



Ministerio
de Salud Pública

Boletín de Cuentas Nacionales de Salud de Uruguay 2022

**Área Economía de la Salud
Dirección General del Sistema
Nacional de Salud**

Junio 2024

En el presente boletín se exponen los principales resultados de **gasto y financiamiento de la salud en nuestro país para 2022** obtenidos mediante las Cuentas de Salud. En los casos que se consideró relevante, se analizó el comportamiento de largo plazo (período 2005-2022).

Dentro de los resultados se encuentran indicadores generales sobre gasto en salud en Uruguay y algunas de las clasificaciones utilizadas desde tres dimensiones, estas son: desde la perspectiva del financiamiento del gasto, según la provisión de los servicios de salud y según la dimensión del consumo de bienes y servicios de salud.

Cabe mencionar que las Cuentas Nacionales de Salud, construidas con la metodología específica ya mencionada, no tienen como objetivo el análisis del desempeño económico de los prestadores del sistema. **En ningún caso la información aquí presentada coincide con la que surge de los balances institucionales.**

El boletín sigue la metodología propuesta por Sistema de Cuentas de Salud System of Health Accounts (SHA 2011) y es parte de la información que se presentará en 2025 en el **informe bianual de Cuentas de Salud 2022-2023**. Dicho informe es realizado desde 2005 por el equipo de Cuentas Nacionales de Salud del Área de Economía de la Salud del Ministerio de Salud.

Todos los valores del informe están expresados en pesos constantes de 2022 y todas las variaciones calculadas son en términos reales. Para el cálculo de los indicadores per cápita se usaron los datos de población del INE.

En el año 2021 el Banco Central realizó un cambio de base en cálculo del PIB, pasando de la base 2005 a base 2016. Esto impactó en ciertos indicadores generales lo que explica que la serie del indicador GTS/PIB sea diferente a la presentada en publicaciones anteriores.

Algunos indicadores sobre el gasto en salud

Indicadores generales:

Gasto total en Salud y Gasto público en Salud.

El gasto total en salud (GTS), en 2021 fue de 261.574 millones de pesos constantes mientras que en 2022 fue de 263.753 millones, lo que implica un aumento de menos del 1% en términos reales. Esto era esperable ya que la emergencia sanitaria decretada por la pandemia de COVID 19 terminó a principios de 2022, por lo que el Fondo Covid en dicho año fue sensiblemente menor.

Tabla 1. Gasto corriente y gasto de capital en salud para 2021 y 2022, en millones de pesos constantes del año 2022.

	2021	2022
Gasto Corriente	257.447	258.387
Gasto Capital	4.127	5.367
GTS	261.574	263.753

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El Fondo representó el 8% del gasto total de 2021 (20.907 millones de pesos constantes) y en 2022 el 5% (12.953 millones de pesos constantes).

El Fondo Solidario COVID-19: fue creado para enfrentar la pandemia. En el boletín se consideran únicamente los gastos sanitarios realizados con el Fondo Solidario COVID-19. Las fuentes de ingresos del Fondo se componen de préstamos (BID y otros organismos), aportes de utilidades de empresas públicas, donaciones y se incluye lo producido por el impuesto COVID-19. Cabe destacar que existen gastos en el sistema que corresponden a la emergencia sanitaria y no fueron financiados por este fondo.

La variación real anual del GTS entre 2005 y 2022 fue de 4,4% en promedio. Presentó un incremento anual sostenido hasta 2019 inclusive, una caída en 2020 de 8,5%, un aumento de 7% en 2021 y un aumento menor al 1% en 2022.

Tal como se mencionó el aumento del gasto observado en 2021 se explicó básicamente por el Fondo Covid fruto del impacto tardío de la pandemia en nuestro país.

En 2022 el GTS representó un 9,13% del PIB evidenciando un aumento de 0,7 puntos porcentuales (pp) respecto al 2021.

Por otro lado, el gasto público sobre el PIB se redujo a 6,48% en 2022 permaneciendo por encima del 6%, como indican las recomendaciones internacionales.

El gasto público es entendido como los recursos públicos que financian gasto en salud. Es gasto financiado vía rentas generales o por contribuciones a la Seguridad Social. Se usa indistintamente financiamiento público o gasto público para referirse al mismo.

Tabla 2. GTS en millones de pesos constantes 2022 y GTS p/c en pesos constantes 2022.

	GTS en millones de pesos constantes de 2022.	GTS p/c en pesos constantes de 2022.
2005	129.587	38.656
2006	136.845	40.752
2007	141.196	42.038
2008	151.018	44.905
2009	172.420	51.041
2010	179.689	52.901
2011	196.874	57.690
2012	209.275	61.076
2013	219.457	63.793
2014	227.080	65.750
2015	234.833	67.733
2016	242.922	69.801
2017	249.604	71.454
2018	254.293	72.531
2019	267.387	75.993
2020	244.769	69.322
2021	261.574	73.828
2022	263.753	74.194

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

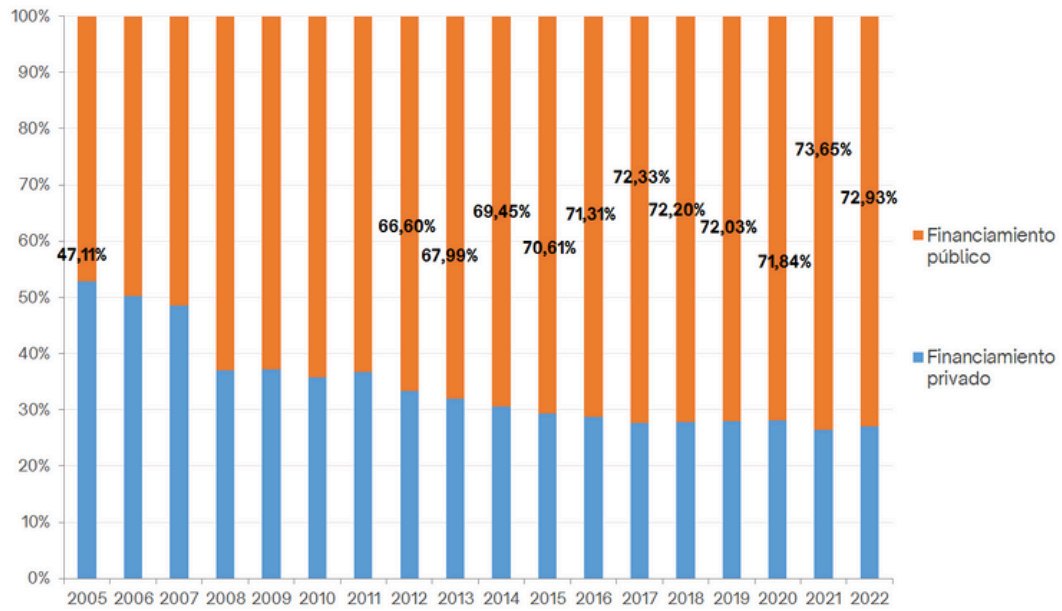
Tabla 3. Indicadores GTS/PIB, Gasto Corriente/PIB y Gasto Público/PIB.

