



**Ministerio
de SALUD**

Cuentas de Salud Uruguay 2016-2017

Funciones de la Salud

AGOSTO 2019

EQUIPO DE CUENTAS DE SALUD - ÁREA ECONOMÍA DE LA SALUD

Contenido

Siglas	3
Tablas	2
Gráficos	2
Diagramas	3
1. Introducción	5
1.1 Presentación.....	5
1.2 Antecedentes.....	6
1.3 Marco conceptual	7
1.4 Las funciones de la salud	9
Objetivos.....	9
Medición del gasto en atención primaria en salud (APS)	10
Estrategia de Cobertura Universal	10
La clasificación de las funciones de la salud (HC)	11
1.5 Los proveedores de salud.....	14
2. Información disponible y estrategias de estimación	16
3. Resultados.....	18
3.1 Indicadores generales	18
3.2 Gasto en salud por proveedores	20
3.3 Gasto en salud por funciones	22
3.4 Gasto en salud por funciones de los proveedores	25
Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)	25
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	27
Hospital de Clínicas	29
Sanidad Policial	31
Sanidad Militar	32
Ministerio de Salud (MSP)	33
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	35
Banco de Seguros del estado (BSE)	37
Banco de Previsión Social (BPS).....	38
Intendencias departamentales.....	39
Comisiones Honorarias.....	40
Instituciones sin fines de lucro.....	41
Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM).....	42
Gasto en salud de los hogares.....	42
Otros proveedores públicos	45
Otros proveedores privados	45
4. Conclusiones	46
5. Perspectivas.....	48
6. Bibliografía.....	50
7. Anexo	51

Tablas

Tabla 1 Principales funciones de salud en 1999-2000, en porcentajes	7
Tabla 2 Clasificación por funciones de la salud (HC)	13
Tabla 3 Clasificación de proveedores (HP)	15
Tabla 4 Gasto corriente y gasto de capital en salud 2016-2017 en millones de pesos constantes de 2017	18
Tabla 5 Gasto total en salud 2005-2017 en pesos constantes de 2017	19
Tabla 6 Gasto total por proveedores en 2016 y 2017 en pesos corrientes y como porcentaje del total del gasto.....	21
Tabla 7 Estructura del gasto corriente por funciones en 2016 y 2017.....	22
Tabla 8 Gasto en atención curativa, año 2017	26
Tabla 9 Estructura del gasto en atención curativa en IAMC, año 2017	28
Tabla 10 Estructura del gasto en atención preventiva en IAMC, año 2017	29
Tabla 11 Cantidad de prestaciones autorizadas entre 2010 y 2017	37
Tabla 12 Gasto en salud de los hogares por proveedor, año 2017	43
Tabla 13 Gasto en salud de los hogares por funciones, año 2017.....	44

Gráficos

Gráfico 1 Gasto total en salud 2005-2017 en millones de pesos constantes de 2017 y como porcentaje del PIB	19
Gráfico 2 Estructura del gasto en salud por funciones, año 2017	23
Gráfico 3 Gasto en atención por modo de provisión, año 2017	24
Gráfico 4 Gasto en prevención, año 2017	24
Gráfico 5 Gasto por funciones ASSE, año 2017	25
Gráfico 6 Gasto por funciones ASSE sin considerar atención de larga duración, año 2017	27
Gráfico 7 Gasto por funciones en IAMC, año 2017	28
Gráfico 8 Gasto por funciones del Hospital de Clínicas, año 2017.....	30
Gráfico 9 Estructura del gasto en atención curativa del Hospital de Clínicas, año 2017	30
Gráfico 10 Estructura del gasto por funciones de Sanidad Policial, año 2017	31
Gráfico 11 Estructura del gasto en atención curativa de Sanidad Policial, año 2017	32
Gráfico 12 Estructura del gasto por funciones de Sanidad Militar, año 2017	32
Gráfico 13 Estructura del gasto por funciones del MSP, años 2016 y 2017	33
Gráfico 14 Estructura del gasto en atención preventiva del MSP, año 2017.....	34
Gráfico 15 Evolución del gasto en medicamentos de alto precio y endoprótesis del MSP en millones de pesos constante de 2017.....	35
Gráfico 16 Estructura del gasto por funciones del FNR, año 2017	36
Gráfico 17 Evolución en el número de tratamientos autorizados 2010-2017	37
Gráfico 18 Estructura del gasto por funciones del BSE, año 2017	38
Gráfico 19 Estructura del gasto por funciones del BPS, año 2017.....	39
Gráfico 20 Estructura del gasto por funciones para los programas de salud y policlínicas, año 2017	40
Gráfico 21 Estructura del gasto por funciones CH, año 2017.....	41
Gráfico 22 Estructura del gasto por funciones de ISFL, año 2017	42
Gráfico 23 Gasto de los hogares por funciones, año 2017	45

Diagramas

Diagrama 1 Relación entre los marcos del sistema de salud y las Cuentas de Salud.....	8
Diagrama 2 Enfoque triaxial.....	9
Diagrama 3 Funciones de salud y estrategias de cobertura universal.....	11

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
CEREMOS	Centro De Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial
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
INDT	Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos
INE	Instituto Nacional de Estadística
INISA	Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente
INOT	Instituto Nacional de Traumatología
INRU	Instituto de Reumatología
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
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
RAP	Red de Atención Primaria
SAI PPL	Sistema Atención Integral Personas Privadas de Libertad
SHA	System of Health Accounts
SIAP	Sistema Integrado de Administración de Personal
SIIF	Sistema Integrado de Información Financiera
SINADI	Sistema Nacional de Información
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
UTE	Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas

1. Introducción

1.1 Presentación

El Sistema de Cuentas de Salud (SHA¹ por su sigla en inglés) es una herramienta orientada a la generación de información sobre el gasto y el financiamiento de la atención en salud. Las Cuentas describen los flujos financieros relativos al consumo de bienes y servicios de salud del país desde la perspectiva del gasto. A su vez, constituyen el marco de referencia internacional para la contabilidad del gasto y financiamiento de la salud, por lo cual revisten una gran utilidad, tanto para la autoridad sanitaria, como para el resto de los actores del sistema.

El marco de Cuentas de Salud permite el abordaje del gasto del sistema desde múltiples perspectivas. Este informe se centra en la estimación del gasto según las funciones de la salud, es decir, por tipo de servicios, un enfoque orientado a identificar la finalidad u objetivo que persigue cada gasto realizado al interior del sistema sanitario. Es así que esta 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.

Este informe tiene como objetivo presentar los primeros resultados del gasto distribuido por funciones, para los años 2016 y 2017. Estas cifras constituyen los primeros frutos del trabajo que viene desarrollando el equipo de Cuentas de Salud, en conjunto con las instituciones del sistema que proveen la información. La metodología aplicada en la estimación del gasto de cada proveedor fue trabajada conjuntamente y es producto de múltiples instancias de intercambio. Con casi todas las instituciones se partió trabajando en el ámbito del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud² y luego se trabajó individualmente, o en pequeños grupos, con cada una de ellas. En algunos pocos casos hasta el momento no se dispuso de información suficiente para distribuir el gasto atendiendo a esta perspectiva de análisis.

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 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.

El documento se estructura de la siguiente forma: en primer lugar, se presentan los antecedentes de la estimación del gasto por funciones en nuestro país. En segundo término se plantea el marco conceptual que orienta el trabajo y los usos posibles del análisis del gasto del sistema por funciones de la salud en el marco de la estrategia de Cobertura Universal y la priorización de la atención primaria en salud. En un tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos del gasto en salud de los proveedores por funciones para los años 2016 y 2017. Luego, se expresan las principales conclusiones y se finaliza el trabajo reflexionando sobre las perspectivas de trabajo a futuro.

1.2 Antecedentes

Desde el año 2006, el Ministerio de Salud realiza de forma sistemática las Cuentas de Salud para Uruguay, momento en que se presentaron estimaciones relativas al año 2004. En diciembre de 2010 se publicaron Cuentas del período 2005-2008 y en el 2015 las correspondientes a los años 2009 y 2010 (con estimaciones preliminares de algunos agregados del gasto para 2011 y 2012). A fines de 2016, se presentaron estimaciones preliminares de Cuentas para el período 2011-2014, que abordaron el gasto en salud desde la perspectiva del financiamiento del sistema, utilizando por primera vez la metodología propuesta por el Sistema de Cuentas de Salud en su versión SHA2011³.

Por último, en noviembre de 2017, se presentó el informe "Cuentas de Salud en Uruguay 2011-2015", antecedente inmediato de este documento, donde se actualizaron y ampliaron las estimaciones elaboradas a finales del año 2016, incluyendo las cifras de gasto corriente y de capital de los proveedores de salud. Además, 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 (HF x FS), la matriz de factores de provisión de los proveedores de salud (FP x HP) y la cuenta capital de los proveedores de salud (HK x HP).

Luego de esto, el equipo se centró en incorporar a las Cuentas una perspectiva hasta entonces no abordada, comenzando así la aproximación conceptual y metodológica del gasto por funciones de la salud. El gasto en salud por funciones ha sido una dimensión poco estudiada para Uruguay. El único antecedente con el que se cuenta fue elaborado por la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración en el informe "Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud. Años 1999-2000", coordinado por la Ec. Fanny Trylesinski, en el marco del Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud para el MSP.

³ Hasta el momento se utilizaba la metodología SHA 1.0

En el documento se presentaron cuatro matrices: fuente de financiamiento - agente de financiamiento; agente de financiamiento - proveedor de servicios; costo de factores - proveedores de servicios; y proveedores de servicios - funciones de la salud. Los resultados de este último cruce son los que resultan relevantes para el desarrollo del presente trabajo. Así, se detallan las dificultades que existieron para realizar este tipo de análisis, en particular, porque los sistemas de información no están pensados para producir esta clase de información. Un aspecto que agregó complejidad al análisis fue la dificultad para establecer límites precisos entre las diferentes funciones, explicitándose que es probable que haya existido una sobreestimación de los gastos con carácter curativo y una subestimación de aquellos relacionados a lo preventivo. Así, se estimó que un 81% del gasto estaba vinculado a atención curativa y menos de un 0.5% a atención preventiva. Los fármacos y otros bienes médicos consumibles representaron en torno al 10% del gasto en salud. En la Tabla 1, se muestran los principales resultados a los que se llegó en el informe y las categorías de análisis que fueron utilizadas.

Tabla 1 Principales funciones de salud en 1999-2000, en porcentajes

	1999	2000
Servicios de atención curativa	81,7%	81,0%
Atención curativa intramuros con internación	37,1%	36,6%
Atención curativa en atención diurna	0,6%	0,6%
Atención curativa externa y ambulatoria	37,5%	37,3%
Servicios Curativos en el hogar	6,4%	6,4%
Servicios de atención rehabilitatoria	1,3%	1,3%
Servicios de larga estancia	2,4%	2,5%
Fármacos y otros bienes médicos consumibles	10,6%	10,1%
Prevención y control de enfermedades	0,3%	0,4%
Administración de programas de salud y aseguramiento	3,6%	4,7%
Funciones Relacionadas con la salud	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: Tomado de Trylesinski, Cervini & Estellano

Además del trabajo presentado anteriormente, no existen otros que hayan abordado esta dimensión de análisis del gasto.

1.3 Marco conceptual

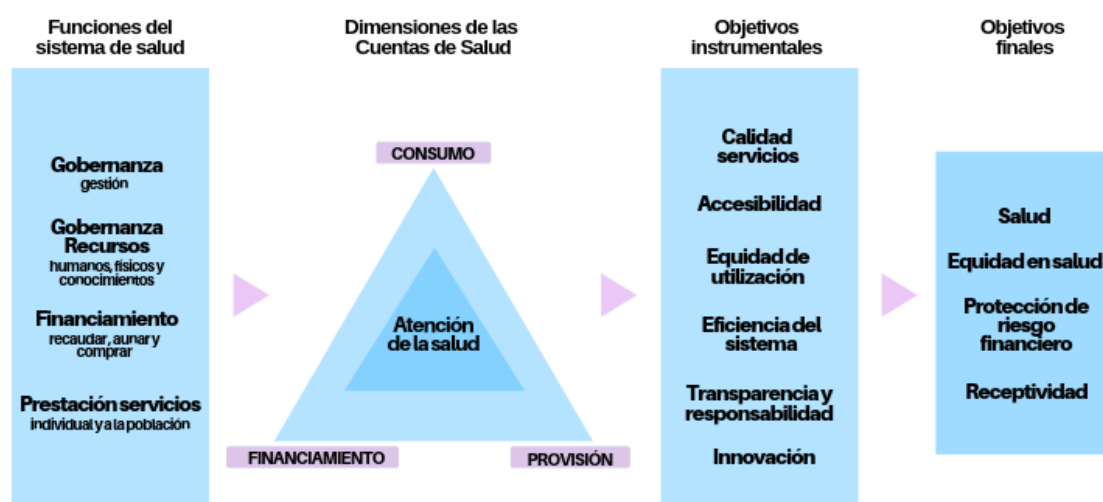
Las Cuentas de Salud se elaboran con el objetivo de informar la política sanitaria del país, en tanto el monitoreo y evaluación de indicadores de algunos de los objetivos del sistema deben desarrollarse a partir de los datos sobre el gasto. De acuerdo al manual SHA 2011:

“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)

A continuación se presenta un diagrama que vincula las Cuentas con los marcos de análisis del sistema de salud. Como se puede observar, las funciones del sistema de salud impactan en primer término en los objetivos instrumentales para luego influir en los objetivos finales del sistema de salud y esto se ve 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



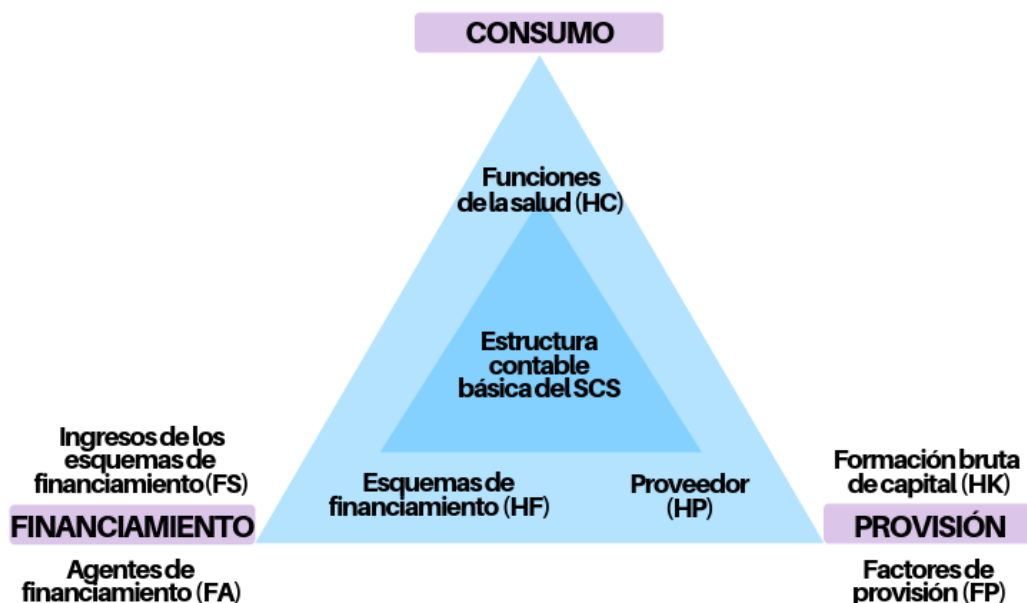
Fuente: Manual SHA2011.

Por su parte, el marco de las Cuentas se basa en un enfoque triaxial del gasto en salud, que implica que lo que se consume se ha producido y financiado previamente (ver Diagrama 2). A partir de este enfoque triaxial, el SHA 2011 desarrolla tres modelos analíticos en cada una de estas tres dimensiones, que permiten a los países centrarse en los aspectos de políticas de su 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 clasificaciones de esquemas de financiamiento, de agentes de financiamiento y de ingresos de los esquemas de financiamiento. El modelo de producción profundiza en las estructuras de los costos de la prestación de servicios de salud mediante la clasificación de factores de provisión y la formación de capital. Desde el punto de vista del consumo, el modelo de análisis se aborda mediante la clasificación de funciones de la salud y permitiría también 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



Fuente: adaptación del Manual SHA2011

En la edición pasada del informe de Cuentas, relativo a los años 2011-2015, se hizo un énfasis en la clasificación del financiamiento, incorporando por primera vez el análisis a partir de la clasificación de esquemas de financiamiento, y se abordó también la dimensión de la provisión de servicios y, a su interior, se analizó el gasto corriente y gasto de capital de los proveedores. En esta oportunidad, el análisis se centra en la dimensión del consumo, a través de la clasificación funcional.

