



Ministerio
de Salud Pública

Boletín de Cuentas Nacionales de Salud de Uruguay 2020-2021

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

Junio 2023



Todos los datos publicados están en millones de pesos constantes 2021.
Para los indicadores per cápita se usan los datos de población del INE.
Se utilizó el PBI base 2016 por eso los datos disponibles son a partir de 2012.





En el presente boletín se exponen los principales resultados de gasto y financiamiento de la salud en nuestro país para los años 2020 y 2021 obtenidos mediante las Cuentas de Salud. En los casos que se consideró relevante, se analizó el comportamiento de largo plazo (período 2005-2021). 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. Por último se presenta información resumida sobre el gasto asociado al Fondo COVID.

El boletín está basado en el Informe de Cuentas Nacionales de Salud 2020-2021, el que se realizó siguiendo la metodología propuesta por Sistema de Cuentas de Salud System of Health Accounts (SHA 2011).

Dicho informe se presenta bianual y 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 2021 y para los indicadores per cápita se usaron los datos de población del INE.

Se encuentra disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politica-y-gestion/sistema-nacional-integrado-salud/cuentas-de-salud>





Algunos indicadores sobre el gasto en salud

>>Indicadores sobre el gasto total en Salud<<

El gasto total en salud (GTS) en 2020 representó 225.653 millones de pesos constantes, en tanto en 2021 ascendió a 245.777 millones de pesos. En 2021 la variación del GTS en términos reales fue de 9% respecto al año anterior.

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

	2.020	2.021
Gasto Corriente	221.534	241.800
Gasto Capital	4.119	3.977
GTS	225.653	245.777

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

La variación promedio anual del GTS entre 2005 y 2021 fue de 5%. Presentó un incremento anual sostenido hasta 2019 inclusive, una caída en 2020 de 8% y un aumento de 9% en 2021 en términos reales.

El aumento del gasto observado en 2021 se explica en parte por el impacto tardío de la pandemia en nuestro país. La primera ola de COVID en Uruguay se registró recién a finales del 2020 y se agravó recién en la primera quincena de marzo 2021.

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

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

Fuente: Economía de la Salud, MSP.





El GTS representó un 9,19% del PIB en el año 2021. Se observa una tendencia al alza hasta 2019, con un descenso en 2020 y en 2021.

Este indicador en 2021 representó 9,19%, registrando una caída de 0,1 puntos porcentuales respecto al año 2020. El indicador GTS/PIB disminuyó en 2021 porque en términos corrientes el PBI aumentó más que el gasto en salud (el PBI en términos corrientes aumentó 19% mientras que el GTS aumentó 17%.)

Tabla 3. GTS como porcentaje del PIB.

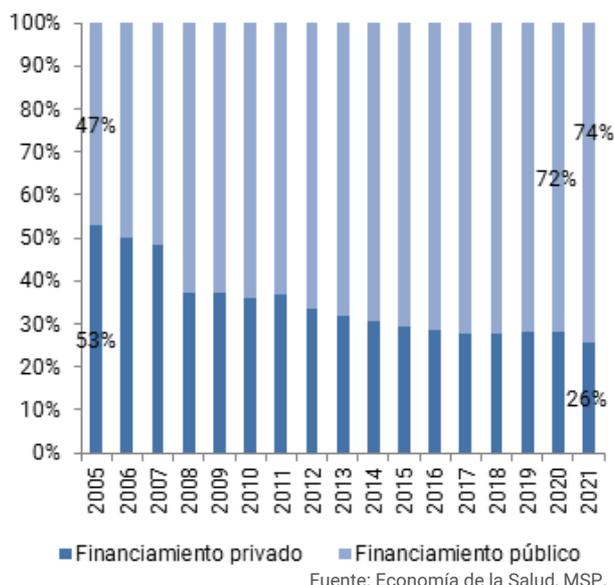
	GTS/PIB
2012	8,22%
2013	8,27%
2014	8,25%
2015	8,48%
2016	8,81%
2017	8,94%
2018	9,12%
2019	9,47%
2020	9,29%
2021	9,19%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Por su parte, el financiamiento público es la principal fuente de financiamiento del gasto total en salud. En 2020 financió el 72% y en 2021 el 74%.