	GTS % de PBI	Gasto Público/PIB
2005	7,5%	3,5%
2006	7,6%	3,8%
2007	7,3%	3,8%
2008	7,2%	4,6%
2009	7,9%	4,7%
2010	7,8%	4,8%
2011	8,0%	5%
2012	8,2%	5,3%
2013	8,3%	5,5%
2014	8,3%	5,7%
2015	8,5%	5,8%
2016	8,8%	6,1%
2017	8,8%	6,1%
2018	9,1%	6,3%
2019	9,4%	6,3%
2020	9,23%	6,64%
2021	9,06%	6,74%
2022	9,13%	6,48%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El financiamiento público es la principal fuente de financiamiento del gasto total en salud y representó 71,84% en 2020, 73,65% en 2021 y 72,93% en 2022, continuando con la tendencia que se observa desde 2015.

Gráfico 1. Participación del financiamiento público y privado del gasto.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Gasto de bolsillo.

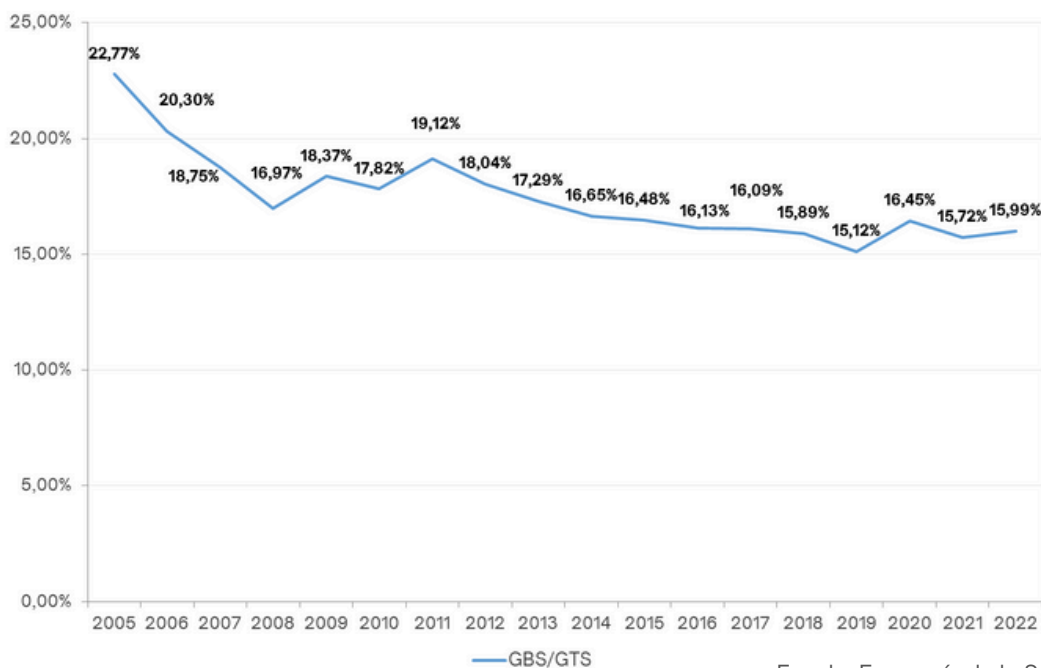
El gasto de bolsillo (GBS) en relación al GTS es uno de los indicadores más utilizados en el análisis del financiamiento a nivel internacional.

El GBS se considera el gasto más regresivo en tanto es independiente del nivel de ingreso de los hogares. Este indicador nos permite cuantificar el grado de protección financiera de los sistemas de salud.

En 2020 el GBS aumentó 1,33 puntos porcentuales (pp), debido a la caída en el gasto en salud. En 2021 el gasto de bolsillo cayó a 15,72%, para volver a subir en 2022 quedando en 15,99%.

Cabe recordar que en 2020 el Fondo Covid representó apenas el 1% del gasto total en salud, mientras que en 2021 representó el 8% y en 2022 el 5%. Esto aumentó sensiblemente el GTS explicando la fuerte caída del indicador GBS/GTS en 2021.

Gráfico 2. Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, 2005 a 2022.