1.4 Las funciones de la salud

Objetivos

La clasificación funcional se puede utilizar con una serie de objetivos. En primer lugar, permite agrupar bienes y servicios de salud por finalidad y así conocer cuánto gasta el sistema en cada uno de ellos. En segundo término, permite cruzar la clasificación de estos grupos con otras clasificaciones de las Cuentas de Salud de forma de conocer, por ejemplo, cuánto se gasta en rehabilitación en los hospitales, o cuánto destinan a la prevención los centros de atención ambulatoria. Permite conocer además cómo se financia la atención preventiva o dimensionar el gasto en medicamentos en atención hospitalaria. Por último, brinda la posibilidad de generar indicadores, tales como la proporción del gasto en atención curativa y preventiva, la distribución del gasto entre

la internación y la atención ambulatoria, o el gasto en administración y rectoría, entre otros.

En el caso de nuestro país, esta clasificación se presenta como una herramienta de gran utilidad para monitorear los cambios en el modelo de atención promovidos en el marco de la Reforma de la Salud y así orientar la toma de decisiones tanto a nivel político como en la propia gestión de los servicios sanitarios.

Medición del gasto en atención primaria en salud (APS)

La ley fundacional del SNIS establece que el Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones y propone como estrategia la atención primaria en salud (APS) y la priorización del primer nivel de atención.

Los modelos de salud basados en APS renovada “son iniciativas y esfuerzos de cambio profundo en el modelo de atención basados en la promoción de salud, un abordaje preventivo e integral, la calidad y dignidad del cuidado y el enfoque de género, que promueve la equidad, la universalidad, la solidaridad, la participación social, la intersectorialidad que permite lidiar con los determinantes sociales de la salud, y afirma y asegura el derecho universal a la salud.” (OPS, 2011, pág. 15)

El principal desafío a nivel internacional para implementar la medición del gasto en atención primaria de la salud responde a su propia definición; en primer lugar, porque la APS no refiere a servicios concretos, sino que se propone como una estrategia basada en ciertos valores como la equidad, para la organización de los sistemas y la provisión de los servicios; en segundo lugar, porque en la aplicación de esta estrategia en cada país surgen diferentes definiciones operativas.

La OMS ha intentado aproximarse a través de las Cuentas de Salud, y en particular por la clasificación de funciones, a la medición del gasto en APS. Se realizaron intercambios con una serie de países y se analizaron sus cifras, pero la elección de qué servicios incluir y de cuáles porcentajes considerar aún se encuentra en discusión.

Disponiendo de una definición operativa de la atención primaria sería posible monitorear el gasto del sistema de salud a lo largo del tiempo y compararlo a nivel internacional. Asimismo, al vincularlo con las fuentes de ingresos, permitiría determinar cuánto del financiamiento público y privado se destina a APS o, visto desde el ángulo opuesto, cuánto del gasto nacional en APS fue financiado con cada tipo de fuentes.

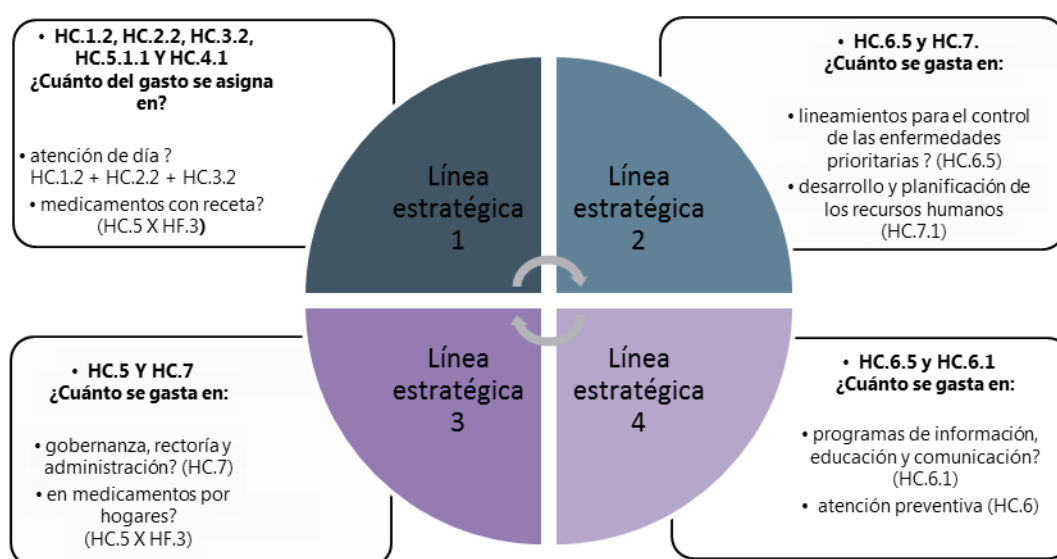
Estrategia de Cobertura Universal

Las Cuentas de Salud son una herramienta valiosa para informar el proceso de avance en dirección a la Cobertura Universal. En cuanto al financiamiento, las Cuentas brindan

indicadores que permiten monitorear la composición de las fuentes del gasto; es posible conocer cuánto es financiado con fuentes públicas, privadas y externas, cuánto representa el gasto de bolsillo y cómo se integra, para analizar la sostenibilidad del financiamiento, etc. Desde la perspectiva del gasto, es posible conocer mediante las Cuentas de qué forma evoluciona el gasto y cómo es canalizado entre agentes y proveedores, así como también la composición de los costos operativos y la inversión de los proveedores.

Las funciones de la salud, por su parte, brindan elementos para el análisis de las cuatro acciones estratégicas de la Cobertura Universal: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades (línea estratégica 1); fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza (línea estratégica 2); aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo, entendida como una barrera para el acceso a los servicios (línea estratégica 3); y fortalecimiento de la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (línea estratégica 4). En la siguiente ilustración se pueden ver algunos de los posibles vínculos entre las distintas categorías de la clasificación funcional y las líneas estratégicas de la Cobertura Universal.

Diagrama 3 Funciones de salud y estrategias de cobertura universal



Fuente: Curso Virtual de Cuentas de Salud 2018, Campus Virtual de Salud Pública (OPS)

La clasificación de las funciones de la salud (HC)

A continuación se presenta la clasificación por Funciones con todas las categorías con las que se trabajó en el presente informe de Cuentas de Salud. El cuadro resulta de la adaptación de la clasificación propuesta por SHA2011 a las estimaciones realizadas en nuestro país.

El primer dígito de la clasificación informa sobre el propósito del consumo, mientras que el segundo dígito informa sobre el modo de provisión, es decir, la forma en la que se consume y se ofrece el servicio. Por ejemplo, HC.1 corresponde a atención curativa y HC.1.1 corresponde a atención curativa con internación. El tercer dígito, permite conocer más detalle del gasto, por ejemplo, si se trata de atención general o especializada. El nivel de desagregación que tenga la información disponible en cada país determinará los dígitos de apertura en la distribución de su gasto.

Las categorías por modos de provisión identificadas por la metodología SHA2011 son: atención con internación, hospitalización de día, atención ambulatoria y atención domiciliaria. En el caso de nuestro país, se decidió por el momento no utilizar la categoría "atención de día" dado que es muy difícil distinguir estos servicios dentro de los registros administrativos. Este tipo de atención refiere a los servicios médicos y paramédicos planificados prestados a pacientes para su diagnóstico, tratamiento u otro tipo de atención, pero con la intención de darle el alta el mismo día.

En aquellos casos en que los proveedores pudieran identificar servicios de atención de día, cuando se haga un ingreso del paciente, se propuso que el gasto fuese incluido dentro de "atención con internación", mientras que se considerara "atención ambulatoria" cuando no existe el ingreso hospitalario. Este es el caso más frecuente de los servicios de diálisis y los tratamientos oncológicos (sesiones de radioterapia o quimioterapia). Se propuso, por ende, como criterio para la clasificación, la ocurrencia del ingreso hospitalario, independientemente de si se pasa la noche o no en el centro.

Los criterios principales que se utilizaron para diferenciar las categorías fueron:

- La atención con internación requiere el ingreso del paciente en un establecimiento de atención de salud
- La atención ambulatoria y domiciliaria se diferencian en función del lugar donde se prestan los servicios:
 - en la atención domiciliaria, los servicios se prestan en el domicilio del paciente
 - en la atención ambulatoria, se prestan los servicios en las instalaciones del proveedor de salud

Tabla 2 Clasificación por funciones de la salud (HC)

HC.1	Atención curativa		
	HC.1.1	Atención curativa con internación	
		HC.1.1.1	Atención curativa general con internación
		HC.1.1.2	Atención curativa especializada con internación
		HC.1.1.nec	Atención curativa con internación no clasificada
	HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	
		HC.1.3.1	Atención curativa general ambulatoria
		HC.1.3.2	Atención curativa ambulatoria odontológica
		HC.1.3.3	Atención curativa especializada ambulatoria
		HC.1.3.nec	Atención curativa ambulatoria no clasificada
	HC.1.4	Atención curativa domiciliaria	
	HC.1.nec	Atención curativa no clasificada	
HC.2	Atención de rehabilitación		
	HC.2.1	Atención de rehabilitación con internación	
	HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria	
	HC.2.4	Atención de rehabilitación domiciliaria	
	HC.2.nec	Atención de rehabilitación no clasificada	
HC.3	Atención de larga duración (salud)		
	HC.3.1	Atención con internación de larga duración	
	HC.3.3	Atención ambulatoria de larga duración	
	HC.3.4	Atención domiciliaria de larga duración	
	HC.3.nec	Atención de larga duración no clasificada	
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)		
	HC.4.1	Servicios de laboratorio	
	HC.4.2	Imágenes diagnósticas	
	HC.4.3	Transporte de pacientes	
	HC.4.nec	Servicios auxiliares no clasificados	
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función)		
	HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos	
		HC.5.1.1	Medicamentos con receta
		HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre
		HC.5.1.3	Otros bienes médicos perecederos
		HC.5.1.nec	Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos no clasificados
	HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	
		HC.5.2.1	Anteojos y otros productos para la visión
		HC.5.2.2	Audífonos
		HC.5.2.3	Otros dispositivos y prótesis ortopédicas
		HC.5.2.4	Todos los demás bienes médicos no perecederos incluidos los dispositivos técnicos
		HC.5.2.nec	Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos no clasificados
	HC.5.nec	Bienes médicos no clasificados	
HC.6	Atención preventiva		
	HC.6.1	Programas de información, educación y consulta	
	HC.6.2	Programas de inmunización	
	HC.6.3	Programas de detección temprana de la enfermedad	
	HC.6.4	Programas de seguimiento de condiciones sanas	
	HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	
	HC.6.6	Programas de respuesta en casos de desastre y situaciones de emergencia	
	HC.6.nec	Atención preventiva no clasificada	
HC.7	Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud		
	HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud	
	HC.7.2	Administración del financiamiento de la salud	
	HC.7.nec	Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud no clasificada	
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)		

Fuente: Manual SHA 2011

Cabe mencionar que los servicios auxiliares y bienes médicos fueron clasificados bajo HC.4 y HC.5, respectivamente cuando no se pudo identificar a qué función se asocia su

gasto. Es decir, si se conoce que determinado gasto en medicamentos fue hecho en internación con el objetivo de la atención curativa, no se asignará a HC.5.1 sino a HC.1.1.

Debe tenerse en cuenta que los servicios son ofrecidos por los proveedores, por lo cual la clasificación del gasto por funciones es analizada por cada proveedor, donde cada proveedor puede ofrecer una diversidad de funciones. De esta forma, se obtiene la matriz que cruza Funciones (HC) por Proveedores (HP). A continuación se presenta la clasificación de Proveedores bajo el marco SHA 2011 y cómo fueron clasificados los proveedores del SNIS en cada una de las categorías.

1.5 Los proveedores de salud

Los proveedores son organizaciones y/o actores que brindan bienes y servicios de atención a la salud. El uso de la clasificación de proveedores (HP) permite colocarlos en categorías internacionalmente comparables, describir la estructura del sistema de salud y el gasto según la tecnología de las organizaciones y actores que ofrecen los servicios de salud y permiten la generación de indicadores para el monitoreo del gasto cruzando con otras clasificaciones de las Cuentas.

Los proveedores pueden clasificarse en primarios y secundarios. Son proveedores primarios aquellos cuya actividad principal es la prestación de bienes y servicios de salud definidos en la clasificación funcional central. A modo de ejemplo, se encuentran en esta categoría los centros de salud, los hospitales, el Ministerio de Salud, las farmacias, etc. Los proveedores secundarios, por su parte, son aquellos que prestan servicios de salud en adición a su actividad económica principal que puede estar vinculada o no a la salud.

Uno de los criterios a tener en cuenta para la clasificación de proveedores es observar la actividad principal que desarrolla. Si la producción de salud es más del 50% del valor agregado se trata de un proveedor primario en salud, de lo contrario, se estaría ante la presencia de un proveedor secundario. Por otro lado, se debe observar la clasificación funcional para delimitar el tipo de bienes y servicios de salud que ofrece el proveedor. En general, los proveedores de salud ofrecen más de una función. Por último, se debe apreciar la tecnología involucrada en los servicios (entendida como especialidad, infraestructura y equipamiento) ya que determina su nivel de complejidad.

Cuanto mayor sea la variedad de servicios ofrecidos por el proveedor en cuestión, más distribuido estará su gasto por funciones y, por ende, más difícil resulta clasificarlo como un tipo de proveedor. Este es el caso de los prestadores integrales en nuestro país, cuya cobertura se brinda a través de una serie de servicios de diversa índole, con variados objetivos y modos de provisión. Es así que a partir de la creación del Seguro

Nacional de Salud (SNS) en el año 2008 se considera 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 (FONASA) para brindar cobertura integral a sus afiliados. En particular 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 la Tabla 3 se presenta la clasificación de los proveedores del sistema de salud de Uruguay utilizada para la elaboración del presente informe.

Tabla 3 Clasificación de proveedores (HP)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NOMBRE
Prestadores Integrales		
	Públicos	ASSE
		Sanidad Militar
		Sanidad Policial
	Privados	IAMCS
		Seguros Privados Integrales
HP.1	Hospitales	
HP.1.1	Hospital General	Hospital de Clínicas
HP.1.3	Hospital especialidades	BPS - Sanatorio
		BSE - Sanatorio
HP.3	Proveedores de salud ambulatoria	
HP.3.1	Consultorios médicos	Programas de Salud/Policlinicas de Intendencias
		Consultorios médicos privados
HP.3.2	Consultorios odontológicos	Consultorios odontológicos
HP.3.4	Centros de salud ambulatoria	Seguros Parciales y Emergencias Móviles
HP.4	Proveedores de servicios auxiliares	
HP.4.2	Laboratorios diagnósticos y médicos	CUDIM (imagenología)
HP.5	Minoristas y otros proveedores de bienes médicos	
HP.5.1	Farmacias	Farmacias
HP.5.2	Minoristas y otros proveedores de dispositivos y bienes médicos no perecederos	Artefactos y equipos
HP.5.9	Todos los demás minoristas y otros proveedores de productos farmacéuticos y médicos	
HP.6	Proveedores de atención preventiva	
		Comisiones Honorarias
HP.7	Proveedores de administración y financiamiento del sistema de salud	
HP.7.1	Organismos gubernamentales de administración de la salud	MSP
		FNR
HP.7.2	Otros organismos de administración de la salud	Caja Notarial
HP.8	Resto de la economía	
HP.8.9	Otras ramas de actividad no clasificadas	Intendencias (Seguros y otros)
		BHU
		ANCAP
		Otros públicos
HP.9	Resto del mundo	
		Servicios Contratados en el exterior
		IMAE exterior
HP.nec	Otros no clasificados	
		IMAE
		Otros proveedores privados

Fuente: elaboración propia en base a SHA 2011

Atendiendo a las características particulares de los prestadores integrales del SNIS, responsables de la atención PIAS para su población (la cual alcanza a todos los niveles asistenciales), la clasificación de proveedores adoptada para Uruguay los considera en una categoría separada, diferente de las propuestas por el SHA2011. Esta decisión metodológica responde básicamente a dos razones: por un lado, la información disponible para estos prestadores se presenta de forma agregada, reflejando su responsabilidad sobre el plan integral de prestaciones; por otro lado, resulta de interés para la autoridad sanitaria y la elaboración de políticas, el monitoreo institucional de estos proveedores tanto en lo que tiene que ver con su desempeño económico como asistencial.

