Ministerio
de Salud Pública

Boletín de Cuentas Nacionales de Salud de Uruguay 2024

Área Economía de la Salud

Dirección General del Sistema Nacional de Salud

Mayo 2026

Ministerio
de Salud Pública

Este boletín expone los principales resultados del gasto y el financiamiento de la salud en Uruguay correspondientes a 2024, elaborados a partir de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS). Cuando se consideró pertinente, el análisis se amplió a una perspectiva de largo plazo, abarcando el período 2005 a 2024.

Entre los resultados se incluyen indicadores generales del gasto en salud, así como su desagregación según tres dimensiones analíticas: las fuentes de financiamiento, la provisión de los servicios de salud y el consumo de bienes y servicios sanitarios.

Es importante señalar que las CNS, construidas de acuerdo con una metodología específica, no tienen por objetivo evaluar el desempeño económico de los prestadores del sistema. En consecuencia, la información presentada no es comparable con la que surge de los balances institucionales.

Esta información se elabora siguiendo la metodología del *System of Health Accounts* (SHA 2011) y forma parte de la información que será incorporada en el informe bianual de Cuentas de Salud 2024-2025, cuya publicación está prevista para 2027. El presente boletín es producido desde 2005 por el equipo de Cuentas Nacionales de Salud del Área de Economía de la Salud del Ministerio de Salud.

Todos los valores presentes están expresados en pesos constantes de 2024 y las variaciones calculadas son en términos reales. Para el cálculo de los indicadores per cápita se usaron los datos de población del INE.

Las gráficas y tablas son elaboración propia del **Área de Economía de la Salud**, salvo las que están debidamente especificadas.

Ministerio de Salud Pública

Indicadores generales sobre el gasto en salud

Gasto total en Salud y Gasto público en Salud

El gasto total en salud (GTS) en 2023 ascendió a $291.138 millones de pesos constantes de 2024 mientras que en 2024 fue de $303.141 millones de pesos constantes registrando un incremento real de 4,12%. Esta variación está en línea con el promedio histórico del período analizado que va de 2005 a 2024 y donde la variación promedio anual fue de 4,09%. A su vez, el gasto en 2024 representó más del doble del realizado en 2005, en términos reales. La estructura se mantuvo estable en todo el período donde el gasto corriente representó más del 98% del total.

Tabla 1. Gasto en salud en millones de pesos constantes 2024

	2023	2024
Gasto Corriente	286.329	298.061
Gasto Capital	4.809	5.080
Gasto total	291.138	303.141

En 2024 el gasto en salud per cápita fue de $86.816 poco más del doble de lo que fue en 2005 y 6,4% mayor a 2023. Parte del aumento se explica por el uso de la nueva proyección poblacional del INE, que fue menor a la que fue usada previamente al CENSO 2023.

Tabla 2. GTS en millones de pesos constantes y GTS per cápita en pesos constantes de 2024

Año	GTS en millones constantes	GTS p/c en pesos constantes
2005	143.846	42.909
2006	151.902	45.236
2007	156.732	46.663
2008	167.635	49.846
2009	191.391	56.657
2010	199.461	58.722
2011	218.536	64.037
2012	232.301	67.796
2013	243.604	70.812
2014	252.066	72.985
2015	260.672	75.185
2016	269.651	77.481
2017	277.068	79.316
2018	282.273	80.512
2019	296.807	84.355
2020	271.701	76.949
2021	290.355	81.951
2022	292.774	82.358
2023	291.138	81.630
2024	303.141	86.816

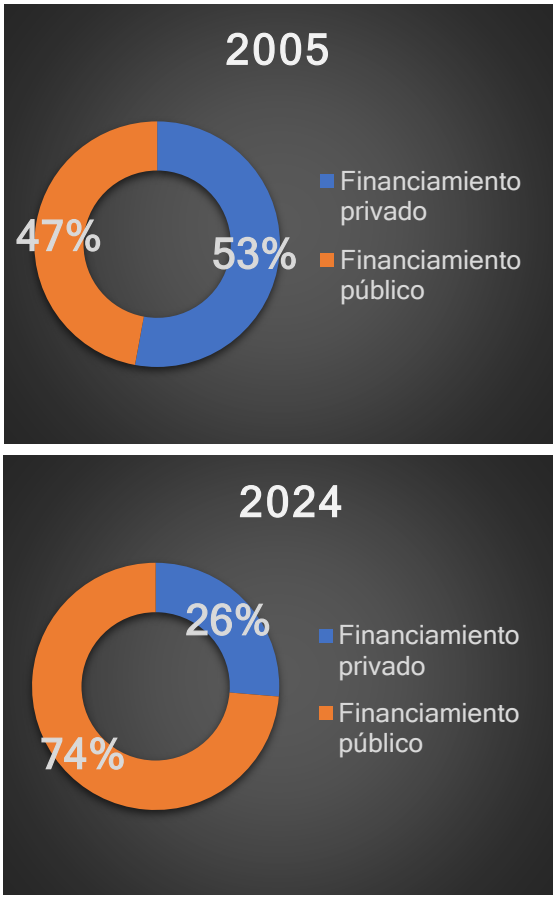
El indicador de gasto en salud sobre PBI es una buena aproximación al lugar que le da el país al sector salud dando cuenta del esfuerzo relativo que se realiza en dicho sector. Además, es útil para analizar tendencias temporales y comparaciones internacionales. Para tener una referencia, el gasto mundial en salud en 2022 (último dato disponible) representó el 9,9% del PBI mundial. Para Uruguay en ese mismo año representó 9,13% y en 2024 9,31%, tal como se muestra en la tabla siguiente.

El gasto público sobre el PBI es otro indicador interesante para analizar ya que da cuenta del rol del Estado en la salud y el grado de protección financiera de la población. Para 2024 en Uruguay ascendió a 6,72% permaneciendo por encima del 6%, como indican las recomendaciones internacionales.