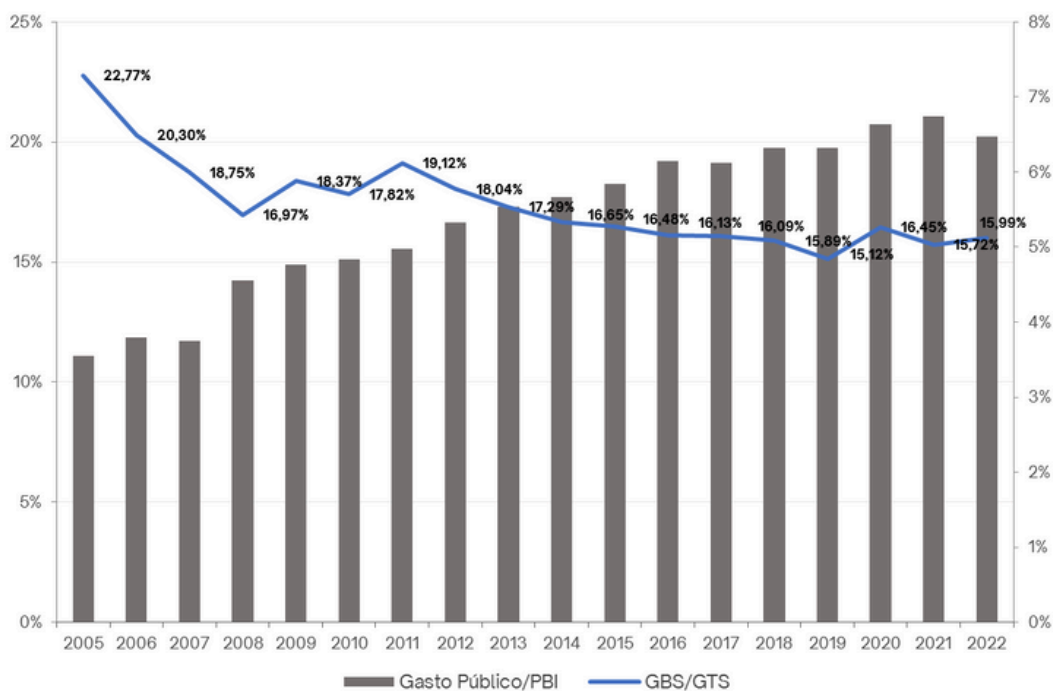


En 2014 los países miembros de la OPS/OMS se comprometieron a destinar por lo menos 6% del PIB al gasto público destinado a la salud.

El objetivo es “contribuir al aumento de la equidad en la asignación de los recursos al dirigirse en forma prioritaria al primer nivel de atención, mejorar su capacidad resolutoria y su capacidad articuladora de las redes integradas de servicios”.

A su vez, se plantea como umbral máximo el 20% de gasto bolsillo sobre el gasto de salud. Uruguay, como se vio, se encuentra por debajo del 20% del GBS/GTS y presentó un gasto público de 6,48% en 2022.

Gráfico 3. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud (eje vertical primario) y gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical secundario).



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Para la comparación gráfica internacional se trazaron los umbrales recomendados internacionalmente:

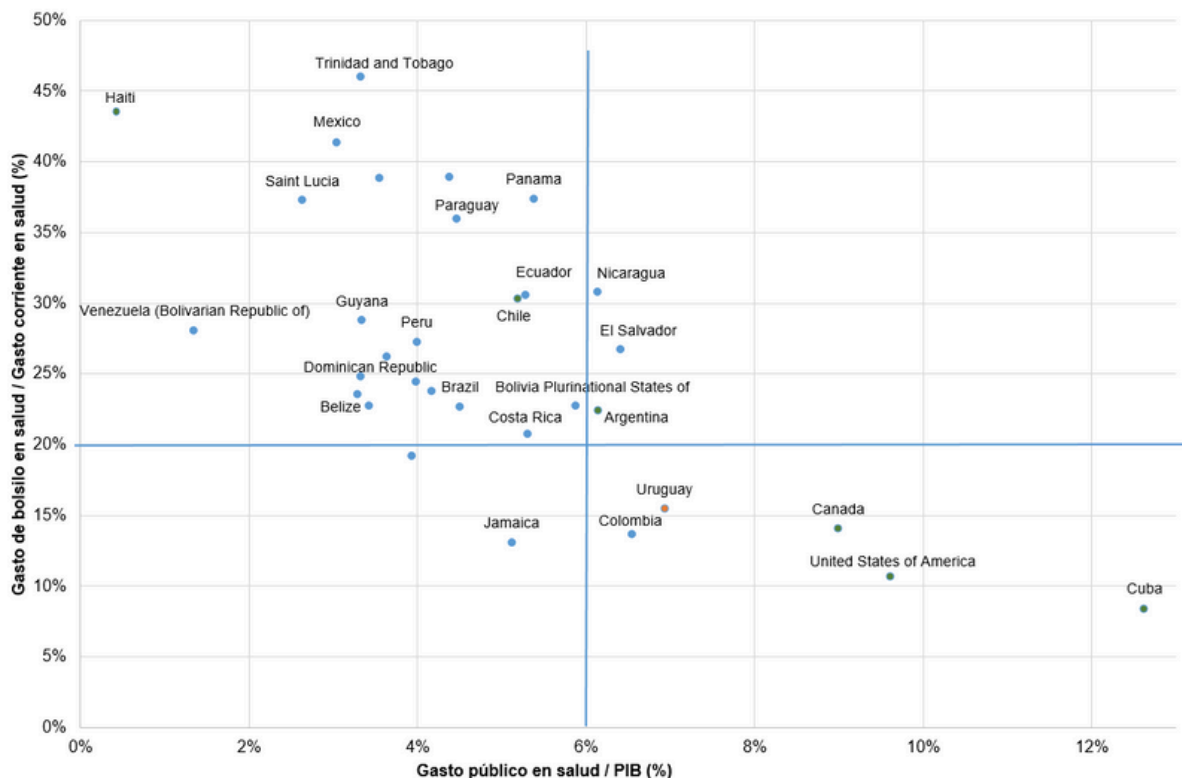
- Un umbral de más de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB
- Un umbral de menos de 20% del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud.

Uruguay continúa formando parte del grupo de países que presenta valores dentro de los umbrales recomendados internacionalmente, donde el GBS representó 15,99% del gasto total en salud en 2022 y el financiamiento público del gasto alcanzó 6,48% del PIB.

Para poder realizar la comparación, los datos se presentan en paridad de poder de compra (PPA) y los valores presentados son los valores del último año disponible (2021).

En el caso de Uruguay según los datos en PPA el gasto de bolsillo sobre el gasto corriente en salud es 15,4% y el financiamiento público del gasto en salud alcanzó 6,93% del PIB.

Gráfico 4. Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje horizontal) y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas 2021.



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

Estructura del gasto en salud.

