continuación se presenta el gasto directo de los hogares, es decir aquel que realizan los individuos de forma particular en proveedores de bienes y servicios de salud, el que representa el 12.4% del gasto corriente en salud del país.

El 47% de este gasto se realiza en farmacias (medicamentos principalmente) y un 20% corresponde a consultas odontológicas. Los pagos en consultorios de psicólogos y otros tratamientos particulares representan 8% de este gasto, mismo peso que representa el gasto en laboratorios y el gasto en otros proveedores de bienes médicos, respectivamente. Por último, el gasto en clínicas quirúrgicas particulares tiene un peso del 5%, mientras que el gasto en consultas médico particulares pesa 3%, los pagos en seguros parciales, 2% y el gasto en clínicas privadas de internación representa 1% del gasto directo de los hogares.

Gráfico 28 Estructura del gasto directo de los hogares por funciones, año 2017



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Mediante el análisis por funciones, se observa que el 54% del gasto corresponde a la compra de bienes médicos. El 86% de este gasto refiere a medicamentos y otros bienes médicos, mientras que el 14% restante corresponde a aparatos terapéuticos (como ser lentes) y otros bienes médicos.

Por otro lado, el gasto clasificado como curativo representa el 31% y, en su interior, el 82% corresponde a servicios odontológicos, 10% corresponde a gastos en consultorios médicos particulares (que no es posible discriminar si es general o especializada), y el resto corresponde al gasto en seguros parciales, del tipo general ambulatoria. La atención de rehabilitación representa 15% del gasto directo que realizan los hogares de forma particular, atención asociada al ámbito ambulatorio.

Tabla 8 Estructura del gasto en salud por funciones del gasto directo de los hogares, año 2017

HC.1 Atención curativa	31%
HC.1.1 Atención curativa con internación	6%
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	25%
HC.1.3.1 Atención curativa general ambulatoria	2%
HC.1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica	20%
HC.1.3.nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	3%
HC.2 Atención de rehabilitación	15%
HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria	15%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	54%
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos	47%
HC.5.1.2 Medicamentos de venta libre	44%
HC.5.1.3 Otros bienes médicos perecederos	2%
HC.5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	8%
HC.5.2.1 Anteojos y otros productos para la visión	7%
HC.5.2.nec Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos no clasificados	1%
Total general	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

En cuanto a las policlínicas de las Intendencias, aproximadamente 45% de su gasto corresponde a atención curativa, 15% a actividades de prevención, y 0.5% a rehabilitación. El 40% restante del gasto no fue posible asignarlo a ninguna de las funciones de la salud.

En el caso del INAU, se propuso una estimación provisoria de su gasto por funciones, que deberá ser trabajada en mayor profundidad con posterioridad. De acuerdo a estas estimaciones, el 83% de su gasto correspondió a atención curativa especializada con internación –asociado al gasto en clínicas psiquiátricas–, el 3% a atención curativa general ambulatoria y el 14% restante no fue posible clasificarlo.

Finalmente, para los seguros integrales no fue posible clasificar el gasto por funciones. En estos casos, se hace necesario solicitar información contable en formatos estandarizados e intercambiar con sus técnicos sobre la mejor forma de estimar su gasto por funciones. En el caso de los seguros parciales, que son fundamentalmente emergencias móviles, se clasificó la totalidad de su gasto como curativo ambulatorio. En tanto algunos de estos seguros pueden también estar brindando servicios de rehabilitación sería conveniente solicitar información más detallada que permita desglosar mejor su gasto por funciones.

4. Conclusiones

El **gasto total en salud** del país en el año 2017 fue de \$167.671 millones, de los cuales 97.5% fue gasto corriente y el 2.5% restante, inversiones. El **gasto en salud per cápita** en 2017 fue de \$48.000 anuales, es decir \$4.000 por mes, lo que implica un gasto 77% superior al del año 2005. Expresado en dólares, el gasto total del país en 2017 fue de U\$S 5852 millones y el gasto per cápita anual ascendió a U\$S 1.675 (U\$S 140 mensual).

Las series más largas permiten observar un crecimiento sostenido del gasto en salud, con un promedio anual de 5.3% entre 2005 y 2017. El gasto total de 2017 fue 85% superior al del año 2005.

El **gasto en relación al PIB** pasa de 8.6% en el año 2005 a 9.8% en 2017, con un aumento del indicador explicado porque el crecimiento del gasto en salud (5.3% promedio anual) superó el crecimiento económico nacional de los últimos 12 años (4.1% promedio anual).