Este aumento se explica en mayor medida por el gasto asociado a la pandemia financiado mediante el Fondo COVID. El gasto con financiamiento privado se mantuvo casi estable en términos reales. Es decir que lo que creció fue básicamente el financiamiento público siendo el principal motor del aumento del GTS.

Gráfica 1. Evolución del financiamiento público y privado.



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

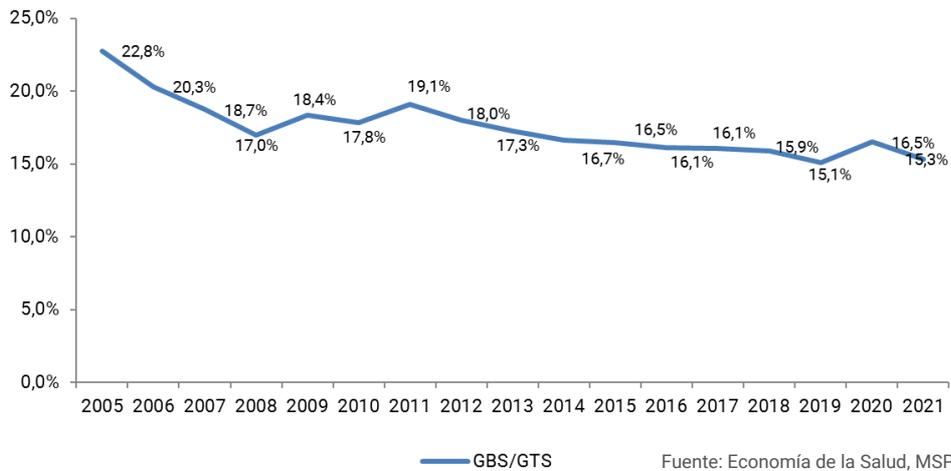
El GBS se considera el gasto más regresivo en tanto es independiente del nivel de ingreso de los hogares. Este indicador nos permite cuantificar el grado de protección financiera de los sistemas de salud.

El GBS como proporción del GTS en salud presentó una tendencia descendente de 2011 hasta el 2019, que se acentuó aún más en los dos últimos años analizados, cayendo al 15,34% del GTS en 2021, superior al GBS de 2019 (15,12%).

En 2020, si bien en términos reales el GBS aumentó tan sólo 0,6% en el período, el indicador aumentó más de un punto porcentual debido a que el GTS disminuyó en mayor proporción que estos pagos.



Gráfica 2. Gasto de bolsillo (GBS) como proporción del gasto total en salud, 2005 a 2021.

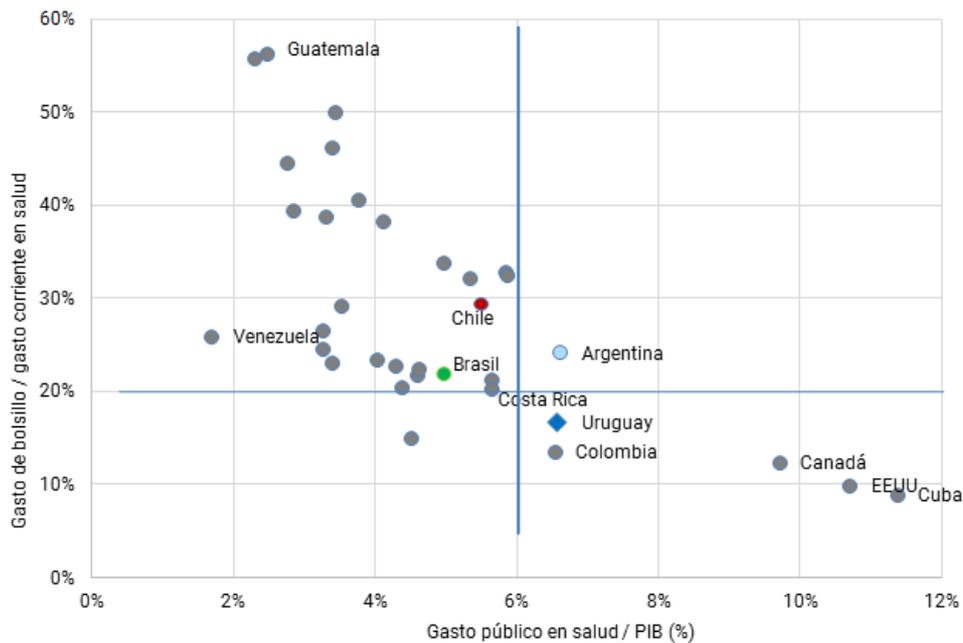


Para la comparación gráfica internacional se trazaron los umbrales:

- de más de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB y
- menos de 20% de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud, recomendados internacionalmente.