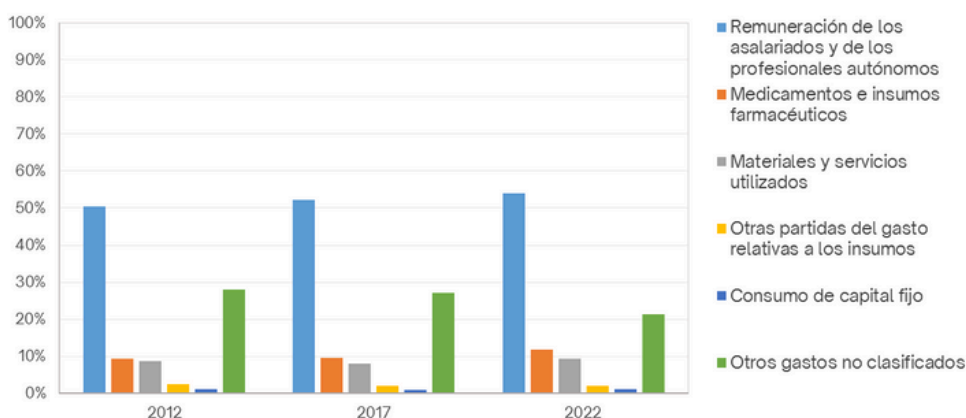
El rubro remuneración de los asalariados y de los profesionales autónomos aumentó más de 10 puntos porcentuales a lo largo del período 2005-2022. A su vez, es el rubro que mayor peso tuvo sobre el gasto corriente total, esperable en el sector salud.

El rubro “*Otros gastos no clasificados*” representó el 21% del total del gasto en 2022 y allí se incluye parte del gasto de bolsillo en salud y ajustes realizados.

Dentro del GBS, para algunos gastos directos de los hogares como el gasto en clínicas privadas, consultorios médicos particulares, consultorios odontológicos entre otros, se realizan estimaciones en base a la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares por lo que no se identifica la distribución de factores de producción.

Respecto al segundo punto, en algunas instituciones se requiere realizar ajustes intra-sistema por lo que el gasto por factores de producción dado que es producto de un ajuste se clasifica en “*Otros gastos no clasificados*”.

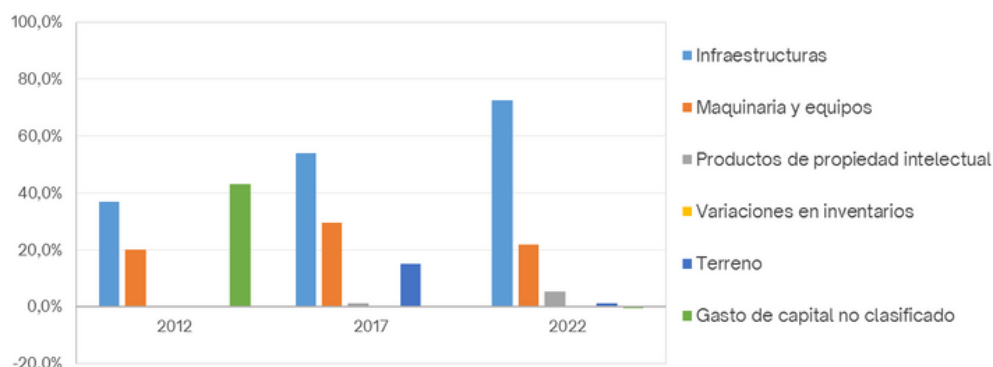
Gráfico 5. Estructura del gasto corriente en salud.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Por su parte, si bien el peso relativo de los componentes del gasto de capital no es tan estable, se observa, como es de esperar, que principalmente se destina a infraestructura y a maquinaria y equipos.

Gráfico 6. Estructura del gasto capital en salud.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El Gasto desde la perspectiva de financiamiento.

Para el análisis del financiamiento del gasto la metodología SHA 2011 de Cuentas de Salud utiliza el concepto de esquemas de financiamiento.

Los esquemas de financiamiento son los distintos acuerdos que existen en un sistema de salud para brindar la cobertura en salud a la población. Incluyen esquemas gubernamentales, seguros obligatorios, prepago, gasto de bolsillo, entre otros.

Como se mencionó, en Uruguay más del 70% del gasto se financia mediante esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios (HF.1).

Tal como se mencionó anteriormente, en 2021, estos esquemas con financiamiento público representaron 73,65% y 72,93% en 2022.

Dentro de estos esquemas, se encuentran los seguros sociales financiados por los dos fondos para el financiamiento de las prestaciones incluidas en el PIAS, es decir, el FONASA y el Fondo Nacional de Recursos (financiamiento para las prestaciones de mayor complejidad y costo) y representaron más de la mitad del gasto sanitario total en 2022.

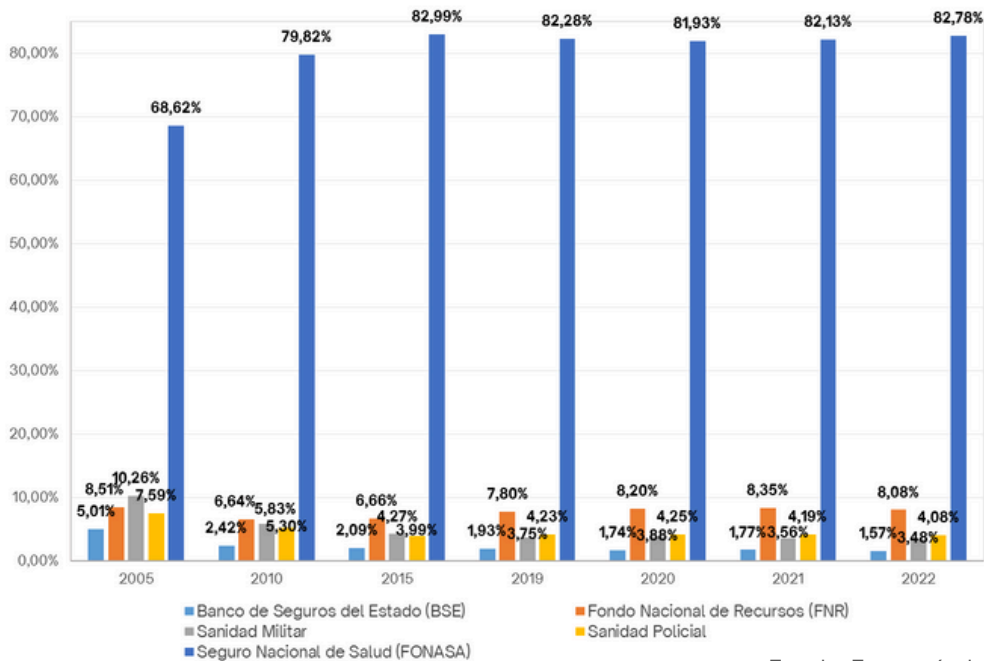
Tabla 4. Gasto por esquema de financiamiento en pesos constantes valor 2022.