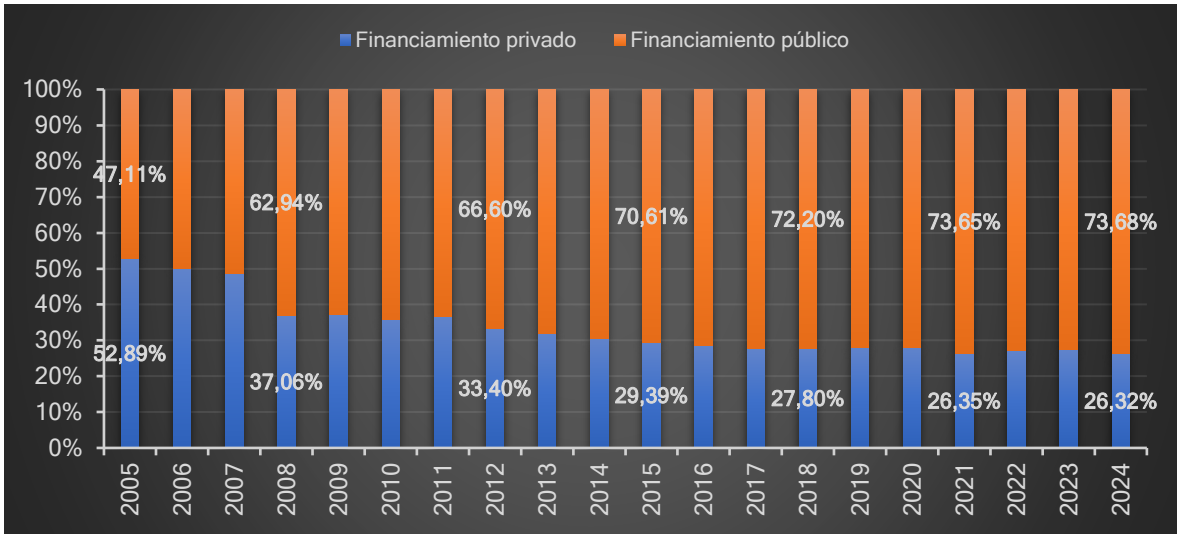
Tabla 3. Gasto Total en Salud sobre PBI y Gasto Público en Salud sobre PBI

Año	GTS / PBI	Gasto Público en salud/PBI
2005	7,53%	3,55%
2006	7,63%	3,80%
2007	7,30%	3,75%
2008	7,28%	4,56%
2009	7,92%	4,77%
2010	7,78%	4,84%
2011	8,04%	4,98%
2012	8,22%	5,32%
2013	8,27%	5,54%
2014	8,25%	5,67%
2015	8,48%	5,84%
2016	8,81%	6,15%
2017	8,94%	6,23%
2018	9,10%	6,32%
2019	9,45%	6,32%
2020	9,23%	6,64%
2021	9,06%	6,74%
2022	9,13%	6,48%
2023	9,26%	6,58%
2024	9,31%	6,72%

El financiamiento público es la principal fuente de financiamiento del gasto total en salud, tendencia que se observa desde 2016. En 2005 representó 47,1% mientras que en 2024 fue 25 puntos porcentuales más (73,7%).



Gráfica 1. Participación del financiamiento público y privado del gasto



Gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo (GBS) se considera el mecanismo de financiamiento más regresivo, dado que el monto a pagar es fijo y afecta por igual a los hogares independientemente de su nivel de ingreso y porque el pago se realiza en el momento de utilizar los servicios de salud. Por lo tanto, los hogares más pobres son quienes destinan mayor proporción de sus ingresos al gasto en servicios de salud. Cuanto menor sea el nivel de ingresos, mayor será la probabilidad de tener que realizar desembolsos en servicios de salud que impliquen un gasto catastrófico a la familia o incluso arrastrar a hogares a la pobreza (gasto empobrecedor).

El GBS comprende las tasas moderadoras y los copagos, como tiques y órdenes, así como los pagos directos de los hogares, incluidos los gastos en farmacias comerciales, atención en clínicas privadas, lentes y consultas psicológicas, entre otros.

La relación del GBS sobre el GTS, es un indicador de protección financiera de los sistemas de salud y da cuenta de la magnitud del costo de la atención que es asumido directamente por los hogares. Es uno de los más utilizados en el análisis de financiamiento a nivel internacional.

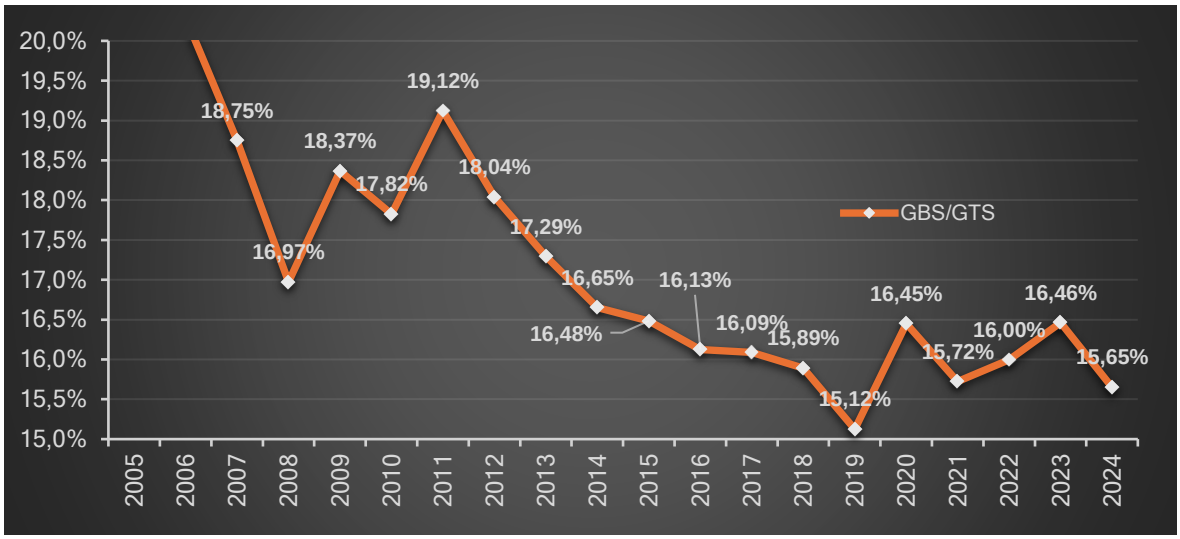
En 2023 dicho indicador fue de 16,46% y en 2024 descendió más de un punto porcentual (15,65%).

Desde hace más de diez años, los países miembros de la OPS/OMS se comprometieron a asignar como mínimo el 6% del PBI al gasto público en salud, con el propósito de fortalecer prioritariamente el primer nivel de atención, ampliar su capacidad de resolución y su rol articulador en las redes integradas de servicios, y de este modo avanzar hacia una asignación más equitativa de los recursos.