El análisis del gasto por **esquemas de financiamiento** permite observar que más de la mitad del gasto en el año 2017 (51.4%) corresponde al conjunto de esquemas de seguros sociales de salud, mientras que otra mitad del gasto se distribuye de la siguiente forma: 16.7% del gasto se realiza en la órbita de los esquemas gubernamentales; 16.6% corresponde al gasto de bolsillo de los hogares; 11.6% del gasto lo realizan los esquemas de seguros voluntarios de salud (prepagos en seguros de carácter integral y parcial); 0.4% corresponde al gasto en salud de las empresas públicas y 0.1% a los servicios de instituciones sin fines de lucro (incluido el CUDIM).

Dentro de los esquemas de seguros sociales se destaca el Seguro Nacional de Salud (FONASA), cuyo gasto representa el 42% del total a nivel nacional en 2017. Vale mencionar que en 2005, el gasto asociado a la cobertura a través de DISSE representaba el 15%. El gasto del año 2017 se multiplica por 4.5 en términos reales respecto al gasto de 2005, lo que acompaña la evolución de la cobertura del Seguro Nacional de Salud que se multiplica por 4.13³³.

El **financiamiento público**³⁴ se incrementa en todo el período, pasando de 48% del gasto en 2005 a 70% del gasto total en 2017. Estos resultados reflejan la consolidación del modelo de financiamiento impulsado por la reforma de la salud, con un punto de

³³ Pasa de 615.299 en julio 2005 a 2.545.465 personas a diciembre de 2017, esto es, un aumento de la cobertura del 18% de la población al 73%.

³⁴ Dentro del financiamiento público se incluyen todos los ingresos que se consideran obligatorios: impuestos (FS.1), contribuciones la seguridad social y demás esquemas de seguros sociales (FS.3) y los prepagos de carácter obligatorio (FS.4), además del gasto en salud de empresas públicas. El financiamiento privado incluye: prepagos voluntarios (FS.5) y otros ingresos del país, provenientes de hogares (FS.6.1) o de instituciones sin fines de lucro (FS.6.3).

inflexión en 2008, cuando las fuentes públicas pasaron a financiar el 64% del gasto nacional.

La reducción del **financiamiento privado** responde principalmente a la disminución de los prepagos, debido al proceso de extensión de la cobertura del Seguro. Por su parte, el gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud disminuye en el tiempo, de 23% en 2005 hasta estabilizarse en el entorno de 17% a final del período. Cabe mencionar que el valor total del **gasto de bolsillo** aumenta en el período, en tanto el gasto total en salud crece en mayor proporción que estos pagos. El aumento en la población afiliada a las IAMC y la reducción de las barreras económicas al acceso, así como el aumento generalizado de los ingresos de los hogares son las explicaciones más plausibles de este aumento de los pagos de bolsillo.

Nuestro país presenta resultados favorables en relación al financiamiento en el contexto de la región. La OMS y la OPS recomiendan, como **umbrales a nivel internacional**, superar el 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB y no llegar al 20% de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud. Para el año 2017 Uruguay tuvo un financiamiento público del gasto de 6.8% del PIB y un gasto de bolsillo que representó 17% del gasto corriente en salud.

En cuanto a los **factores de provisión**, si se analiza el período 2005-2017 se observa un crecimiento real de las remuneraciones de 149%, pasando de representar 38% en la estructura de gasto de 2005 a 51,9% en 2017. En contrapartida disminuye el peso relativo de materiales y servicios utilizados, manteniéndose los medicamentos estables en el entorno de 9,6% del gasto total. El **gasto en capital**, en tanto, representa apenas el 2% del gasto total en salud y básicamente se destina a infraestructura y maquinaria y equipos.

La clasificación del gasto por **funciones de la salud** fue el avance más reciente del trabajo en Cuentas de Salud. De acuerdo a las estimaciones a las que se arribó, y en consonancia con la realidad de otros países, la mayor parte del gasto del sistema sanitario corresponde a atención de carácter curativo, la que representa 69% del gasto corriente. La rehabilitación y la prevención (programas de salud, vacunación y atención con fines preventivos en servicios individuales) representan poco más del 5% del gasto cada uno. Un 2% del gasto del país se destina a la atención de larga duración y 0.5% a la gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud.