	2022
HF.1 Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	185.449.594.794
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	56.812.989.733
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	128.636.605.060
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	28.962.768.776
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	28.439.370.113
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	233.692.861
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas	289.705.802
HF.3 Gasto directo de los hogares	42.186.738.950
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	32.306.644.148
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	9.880.094.802
HF.nec Esquemas de financiamiento no especificados (n.e.p.)	7.154.378.049
HF.nec Esquemas de financiamiento no especificados (n.e.p.)	7.154.378.049
Total general	263.753.480.568

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Evolución del gasto de los esquemas de los seguros sociales de salud.

Gráfico 7. Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1) millones de pesos constantes de 2022.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Se observa una tendencia creciente del SNS desde 2005, que logra cierta estabilidad luego del ingreso de todos los colectivos que se encuentran actualmente amparados en el seguro.

Mientras que en 2005 representaba poco más del 68% del esquema de seguros sociales de salud (asociado a la cobertura a través de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad-DISSE), desde el 2010 tuvo una participación de más del 80%.

Si se analiza como proporción del gasto total, en 2005 representó el 15% mientras que en 2022 el SNS (FONASA) representa el 42% del gasto total en salud.

El Seguro Nacional de Salud.

El SNS forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y tiene el objetivo de brindar cobertura integral de salud tanto a los trabajadores formales, jubilados y pensionistas y a sus familias. Los beneficiarios eligen un prestador de salud donde acceden a un plan de prestaciones llamado Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

Se financia a partir del FONASA que cuenta con los aportes realizados por los trabajadores formales, los aportes patronales, los aportes de personas jubiladas y pensionistas y Rentas Generales.

El Seguro Nacional de Salud financió la cobertura de 2.604.565 personas a diciembre 2022, lo que representa 73% de la población del país.

Tabla 5. Registros de afiliaciones por tipo de institución según cobertura.

	2021		2022	
	FONASA	NO FONASA	FONASA	NO FONASA
IAMC	1.983.586	174.058	1.981.128	178.714
ASSE	513.650	887.754	539.503	890.407
SEGUROS PRIVADOS	77.846	36.796	83.934	43.419
Total	2.575.082	1.098.608	2.604.565	1.112.540

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

La composición del gasto de los principales agentes de financiamiento del SNIS.

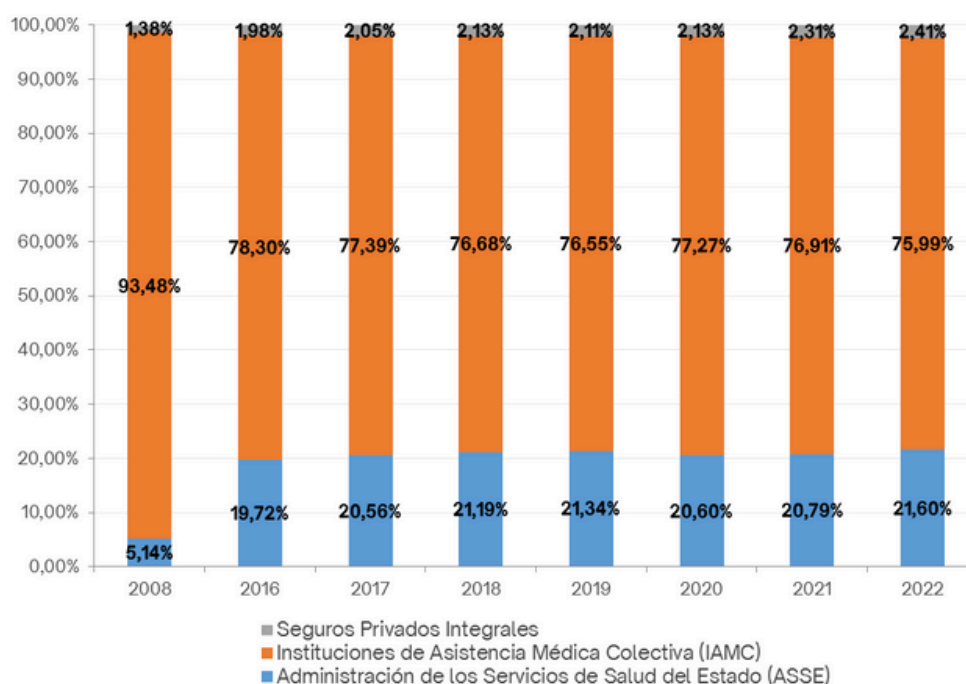
Los principales agentes son el FONASA (puramente un agente de financiamiento) y el FNR. En la composición del gasto FONASA en 2008 se constata que más del 90% se destinó a las IAMC, mientras que a ASSE se destinó poco más de 5% y 1,4% para los Seguros Privados Integrales.

Desde el 2016 la composición del gasto del FONASA se ha consolidado en porcentajes muy similares, no existiendo grandes variaciones. Cabe recordar que fue en ese año cuando culminó el ingreso de colectivos al seguro establecido por la legislación vigente.

Tal como sucede desde el 2008, el gasto del FONASA continúa destinándose en su mayoría a las IAMC. En 2008 representaba el 94% mientras que en 2022 representó casi el 76%.

Por su parte en 2008 a ASSE se canalizó 5,14% del total del FONASA mientras que en 2022 se canalizó el 21,6%. El 2,41% restante fue hacia el conjunto de los Seguros Privados Integrales.

Gráfico 8. Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales en 2008, 2020, 2021 y 2022.