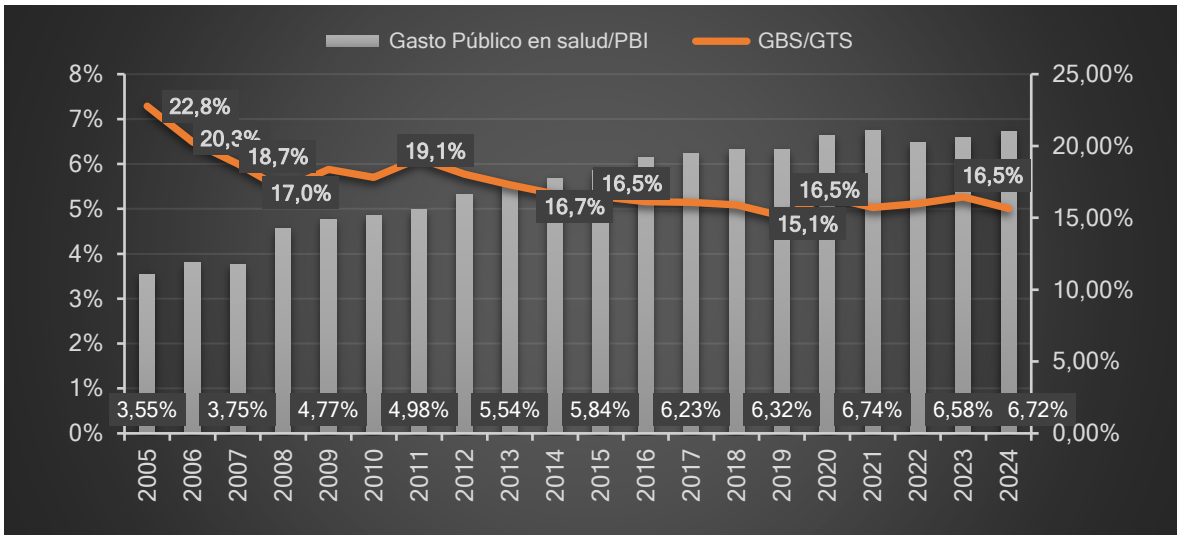
A su vez, existe la recomendación de que el nivel de GBS sobre gasto corriente en salud sea menor al 20%.

En este sentido, Uruguay cumple con ambos requisitos deseables ya que desde el 2008 el gasto de bolsillo es menor a 20% del gasto en salud y desde 2015 tiene un gasto público en salud de más de 6%.

Gráfica 2. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud



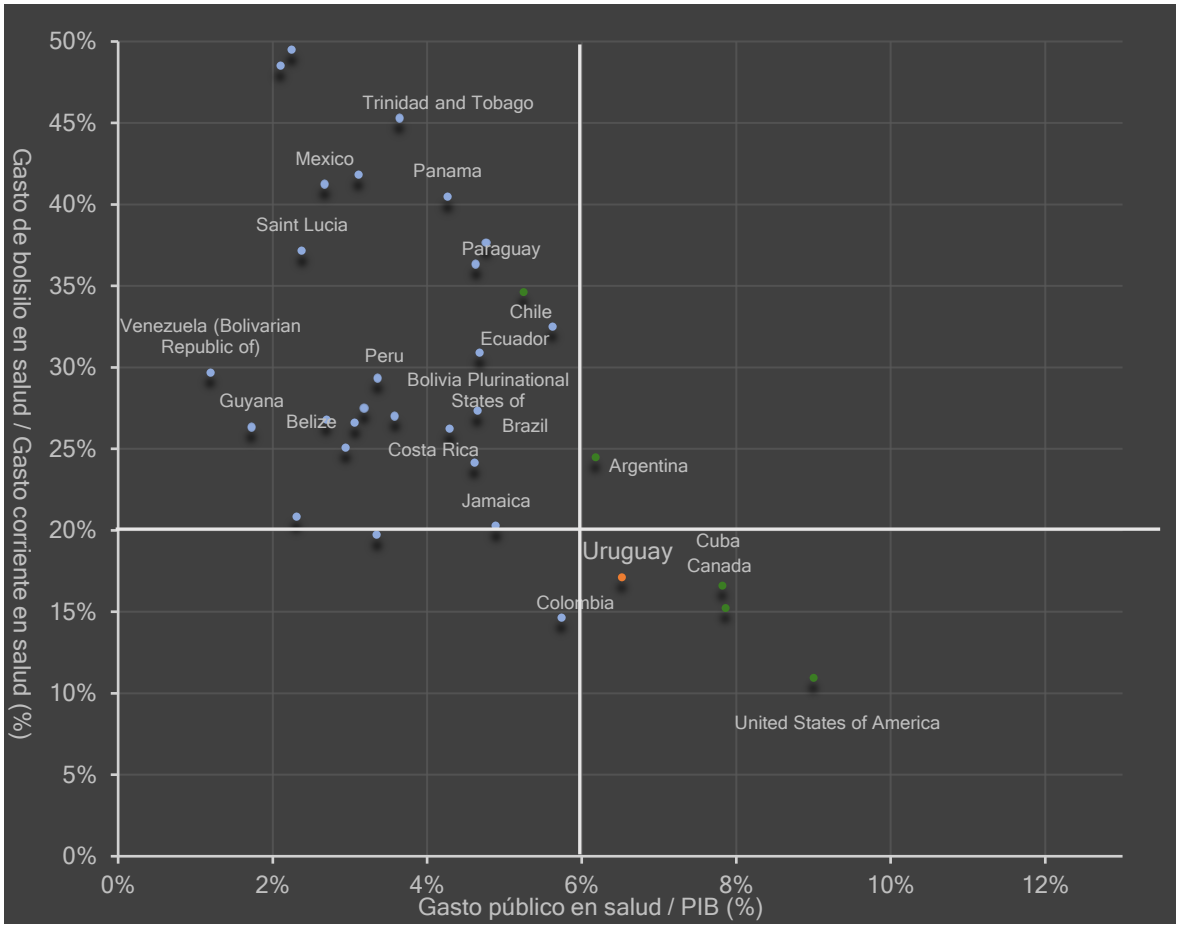
Gráfica 3. Gasto público en salud como porcentaje del PIB (eje vertical primario) y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud (eje vertical secundario)



Para la comparación internacional se incorporaron los umbrales recomendados. Tal como se observa en la gráfica 4, existe una correlación negativa entre el gasto público sobre PBI y el gasto de bolsillo. Uruguay continúa integrando el grupo de países que se ubican dentro del cuadrante que contempla estos umbrales. En 2023, el gasto de bolsillo (GBS) representó el 17,1% del gasto corriente en salud, mientras que el financiamiento público alcanzó el 6,5% del PBI. Las estimaciones se presentan en términos de paridad de poder de compra (PPA) y corresponden al último año con información disponible (2023).

Ministerio de Salud Pública

Gráfica 4. Gasto público en salud como porcentaje del PBI (eje horizontal) y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (eje vertical) en las Américas 2023 (último dato disponible)