Uruguay continúa formando parte del grupo de países que presenta valores dentro de los umbrales recomendados internacionalmente, donde el GBS representó 16,7% del gasto corriente en salud en 2020 y el financiamiento público del gasto alcanzó 6,57% del PIB.

Gráfica 3. Gasto público en salud como porcentaje del PIB y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas.*



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

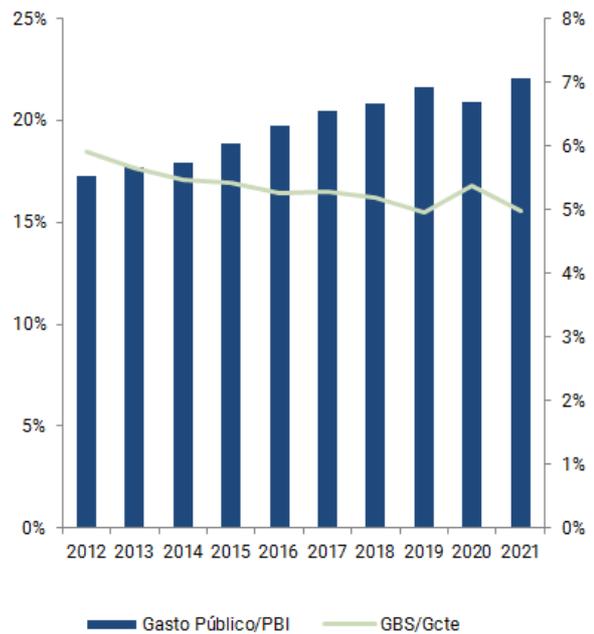
*Para poder realizar la comparación, los datos se presentan en paridad de poder de compra (PPA).



El GBS como porcentaje del gasto corriente en salud aumentó en 2020 con respecto al 2021, dado que en ese año el gasto corriente (el denominador) cayó. En 2021 el indicador se redujo 1,19 puntos porcentuales, situándose en 15,34% en este último año, no llegando aún a los niveles pre-pandémicos.

El gasto público en salud en relación al PIB cayó en 2020, pasando de 6,9% en 2019 a 6,7% en 2020, para luego aumentar en 2021 a 6,9% de forma que alcanza el nivel pre-pandémico.

Gráfica 4. GBS como porcentaje del gasto en salud (eje vertical primario) y gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical secundario).





Estructura del gasto en salud

Tabla 4. Estructura de gasto corriente por factores de provisión para años seleccionados.

	2005	2008	2011	2016	2019	2021
Remuneración de: asalariados y prof. autónomos	38%	46%	50%	51%	49%	49%
Medicamentos e insumos farmacéuticos	10%	8%	10%	10%	8%	12%
Materiales y servicios utilizados	26%	23%	9%	8%	10%	9%
Otras partidas del gasto relativas a los insumos	1%	1%	3%	2%	2%	2%
Consumo de capital fijo	4%	3%	1%	1%	1%	1%
Otros gastos no clasificados	21%	19%	29%	28%	29%	28%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

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

Esto se explica por las características propias del sector salud el cual es intensivo en mano de obra.

Entre 2016 y 2021 no existieron grandes variaciones en el peso relativo de los factores de provisión.

Tabla 5. Estructura de gasto en capital para años seleccionados.

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

Fuente: Economía de la Salud, MSP.

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



>>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.

¿Qué son los esquemas de financiamiento?

Son los distintos acuerdos que existen en un sistema de salud para brindar la cobertura en salud de la población: esquemas gubernamentales, seguros obligatorios, prepago, gasto de bolsillo, entre otros.