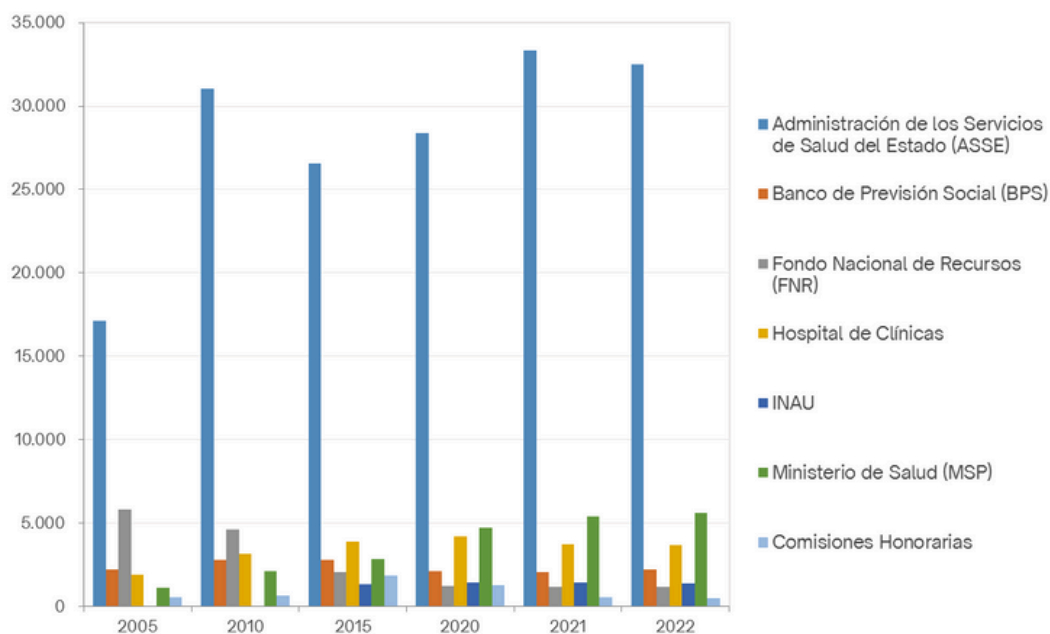
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1).

En los esquemas del gobierno central se incluye:

- ASSE (asociado a la cobertura de la población no FONASA sin afiliación a seguros voluntarios privados)
- FNR (los pagos por acto por la cobertura de ASSE y Sanidad Militar)
- Hospital de Clínicas, MSP, BPS (por los servicios de salud brindados a parte de la población), INAU, Comisiones Honorarias.

Gráfico 9. Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1), millones de pesos constantes de 2022.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Los esquemas del gobierno central aumentaron más de 60% entre 2005 y 2022. Tal como se puede observar a lo largo del período la participación de ASSE representa más del 50% del total de los esquemas (59,6% en 2005 y 69,26% en 2022).

En términos relativos ASSE presentó un aumento de casi 90% de 2005 a 2022.

Por su parte, la participación del gasto realizado por el MSP ha ido aumentando a lo largo del período. La judicialización de la medicina, expresada en los recursos de amparo por prestaciones no cubiertas que el MSP ha tenido que afrontar, impactó en estos esquemas provocando un aumento en 2022 de 4 veces más con respecto a 2005.

El gasto de bolsillo desde la perspectiva de los esquemas.

Los esquemas de GBS se componen de los esquemas de costos compartidos (HF.3.2) y de los demás gastos directos (HF.3.1).

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.

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

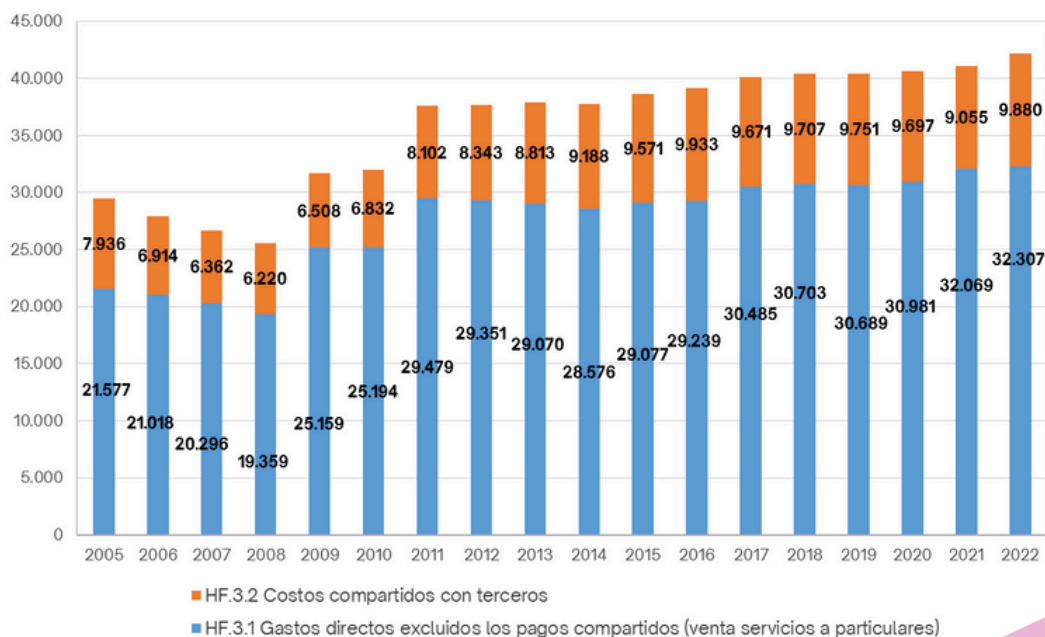
Tal como se observa, en Uruguay el mayor peso en el gasto de bolsillo corresponde a los gastos directos excluido los costos compartidos. En 2022 representó un 76,5% y en el período presentó un promedio de 76%.

Si se analizan los esquemas de gasto directo de los hogares HF.3 en su totalidad, se observa que el mayor peso lo tienen las farmacias con una participación de 34% en el total de los esquemas, seguidos por las IAMC con una participación del 23%.

Si se observa dentro los esquemas de costos directos excluidos los costos compartidos (HF.3.1) se constata que aumentaron 1% y el mayor peso lo tienen las Farmacias con un 44%.

Por su parte, los esquemas de costos compartidos con terceros (HF.3.2) aumentaron 9% en 2022 y dentro de este esquema, la mayor participación la tuvieron las tasas moderadoras y copagos de las IAMC (casi 90%).

Gráfico 10. Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares en millones de pesos contantes de 2022.



¿Cuál es la estructura del gasto corriente por funciones de salud?