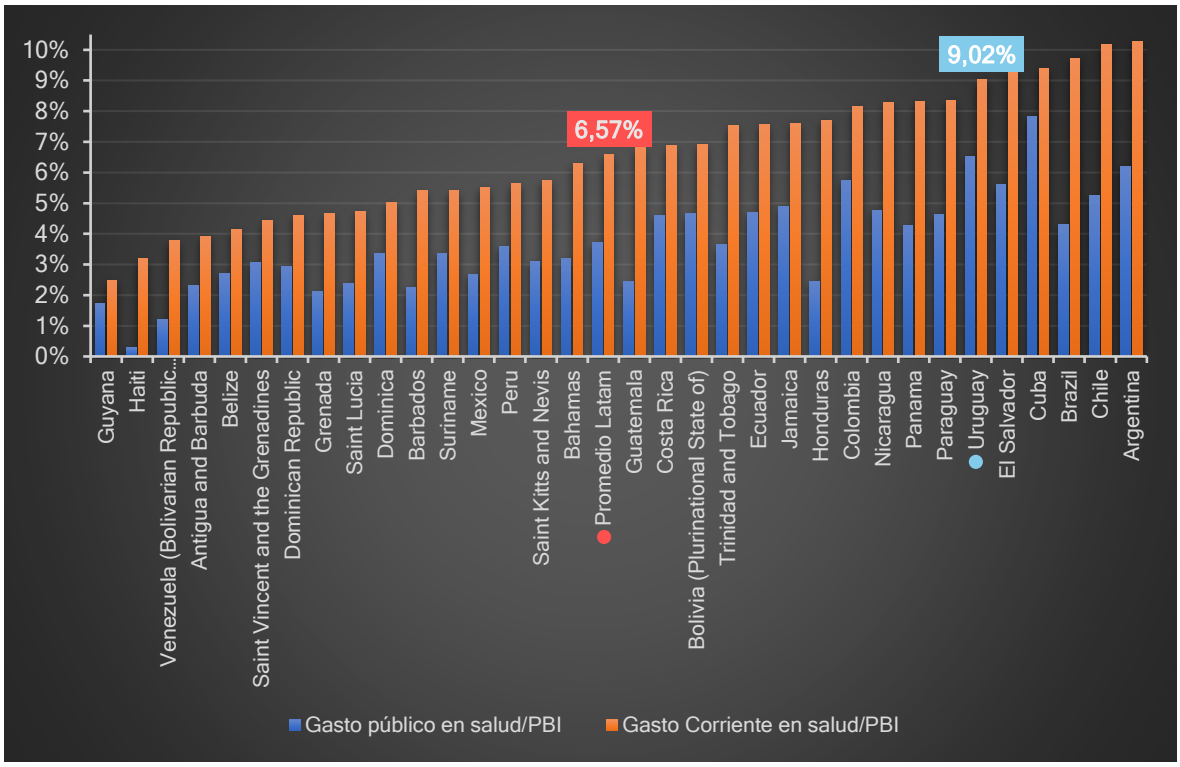


Fuente: Economía de la Salud, MSP. En base al Global Health Expenditure Database.

Ministerio de Salud Pública

Tal como se observa en la siguiente gráfica, Uruguay se encuentra muy por encima del Gasto corriente promedio en salud sobre PBI de América Latina que asciende a 6,57% mientras que Uruguay presenta un gasto corriente sobre PBI de 9,02%.

Gráfica 5. Gasto público en salud sobre PBI y Gasto corriente en salud sobre PBI para América Latina en 2023 (último dato disponible)



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

Atención Primaria en Salud

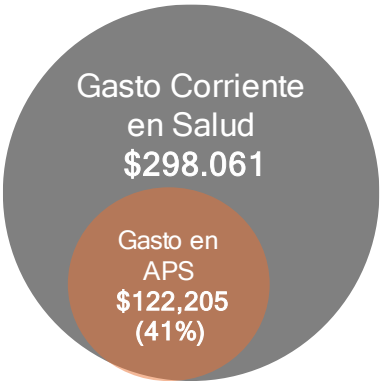
El enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS) surgió a fines de los años 70 como eje de un sistema de salud sostenible, orientado a alcanzar la Salud Universal, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la seguridad sanitaria. La OMS la define como un enfoque integral que involucra a toda la sociedad y busca garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, con atención centrada en las necesidades de las personas a lo largo de todo el continuo asistencial: promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, lo más cerca posible de su entorno cotidiano.

En Uruguay, la APS se brinda principalmente en los prestadores integrales de salud, aunque también en servicios ambulatorios específicos, algunos hospitales y mediante la compra de medicamentos en farmacias privadas. No existe una definición nacional específica de gasto en APS, por lo que se utiliza la clasificación funcional sugerida por la OMS.

Esta clasificación incluye: atención curativa (ambulatoria, domiciliaria y odontológica), atención de larga duración (ambulatoria y domiciliaria), atención preventiva, parte de los bienes médicos adquiridos fuera de los servicios de atención (80%) y parte de los gastos en administración y gobernanza del sistema (80%).

Gráfica 6. Estructura del gasto en APS por funciones año 2024

En 2024, el gasto en Atención Primaria de la Salud (APS) representó el 41% del gasto corriente en salud



La mayor proporción corresponde a la atención curativa ambulatoria general (45,1%). Le siguen los bienes médicos no especificados por función (12,7%), como medicamentos adquiridos en farmacias, la atención curativa domiciliaria (12,4%) y la atención preventiva (10,7%), que incluye vacunas.

El gasto odontológico ambulatorio representó el 7,3%, la administración y gobernanza del sistema de salud representó 5,9% y el gasto curativo ambulatorio no clasificado específicamente el 5,8%. Finalmente, la atención domiciliaria de larga duración tuvo un peso marginal de 0,1%.

Estructura del gasto en salud

La estructura del gasto en salud refleja las particularidades productivas del sector, caracterizado por una alta intensidad en el uso de recursos humanos y una combinación de gastos corrientes y transferencias que responden tanto a la provisión de servicios como a mecanismos de ajuste del sistema.

En ese sentido el rubro remuneración de los asalariados y de los profesionales autónomos tuvo un peso de 54% sobre el total del gasto corriente presentó un incremento de 17 puntos porcentuales a lo largo del periodo 2005 – 2024.

Gráfica 7. Estructura del gasto corriente en salud

En 2024 el rubro “Otros gastos no clasificados” representó el 21% del gasto corriente donde el mayor peso lo tuvieron determinados gastos directos de los hogares, como aquellos que fueron destinados a clínicas privadas, consultorios médicos particulares y consultorios odontológicos, entre otros. Dicho gasto se estima a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, lo que impide identificar su distribución por factores de producción, razón por la cual tiene un peso mayor al 20% en la estructura.

Por otro lado, al analizar el gasto de capital, se observa que, si bien la participación relativa de sus distintos componentes presenta variaciones a lo largo del tiempo, este gasto se destina principalmente a infraestructura y a maquinaria y equipos, lo que es esperable.

Tabla 4. Estructura del gasto capital en salud

	2005	2008	2011	2017	2024
Infraestructuras	40,5%	36,9%	43,7%	72,5%	53,1%
Maquinaria y equipos	44,5%	19,9%	54,3%	21,7%	37,6%
Productos de propiedad intelectual	0,0%	0,0%	0,9%	5,3%	6,5%
Variaciones en inventarios	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Terreno	0,0%	0,0%	1,0%	1,1%	2,3%
Gasto de capital no clasificado	15,0%	43,1%	0,0%	-0,6%	0,3%
Total general	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

El Gasto desde la perspectiva de financiamiento

El enfoque de la metodología SHA 2011 para el estudio del financiamiento del gasto sanitario se basa en la identificación de los esquemas de financiamiento, entendidos como los mecanismos a través de los cuales se organizan los recursos destinados a garantizar la cobertura de salud de la población. Estos mecanismos abarcan modalidades de origen público y privado, tales como la provisión gubernamental, los seguros obligatorios, los sistemas de prepago y el gasto directo de los hogares.