La mayor parte del gasto en Uruguay se financia mediante esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios (HF.1), 71% y 74% en 2020 y 2021 respectivamente. Dentro de este primer rubro de la clasificación (HF.1) destacan los esquemas de seguros obligatorios contributivos, es decir, los esquemas de seguros sociales. Estos últimos representaron en 2021 casi la mitad del gasto sanitario total. Allí se encuentran los dos fondos para el financiamiento de las prestaciones incluidas en el PIAS, es decir, el FONASA y el Fondo Nacional de Recursos (el reaseguro de los prestadores integrales para las prestaciones de mayor complejidad y costo).

Tabla 6. Gasto por esquema de financiamiento, años 2020 y 2021.

Gasto por esquema de financiamiento en millones de pesos constantes valor 2021	2020	2021
HF.1 Esquemas gub y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	71,1%	73,6%
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	19,6%	26,0%
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	51,5%	47,6%
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	12,4%	11,2%
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	12,1%	11,0%
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	0,1%	0,1%
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas	0,2%	0,1%
HF.3 Gasto directo de los hogares	16,5%	15,5%
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	12,6%	11,8%
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	3,9%	3,3%
Total general	100%	100%

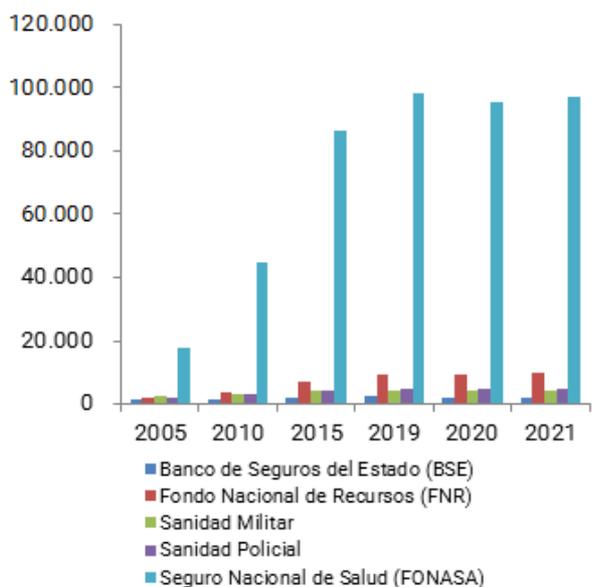
Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Los Esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios representaron en total el 66% de la estructura total en 2019 y casi 74% en 2021, aumentando 8 puntos porcentuales. Esto se explica en mayor medida por los esquemas del gobierno central en el que se encuentra el gasto COVID asociado al Fondo COVID.



>>¿Cuál es la evolución del gasto de los esquemas de los seguros sociales de salud?<<

Gráfica 5. Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1).



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Se observa una tendencia creciente del SNS desde 2005.

Mientras que en 2005 representaba el 68% del esquema de seguros sociales de salud (asociado a la cobertura a través de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad- DISSE), en 2021 representó más del 80%. Si se analiza como proporción del GTS, en 2005 representó el 15% mientras que en 2021 el 45% del gasto total.

>>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 financia la cobertura de 2.575.082 personas a diciembre 2021, lo que representa algo menos del 73% de la población total.



Tabla 7. Registros de afiliaciones por tipo de institución según cobertura.

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

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

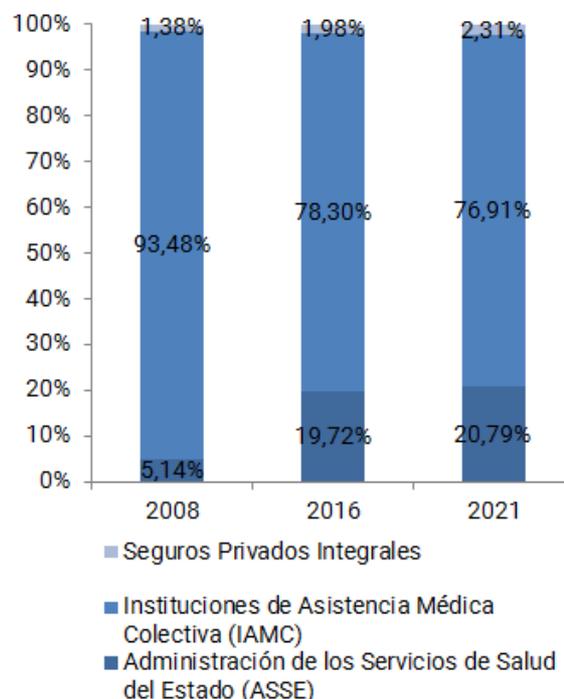
>>La composición del gasto de los principales agentes de financiamiento del SNIS<<

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 apenas 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 los años anteriores, el gasto del FONASA continúa destinándose en su mayoría a las IAMC, donde en 2021 representó casi el 77% mientras que el 21% se canalizó a la ASSE y el 2,3% restante fue hacia el conjunto de los Seguros Privados Integrales.