Desde el 2016 el equipo de Cuentas en conjunto con las instituciones del sistema realiza el esfuerzo de clasificar el gasto en salud por funciones. La metodología aplicada en la estimación del gasto de cada proveedor fue trabajada conjuntamente y es producto de múltiples instancias de intercambio con cada una de las instituciones.

En algunos pocos casos hasta el momento no se dispuso de información suficiente para distribuir el gasto atendiendo a esta perspectiva de análisis.

Dada la complejidad del enfoque, existen limitaciones y los resultados son solamente una primera presentación del sistema a nivel agregado.

La estructura del gasto por funciones se ha mantenido bastante estable desde que se realizan estimaciones. La mayor parte del gasto se concentra en la atención curativa representando casi 70% del gasto corriente. Dejando de lado el gasto no clasificado, se observa que en 2022, el rubro de bienes médicos ocupa el segundo lugar dentro de la distribución por funciones con un 7,2%.

Dentro de este rubro se incluye el gasto en medicamentos realizado por parte de las instituciones que no son proveedores de salud (no se incluye el gasto en medicamentos que realizan los prestadores ya que son parte de sus respectivas funciones de producción).

Un análisis desde la perspectiva de las funciones de salud requiere analizar el objetivo de ese gasto. Dentro de la clasificación se encuentra:

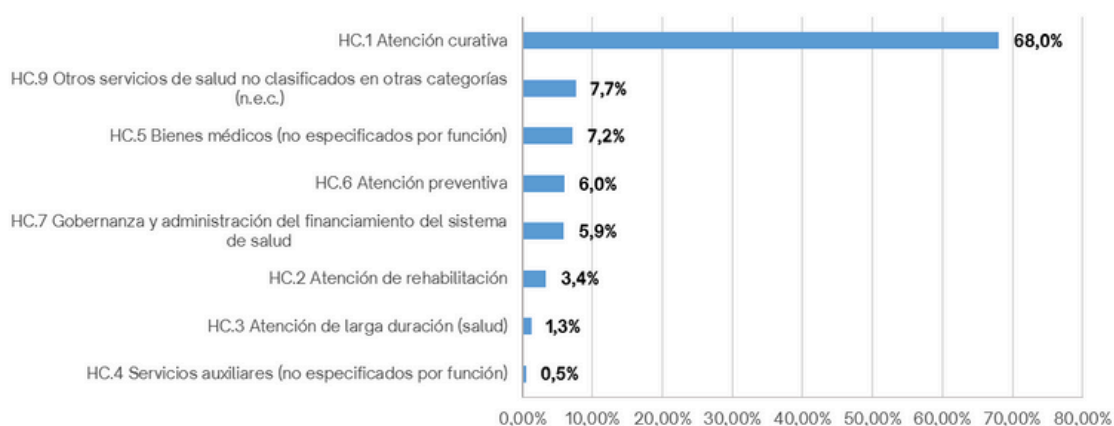
- atención curativa
- atención de rehabilitación
- atención de larga duración
- servicios auxiliares (como los Bienes médicos que no se especifican por función)
- atención preventiva
- gastos por Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud
- otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.).

El gasto en gobernanza* ocupa el tercer lugar con 5,9% del gasto total en salud y en cuarto lugar el gasto en atención preventiva.

Por su parte, el gasto en rehabilitación representa el 3,4% del gasto total y por último el gasto destinado a servicios de atención de larga duración (ALD) y el gasto en servicios auxiliares fue de 1,3% respectivamente.

*El aumento del peso relativo de HC.7 Gobernanza y Administración en 2022, se dio por mejoras metodológicas realizadas. Para los prestadores integrales, se identificó y estimó el gasto por funciones que fue realizado en esta categoría.

Gráfico 11. Estructura del gasto en salud por funciones a nivel país, año 2022.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

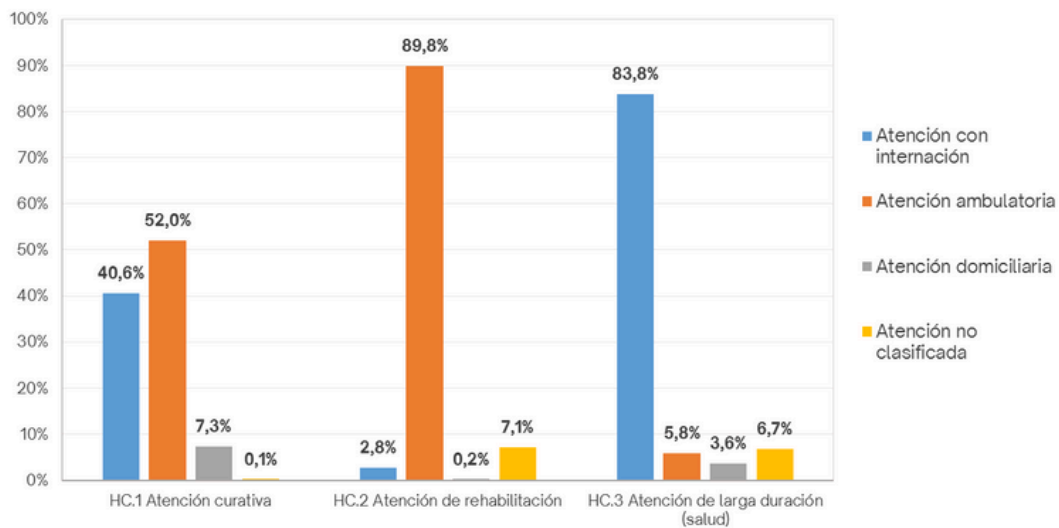
La clasificación por modo de provisión dentro de las funciones de salud.

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

El gasto en atención curativa, a nivel de todo el sistema sanitario para 2022, se distribuye de la siguiente forma: 52% se realiza en atención ambulatoria, 40,6% corresponde a atención con internación y 7,3% corresponde a gasto en atención domiciliaria. El gasto no clasificado pudo ser reducido a 0,1%.

La atención de rehabilitación se realiza casi en su totalidad en atención ambulatoria (89,8%) mientras que la atención de larga duración se brinda casi en su totalidad (83,4%) en internación.

Gráfico 12. Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2022.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El gasto en prevención según la clasificación por funciones de salud.