En el caso de Uruguay, los esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios constituyen la principal fuente de financiamiento del sistema de salud, concentrando más del 70% del gasto total. En particular, en los años 2023 y 2024 estos esquemas alcanzaron participaciones del 72,6% y 73,7%, respectivamente.

Tabla 5. Gasto por esquema de financiamiento en millones de pesos constantes

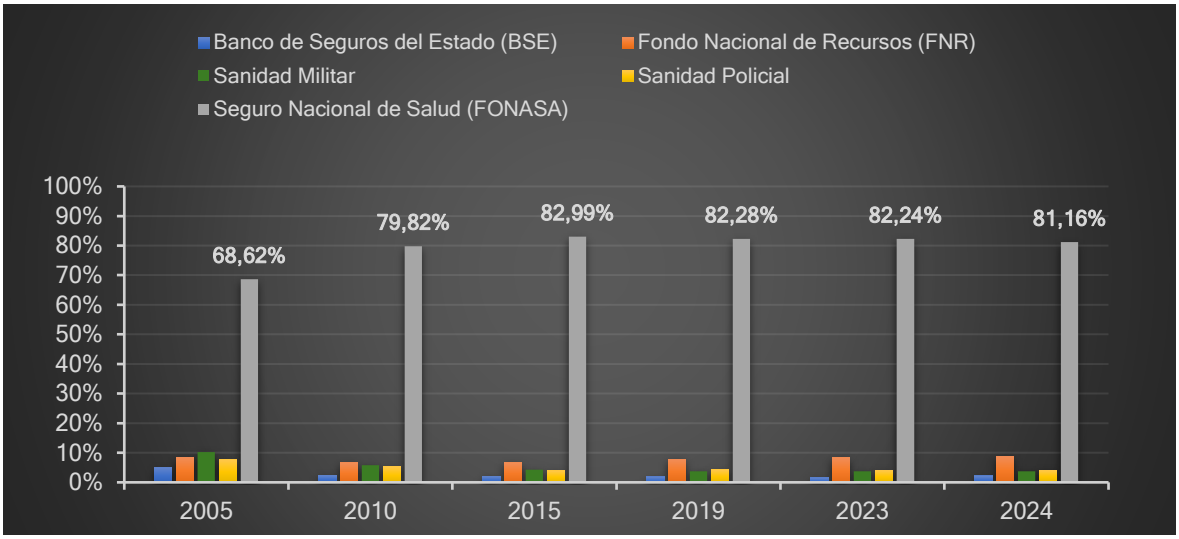
	2023	2024
HF.1 Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	**205.140**	**217.204**
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	53.787	61.084
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	151.353	156.120
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	**31.910**	**32.283**
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	31.257	31.574
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	305	371
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas	348	338
HF.3 Gasto directo de los hogares	**47.924**	**47.441**
HF.3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos (venta servicios a particulares)	36.317	35.072
HF.3.2 Costos compartidos con terceros	11.607	12.369
HF.nec Esquemas de financiamiento no especificados.	**6.163**	**6.213**
Total general	**291.138**	**303.141**

Tal como se observa en la tabla, un componente central de estos esquemas lo constituyen los seguros sociales, que canalizan recursos a través del FONASA y del Fondo Nacional de Recursos, responsables del financiamiento de las prestaciones incluidas en el Plan Integral de Asistencia a la Salud (PIAS), así como de aquellas de mayor complejidad y mayor costo.

En 2024, estos fondos explicaron más del 52% del gasto sanitario total, confirmando su rol predominante dentro del sistema de financiamiento, tendencia que se observa desde 2016, año que finalizó la incorporación de todos los colectivos al FONASA.

Ministerio de Salud Pública

Gráfica 8. Evolución del gasto de los Esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1)



Desde mediados de la década del 2000, el Sistema Nacional de Salud muestra una expansión sostenida, que se consolida una vez incorporados la totalidad de los colectivos actualmente cubiertos por el seguro. En sus primeros años, en 2005, el SNS concentraba algo más de dos tercios del sistema de seguros sociales de salud, en un esquema aún vinculado a la cobertura brindada por la DISSE. A partir de 2010, su peso relativo se incrementa de manera significativa, superando de forma estable el 80% de la participación.

Esta evolución también se refleja con claridad en la estructura del gasto sanitario. Mientras que en 2005 el SNS explicaba apenas el 15% del gasto total en salud, para 2024, ya bajo el financiamiento del FONASA, su participación asciende al 42%, evidenciando un cambio profundo en el patrón de financiamiento del sistema.

El Seguro Nacional de Salud

El Seguro Nacional de Salud se inscribe dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. Constituye el principal mecanismo de acceso a la atención sanitaria para amplios sectores de la población. Su alcance comprende a trabajadores formales, personas jubiladas y pensionistas, así como a sus núcleos familiares, quienes ejercen la libre elección de un prestador para recibir atención en el marco del Plan Integral de Atención a la Salud.

El financiamiento del sistema se estructura a través del FONASA, alimentado por contribuciones personales de los trabajadores, aportes de los empleadores, contribuciones de jubilados y pensionistas y recursos provenientes de Rentas Generales.

A fines de 2024, el Seguro Nacional de Salud garantizaba cobertura a 2.681.295 personas, lo que equivale aproximadamente a tres cuartas partes de la población nacional.

Tabla 6. Registros de afiliaciones por tipo de institución según cobertura

	2024	
	FONASA	NO FONASA
IAMC	2.008.098	176.513
ASSE	581.975	848.557
Sanidad Militar	n/a	126.481
Sanidad Policial	n/a	114.259
Seguros Privados	91.222	36.564
Subtotal	2.681.295	1.302.374
Total	**3.983.669**	