Gráfica 6. Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales (desde el punto de vista de los proveedores destinatarios de sus fondos).



Fuente: Economía de la Salud, MSP.



>>La composición del gasto de los principales agentes de financiamiento del SNIS<<

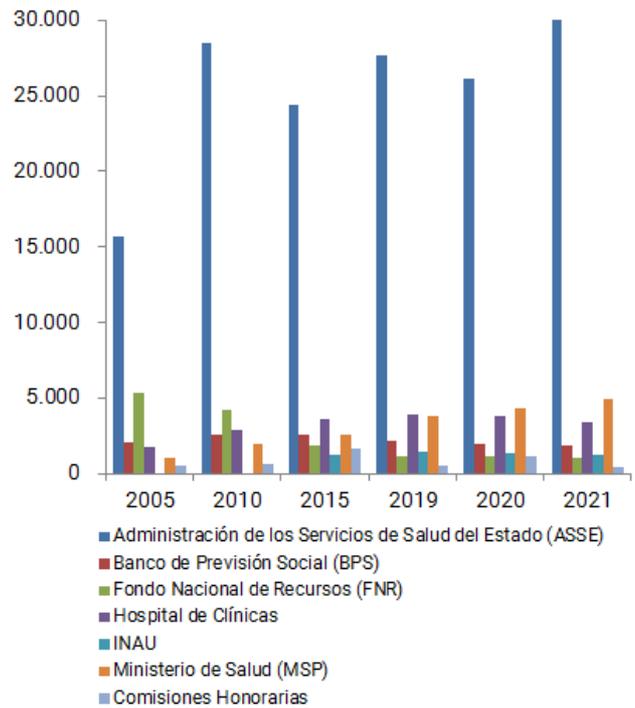
En los esquemas del gobierno central se incluye:

- 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.

Con respecto al 2005 los esquemas del gobierno central se incrementaron en 2021 un 64%, donde el MSP aumentó casi 4 veces en ese período. Esto se explica en mayor parte por el rubro “medicamentos por amparos judiciales”.

Por su parte, ASSE continúa teniendo el mayor peso en los esquemas del gobierno central. En 2005 representó 59% del total y en 2021 casi 70%.

Gráfica 7. Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1).



Fuente: Economía de la Salud, MSP.



ASSE

Por su parte, desde el 2015 en ASSE se observa cierta estabilidad en la distribución de los esquemas de financiamiento donde alrededor del 60% corresponde a esquemas del gobierno central y 40% al Seguro Nacional de Salud. Dentro del esquema del gobierno central, el financiamiento del gasto de ASSE aumentó 3,5% en valores corrientes en 2020, sin embargo, en términos reales, disminuyó 5,7%. A su vez, los “otros esquemas de coberturas primarias” y los “gastos directos excluidos los costos compartidos” también cayeron en 2020 en términos reales (5 y 78% respectivamente). Una de las hipótesis sobre esta caída está asociada a algunos fenómenos observados a partir del segundo semestre del 2020, a raíz de las medidas sanitarias adoptadas por la pandemia de COVID-19 y la consecuente reducción de la utilización de los servicios de salud.