2. Información disponible y estrategias de estimación

La clasificación por funciones es una de las que mayores dificultades presenta dentro del marco de las Cuentas de Salud, debido a que la información disponible en los registros de los proveedores en ningún caso permite asignar el gasto de forma directa a las categorías definidas por la clasificación funcional. Esto torna imprescindible el trabajo conjunto y el intercambio permanente con quienes producen la información de las instituciones involucradas, de modo de acordar los supuestos a utilizar y realizar las estimaciones pertinentes que permitan acercarse al objetivo.

En este sentido, todo el proceso de construcción del gasto en salud por funciones derivó en la convocatoria en varias ocasiones del Comité Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud⁴ así como encuentros bilaterales con los productores de la información. Este trabajo en conjunto implicó en primer lugar, comprender la disposición o el tipo de información que implica la clasificación funcional, luego elaborar las propuestas metodológicas que lo permitieran y, por último, validar esas metodologías de estimación. Cabe mencionar, que en esta instancia por primera vez en el marco de las Cuentas se trabajó con diversos prestadores de manera similar a lo realizado con las instituciones públicas integrantes del Comité.

A continuación se plantean algunos de los desafíos que fue necesario afrontar en la elaboración de las estimaciones aquí presentadas y un breve resumen de las estrategias metodológicas desarrolladas.

⁴ El Comité, creado en 2011, 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.

Para la mayoría de los organismos públicos⁵, la información derivó de los Balances de Ejecución Presupuestal (Rendiciones de Cuenta) de la Contaduría General de la Nación (CGN). Como en la mayoría de los casos, la forma en que están registrados los gastos no permite una sencilla asignación a las diferentes funciones de salud. Sin embargo, algunos de los objetos de gasto, como el caso de los medicamentos y las vacunas, son fácilmente identificables por lo que pudieron asignarse directamente a la función correspondiente. Para la distribución de las remuneraciones, servicios contratados y demás rubros se recurrió a información cualitativa sobre el tipo de servicios prestados, por ejemplo, si las actividades son principalmente curativas o preventivas. En el caso de los servicios contratados se consultó sobre el tipo de servicio y en función de eso se realizó la distribución por funciones de la salud.

Para otro grupo de instituciones, tales como las Comisiones Honorarias, Instituciones Sin Fines de Lucro, como ser ONG de la salud, las empresas públicas, los Seguros Privados Integrales y el Fondo Nacional de Recursos (FNR), la información de base fueron sus Estados Contables. En los primeros casos esa información es pública por lo que la clasificación se realizó a partir de información cualitativa del tipo de servicios provistos. En el caso del FNR, el equipo trabajó en conjunto con los proveedores de información recurriendo a datos auxiliares disponibles en la institución que permitieran reclasificar y adecuar la información de los Estados Contables a la clasificación funcional del SHA2011.

Una tercera aproximación a la estimación fue la realizada para las IAMC y ASSE. En estos casos la principal fuente de información fue la Estructura de Costos de Atención en Salud (ECAS) que consiste en, información extra contable que les es solicitada de forma anual a estos prestadores, en la que presentan su gasto distribuido por centro de costos (policlínica, internación en cuidados moderados y CTI/CI de adultos y niños, urgencia/emergencia, etc). Algunos de estos centros de costos, en particular los vinculados a internación, son fácilmente clasificables como atención curativa con internación. En el caso de lo ambulatorio, la clasificación no es tan directa, por lo que se trabajó en conjunto con los proveedores de la información para la construcción de supuestos sobre la cantidad de consultas curativas y preventivas por especialidad. A partir de allí se hizo la clasificación funcional en: ambulatorio curativo, rehabilitación o preventivo. En el caso de ASSE se utilizó además la información de Rendición de Cuentas por Unidad Ejecutora, y algunas de estas, que cuentan con servicios de salud fácilmente clasificables por funciones, se asignaron directamente. En las IAMC la información adicional utilizada fueron los Estados Contables y para ambos tipos de prestadores se contó además con información de producción asistencial presentada ante el Sistema Nacional de Información (SINADI).

⁵ Ministerio de Salud, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Universidad de la República, Hospital de Clínicas, INAU, otros ministerios e Intendencias Departamentales.

Por último, para la estimación del gasto en salud de los hogares realizado en otros proveedores de salud se reprodujo la metodología de estimación utilizada en el documento “Gasto en salud de los hogares en el Uruguay 2000- 2015” (Lavalleja- Terra, 2017). En informes anteriores este gasto se presentó como un total en “Otros proveedores privados”, mientras que en esta oportunidad se asignó a distintos proveedores como consultorios médicos, consultorios odontológicos, farmacias, hospitales, laboratorios médicos y de diagnóstico, minoristas y otros proveedores de bienes médicos, a partir de la apertura de los rubros de gasto disponibles en la Encuesta de Gasto e Ingresos de los Hogares (ENGIH).

3. Resultados

En primer término se presentan algunos indicadores generales sobre el gasto en salud, luego se plantean las cifras de gasto de los proveedores y la distribución por funciones de todo el sistema de salud y, por último, los resultados del gasto de cada proveedor, o grupo de instituciones, distribuido por funciones de la salud.

3.1 Indicadores generales

En este apartado se presentan valores totales del gasto en salud del sistema para los años 2016 y 2017, así como algunos indicadores generales en series desde el año 2005. Como se aprecia en el cuadro que sigue, el gasto corriente representó 98% del gasto total en salud en 2016, mientras que las inversiones se ubicaron en el entorno del 2%. En el año 2017 el gasto corriente fue el 97.4% y las inversiones el 2.6% restante.

Por su parte, se observa que el gasto total del año 2017 presentó un aumento en términos reales del orden del 2.7% en relación al año anterior.

Tabla 4 Gasto corriente y gasto de capital en salud en millones de pesos constantes de 2017

	2016	2017
Gasto corriente	155.170	158.254
Gasto de capital	3.098	4.216
Gasto total	158.268	162.469

A continuación se presenta una serie del gasto total en salud que permite apreciar la variación en términos reales, es decir, descontando la inflación del período⁶. Se presenta el gasto total, el gasto per cápita anual y el indicador de gasto en salud en relación al Producto Interno Bruto (PIB).

⁶ 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.

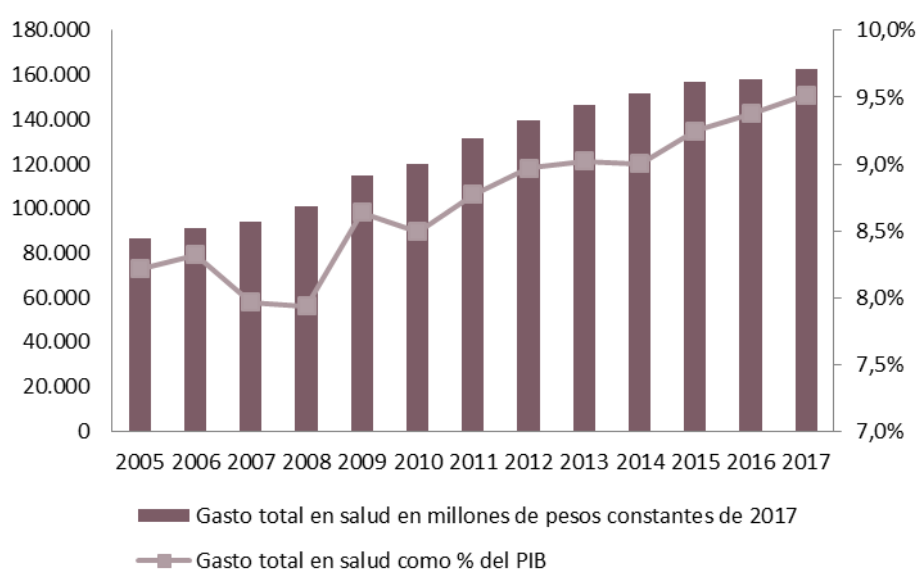
Tabla 5 Gasto total en salud 2005-2017 en pesos constantes de 2017

	Gasto total en salud (millones de pesos)	Gasto per cápita (anual)	% del PIB
2005	86.518	25.808	8,2%
2006	91.364	27.208	8,3%
2007	94.268	28.066	8,0%
2008	100.826	29.980	7,9%
2009	115.115	34.077	8,6%
2010	119.968	35.319	8,5%
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	158.268	45.476	9,4%
2017	162.469	46.510	9,5%

Fuente PIB: Banco Central del Uruguay (BCU)

El gasto en salud per cápita en 2017 es 88% superior al de 2005. Por su parte, el indicador de gasto en relación al pasa de 8.2% al inicio del período a 9.5% al final. Esto se explica porque el gasto en salud aumentó en promedio 5% por año, y se dio en el contexto de crecimiento económico nacional del orden del 4% anual en el promedio de los últimos 12 años.

Gráfico 1 Gasto total en salud 2005-2017 en millones de pesos constantes de 2017 y como porcentaje del PIB



3.2 Gasto en salud por proveedores

A continuación se presenta el gasto total en salud de los diferentes proveedores de servicios de salud del sistema agrupados bajo las categorías de clasificación de proveedores (HP). También se muestra la participación de su gasto en el total del sistema. Cabe recordar que los prestadores integrales no fueron clasificados atendiendo a la clasificación HP dado que la multiplicidad de actividades y niveles de atención que engloba su actividad implicaría forzar la clasificación.

Al mirar los prestadores integrales se observa que 44.5% del gasto en salud del sistema se realiza en el conjunto de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que representan el 57% de las coberturas integrales del SNIS. En segundo lugar, ASSE realiza el 18% del gasto y constituye el 34% de las afiliaciones del sistema. Los seguros privados integrales por su parte, realizan el 4.6% del gasto, y comprenden el 3% de las coberturas. En tanto, Sanidad Militar y Sanidad Policial efectúan aproximadamente 2% del gasto total y cubren a 4% y 3% respectivamente.⁷

Los seguros privados parciales (emergencias móviles, ANDA y otros) representan aproximadamente 4.3% del gasto en los años considerados. El Hospital de Clínicas concentra 1.75% del gasto nacional y el gasto del MSP se ubica en el entorno del 1.25%. El BPS y el BSE representan, cada uno, un gasto apenas superior al 1%. El gasto en el FNR, sumado a los servicios contratados en los IMAE privados, explica el 4% del gasto sanitario del país⁸.

⁷ Los datos de afiliaciones surgen del RUCAF y corresponden al mes de diciembre de 2017. El total de registros de los distintos prestadores es mayor al total de la población del país en tanto hay beneficiarios con más de una cobertura.

⁸ Para el cálculo de este porcentaje, se excluye el gasto en IMAE públicos y en IMAE de IAMC, que se considera dentro del gasto de sus respectivas instituciones.

Tabla 6 Gasto total por proveedores en 2016 y 2017 en pesos corrientes y como porcentaje del total del gasto

	2016	2017	2016	2017
Prestadores integrales				
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	27.282.983.387	29.810.731.016	18,31%	18,35%
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	65.828.246.856	71.994.074.017	44,18%	44,31%
Sanidad Militar	3.084.586.869	3.438.030.380	2,07%	2,12%
Sanidad Policial	2.928.333.561	3.437.362.991	1,97%	2,12%
Seguros Privados Integrales	7.134.605.416	7.446.540.139	4,79%	4,58%
HP.1 Hospitales				
Banco de Previsión Social (BPS)	1.657.893.481	1.636.453.465	1,11%	1,01%
Banco de Seguros del Estado (BSE)	1.536.105.248	1.910.034.283	1,03%	1,18%
Clínicas privadas de internación	134.284.021	143.039.977	0,09%	0,09%
Clínicas quirúrgicas	990.502.611	1.055.088.086	0,66%	0,65%
Hospital de Clínicas	2.576.056.738	2.925.798.831	1,73%	1,80%
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria				
Consultorio odontológico particular	3.790.917.275	4.165.650.622	2,54%	2,56%
Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos	1.409.043.995	1.536.700.995	0,95%	0,95%
INAU	847.466.278	947.340.155	0,57%	0,58%
Intendencias Departamentales - Programas de Salud y Policlínicas	554.914.489	570.956.859	0,37%	0,35%
Seguros parciales (gasto directo)	330.640.029	362.387.232	0,22%	0,22%
Seguros Privados Parciales	6.419.064.724	6.909.581.999	4,31%	4,25%
HP.3.1.nec Consultorios médicos no clasificados según especialidad				
Consultorio médico particular	488.105.464	526.618.280	0,33%	0,32%
HP.4 Proveedores de servicios auxiliares				
CUDIM	214.084.672	210.655.651	0,14%	0,13%
Laboratorios	1.409.043.995	1.536.700.995	0,95%	0,95%
HP.5 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos				
Farmacias	8.625.170.149	9.489.434.758	5,79%	5,84%
Otros proveedores de bienes médicos	1.556.291.752	1.536.519.023	1,04%	0,95%
HP.6 Proveedores de atención preventiva				
Comisiones Honorarias	1.140.971.582	1.261.423.143	0,77%	0,78%
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	3.987.247	4.072.818	0,00%	0,00%
HP.7 Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud				
Caja Notarial	7.928.498	9.064.283	0,01%	0,01%
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	1.387.377.153	1.532.275.252	0,93%	0,94%
Ministerio de Salud (MSP)	1.887.843.239	2.050.762.664	1,27%	1,26%
HP.8 Resto de la economía				
Intendencias Departamentales - Beneficios a funcionarios	79.779.588	76.719.366	0,05%	0,05%
HP.8.nec Otras ramas de actividad no clasificadas				
ANCAP	286.107.709	141.364.197	0,19%	0,09%
BHU- ANV	125.228.249	106.205.088	0,08%	0,07%
Otras empresas públicas	547.298.524	542.884.944	0,37%	0,33%
Otros ministerios y organismos públicos de la Administración Central	323.213.588	343.471.368	0,22%	0,21%
HP.nec Otros proveedores no clasificados				
Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	4.412.321.250	4.811.432.996	2,96%	2,96%
Gasto corriente total	149.000.397.635	162.469.375.872	100,00%	100,00%

3.3 Gasto en salud por funciones

En este apartado se presenta la estructura general del gasto corriente del sistema sanitario distribuido por funciones de la salud para el año 2017.

Tabla 7 Estructura del gasto corriente por funciones en 2016 y 2017

	2016	2017
HC.1 Atención curativa	72,3%	72,6%
HC.2 Atención de rehabilitación	5,2%	5,3%
HC.3 Atención de larga duración (salud)	2,0%	2,0%
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	0,6%	0,7%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	7,0%	7,0%
HC.6 Atención preventiva	5,4%	5,4%
HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	0,5%	0,5%
HC.9 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)	6,8%	6,5%
	100%	100%

A nivel del sistema la mayor parte del gasto se concentra en la atención curativa, la que representa alrededor de 72.5% del gasto corriente total. El segundo lugar lo ocupan los bienes médicos (medicamentos, artefactos e insumos), que representan 7% del gasto del sistema. Cabe mencionar que éste es el gasto en bienes médicos que no fue posible asignar a ninguna de las demás funciones. Se concentra fundamentalmente en el gasto particular que hacen los hogares, ya que todo el gasto en medicamentos que se realiza en proveedores del sistema (tales como las IAMC, ASSE, hospitales y todos los servicios que fueron consultados), se asignó a las funciones que correspondían, principalmente a la atención curativa (HC.1).

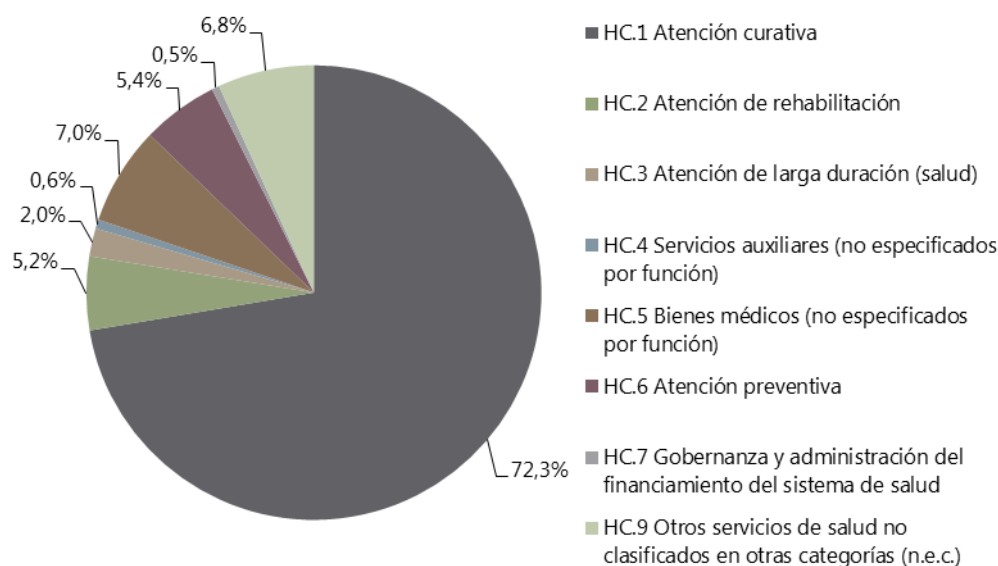
En tercer lugar se ubica el gasto en prevención, que representa 5.4% del gasto, y refiere tanto a las acciones del gobierno de carácter colectivo, como ser programas de salud, compras de vacunas, etc, como a la atención con fines preventivos en los servicios individuales. En un orden de gasto comparable se ubica el gasto en rehabilitación, que representa 5.3% del gasto a nivel país. A continuación se identifica un 2% del gasto destinado a servicios de atención de larga duración. Luego, se encuentra el gasto en servicios auxiliares, que representa el 0.7% del gasto y, 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 en salud del país.