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

n/a: No aplica

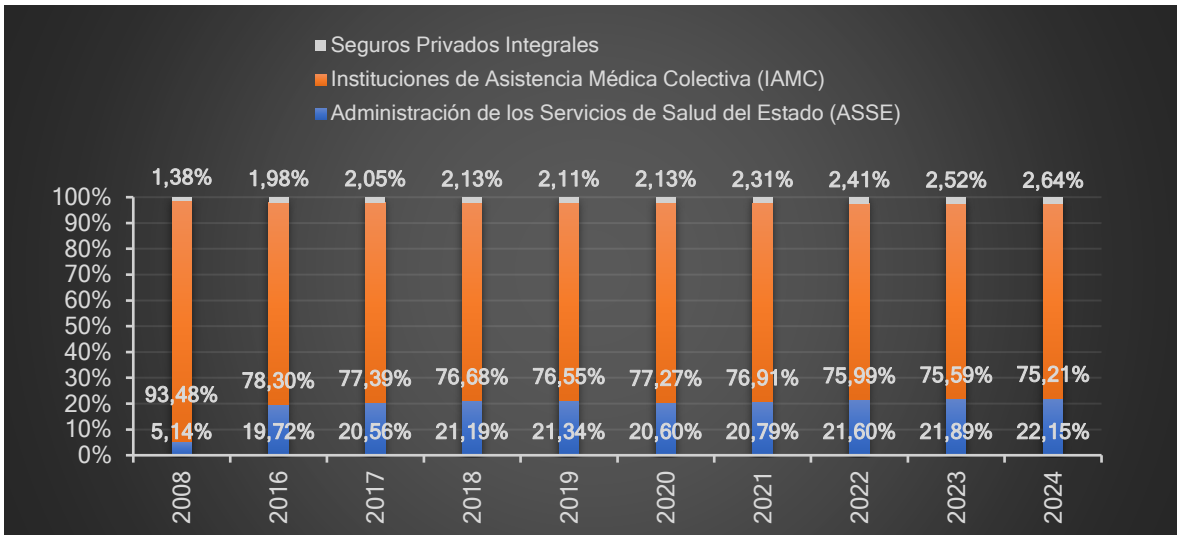
La composición del gasto de los principales agentes de financiamiento del SNIS

El esquema institucional del Seguro se apoya fundamentalmente en dos actores: el FONASA, que opera exclusivamente como mecanismo de financiamiento, y el Fondo Nacional de Recursos (FNR). Resulta interesante observar la distribución del gasto del FONASA en 2008, donde se advierte una fuerte concentración en las IAMC, que absorbieron más del 90% de los recursos, mientras que ASSE recibió algo más del 5% y los Seguros Privados Integrales apenas el 1,4%. A partir de 2016, una vez finalizado el proceso de incorporación de los distintos colectivos previsto por la

normativa, esta estructura de asignación del gasto se estabilizó, mostrando escasas variaciones en el tiempo. Sin embargo, dentro de esa estabilidad se registra un cambio relevante en la magnitud relativa de los destinos. Aunque el FONASA continúa orientando la mayor parte de sus recursos hacia las IAMC, su participación desciende desde el 93% en 2008 hasta 75% en 2024.

En sentido inverso, el financiamiento canalizado hacia ASSE aumentó de forma significativa, pasando del 5% del total del gasto del FONASA en 2008 al 22% en 2024. El remanente, correspondiente a los Seguros Privados Integrales, representó casi el 3% del gasto total del FONASA.

Gráfica 9. Composición del gasto del FONASA en prestadores integrales

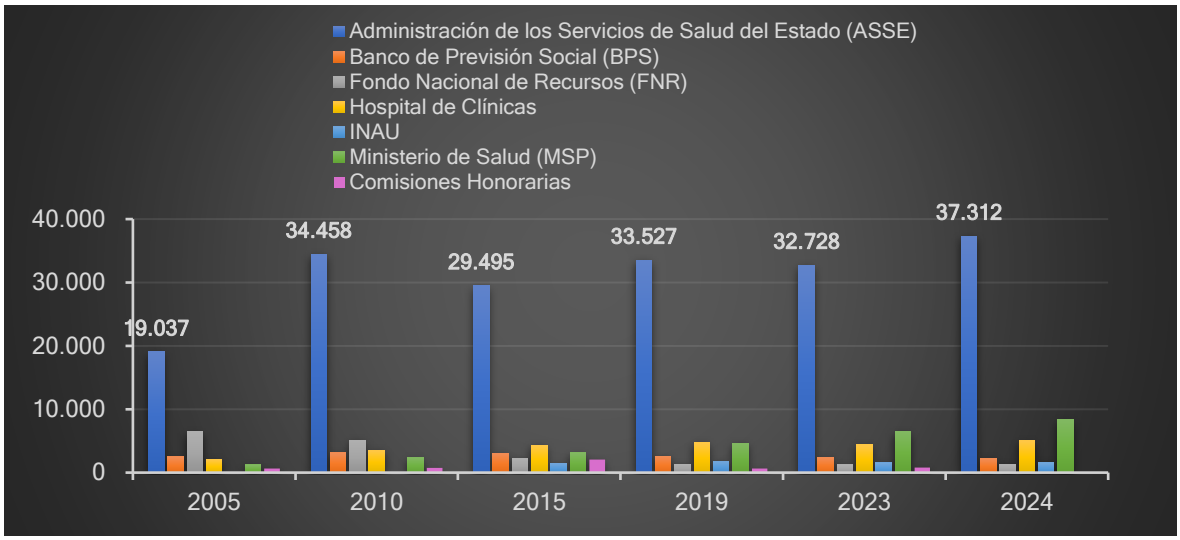


Evolución del gasto de los Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1.1)

En los esquemas del gobierno central se incluye el gasto en:

- 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.

Gráfica 10. Evolución del gasto de los esquemas del gobierno central en millones de pesos



Entre 2005 y 2024, los esquemas correspondientes al gobierno central exhiben una expansión superior al 60%. Dentro de este conjunto, ASSE ocupa de manera sostenida un lugar preponderante, concentrando más de la mitad del total a lo largo de todo el período. Su participación subió casi 10 puntos porcentuales en el período, pasando de 59,6% en 2005 al 66% en 2024, y en términos relativos su crecimiento superó el 95%, lo que consolida su centralidad dentro del componente público del sistema de salud.

En paralelo, el gasto ejecutado por el MSP muestra una trayectoria claramente ascendente. Este incremento se encuentra estrechamente vinculado al proceso de judicialización de la medicina, materializado en el aumento de los recursos de amparo por prestaciones no incluidas en la cobertura, que debieron ser asumidos por el MSP. Como resultado, el gasto asociado a estos esquemas en 2024 se multiplicó por cuatro en comparación con los niveles registrados en 2005.

El gasto de bolsillo desde la perspectiva de los esquemas

El gasto de bolsillo de los hogares (GBS) se estructura a partir de dos grandes componentes: los gastos directos propiamente dichos, excluidos los costos compartidos (HF.3.1) y los esquemas de costos compartidos (HF.3.2).

Los gastos directos comprenden aquellos pagos realizados íntegramente por los hogares, sin mediación de mecanismos de cobertura. Esto incluye las ventas de servicios a particulares en las IAMC, ASSE, Sanidad Militar o Policial, así como las consultas en consultorios particulares, las compras en farmacias comerciales, atención psicológica privada entre otros.

Por su parte, los esquemas de costos compartidos corresponden a modalidades en las que el financiamiento de la atención se distribuye entre los usuarios y las instituciones prestadoras, a través de copagos o tasas moderadoras, como ocurre en las IAMC, los Seguros Privados Integrales, la Sanidad Policial y Militar, o las prestaciones financiadas por el FNR.