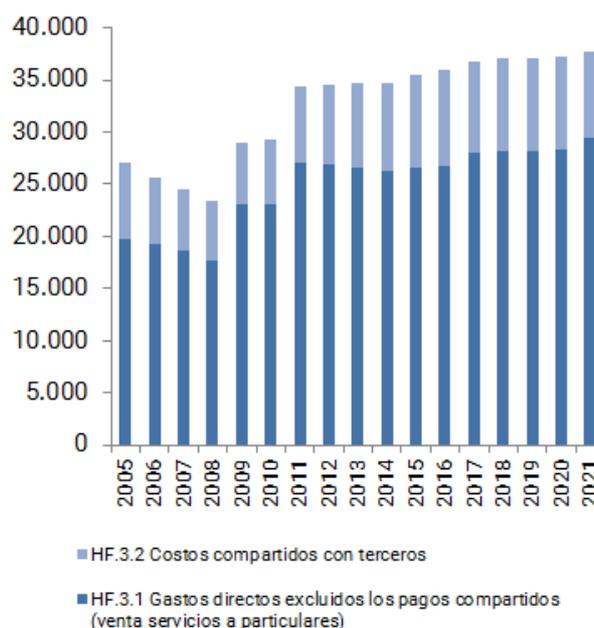
>>¿Qué implica el gasto de bolsillo?<<

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. En 2021 representó un 78% y en el período presentó un promedio de 76%.

El esquema de Costos compartidos con terceros aumentó 14% a lo largo del período donde la mayor participación la tuvo las IAMC con un promedio de 90% aproximadamente. Si se desglosan las cifras por agente se ve que el mayor peso en los esquemas lo tienen las Farmacias (35%), seguido por las IAMC (20%).

Gráfica 8. Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.



>>¿Cómo se estructura el gasto corriente por funciones de salud?<<

Analizar el gasto en salud desde la perspectiva de las funciones de salud implica entender cuál fue el propósito del consumo.

La estructura del gasto se distribuye entre:

- Atención curativa
- Atención de rehabilitación
- Atención de larga duración

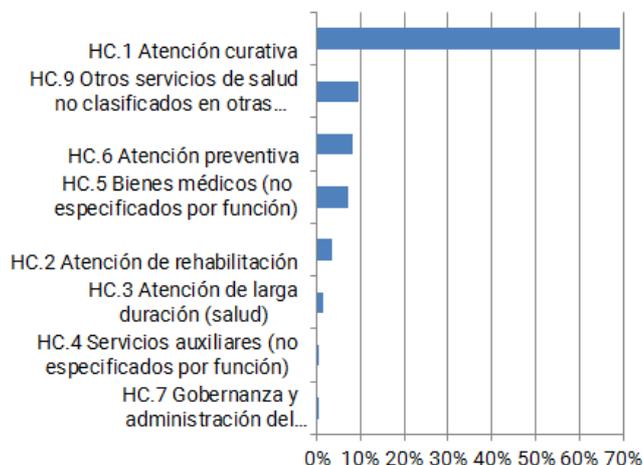
Estas tres a su vez se clasifican según modo de provisión con internación, ambulatoria o domiciliaria.

- 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.).

En Uruguay en 2021, la mayor parte del gasto se concentra en la atención curativa representando casi 70% del gasto corriente total. El gasto en prevención representa más del 8% del gasto corriente.

Teniendo en cuenta el gasto clasificado, hasta el 2020 estaba en tercer lugar en términos relativos, pasando al segundo lugar en 2021.

Gráfica 9. Estructura del gasto corriente por funciones a nivel país en 2021.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

El aumento de 3 puntos porcentuales respecto al 2019 (año anterior a la pandemia), se debe especialmente al gasto asociado a la compra y aplicación de las vacunas contra el COVID-19, alcanzando la cifra de 8 mil millones de pesos. Por temas de disponibilidad de información se supone que esta categoría está subestimada.

Los bienes médicos (medicamentos, artefactos e insumos), representan más de 7% del gasto del sistema. Allí se clasifican mayormente los desembolsos realizados por los hogares en farmacias y otros establecimientos de bienes médicos.

El gasto de rehabilitación representa el 3,5% del gasto total, el gasto destinado a servicios de atención de larga duración (ALD) 1,4% y un 0,5% del gasto que se utiliza en servicios auxiliares. El gasto en gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud corresponde a 0,5% del gasto sanitario total.

Vale mencionar que cerca del 9,6% del gasto no pudo ser asignado a ninguna categoría en esta oportunidad.