En último término, vale comentar que el 6.5% del gasto no pudo ser asignado a ninguna categoría en esta oportunidad, al tratarse de instituciones de las que no se cuenta con información suficiente como para asignar su gasto por funciones de la salud. Este es un guarismo razonable en el marco de las experiencias internacionales, en tanto las Cuentas, al abordar el gasto sanitario de todo el sistema, siempre tienen

una proporción del gasto que no es posible identificar y otra que, aunque identificado, no es posible clasificar, como en este caso.

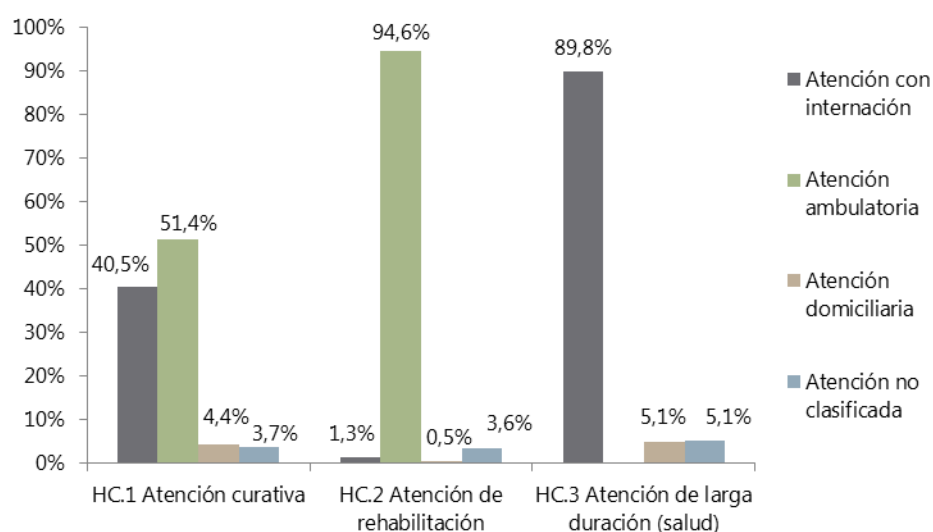
En el siguiente gráfico se puede observar la estructura de gasto por funciones para la totalidad de los proveedores del sistema para el año 2017. En términos generales, la estructura no varía de forma considerable entre un año y otro, por lo cual en lo que sigue del documento se opta por presentar los resultados relativos al año 2017.

Gráfico 2 Estructura del gasto en salud por funciones, año 2017



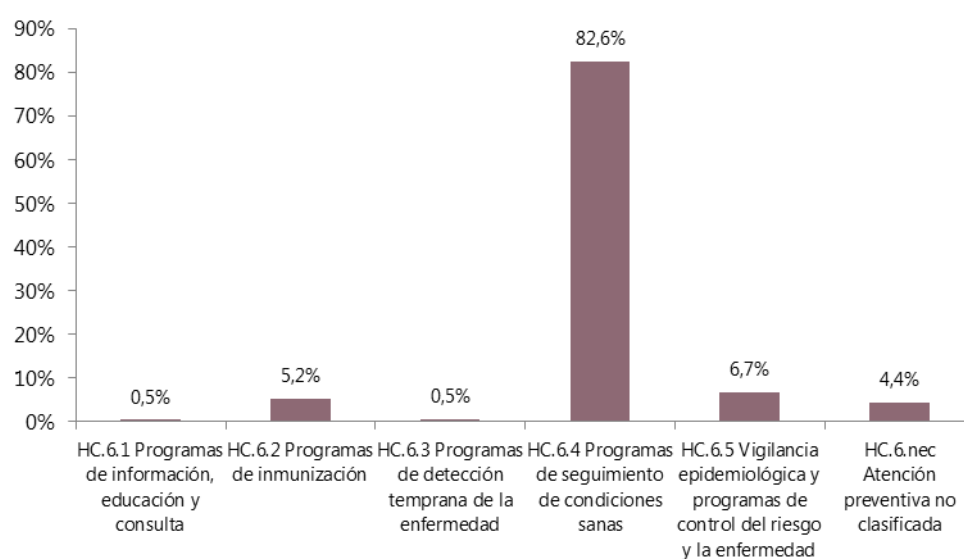
El siguiente gráfico presenta la desagregación de cada **tipo de atención según modo de provisión** (segundo dígito). Tal cual cabe esperar, el gasto en atención de rehabilitación se realiza casi en su totalidad en atención ambulatoria (94.6%) y el gasto en atención de larga duración se concentra en internación (89.8%). Por su parte, el gasto en atención curativa, a nivel de todo el sistema sanitario, se distribuye de la siguiente forma: 40,5% se realiza en atención con internación, 51.4% en atención ambulatoria, 4.4% corresponde a gasto en atención domiciliaria y el 3.7% restante no pudo ser asignado a ninguna de los modos de provisión anteriores.

Gráfico 3 Gasto en atención por modo de provisión, año 2017



A continuación se presenta la apertura del **gasto en prevención** a nivel del sistema, donde se observa que cerca del 83% del gasto corresponde al seguimiento de condiciones sanas (HC.6.4). Vale mencionar que se está clasificando bajo esta categoría el 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), representa 6.7% del gasto en prevención, y es efectuado en su totalidad por el Ministerio de Salud y Comisiones Honorarias. El gasto clasificado bajo programas de inmunización (HC.6.2), que asciende a 5.2% del gasto preventivo, refiere a las vacunas, 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 4 Gasto en prevención, año 2017



3.4 Gasto en salud por funciones de los proveedores

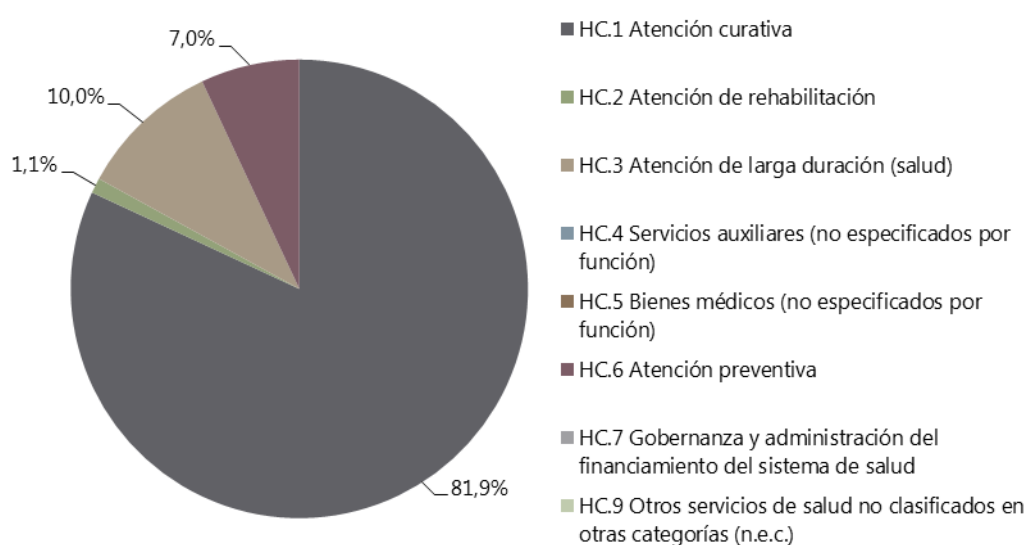
A continuación se presentan los resultados preliminares derivados de aplicar la clasificación de funciones de la salud (HC), en su cruce con la clasificación de proveedores (HP). En el anexo se pueden encontrar las matrices para 2016 y 2017 del cruce de estas dos clasificaciones.

Se presenta el gasto por funciones de los proveedores del sistema; en algunos casos se presentan agrupados con el objetivo de realizar comparaciones, mientras que en otros casos la agrupación se utiliza simplemente a efectos de la presentación de los resultados.

Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

ASSE realiza el 18.12% del gasto corriente en salud del país en el año 2016. En 2017, en tanto, asciende a 28.991 millones de pesos, representando el 18.32%. La estructura del gasto por funciones en los dos años considerados no muestra mayores variaciones.

Gráfico 5 Gasto por funciones ASSE, año 2017



La atención curativa representa el 81.9% del gasto corriente del principal prestador público. El 50.8% de ese gasto es en internación, el 48.9% curativo ambulatorio y un 0.3% se destina a la atención curativa domiciliaria.

Tabla 8 Gasto en atención curativa, año 2017

Atención curativa ASSE 2017	%
HC.1.1 Atención curativa con internación	50,8%
HC.1.1.1 Atención curativa general con internación	0,0%
HC.1.1.2 Atención curativa especializada con internación	0,0%
HC.1.1.nec Atención curativa con internación no clasificada	50,8%
HC. 1.3 Atención curativa ambulatoria	48,9%
HC.1.3.1 Atención curativa general ambulatoria	0,0%
HC.1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica	0,7%
HC.1.3.3 Atención curativa especializada ambulatoria	0,0%
HC.1.3.nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	48,2%
HC.1.4 Atención curativa domiciliaria	0,3%

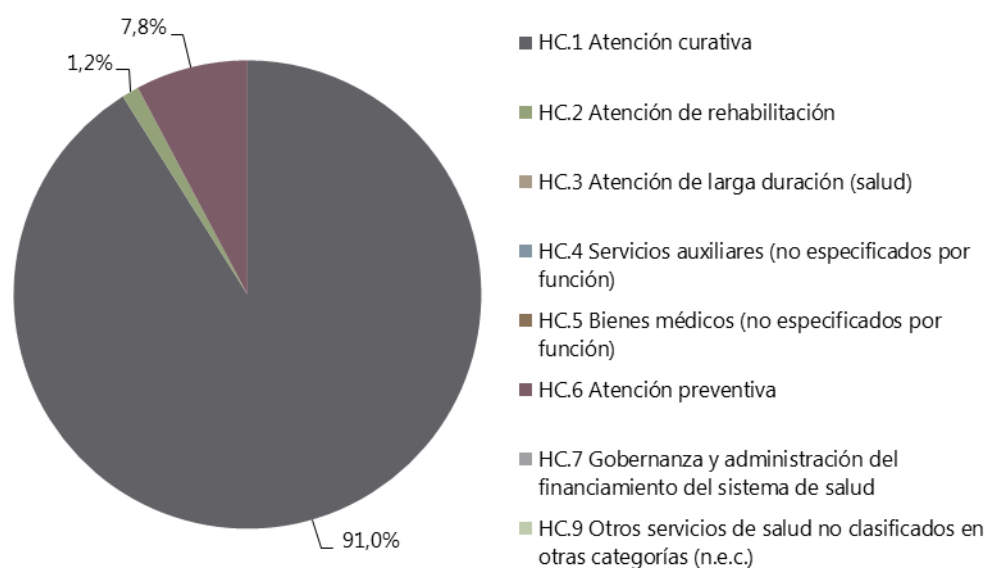
Dentro de atención curativa con internación se consideran todos los servicios de internación de cuidados moderados y CTI/CI, block quirúrgico y partos así como parte del gasto de las Unidades Ejecutoras Hospital Vilardebó, Instituto Nacional del Cáncer (INCA), Instituto de Traumatología (INOT) e Instituto de Reumatología (INRU).

La atención curativa ambulatoria, en tanto, incluye una cuota parte de las consultas (el resto se asignan a preventivo), los servicios de Urgencia/Emergencia, las consultas odontológicas, el Sistema de Atención Integral a Personas Privadas de Libertad (SAI PPL) y parte del INOT.

El gasto en rehabilitación representa el 1,1% e incluye una cuota parte de los servicios del Hospital Vilardebó, INOT e INRU y todo el gasto del Portal Amarillo.

Una particularidad en la clasificación funcional del gasto de ASSE es la importancia relativa que tiene la atención de larga duración (ALD) que no se observa con esa magnitud en ningún otro prestador. Mientras en ASSE explica el 10% del gasto, en el promedio del país solo representa el 2.1%. En ese rubro además de los cuidados paliativos se está considerando buena parte del gasto realizado en el Piñeiro del Campo y en el Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS) dedicados a la atención de personas en situación de vulnerabilidad y dependencia debido a la vejez o a problemas de salud. Dado que este tipo de servicios no se brinda en ningún otro prestador es interesante observar la estructura del gasto de ASSE suponiendo que no existiera gasto en ALD para de ese modo hacerla comparable a la de otros prestadores integrales del sistema.

Gráfico 6 Gasto por funciones ASSE sin considerar atención de larga duración, año 2017



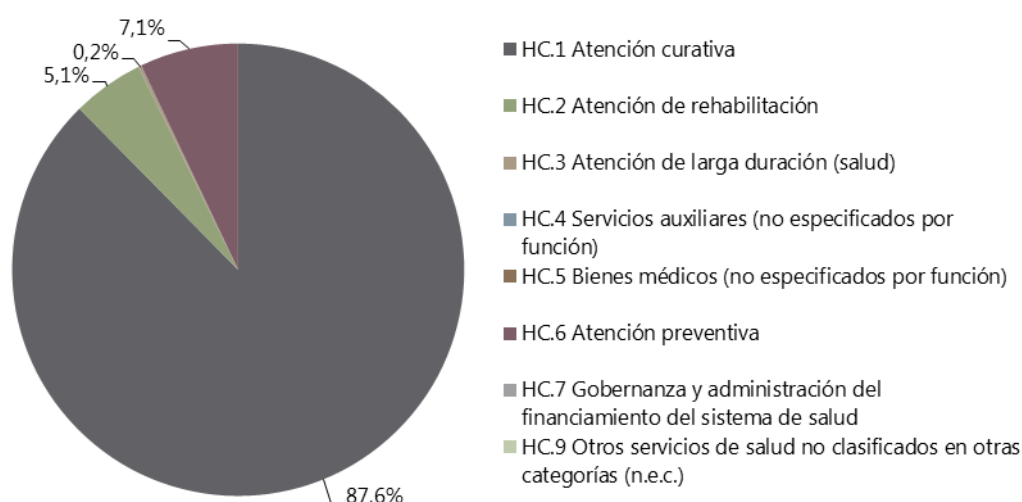
Como se observa en el gráfico el gasto curativo pasa de representar 81,9% a 91% y el gasto en atención preventiva pasa de 7% a 7,8% superando al observado en las IAMC (7,1%).

El gasto en atención preventiva, por último, incluye la cuota parte de las consultas en policlínica, tanto médicas como odontológicas que el prestador estimó que son de carácter preventivo y la totalidad del gasto vinculado a carné de salud.

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

Las IAMC, con el 44,2% en 2017, son el prestador con mayor peso en el total del gasto en salud del país, siendo también allí donde recibe cobertura de su salud la mayor parte de la población.

Gráfico 7 Gasto por funciones en IAMC, año 2017



El 87,5% del gasto en salud se destina a la atención curativa, proporción que se ubica por encima del promedio del país (72.4%) y de ASSE (81.9%).

Tabla 9 Estructura del gasto en atención curativa en IAMC, año 2017

	%
HC.1.1 Atención curativa con internación	38,10%
HC.1.1.1 Atención curativa general con internación	0,00%
HC.1.1.2 Atención curativa especializada con internación	0,00%
HC.1.1.nec Atención curativa con internación no clasificada	38,10%
HC. 1.3 Atención curativa ambulatoria	42,60%
HC.1.3.1 Atención curativa general ambulatoria	24,20%
HC.1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica	1,00%
HC.1.3.3 Atención curativa especializada ambulatoria	17,30%
HC.1.3.nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	0,00%
HC.1.4 Atención curativa domiciliaria	6,90%

La atención curativa, a su vez, a nivel del segundo dígito de la clasificación, es explicada en un 38% por servicios de internación. Se están considerando allí los siguientes centros de costos de la Estimación de Costos de Atención a la Salud elaboradas por las IAMC anualmente: cuidados moderados, CTI/CI de adultos y pediátrico, y block quirúrgico.