En el caso de Uruguay, los gastos directos concentran la mayor proporción del gasto de bolsillo. En 2024, representaron el 74% del total del GBS, manteniéndose en línea con el promedio observado a lo largo del período, cercano al 75%.

Al considerar el conjunto de los esquemas de gasto directo de los hogares (HF.3), en 2024, las farmacias emergen como el principal destino, con una participación del 30% del total, fenómeno que se sostiene desde que se realizaron las estimaciones de este gasto (2016). Seguidamente aparecen las IAMC, que concentran el 26%.

Se observa una leve caída en HF.3.1 La caída del 3% en 2024 responde a una corrección realizada en los seguros privados, que implicó una disminución de 93% respecto a lo que registró el año anterior el proveedor (1.500 millones de pesos). El aumento del gasto en estos esquemas de las IAMC (22%) y ASSE (14%) principalmente, amortiguaron la caída.

Por su parte, los esquemas de costos compartidos con terceros (HF.3.2) registran un incremento del 7% en 2024 y responde en gran medida a la corrección realizada en los seguros privados que desplazó gasto de HF.3.1 A HF.3.2. Dentro de este grupo, las tasas moderadoras y copagos asociados a las IAMC concentran casi el 87% del total del gasto correspondiente a costos compartidos con terceros, consolidándose como el principal componente de este tipo de gasto.

Gráfica 11. Evolución del gasto de los Esquemas de gastos directos de los hogares en millones de pesos contantes de 2024

Estructura del gasto corriente por funciones de salud

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** y **otros servicios de salud no clasificados en otras categorías**

El equipo responsable de las Cuentas de Salud, en articulación con las distintas instituciones que integran el sistema, emprendió en 2016 el proceso de clasificación del gasto sanitario según funciones. La estimación del gasto correspondiente a cada proveedor se apoya en una metodología construida de manera conjunta, resultado de múltiples instancias de trabajo e intercambio tanto con cada institución involucrada como con el asesoramiento de OPS/OMS.

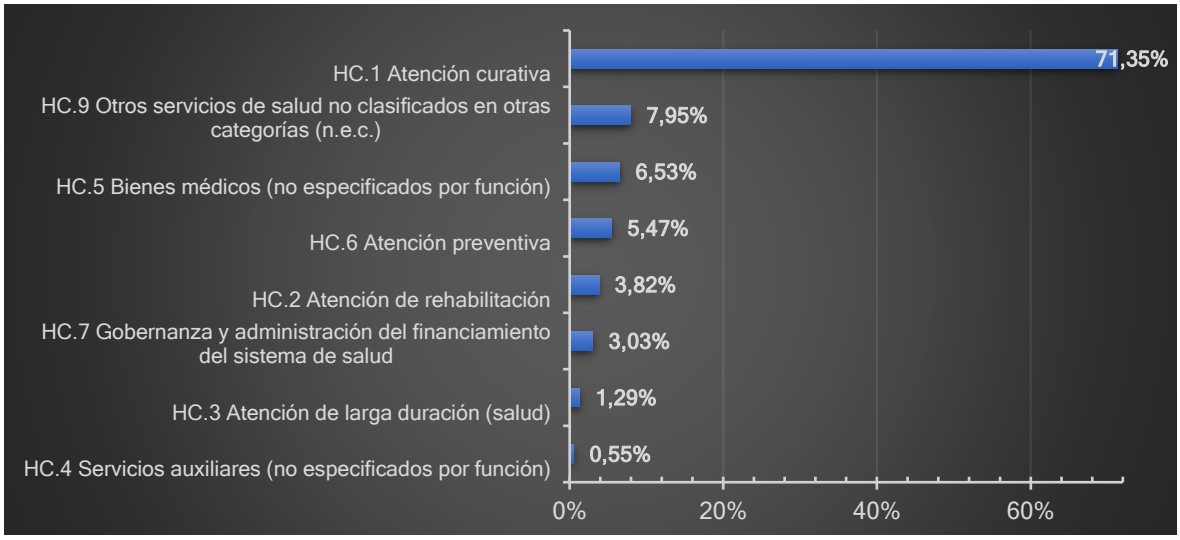
Si bien en la mayoría de los casos fue posible asignar el gasto desde esta perspectiva de funciones, persisten algunas situaciones puntuales en las que la información disponible no permitió desagregar la información de forma adecuada.

Desde que se comenzaron a realizar estas estimaciones, la estructura del gasto por funciones muestra una estabilidad muy notoria, donde la atención curativa concentra la mayor proporción del gasto, explicando más del 70% del gasto corriente. Si se excluye el componente no clasificado, en 2024 los bienes médicos constituyen el segundo rubro en importancia dentro de la distribución funcional, con una participación del 6,5%[1].

El gasto en atención preventiva ocupa el tercer lugar con 5,47% del gasto total en salud y en cuarto lugar el gasto en rehabilitación representa el 3,82%. Por su parte, el gasto en gobernanza representa 3% 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% y 0,55% respectivamente.

[1] Incluye el gasto en medicamentos efectuado por instituciones que no actúan como prestadores directos de servicios de salud, quedando excluido el gasto en medicamentos realizado por los propios prestadores, ya que forma parte de sus funciones de producción.

Gráfica 12. Estructura del gasto en salud por funciones a nivel país, año 2024



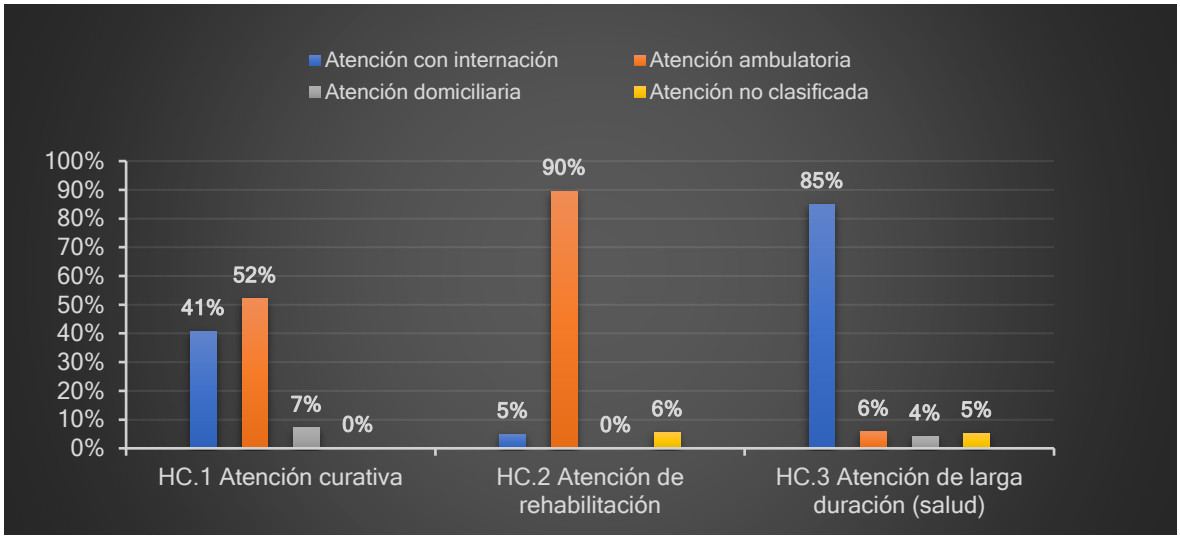
Dada la complejidad inherente a este enfoque analítico, los resultados presentados deben interpretarse como una primera aproximación al comportamiento agregado del sistema, sujeta a limitaciones y a futuras mejoras en la disponibilidad y calidad de la información.