Los bienes médicos (medicamentos, artefactos e insumos) que no fue posible asignar a ninguna de las demás funciones representan 6.8% del gasto del sistema³⁵ y 0.6% del gasto del país se utiliza en servicios auxiliares que tampoco se pudo clasificar en las

³⁵ Como se mencionaba, el resto del gasto en medicamentos e insumos fue asignado principalmente a la función curativa en el caso de las IAMC, ASSE, hospitales y todos los servicios que fueron consultados. Por ende, este gasto en bienes médicos refiere fundamentalmente a los desembolsos particulares que realizan los hogares.

demás funciones. Además de estos rubros, cerca de 11% del gasto total no pudo ser asignado a ninguna categoría, en tanto es gasto de instituciones para las que no se dispone de información suficiente, una proporción razonable en relación a las experiencias internacionales.

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 debido a una serie de prestaciones brindadas a personas en situación vulnerable y situación de dependencia por edad o por estado de salud.

En cuanto al gasto en salud de los hogares, el 47% se realiza en farmacias y el 20% en consultorios odontológicos particulares. El resto se distribuye en consultorios de psicólogos, laboratorios y otros proveedores de bienes médicos 8% cada uno de ellos, 5% en clínicas quirúrgicas y el resto en clínicas privadas y seguros parciales.

5. Avances y perspectivas

El trabajo del equipo de Cuentas de Salud, desde el año 2006, se basa en la tarea de informar las decisiones de política en materia de gasto y financiamiento de la salud en el país. El primer informe de Cuentas tuvo como principal objetivo hacer un diagnóstico que sirvió de base para el diseño de la reforma de la salud. Los informes producidos han brindado información sobre la evolución de los cambios en el modelo de financiamiento del sistema en los últimos quince años. Asimismo, las cifras elaboradas bajo el Sistema de Cuentas de Salud han sido reportadas a la OMS cada año, quien las publica en su base de datos mundial³⁶ y las utiliza para la elaboración de los informes de salud en el mundo³⁷.

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

Vale destacar los avances que se han registrado en el trabajo de Cuentas de Salud en los últimos años. En primer lugar, se migró desde el marco SHA 1.0 hacia el marco SHA 2011, lo que implicó adoptar nuevas clasificaciones y, en particular, desarrollar la clasificación de esquemas de financiamiento, eje de análisis del nuevo marco metodológico.

³⁶ Sitio web de la OMS con la base de datos mundial sobre el gasto en salud (GHED): <https://apps.who.int/nha/database>

³⁷ Publicación más reciente de la OMS basada en las cifras de gasto y financiamiento de la salud (diciembre 2019): https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019/en/

El presente informe constituye un gran avance en la armonización de las cifras de gasto y financiamiento del período 2005-2010, elaboradas originalmente bajo SHA 1.0 y re-clasificadas en esta oportunidad siguiendo el nuevo marco SHA 2011.

Por otro lado, se incorporó el análisis del gasto distribuido por funciones de la salud, que no había sido abordado hasta el momento e implicó un vasto intercambio con los proveedores de información para arribar a una propuesta metodológica para cada uno de ellos. Será 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.

Disponer de estimaciones del gasto por funciones permite explorar la medición del gasto en atención primaria, para lo cual se torna imprescindible contar con una definición operativa, alineada a la estrategia del país, que permita monitorear la evolución de dicho gasto a lo largo del tiempo. Por ello es importante seguir de cerca las discusiones metodológicas propiciadas por la OMS, en pos de la elaboración de cifras que permitan comparaciones con la región y el resto del mundo.

Se avanzó también en la divulgación de los resultados a través de una actualización del sitio web³⁸ para la divulgación de los informes producidos, las actividades realizadas y las novedades del proceso de trabajo. Por último, se destacan los logros obtenidos en materia de automatización del proceso de trabajo, a través de la confección de bases de datos para el procesamiento de la información, lo que facilita la agilidad en el procesamiento y habilita un análisis más estandarizado de las cifras a lo largo del tiempo.