El 42,6% en tanto, son servicios de atención curativa ambulatoria (HC. 1.3) que a nivel del tercer dígito se explica en un 24.2% por atención curativa general. Se considera allí el centro de costos de Urgencia/ Emergencia y la cuota parte del gasto en Policlínica vinculado a consultas de carácter curativo en medicina general, pediatría y ginecobstetricia. Para ello los prestadores realizaron los supuestos pertinentes para estimar la cantidad de consultas curativas y preventivas. Por otro lado, se considera

como atención curativa ambulatoria especializada las consultas realizadas en especialidades médicas y quirúrgicas y cirugía general. Las consultas en odontología de carácter curativo se clasifican en el rubro específico HC.1.3.2.

La atención en rehabilitación se estima a partir de las consultas realizadas por técnicos no médicos por lo que se considera en su totalidad como rehabilitación ambulatoria y representa el 5.1% del gasto de las IAMC.

En las IAMC, la atención de larga duración se vincula a los servicios de cuidados paliativos. En este caso, al no ser un centro de costos final, se solicitó a los prestadores la estimación de la cuota parte del centro de costos internación domiciliaria que podría vincularse a ese tipo de servicios. El peso relativo de este rubro en el total del gasto es de apenas 0.2%.

Por último, la atención preventiva se compone de la siguiente manera:

Tabla 10 Estructura del gasto en atención preventiva en IAMC, año 2017

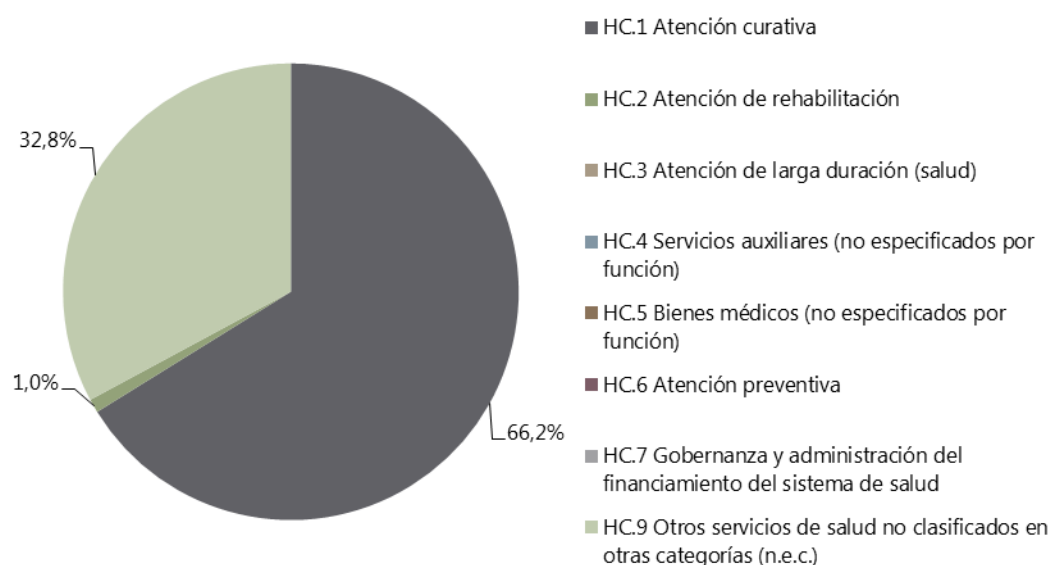
	%
HC. 6 Atención preventiva	7,1%
HC.6.2 Programas de inmunización	0,1%
HC.6.4 Programas de seguimiento de condiciones sanas	6,9%

En el rubro HC.6.2 se considera el gasto vinculado a los servicios de vacunación sin tener en cuenta las vacunas que son financiadas por el MSP. Por último, como programas de seguimiento de condiciones sanas en el caso de las IAMC se están considerando las consultas de medicina general, pediatría, ginecobstetricia, especialidades médicas y odontología que los prestadores estimaron de carácter preventivo.

Hospital de Clínicas

El gasto corriente en salud del Hospital de Clínicas representó el 1.72% del total del país en 2016 y 1.8% en 2017. Su estructura de gasto por funciones para el 2017 se muestra en el siguiente gráfico. Cabe destacar que la estructura se mantiene sin mayores variaciones respecto a 2016.

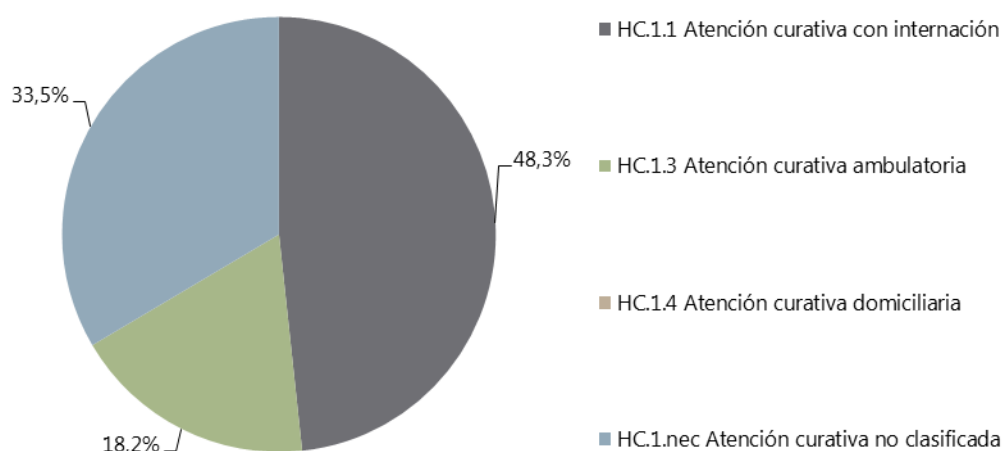
Gráfico 8 Gasto por funciones del Hospital de Clínicas, año 2017



El 66% de su gasto corriente se destina a atención curativa, mientras que el 32,8% son otros servicios de salud que no pudieron ser clasificados. Dentro de esta categoría se encuentran los servicios de apoyo que la institución no pudo clasificar por funciones. Por su parte, la función de rehabilitación representa sólo el 1% de su gasto como proveedor.

Como se muestra en el siguiente gráfico, dentro de los servicios de atención curativa brindados directamente por la institución, la mayor proporción (48,3%) se encuentra en atención curativa con internación, a la que le sigue atención curativa no clasificada (33,5%) y atención curativa ambulatoria (18,2%).

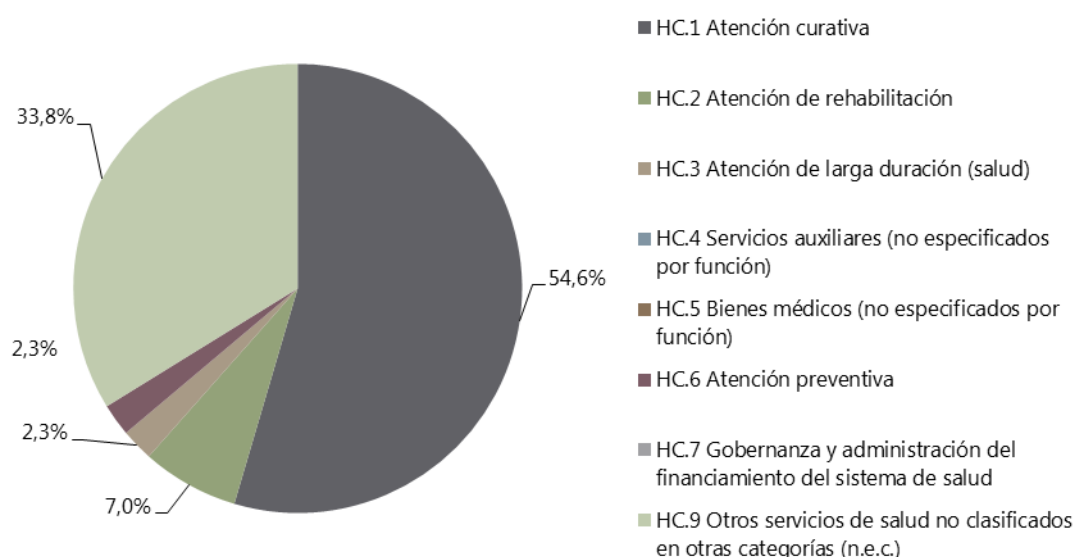
Gráfico 9 Estructura del gasto en atención curativa del Hospital de Clínicas, año 2017



Sanidad Policial

El gasto en salud realizado por Sanidad Policial representó el 1.98% del gasto corriente del país en 2016 y 2.12% en 2017. Su estructura de gasto por funciones para el 2017 se muestra en el siguiente gráfico.

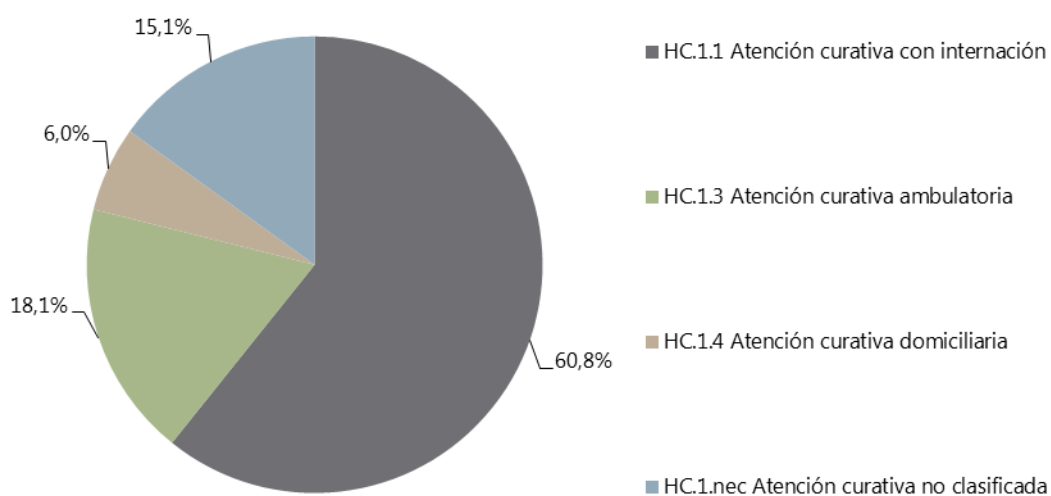
Gráfico 10 Estructura del gasto por funciones de Sanidad Policial, año 2017



El 54% de su gasto corriente se destina a atención curativa, mientras que sólo el 7% corresponde a rehabilitación y el 2,3% corresponde a atención de larga duración y atención preventiva en la misma proporción.

Como se muestra en el siguiente gráfico, dentro de los servicios de atención curativa brindados directamente por la institución, la mayor proporción (60%) se encuentra en atención curativa con internación, a la que le sigue atención curativa ambulatoria (18%).

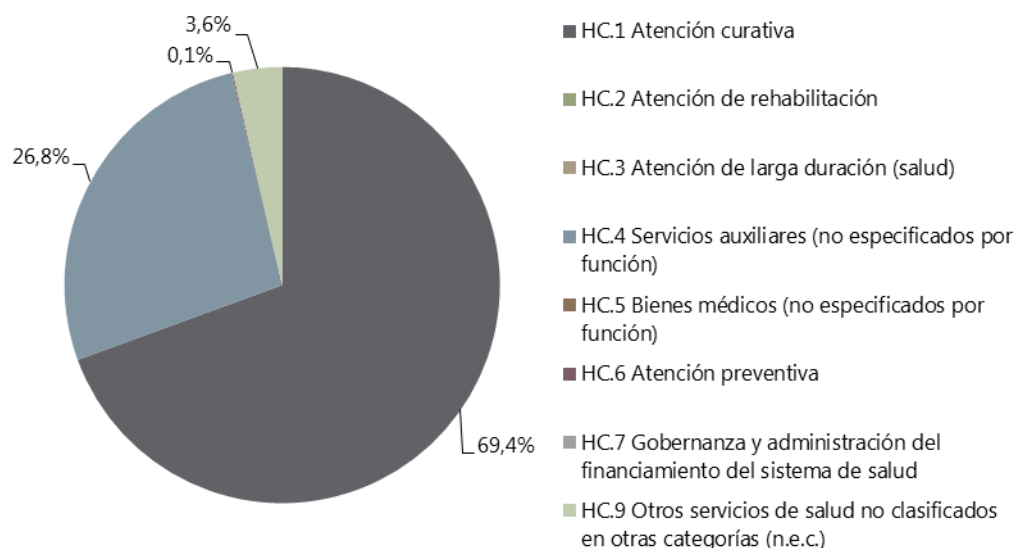
Gráfico 11 Estructura del gasto en atención curativa de Sanidad Policial, año 2017



Sanidad Militar

Sanidad Militar explica alrededor del 2% del gasto corriente total en ambos años. Su estructura de gasto por funciones para el 2017 se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 12 Estructura del gasto por funciones de Sanidad Militar, año 2017



El 69% de su gasto corriente se destina a atención curativa, mientras que el 26% corresponde a servicios auxiliares el que se compone mayormente por servicios auxiliares no clasificados y servicios de laboratorio.

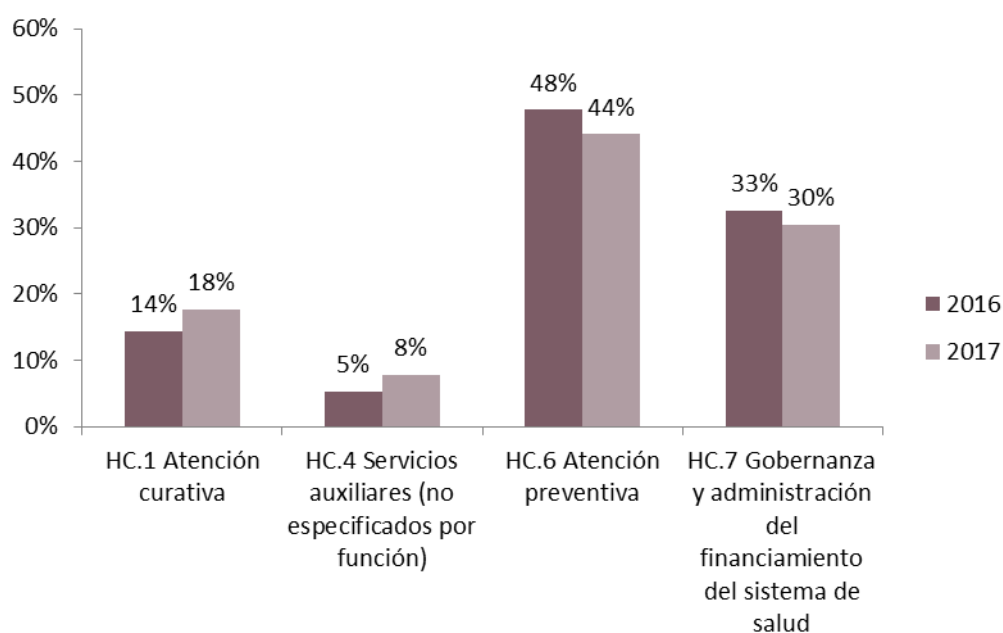
Dentro de los servicios de atención curativa brindados directamente por la institución, el 99,8% queda dentro de atención curativa no clasificada y una pequeña proporción (0,2%) dentro de atención curativa ambulatoria odontológica.

Ministerio de Salud (MSP)

El gasto corriente del Ministerio de Salud representa el 1.24% del gasto corriente total en salud del país. En el año 2005 esa participación era de aproximadamente 0.87%. En el año 2017, el gasto fue de 1.956 millones de pesos, mostrando un incremento real de casi 175% con respecto al 2005.