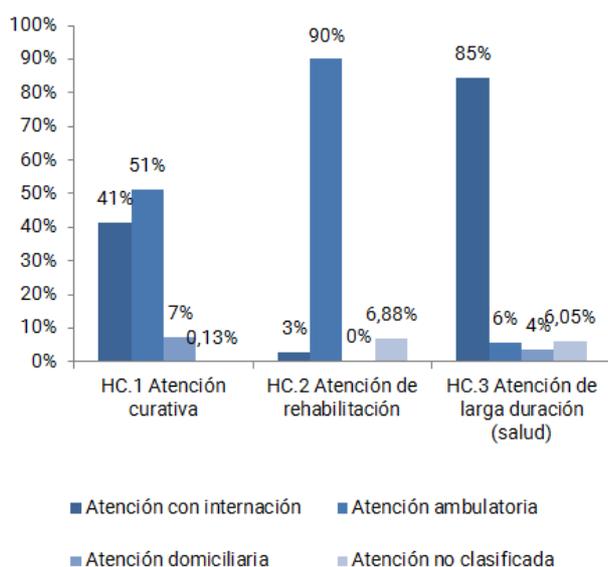
>>La clasificación por modo de provisión dentro de las funciones de salud<<

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, se distribuye de la siguiente forma: 51% se realiza en atención ambulatoria, 41% corresponde a atención con internación y 7% corresponde a gasto en atención domiciliaria. El gasto no clasificado pudo ser reducido a 0,13%.

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

Gráfica 10. Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2021.



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 (control de la salud) y se observa en 2021 que el gasto representó el 48% del gasto en atención preventiva.

Le sigue en importancia relativa el gasto clasificado bajo programas de inmunización y que refiere al gasto en vacunas. En 2019 representaba un 5% del gasto preventivo (año anterior a la pandemia), pasando a representar un 45% en 2021.

Se asocia tanto al gasto en la adquisición de los fármacos (realizado en gran medida a nivel central por parte del MSP), como su posterior administración en los propios prestadores.





Por su parte, 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% del gasto en prevención.

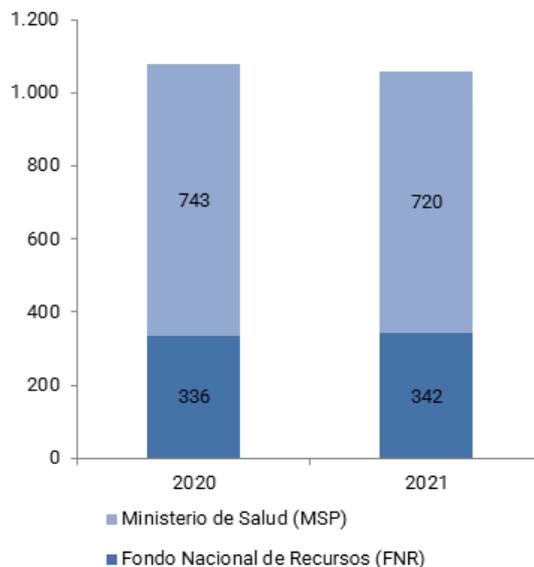
Por último, mientras en 2019 el gasto no clasificado representaba el 29%, en 2021 representó el 3%, lo que revela el esfuerzo por disminuir los rubros no clasificados.

Gráfica 12. Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2021.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

Gráfica 11. Gasto en gobernanza y administración.



Fuente: Economía de la Salud, MSP.

>>Gasto en gobernanza y administración<<

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



Reporte GASTO COVID

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

Tabla 8. Gasto por concepto de la emergencia sanitaria año 2020 y 2021.

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

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

>>El gasto en salud por bienes y servicios<<

Con respecto a los diferentes bienes y servicios en los que se invirtió, cabe recordar que si bien la emergencia sanitaria se decretó el 13 de marzo de 2020, la primera ola de la pandemia fue a finales de ese año.

El plan de vacunación comenzó en 2021 es por eso que las vacunas que se compraron en 2020, siguiendo el criterio de registración del *SHA2011*, fueron registradas en la cuenta capital (103 millones de pesos).

Las vacunas adquiridas en 2021 y aplicadas ese mismo año, fueron registradas en el gasto corriente (gasto de funcionamiento) y ascendió a 8.114 millones de pesos y representaron el 42,34% del gasto total.

Tabla 9. Gasto en bienes y servicios de salud en millones de pesos.

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

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



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