Cabe destacar el apoyo recibido por el Ministerio, desde el comienzo del trabajo en Cuentas de Salud, de la OPS y OMS. Durante la primera semana de agosto de 2019 se realizó en Montevideo una reunión de cooperación, donde expertos de la OMS y OPS apoyaron en aspectos técnicos relativos a las clasificaciones y estrategias de estimación bajo la metodología SHA 2011, así como sobre el uso de los resultados de las Cuentas para informar la toma de decisiones. Asimismo, el equipo de Cuentas ha venido participando de los talleres y demás instancias de actualización organizadas por OPS/OMS, donde en diversas ocasiones se ha presentado el trabajo realizado en nuestro país. Se entiende necesario continuar articulando con la OPS/OMS, así como con otros países de la región, para avanzar en la mejora de los procesos de trabajo y afianzar la elaboración sistemática y la utilización de las Cuentas de Salud en nuestro país.

Si bien las Cuentas de Salud proveen información de suma importancia para el monitoreo del gasto y el financiamiento del sistema de salud, con indicadores muy utilizados a nivel internacional, el marco por sí mismo no logra dar respuesta a preguntas más profundas sobre la equidad y la eficiencia del sistema, por ejemplo, para lo cual es necesario recurrir a estudios complementarios más específicos. Algunas líneas de investiga-

³⁸ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/cuentas-de-salud>

ción en las cuales sería conveniente trabajar incluyen, por un lado, el análisis de encuestas de gasto para cuantificar los niveles de protección financiera de los hogares, en el marco de la cobertura universal en salud y, por otro lado, el estudio del gasto analizando los costos de remuneraciones y medicamentos para abordar el análisis de la eficiencia en el sistema.

6. Bibliografía

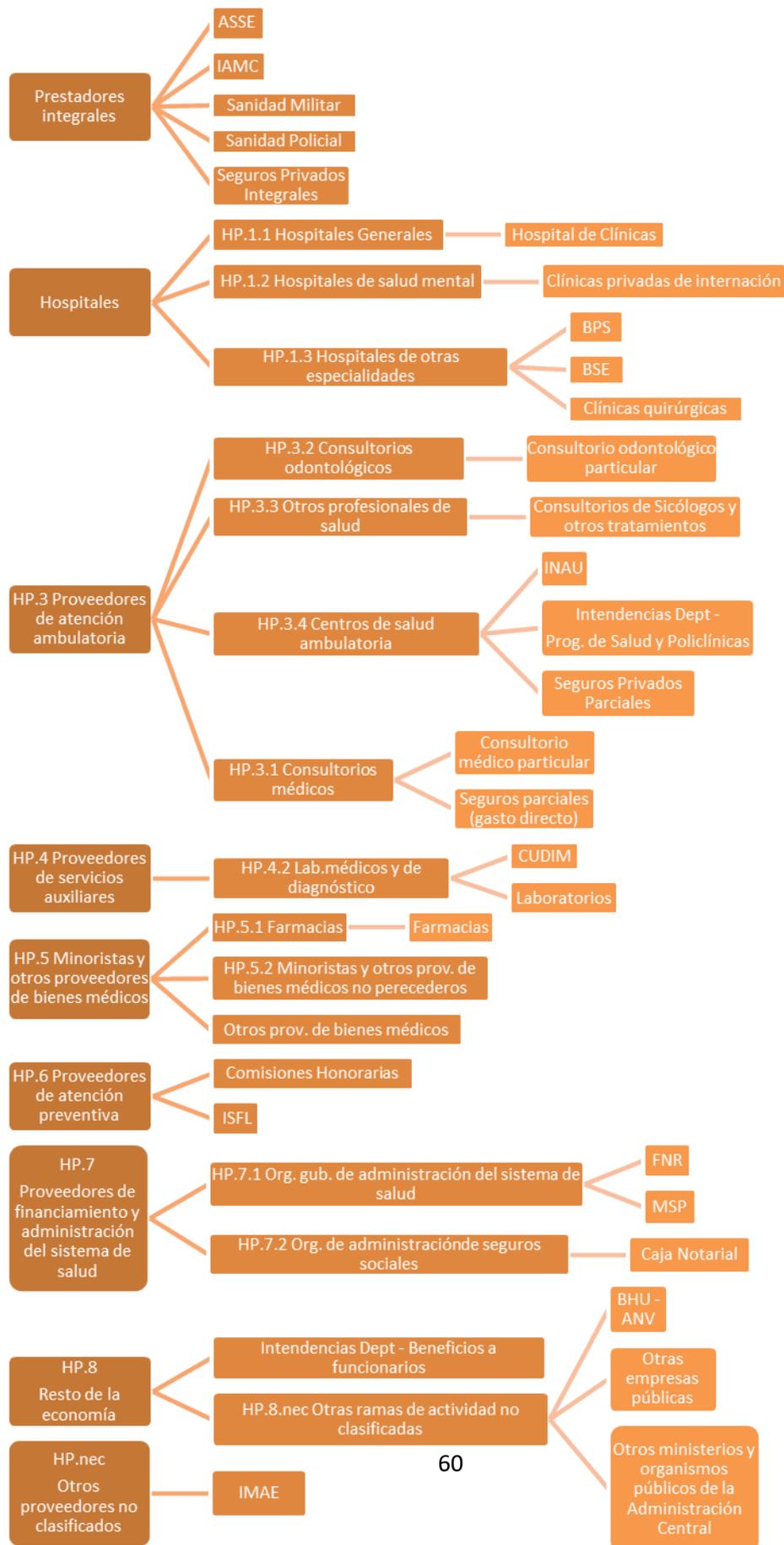
- Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D., & Fernández Galeano, M. (2011). *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo: Prontográfica S.A.
- MSP. (2006). *Cuentas de Salud en Uruguay 2004*. División Economía de la Salud. Montevideo.
- MSP. (2010). *Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008*, División Economía de la Salud. Montevideo: OPS.
- MSP. (2015). *Cuentas Nacionales de Salud 2009-2010 Uruguay*. Montevideo.
- MSP. (2017). *Cuentas de Salud en Uruguay 2011-2015*. Montevideo.
- OCDE. (2017). *Expenditure on prevention activities under SHA 2011: Supplementary guidance. March 2017 Version*. Health Division.
- OCDE, Eurostat, OMS. (2011). *Un sistema de Cuentas de Salud. Edición 2011*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2004). *Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*. Ginebra.
- OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la Cobertura Universal*. Ginebra.
- OPS. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington DC.
- Terra, F., & Lavalleja, M. (2017). *Gasto en salud de los hogares en el Uruguay 2000-2015*.
- Trylesinski, F., Cervini, M., & Estellano, M. (s.f.). *Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud. Años 1999-2000*. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Proyecto Fortalecimiento Institucional Sector Salud Ministerio de Salud Pública. Montevideo.