La clasificación por modo de provisión

Cuando se analiza el gasto en atención según el modo de provisión, se considera si la atención fue brindada en forma ambulatoria, con internación o en el domicilio. Para el año 2024, el gasto en atención curativa del conjunto del sistema de salud se concentró mayoritariamente en la atención ambulatoria, que representó el 52,1% del total. La atención con internación explicó el 40,7% del gasto, mientras que la atención domiciliaria alcanzó el 7,1%. El gasto no clasificado fue mínimo, con apenas un 0,1%.

En el caso de la atención de rehabilitación, esta se realiza en su gran mayoría en el ámbito ambulatorio, donde se concentra el 85% del gasto. En cambio, la atención de larga duración se brinda casi exclusivamente mediante internación, modalidad que concentra el 89,7% del gasto.

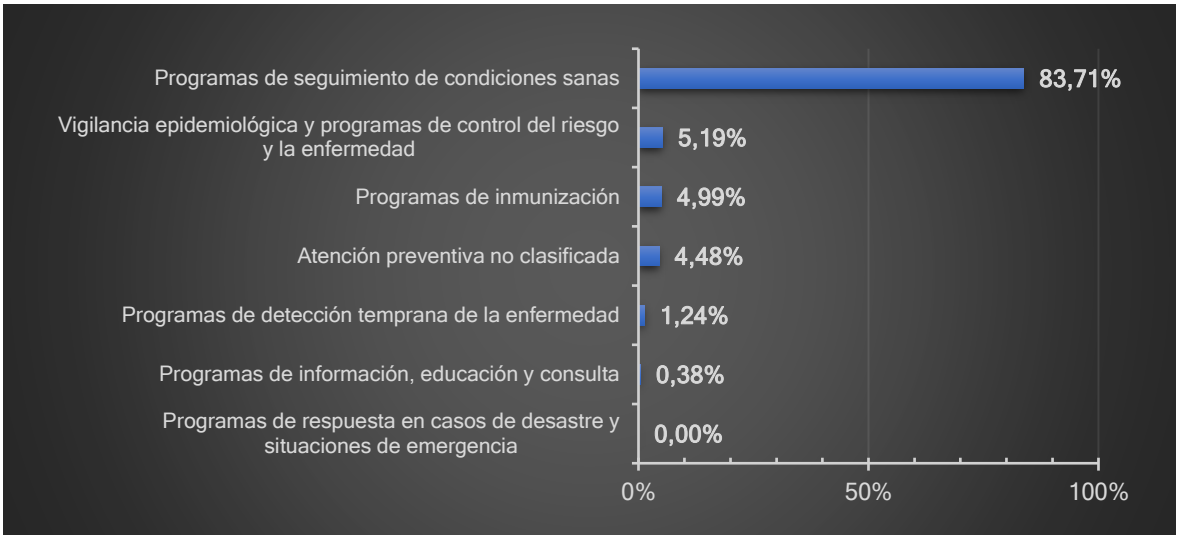
Gráfica 13. Gasto en atención por modo de provisión a nivel país, año 2024



El gasto en atención preventiva

Dentro del gasto en prevención a nivel del sistema, se destaca el correspondiente a los programas de seguimiento de condiciones sanas. En esta categoría se incluye el gasto que realizan los prestadores de salud a través de consultas médicas orientadas al control de la salud. En 2024, este componente representó el 84% del gasto total en atención preventiva.

Gráfica 14. Estructura del gasto en prevención a nivel país, año 2024

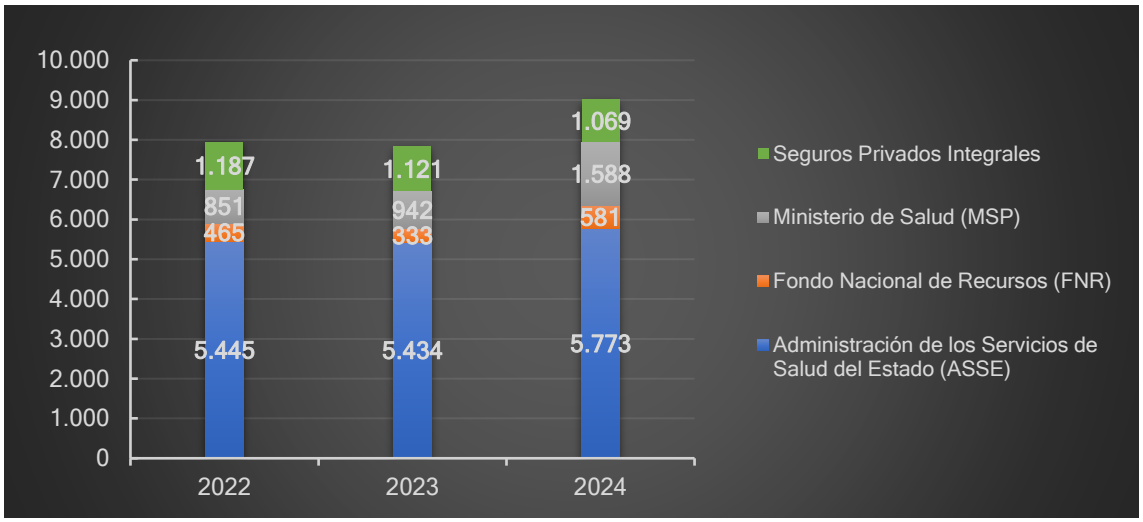


El gasto en programas de inmunización, que explicó el 5% del gasto en prevención y corresponde principalmente al gasto en vacunas. Este rubro incluye tanto la adquisición de vacunas, realizada en gran medida a nivel central por el MSP, como su posterior administración por parte de los prestadores de salud.

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

Finalmente, mientras que en 2019 el gasto no clasificado alcanzaba el 29%, en 2024 se redujo a 4%, lo que refleja el esfuerzo realizado para disminuir la proporción de rubros sin clasificar.

Gasto en gobernanza y administración

El gasto en gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7) representó el 3% del total del gasto en salud, al igual que en los últimos años. El 64% de ese gasto es realizado por ASSE, el 18% por el MSP, el 12% lo realiza los Seguros Privados y el 6% restante por el FNR.

Gráfica 15. Gasto por funciones en gobernanza y administración en millones de pesos constantes de 2024