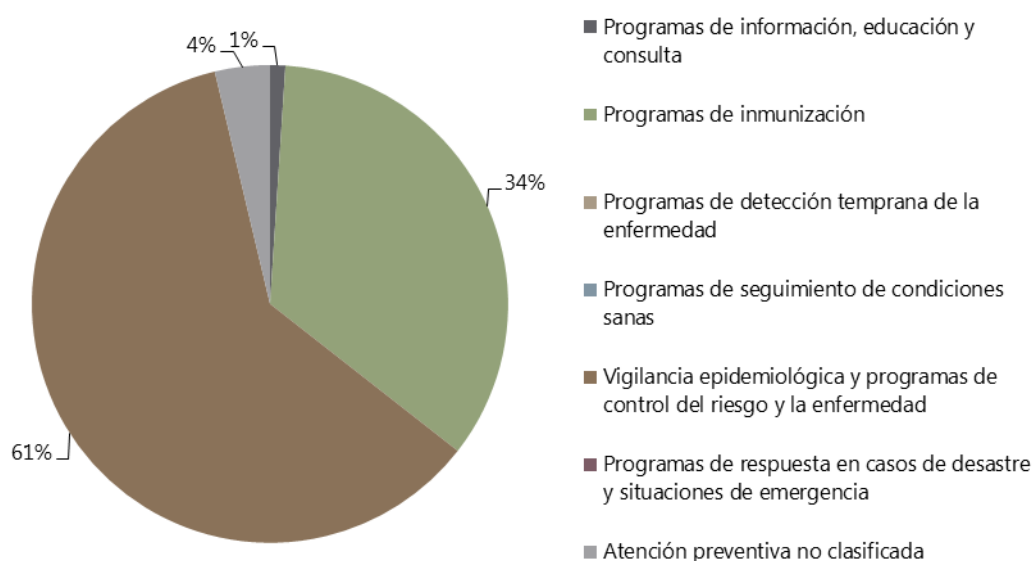
Cerca de la mitad del gasto de la autoridad sanitaria se destinaba a la atención preventiva en el año 2016, y esa participación disminuye a 44% en el año 2017, fundamentalmente a expensas del aumento de la participación de la atención curativa.

Gráfico 13 Estructura del gasto por funciones del MSP, años 2016 y 2017



La atención preventiva del MSP fue de 862 millones de pesos en el año 2017 y representó el 44% del gasto operativo. Dentro de éste, los vinculados a vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad sumados a los programas de inmunización, conforman el 96% de este tipo de gasto. También el MSP ha incrementado su gasto en vacunas y métodos anticonceptivos en los últimos años, pero en ese caso las erogaciones se clasifican como gasto preventivo.

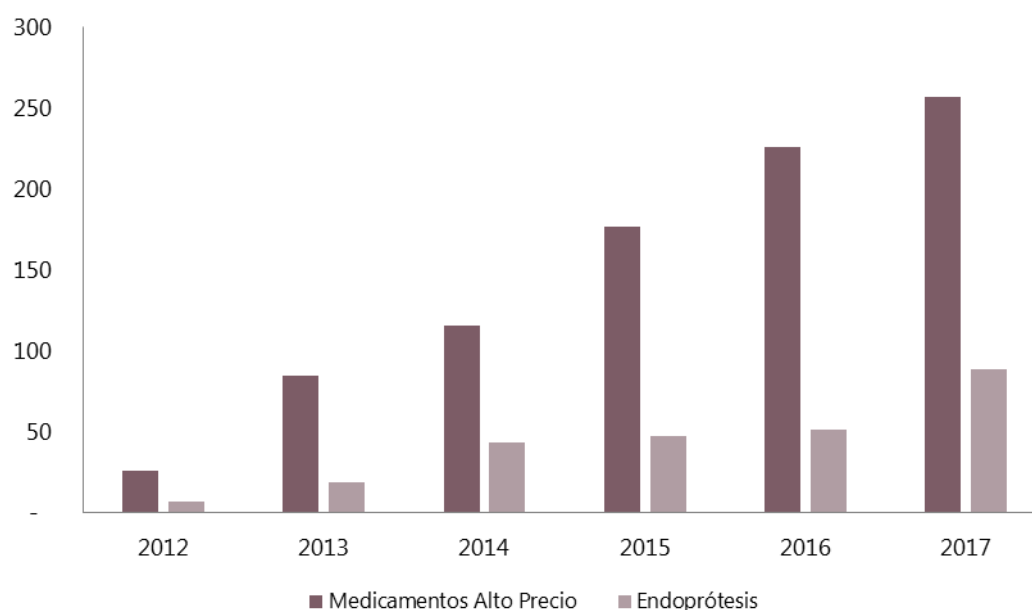
Gráfico 14 Estructura del gasto en atención preventiva del MSP, año 2017



El aumento de la participación de la atención curativa en detrimento de la atención preventiva es un fenómeno que puede resultar llamativo en un ministerio que separó las funciones de rectoría y provisión en el año 2007, especializándose en la segunda. No se dispone de las estimaciones del gasto por funciones para años anteriores al 2016, pero es razonable suponer que la caída del peso de la función preventiva ha sido un proceso gradual. En efecto, a partir del año 2012 se han incrementado significativamente las acciones de amparo para acceder a medicamentos y otras prestaciones no incluidas en el PIAS (endoprótesis), que corresponden a atención curativa de acuerdo a la clasificación funcional del gasto.

El gasto en atención curativa se incrementa entonces 25% entre 2016 y 2017, alcanzando la cifra de 346 millones de pesos en el último año. A su vez es el gasto en endoprótesis más el gasto en reactivos del INDT, clasificado como gasto en atención curativa especializada con internación, el que experimenta un mayor crecimiento (74%). Por su parte el gasto en medicamentos de alto precio crece 14%, y es considerado gasto en atención curativa especializada ambulatorio.

Gráfico 15 Evolución del gasto en medicamentos de alto precio y endoprótesis del MSP en millones de pesos constante de 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Rendición de Cuentas de la CGN

El gasto en gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud llevado adelante por el MSP representa el 30% de su gasto operativo (595 millones de pesos), y por lo tanto sólo el 0.38% del gasto corriente en salud del país. De ese total el 88 % se destina a gobernanza y administración del sistema de salud, y el resto a administración del financiamiento.

Los servicios auxiliares, que en este caso refieren a servicios de laboratorio, crecen 51% entre los dos años considerados, y pasan de representar el 5% del gasto corriente al 8%.

En el caso del MSP no se han clasificado gastos en atención de larga duración ni en rehabilitación.

Fondo Nacional de Recursos (FNR)

El Fondo Nacional de Recursos es una institución creada por el decreto Ley 14.897 con carácter de persona pública no estatal, que brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada y a medicamentos de alto precio para toda la población que se radique en el país y que sea usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud.

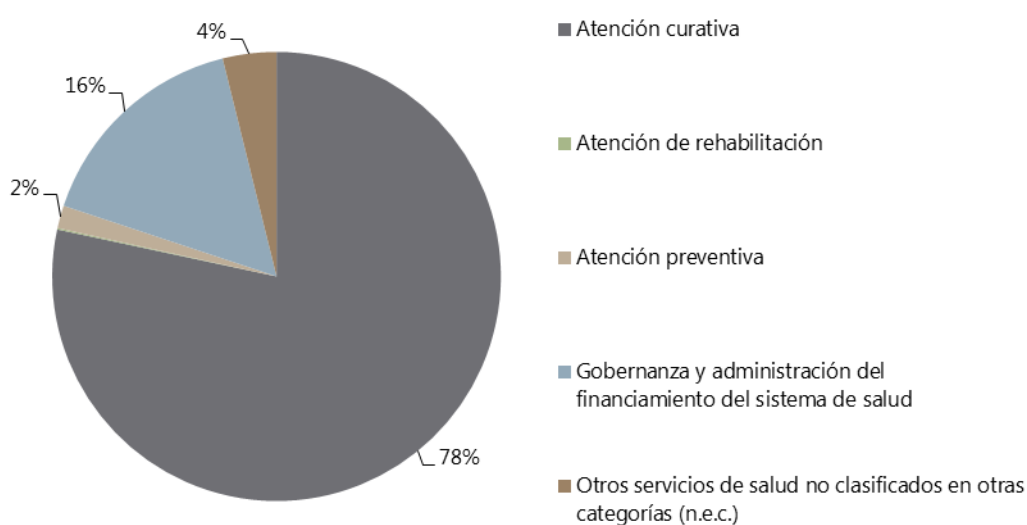
En el caso de los procedimientos cubiertos, estos se efectúan a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) que son prestadores públicos o privados, habilitados por el Ministerio de Salud Pública. Este gasto no se incluye dentro del gasto

del FNR como proveedor, sino que se contabiliza en los propios IMAE como proveedores.

El FNR considerado como proveedor, tuvo un gasto corriente de 1.530 millones de pesos en el año 2017, 3.86% más que en el año anterior, lo cual representa el 0.97% del gasto corriente total en salud del país.

Su estructura de gasto por funciones se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 16 Estructura del gasto por funciones del FNR, año 2017



El 78% de su gasto corriente se destina a atención curativa lo que resulta totalmente consistente con los cometidos de esta institución, mientras que la función preventiva representa sólo el 2% de su gasto como proveedor.

Si nos focalizamos en los servicios de atención curativa brindados directamente por el FNR, se trata de atención curativa especializada ambulatoria, y corresponde a medicamentos, remuneraciones de profesionales autónomos, y viajes y viáticos a pacientes atendidos en el exterior. Pero es el rubro medicamentos el que representa el 95% del gasto curativo, y por lo tanto el 74% del total del gasto corriente del FNR como proveedor.

Con datos recabados de la página del FNR se obtuvo la cantidad de prestaciones autorizadas para los tratamientos con medicamentos de alto costo. En la Tabla 8 se detalla dicha información para el período 2010-2017:

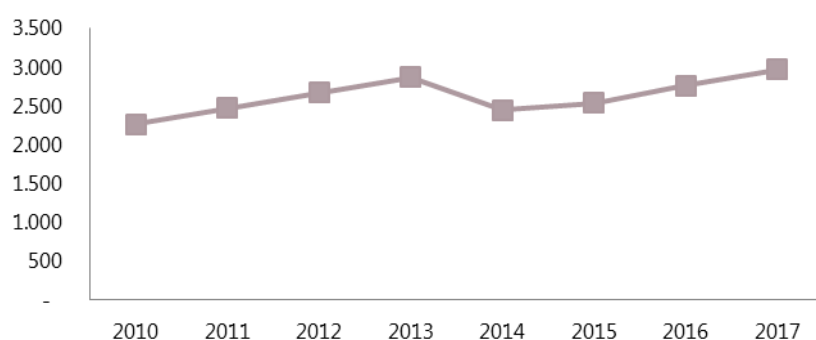
Tabla 11 Cantidad de prestaciones autorizadas entre 2010 y 2017

Año	Prestaciones Autorizadas
2010	2.268
2011	2.472
2012	2.670
2013	2.869
2014	2.453
2015	2.543
2016	2.765
2017	2.976

Fuente: Elaboración propia en base a datos de FNR

El siguiente gráfico muestra la evolución en el número de tratamientos autorizados para el período antedicho.

Gráfico 17 Evolución en el número de tratamientos autorizados 2010-2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos de FNR

Desde 2010 hasta 2013 se observa un aumento sostenido en la cantidad de tratamientos de alto costo autorizados, con una variación promedio de 8%. En 2014 dicha cantidad disminuye.

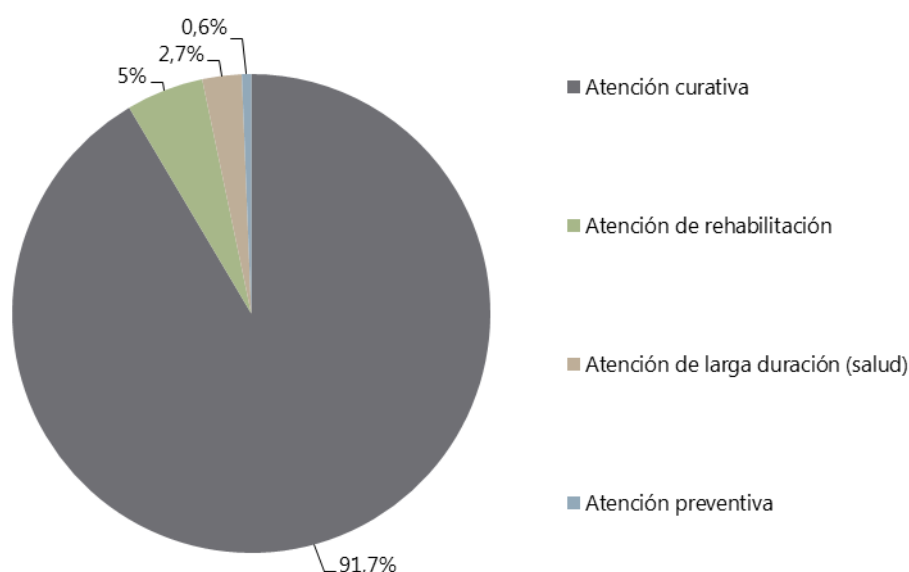
En el caso del FNR también la función de gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud está presente, representando el 16% de su gasto corriente, correspondiendo exclusivamente a la administración del financiamiento del ente.

Banco de Seguros del estado (BSE)

El gasto corriente del BSE representa el 0.86% en 2016 y 0.83% en 2017 del gasto corriente total en salud. Si se tiene en cuenta el gasto total en salud (incorporando el gasto en capital) este porcentaje asciende a 1.04% y 1.18% respectivamente.

A continuación se presenta la distribución del gasto corriente por funciones. No se aprecian cambios significativos entre ambos años.

Gráfico 18 Estructura del gasto por funciones del BSE, año 2017



Más del 90% del gasto se realiza en atención curativa. Dentro de la atención curativa se logró identificar atención curativa con internación (21%), atención curativa ambulatoria (12%) que incluye general ambulatoria, curativa ambulatoria odontológica, curativa especializada ambulatoria y atención curativa que no pudo clasificarse a dos dígitos.

La atención en rehabilitación representa un valor cercano al 5%. La atención en larga duración representó en 2017 un 2,7% del gasto corriente mientras que la atención preventiva fue un 0,6% y corresponde a programas de inmunización.

El resto del gasto pudo clasificarse con una apertura de un dígito.

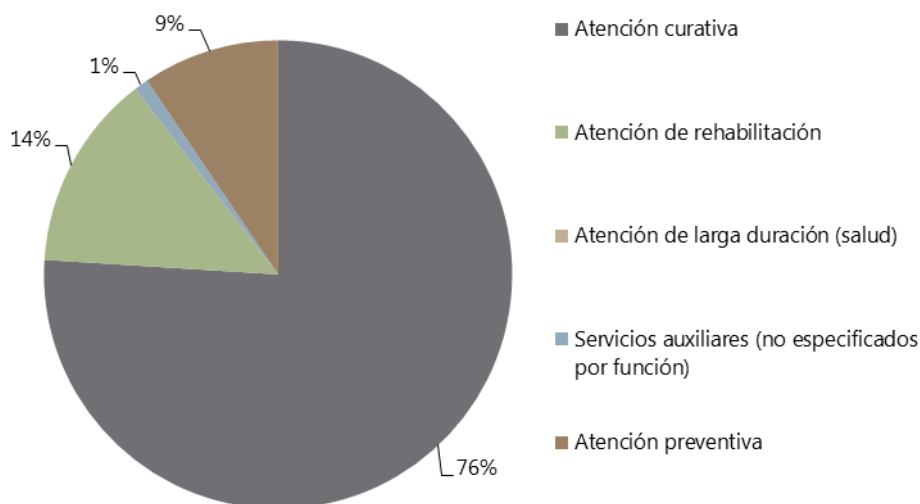
Banco de Previsión Social (BPS)

El BPS brinda servicios de primer y segundo nivel de atención, así como nivel especializado. Los servicios de primer nivel consisten en atención del embarazo y puerperio, atención ginecológica, atención pediátrica y medicina general, asistencia odontológica preventiva, clínica y quirúrgica, y ortodoncia, acciones de educación y promoción de hábitos saludables, inmunizaciones, apoyo social y psicológico, entre otros. Los servicios del segundo nivel de atención y los especializados son brindados en la Unidad de Internación del CRENADECER⁹ (Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras).

⁹ Antes denominada Unidad de Perinatología (Ex Sanatorio Canzani).

El gasto corriente del BPS representa en torno al 1% del gasto corriente total en salud del país. El siguiente gráfico muestra la estructura del gasto por funciones para los años 2016 y 2017.

Gráfico 19 Estructura del gasto por funciones del BPS, año 2017



Dentro de la atención curativa el 38% del gasto se realiza en atención curativa con internación y el 62% en atención curativa ambulatoria que incluye la atención odontológica y atención ambulatoria especializada.

La atención en rehabilitación se clasificó como ambulatoria y representa aproximadamente el 14% del gasto del BPS como proveedor. Los servicios auxiliares por su parte, incluyen imágenes diagnósticas y servicios auxiliares no clasificados y la atención preventiva incluye programas de seguimiento de condiciones sanas.