7. Anexo

Clasificación de agentes de financiamiento (FA) aplicada a Uruguay



Clasificación de proveedores (HF) aplicada a Uruguay



Conversión entre SHA 2011 y SHA 1.0 para el gasto

GASTO CORRIENTE

SHA 2011: Factores de provisión	SHA 1.0: Costo de los Factores
FP.1 Remuneración de los asalariados	RC 1.1 Compensaciones a empleados y propietarios
FP.2 Remuneración de los profesionales autónomos	RC 1.1 Compensaciones a empleados y propietarios
FP.3 Materiales y servicios utilizados	RC 1.2 Suministros y servicios
FP.3.1 Servicios de salud	RC 1.2 excepto RC 1.2.1.1 Suministros y servicios (sin medicamentos)
FP.3.2 Bienes de salud	RC 1.2 excepto RC 1.2.1.1
FP.3.2.1 Medicamentos e insumos farmacéuticos	RC 1.2.1.1 Medicamentos
FP.3.2.2 Otros bienes de salud	RC 1.2 excepto RC 1.2.1.1 Suministros y servicios (sin medicamentos)
FP.3.3 Servicios no de salud	RC 1.2 excepto RC 1.2.1.1 Suministros y servicios (sin medicamentos)
FP.3.4 Bienes no de salud	RC 1.2 excepto RC 1.2.1.1 Suministros y servicios (sin medicamentos)
FP.4 Consumo de capital fijo	RC 1.3 Consumo de Capital Fijo
FP.5 Otras partidas de gastos relativas a los insumos	
FP.5.nec	RC 1.9 + RC. 1.4 Otros gastos corrientes +Intereses
FP.nec	Gastos sin clasificar

GASTO DE CAPITAL

SHA 2011	SHA 1.0
HK.1 Formación bruta de capital	SHA 1.0: Costo de los Factores
HK.1.1 Formación bruta de capital fijo	
HK.1.1.1.nec Infraestructura no clasificada	RC 2.1 Inversión en Estructuras
HK.1.1.2.nec Maquinaria y equipo no clasificada	RC 2.2 Inversión en Equipos
HK.nec Gasto de capital no clasificado	RC 2.3 Transferencias de Capital + Otros Sin Clasificar