Se observa dentro del gasto en prevención a nivel sistema, el gasto en Programas de seguimiento de condiciones sanas. En esta categoría se clasifica el gasto que realizan los prestadores de salud a través de consultas médicas que pueden considerarse como de control de la salud y se observa en 2022 que el gasto representó el 62% del gasto en atención preventiva.

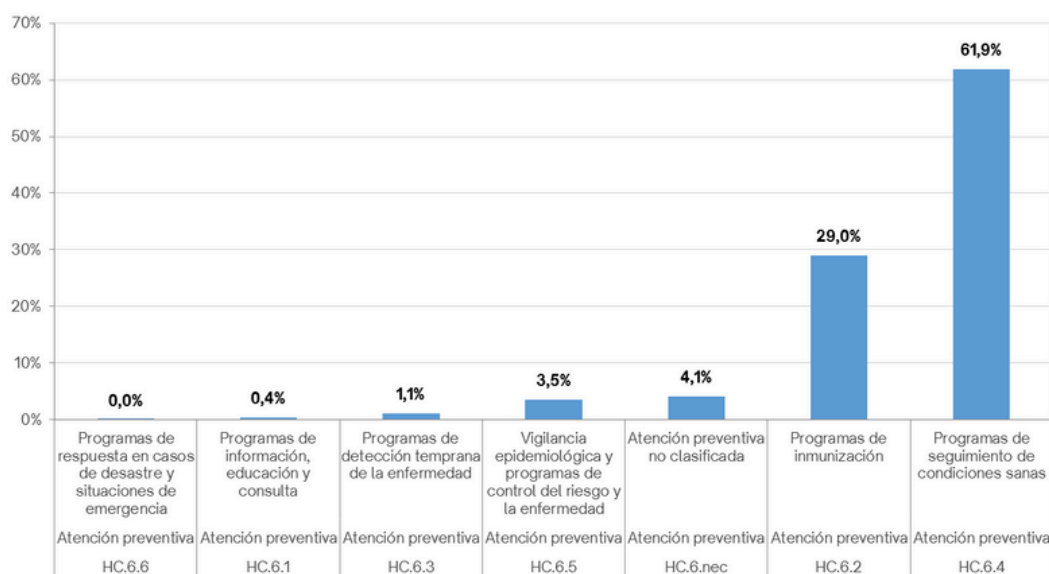
Le sigue en importancia relativa el gasto clasificado bajo programas de inmunización con un 29% del gasto en prevención y refiere al gasto en vacunas.

Se asocia tanto al gasto en la adquisición, realizado en gran medida a nivel central por parte del MSP (en las que se incluye el gasto en vacunas para hacer frente a la COVID-19), como su posterior administración en los propios prestadores.

Por su parte, el gasto en vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad, es efectuado en su totalidad por el MSP y Comisiones Honorarias y representa 3,5% del gasto en prevención.

Por último, mientras en 2019 el gasto no clasificado representaba el 29%, en 2022 representó el 4,1%, lo que revela el esfuerzo por disminuir los rubros no clasificados.

Gráfico 13. Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2022.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Gasto en gobernanza y administración.

El gasto en gobernanza y administración del sistema de salud representa el 6% del total del gasto en salud, al igual que en los últimos años.

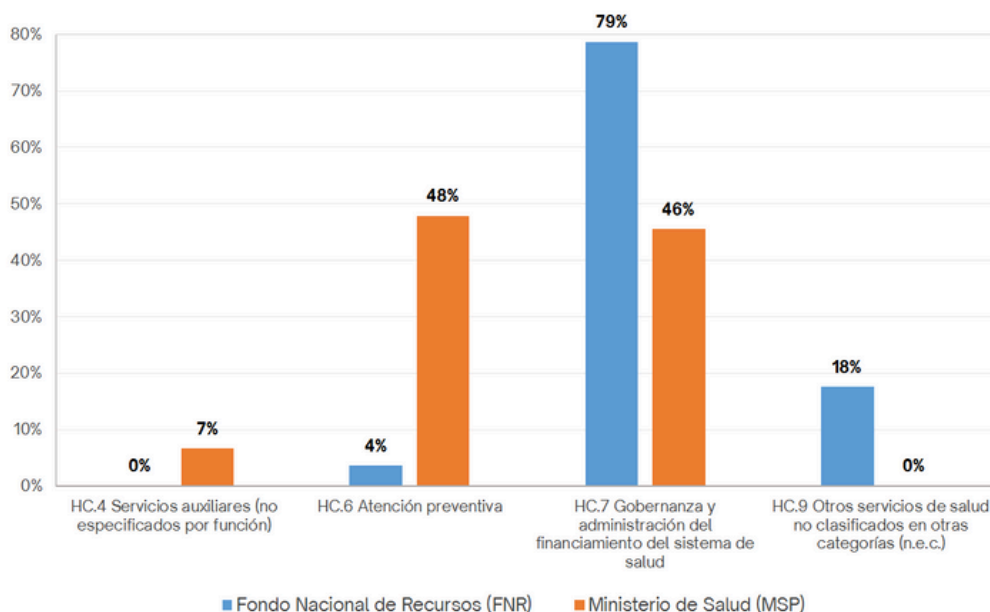
El 5% de ese gasto es realizado por el MSP y el 3% restante por el FNR. Dentro del gasto en gobernanza del MSP se incluye principalmente el gasto de DIGESE, DIGECOR y JUNASA.

Si se observa al interior de ambas instituciones, se constata que el peso relativo del gasto en gobernanza sobre el total del gasto tanto para el MSP como para el FNR fue de 14%.

Dado que no es posible obtener la información de quiénes son los proveedores que brindan efectivamente los medicamentos de alto precio que financia el FNR y MSP (a través de los recursos de amparo judicial) este gasto se incluye en el gasto corriente total de cada institución.

Si este gasto se excluye, el peso relativo del gasto en gobernanza asciende a 79% para FNR y 46% para el MSP.

Gráfico 14. Gasto por funciones 2022 del FNR y MSP excluyendo el gasto en atención curativa.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Ministerio de Salud Pública
www.gub.uy/ministerio-salud-publica
Montevideo - Uruguay
Junio MMXXIV.