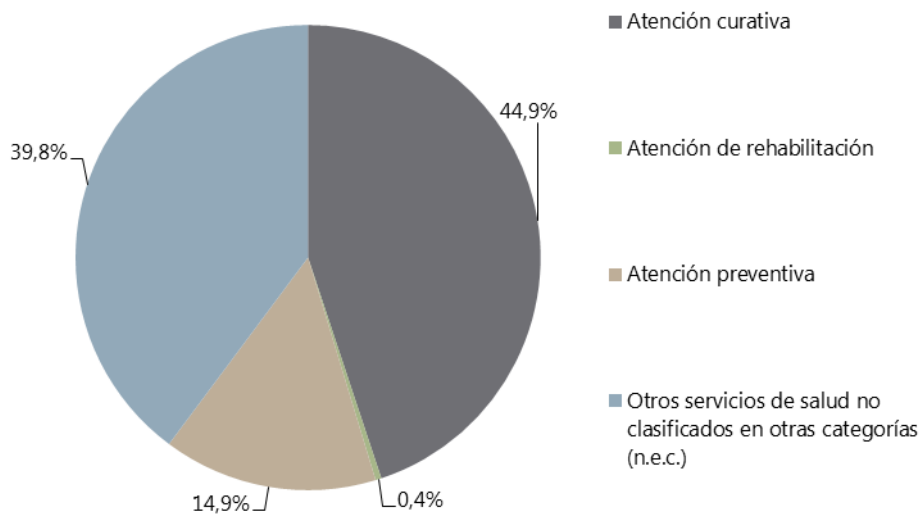
Intendencias departamentales

En este caso se diferencian dos tipos de servicios: programas de salud y policlínicas, y el gasto destinado a atención en salud de sus funcionarios.

El gasto corriente de las intendencias departamentales en programas de salud y policlínicas representa un 0.37% del gasto corriente total en salud del país para 2016 y de 0.36% en 2017.

El 44.9% de ese gasto se destina a la atención curativa, 14.89% a la prevención y 0.41% a la rehabilitación. Cabe tener en cuenta que casi un 40% del gasto no pudo clasificarse debido a la falta de información sobre el tipo de servicios brindados en las intendencias del interior con excepción de Paysandú.

Gráfico 20 Estructura del gasto por funciones para los programas de salud y policlínicas, año 2017



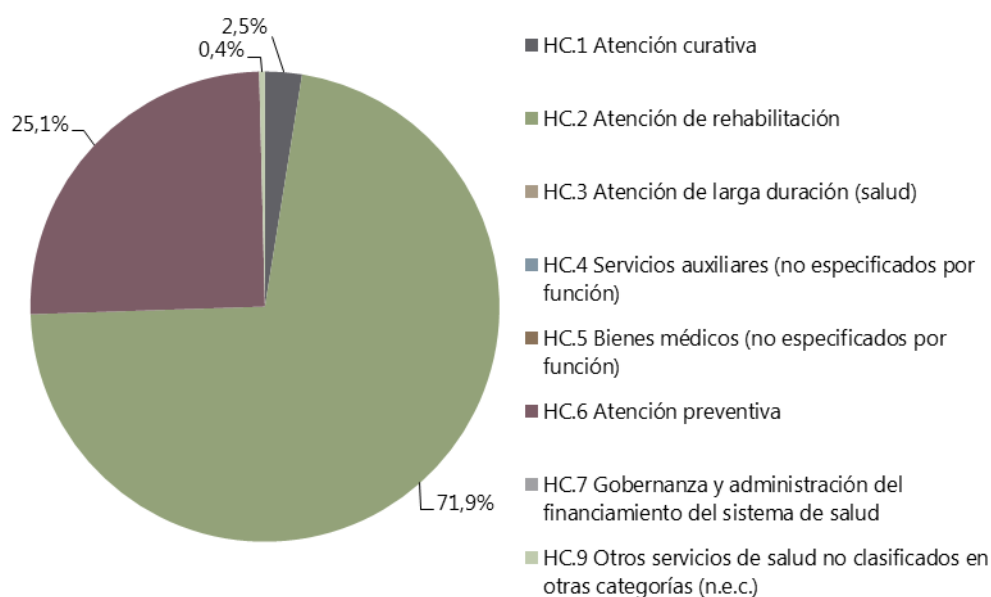
Además del gasto descrito anteriormente las intendencias proveen servicios a sus funcionarios por 76.719 millones de pesos en 2017, apenas el 0.05% del gasto corriente del país. De estos servicios se logró clasificar solo el 7.3%, conociéndose que 7.2% son gastos en atención curativa y el resto preventiva.

Comisiones Honorarias

Las Comisiones Honorarias representan el 0.8% del gasto corriente en salud del país. Se obtuvo información de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa, Lucha contra el Cáncer, Cardiovascular y Patronato del Psicópata. Para el resto de las Comisiones se recurrió a la información disponible en la Rendición de Cuentas de la CGN. La clasificación por funciones se realizó teniendo en cuenta las actividades desarrolladas por cada una de ellas y fue validada con los referentes correspondientes.

Su estructura de gasto por funciones para el 2017 se muestra en el siguiente gráfico. Cabe destacar que en el año 2016 la estructura se mantiene de forma similar.

Gráfico 21 Estructura del gasto por funciones CH, año 2017



El 72% de su gasto corriente se destina a atención de rehabilitación, mientras que el 25% corresponde a atención preventiva el que se compone mayormente por atención preventiva no clasificada (57%), le sigue Vigilancia Epidemiológica y programas de control de riesgo y la enfermedad (15%), programas de detección temprana de la enfermedad (14%), programas de información educación y consulta (10%) y por último en menor proporción programas de inmunización (4%). Por su parte un 2,5% corresponde a atención curativa especializada ambulatoria.

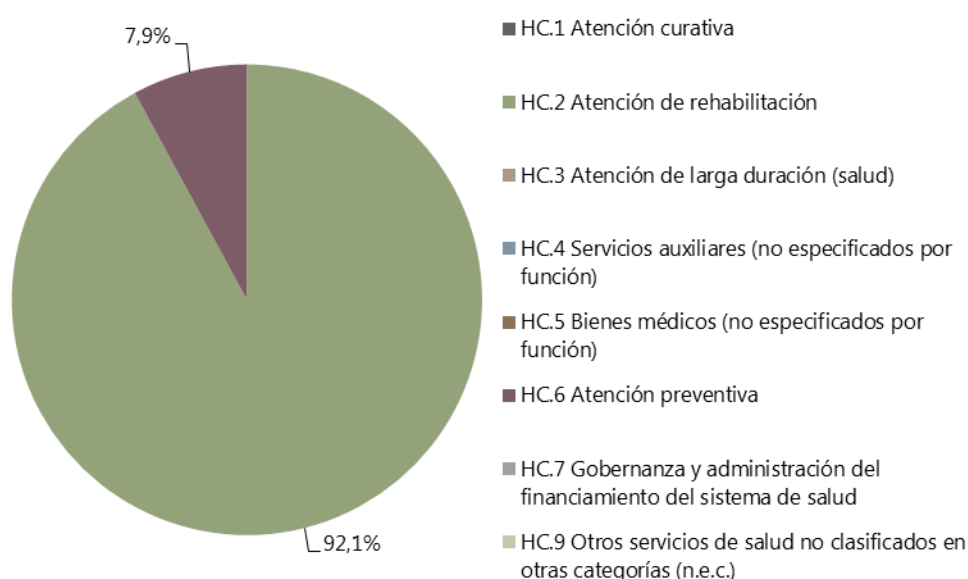
Por su parte, los servicios de atención de rehabilitación brindados directamente por la institución se componen de atención de rehabilitación ambulatoria en su totalidad.

Instituciones sin fines de lucro

En el caso de las ISFL se obtuvo información de Procardias y Fundación Génesis y la metodología para la clasificación por funciones fue la misma que en las Comisiones Honorarias. Su gasto es apenas el 0.003% del gasto corriente en salud del país.

Su estructura de gasto por funciones para el 2017 se muestra en el siguiente gráfico. En el 2016 la estructura se mantiene similar.

Gráfico 22 Estructura del gasto por funciones de ISFL, año 2017



El 92% de su gasto corriente se destina a atención de rehabilitación mientras que el 8% restante corresponde a atención preventiva, la que a su vez se compone en su totalidad de programas de detección temprana de la enfermedad.

Al igual que con las comisiones honorarias, los servicios de atención de rehabilitación se componen en su totalidad de atención de rehabilitación ambulatoria.

Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM)

El Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM) tiene como cometidos el desarrollo de la investigación, capacitación y aplicaciones en ciencias de la salud donde se fomentan las siguientes actividades: diagnóstico (exámenes clínicos a pacientes con cobertura de salud pública y privada fundamentalmente en las áreas de oncología y neurología), capacitación (a fin de promover el perfeccionamiento docente, profesional y técnico), investigación clínica y biomédica (evolución del impacto del ciclotrón-PET en diversas patologías y en la evaluación de nuevas drogas en investigación y desarrollo).

Tanto en el 2016 como en el 2017, su gasto por funciones se compone en su totalidad por atención curativa.

Gasto en salud de los hogares

En este informe por primera vez el gasto de los hogares se asigna a los proveedores en los que efectivamente se realiza en función de los rubros de gasto de la ENGIH, en tanto en informes anteriores todo el gasto de los hogares, estimado a partir de la encuesta, se asignaba a "otros proveedores privados". El total del gasto de los hogares representa alrededor del 12% del gasto corriente en salud.

Se clasificó el gasto que realizan los hogares en los prestadores privados de salud (fuera de la institución en la que tienen cobertura integral) con los criterios que se detallan a continuación. El gasto en clínicas privadas con internación (incluye el realizado en tratamiento de adicciones), se asignó a (HP.1.2) "Hospitales de salud mental" mientras que los gastos en clínicas quirúrgicas fueron incorporados en la categoría (HP.1.3) "Hospitales de especialidades". Los gastos directos realizados en seguros parciales (por ejemplo en emergencias móviles) fueron clasificados en el proveedor (HP.3.1.1) "Consultorios de médicos generales". El gasto de los hogares en consultas con médico particular por su parte, se asignó al proveedor "consultorios médicos" (HP.3.1) y el gasto en servicios odontológicos (incluyendo los gastos realizados en prótesis) se asignaron a "consultorios odontológicos" (HP.3.2). Por otro lado, el gasto en consultorios de psicólogos y otros tratamientos particulares fueron clasificados bajo el proveedor "Otros profesionales de salud" (HP.3.3) y el gasto en laboratorio se incorporó al proveedor HP.4.2 "Laboratorios médicos y de diagnóstico". Por último, el gasto en medicamentos en "farmacias y droguerías" y en "otros productos farmacéuticos" se asignó a compras en "farmacias" (HP.5.1) y los gastos de los hogares en "anteojos y lentes de contacto" y "otros gastos en artefactos y equipos terapéuticos" se clasificaron bajo la categoría de proveedor "minoristas y otros proveedores de dispositivos y bienes médicos no perecederos" (HP.5.2).

Tabla 12 Gasto en salud de los hogares por proveedor, año 2017

Proveedor	Gasto 2017	%
Clínicas privadas de internación	143.039.977	0,7%
Clínicas quirúrgicas	1.055.088.086	5,5%
Seguros parciales (gasto directo)	362.387.232	1,9%
Consultorio médico particular	526.618.280	2,7%
Consultorio odontológico particular	4.165.650.622	21,6%
Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos	1.536.700.995	8,0%
Laboratorios	506.846.374	2,6%
Farmacias	9.489.434.758	49,1%
Otros proveedores de bienes médicos	1.536.519.023	8,0%

Casi la mitad del gasto de los hogares se realiza en farmacias del cual el 95% corresponde a medicamentos de venta libre y el resto a otros bienes médicos.

El proveedor que le sigue en importancia relativa son los consultorios odontológicos privados que con 4.165 millones de pesos explican el 21.6% del gasto de los hogares. Luego, los consultorios de psicólogos y otros tratamientos y otros proveedores de bienes médicos representan un 8% cada uno. Dentro de este último grupo de proveedores se está considerando el gasto en anteojos y otros productos para la visión (88%) y otros gastos en artefactos y equipos terapéuticos.

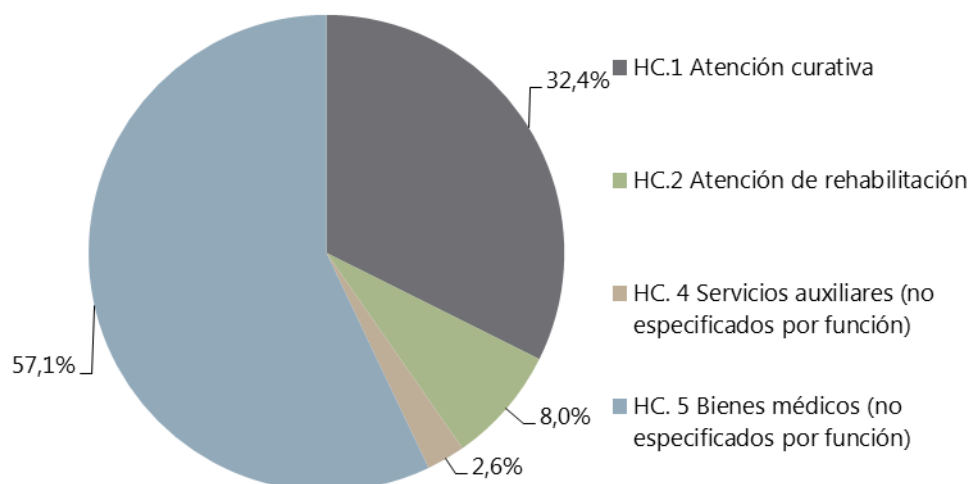
La clasificación por funciones del gasto de los hogares se presenta en detalle en la siguiente tabla:

Tabla 13 Gasto en salud de los hogares por funciones, año 2017

Clasificación por función	Gasto	%
HC.1 Atención curativa	6.252.784.197	32,4%
HC.1.1.nec	1.198.128.063	6,2%
HC.1.3.1 Atención curativa con internación no clasificada	362.387.232	1,9%
HC.1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica	4.165.650.622	21,6%
HC.1.3. nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	526.618.280	2,7%
HC.2 Atención de rehabilitación	1.536.700.995	8,0%
HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria	1.536.700.995	8,0%
HC. 4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	506.846.374	2,6%
HC.4.nec Servicios auxiliares no clasificados	506.846.374	2,6%
HC. 5 Bienes médicos (no especificados por función)	11.025.953.781	57,1%
HC.5.1.2 Medicamentos de venta libre	9.031.176.000	46,7%
HC.5.1.3 Otros bienes médicos perecederos	458.258.758	2,4%
HC.5.2.1 Anteojos y otros productos para la visión	1.357.833.202	7,0%
HC.5.2.nec Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos no clasificados	178.685.821	0,9%

El 32.4% del gasto se destina a la atención curativa, destinándose principalmente a la atención curativa odontológica, 66% del gasto en atención curativa. La atención en rehabilitación, en tanto, es el 8% y se clasifica allí el gasto en tratamientos particulares con sicólogos u otros profesionales de la salud. La mayor parte del gasto, 57.1%, se clasifica como bienes médicos no clasificados, por no estar especificados por funciones. El 81.9% de este rubro corresponde a medicamentos de venta libre y el 12.3% a anteojos y otros productos para la visión.

Gráfico 23 Gasto de los hogares por funciones, año 2017



Otros proveedores públicos

Hay un conjunto de otras instituciones públicas que brindan servicios de salud sin que esta sea su actividad principal: INAU, ANCAP, BHU- ANV, otros organismos y ministerios y otras empresas públicas (UTE, ANTEL, ANP, BROU, CHASSFOSE). Todas ellas, en conjunto, representan apenas el 1.3% del gasto corriente total en salud.

El INAU se diferencia del resto en tanto cuenta con servicios de salud para los niños y adolescentes bajo su tutela y es el de mayor peso relativo de este conjunto de instituciones (0.6% del gasto corriente total del país). El 84% de este gasto se asoció a la función curativa y el 16% restante no pudo especificarse. Se continuará trabajando con el organismo para arribar a una mejor distribución funcional de su gasto.

Las demás instituciones básicamente tienen gastos en salud vinculados a servicios que les brindan a sus funcionarios y son mayormente de carácter curativo y de rehabilitación.

Otros proveedores privados

Los Seguros Privados Integrales representan el 4.6% del gasto corriente en salud del país. El gasto de estos prestadores no pudo clasificarse por funciones y se identifica como uno de los puntos en los que es necesario avanzar en próximos informes.

Los Seguros Privados Parciales (Emergencias Médicas Móviles) explican el 4.4% del gasto corriente total y se clasificó la totalidad de su gasto como curativo ambulatorio atendiendo al tipo de servicio que prestan, a sabiendas de que puede haber en algunas de ellas gasto de carácter preventivo y rehabilitación que no pudo ser identificado en esta oportunidad, aunque que se considera debe ser marginal en el total.

Los IMAE privados, en tanto, representan el 3% del gasto corriente total. La información utilizada fue la proporcionada por el FNR a partir de los servicios que éste contrata. El 63% del gasto es de carácter curativo especializado con internación y son básicamente las cirugías cardíacas. El resto del gasto de los IMAE privados es curativo especializado ambulatorio, donde se clasifican los tratamientos de diálisis y los procedimientos de reproducción humana asistida.

4. Conclusiones

En el año 2017 el gasto en salud del país se estimó en 162.469 millones de pesos y representó el 9.5% del PIB, tratándose de gasto corriente en un 97.4% y gasto de capital (inversiones) 2.6%. A su vez, se incrementó 2.7% en términos reales con respecto al 2016 y es 88% superior al gasto en salud del año 2005.

Desde la perspectiva de los proveedores, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) son responsables del 44% del gasto, brindando cobertura al 57% de la población uruguaya. A la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) le corresponde el 18% del gasto y cubre al 34% de la población.

El análisis del gasto por funciones nos muestra un peso de 72.5% para la atención curativa y 5.4% para la atención preventiva. El gasto en bienes médicos (medicamentos, artefactos e insumos), representa el 7% del gasto del sistema. El gasto en rehabilitación alcanza el 5.3% del total. A la gobernanza y administración del financiamiento del sistema le corresponde sólo un 0.5% del gasto corriente.

La comparación de estos resultados con el único antecedente de estimaciones del gasto en salud por funciones que existe para el país, relativa a los años 1999 y 2000, no resulta fácil en la medida en que se utilizan marcos metodológicos diferentes y el propio informe reconoce la probable sobreestimación del gasto curativo y subestimación del preventivo. Las estimaciones analizadas en el presente informe muestran efectivamente un peso muy menor del gasto en atención curativa (72.5%) comparado con el estimado para 1999 y 2000 (81%). En el caso de la atención preventiva el peso era de sólo el 0.4%. Los años transcurridos desde aquellos resultados hasta los actuales están claramente marcados por los cambios de modelo de atención impulsados por la reforma del sistema. Sin embargo, dadas las limitaciones planteadas en la comparación de resultados, no es inmediato concluir acerca de la magnitud de los cambios en la asignación de recursos a las diferentes funciones.

En relación al modo de provisión de la atención en salud, la mayoría del gasto de la función de rehabilitación se destina al ámbito ambulatorio, mientras que la atención de larga duración concentra su gasto en internación. La atención curativa muestra poco más de la mitad de su gasto (51.4%) en atención ambulatoria y 40% en internación.

El 5.4% del gasto corriente del país, destinado a acciones de prevención, se concentra en el seguimiento de condiciones sanas, realizado fundamentalmente a través de consultas de control en el primer nivel de atención (83%). El gasto en vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad, ejecutado a través del Ministerio de Salud, representa el 6.7% del gasto preventivo del país. La provisión de vacunas y su administración en los centros de salud implicó el 5.2%.

El gasto de ASSE en 2017 asciende a 28.991 millones de pesos, representando el 18.32% del gasto corriente en salud. La atención curativa representa el 81.9%, el 50.8% de ese gasto es en internación, el 48.9% curativo ambulatorio y un 0.3% se destina a la atención curativa domiciliaria. La atención de larga duración determina en el caso de ASSE, el 10% del gasto corriente, muy superior al promedio del país de 2.1%. La atención preventiva representa el 7% del gasto, y asciende a 7.8% si no consideramos el gasto en larga duración.

Las IAMC son los proveedores con mayor peso en el gasto en salud del país, 44.2%. El 87,5% de su gasto en salud se destina a la atención curativa, proporción que se ubica por encima del promedio del país (72.4%) y de ASSE (81.9%). La atención curativa, a su vez, es explicada en un 38% por servicios de internación, y el 42,6%, en tanto, son servicios de atención curativa ambulatoria. El 7.1% del gasto corriente de las IAMC, destinado a la atención preventiva, corresponde mayoritariamente al seguimiento de condiciones sanas.

Los gastos corrientes del Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Sanidad Militar, tienen un peso similar en el gasto en salud del país, de alrededor del 2%. En los tres proveedores persisten dificultades para la clasificación del gasto por funciones, sobre las que se deberá continuar trabajando. La atención curativa representa el 66% del gasto corriente del Hospital de Clínicas, y casi la mitad corresponde al ámbito de internación. En Sanidad Policial los recursos se destinan en un 54% a la atención curativa y el 60% es en internación. En tanto en Sanidad Militar casi el 70% es gasto curativo.

El Ministerio de Salud, como autoridad sanitaria, destina sus recursos mayoritariamente a acciones de prevención, y de gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud (44% y 30% respectivamente en el 2017). Su gasto corriente representa el 1.24% del total para el país. 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.

El Fondo Nacional de Recursos como proveedor ejecuta el 0.97% del gasto corriente en salud del país. El 78% se destina a atención curativa mientras que la función preventiva representa sólo el 2% de su gasto como proveedor. El 95% del gasto curativo corresponde a la provisión de medicamentos de alto precio incluidos en el PIAS. La

función de gobernanza y administración del financiamiento del sistema representa el 16% de su gasto corriente, correspondiendo exclusivamente a la administración del financiamiento del ente.

El gasto corriente de los servicios de salud del BSE asciende a aproximadamente el 0.85% del total y el 92% corresponde a atención curativa. En el caso del BPS, representan el 1% del gasto corriente del país, y el 72% es atención curativa mayoritariamente ambulatoria. Los servicios preventivos y de rehabilitación representan el 9% y 14% respectivamente.

Las intendencias departamentales presentan gastos de atención en salud a la población y de atención a sus funcionarios, alcanzando el 0.4% del gasto corriente total. De igual manera, otros organismos públicos brindan servicios de salud sin que ésta sea su actividad principal, representando un 1.3% del gasto, destacándose las prestaciones del INAU para los niños y adolescentes que se encuentran bajo su tutela y que representa el 0.6% del gasto corriente del país.

El gasto directo de los hogares representa el 12% del gasto corriente del país. Casi la mitad se realiza en farmacias, mayoritariamente medicamentos, y un 22% en consultas odontológicas. El gasto clasificado como curativo representa el 32.4%, del cual las dos terceras partes corresponden a servicios odontológicos.

Finalmente, otros proveedores privados, que incluye seguros privados integrales y parciales e IMAE, son responsables del 12% del gasto. Para los primeros no fue posible clasificar el gasto por funciones y en el caso de los seguros parciales, fundamentalmente emergencias móviles, se clasificó como gasto curativo ambulatorio. El 63% del gasto de los IMAE es de carácter curativo especializado con internación.

5. Perspectivas

En virtud de que esta fue la primera oportunidad en la que se abordó la clasificación de funciones de la salud, desde el equipo de Cuentas se identifica la necesidad de 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 la distribución del gasto por funciones permite explorar la medición del gasto en atención primaria. Para ello es imprescindible partir de una conceptualización clara del abordaje de la estrategia de APS a nivel del país, de modo de arribar a una definición operativa que permita monitorear la evolución de dicho gasto a lo largo del tiempo. Es importante también 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.

Mientras que este informe tiene como foco la dimensión del consumo, a través de la clasificación funcional, el trabajo continuará con la presentación de un trabajo centrado en la articulación de las demás dimensiones de las Cuentas: por el lado del financiamiento, se trabajará en las clasificaciones de esquemas de financiamiento (HF), ingresos de los esquemas y agentes de financiamiento; por el lado de la dimensión de la provisión de servicios, se presentará el detalle del gasto corriente por factores de provisión y el gasto de capital de los proveedores. Asimismo, se está trabajando en la automatización de parte del proceso de trabajo, a través de la confección de bases de datos para el procesamiento de la información de forma más ágil y dinámica.

Por su parte, al igual que en años anteriores, el equipo de Cuentas reportará a la OMS las cifras a incorporar en la base de datos mundial de gasto en salud¹⁰, donde se presentan todas las cifras informadas por los países, además de una serie de indicadores de resumen, a través de los cuales es posible monitorear ciertas variables de interés asociadas al gasto en salud y su financiamiento. Dado el evidente interés por contar con cifras históricas que permitan analizar la evolución del financiamiento y gasto del sistema a lo largo del tiempo, sería importante la elaboración de una serie de gasto desde el año 2000 que siga los criterios de las clasificaciones propuestas por el marco SHA2011, tal cual propone la OMS.

Durante la primera semana del mes de agosto pasado 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 SHA2011, así como sobre el uso de los resultados de las Cuentas para informar la toma de decisiones. 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.

¹⁰ En el siguiente link del sitio web de la OMS pueden consultarse las cifras e indicadores de gasto de los países: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>

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., & Lavalleya, 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

Matrices de gasto corriente de los
proveedores por funciones de la
salud (HPxHC) 2016 y 2017

Gasto corriente y de capital de los
proveedores (HP) 2016 y 2017

Gasto corriente de los proveedores por Funciones de la Salud 2016 (HPxHC)	Prestadores integrales					HP.1 Hospitales					HP.3 proveedores de atención ambulatoria						
						HP.1.1 Hospitales generales	HP.1.2 Hospitales de salud mental	HP.1.3 Hospitales de especialidades (que no sean de salud mental)			HP.3.1.1 Consultorios de médicos generales	HP.3.2 Consultorios odontológicos	HP.3.3 Otros profesionales de salud	HP.3.4 Centros de salud ambulatoria			HP.3.1.nec Consultorios médicos no clasificados según especialidad
	Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Seguros Privados Integrales	Hospital de Clínicas	Clínicas privadas de internación	Banco de Previsión Social (BPS)	Banco de Seguros del Estado (BSE)	Clínicas quirúrgicas	Seguros parciales (gasto directo)	Consultorio odontológico particular	Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos	INAU	Intendencias Departamentales Programas de Salud y Policlínicas	Seguros Privados Parciales	Consultorio médico particular
Millones de pesos corrientes																	
HC.1 Atención curativa	21.729	56.864	2.082	1.174	-	1.656	134	1.064	1.155	991	331	3.791	-	746	251	6.419	488
HC.1.1 Atención curativa con internación	11.123	24.736	-	674	-	815	134	397	241	991	-	-	-	720	-	-	-
HC.1.1.1 Atención curativa general con internación	-	-	-	-	-	-	-	397	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.1.2 Atención curativa especializada con internación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.1.nec Atención curativa con internación no clasificada	11.123	24.736	-	674	-	815	134	-	241	991	-	-	-	720	-	-	-
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	10.543	27.653	3	201	-	307	-	667	133	-	331	3.791	-	26	195	6.419	488
HC.1.3.1 Atención curativa general ambulatoria	-	15.728	-	-	-	-	-	-	54	-	331	-	-	26	185	6.419	-
HC.1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica	153	675	3	-	-	-	-	42	16	-	-	3.791	-	-	10	-	-
HC.1.3.3 Atención curativa especializada ambulatoria	-	11.251	-	-	-	-	-	626	64	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.3.nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	10.390	-	-	201	-	307	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	488
HC.1.4 Atención curativa domiciliaria	62	4.475	-	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.nec Atención curativa no clasificada	-	-	2.079	233	-	533	-	-	781	-	-	-	-	-	57	-	-
HC.2 Atención de rehabilitación	270	3.319	-	142	-	25	-	206	65	-	-	-	1.409	-	3	-	-
HC.2.1 Atención de rehabilitación con internación	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria	140	3.319	-	-	-	25	-	206	-	-	-	-	1.409	-	1	-	-
HC.2.4 Atención de rehabilitación domiciliaria	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.2.nec Atención de rehabilitación no clasificada	-	-	-	142	-	-	-	-	65	-	-	-	-	-	2	-	-
HC.3 Atención de larga duración (salud)	2.638	142	-	47	-	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3.1 Atención con internación de larga duración	2.628	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3.4 Atención domiciliaria de larga duración	9	142	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3.nec Atención de larga duración no clasificada	-	-	-	47	-	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	-	-	790	-	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.1 Servicios de laboratorio	-	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.2 Imágenes diagnósticas	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.3 Transporte de pacientes	-	-	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.nec Servicios auxiliares no clasificados	-	-	649	-	-	-	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.1 Medicamentos con receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.2 Medicamentos de venta libre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.3 Otros bienes médicos perecederos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.nec Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.2.1 Anteojos y otros productos para la visión	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.2.3 Otros dispositivos y prótesis ortopédicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.2.nec Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.nec Bienes médicos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6 Atención preventiva	1.839	4.577	6	47	-	-	-	151	8	-	-	-	-	-	83	-	-
HC.6.1 Programas de información, educación y consulta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.2 Programas de inmunización	-	91	6	0	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.3 Programas de detección temprana de la enfermedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.4 Programas de seguimiento de condiciones sanas	1.839	4.486	-	-	-	-	-	151	-	-	-	-	-	-	4	-	-
HC.6.5 Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.nec Atención preventiva no clasificada	-	-	-	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79	-	-
HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.7.1 Gobernanza y administración del sistema de salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.7.2 Administración del financiamiento de la salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.9 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)	-	-	120	1.483	6.745	836	-	-	-	-	-	-	-	101	208	-	-
Total general	26.475	64.903	3.000	2.893	6.745	2.517	134	1.452	1.261	991	331	3.791	1.409	847	546	6.419	488

Gasto corriente de los proveedores por Funciones de la Salud 2016 (HPxHC)	HP.4 proveedores de servicios		HP.5 Minoristas y otros proveedores		HP.6 proveedores de atención		HP.7 proveedores de financiamiento y administración		HP.8 Resto de la economía	HP.8.nec Otras ramas de actividad no clasificadas				HP.nec Otros proveedores no clasificados	Total general	
	HP.4.2 Laboratorios médicos y de diagnóstico		HP.5.1 Farmacias		HP.5.2 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos no perecederos		HP.6 proveedores de atención preventiva			HP.7.1 Organismos gubernamentales de administración del sistema de salud		HP.7.2 Organismos de administración de seguros sociales				
	CUDIM	Laboratorios	Farmacias	Otros proveedores de bienes médicos	Comisiones Honorarias	Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	Fondo Nacional de Recursos (FNR)	Ministerio de Salud (MSP)	Caja Notarial	Intendencias Departamentales - Beneficios a funcionarios	ANCAP	BHU- ANV	Otras empresas públicas	Otros ministerios y organismos públicos de la Administración Central	Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	
Millones de pesos corrientes																
HC.1 Atención curativa	184	-	-	-	27	-	1.126	261	3	6	286	95	118	266	4.412	105.660
HC.1.1 Atención curativa con internación	-	-	-	-	-	-	-	48	-	-	-	25	0	-	2.810	42.713
HC.1.1.1 Atención curativa general con internación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	397
HC.1.1.2 Atención curativa especializada con internación	-	-	-	-	-	-	-	48	-	-	-	-	-	-	2.810	3.578
HC.1.1.nec Atención curativa con internación no clasificada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	38.738
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	-	-	-	-	27	-	1.126	212	3	6	286	70	75	266	1.603	54.433
HC.1.3.1 Atención curativa general ambulatoria	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5	-	7	33	-	-	22.790
HC.1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	42	-	-	4.733
HC.1.3.3 Atención curativa especializada ambulatoria	-	-	-	-	27	-	1.126	212	-	-	-	25	-	-	1.603	14.933
HC.1.3.nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	286	38	-	266	-	11.977
HC.1.4 Atención curativa domiciliaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.604
HC.1.nec Atención curativa no clasificada	184	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	-	-	3.909
HC.2 Atención de rehabilitación	-	1.409	-	-	780	4	2	-	-	-	-	9	7	-	-	7.650
HC.2.1 Atención de rehabilitación con internación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93
HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria	-	1.409	-	-	780	4	2	-	-	-	-	9	7	-	-	7.311
HC.2.4 Atención de rehabilitación domiciliaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37
HC.2.nec Atención de rehabilitación no clasificada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	209
HC.3 Atención de larga duración (salud)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	-	2.611
HC.3.1 Atención con internación de larga duración	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.628
HC.3.4 Atención domiciliaria de larga duración	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	151
HC.3.nec Atención de larga duración no clasificada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	57	-	138
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	-	-	-	-	-	-	-	95	-	-	-	-	15	-	-	931
HC.4.1 Servicios de laboratorio	-	-	-	-	-	-	-	95	-	-	-	-	2	-	-	195
HC.4.2 Imágenes diagnósticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
HC.4.3 Transporte de pacientes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	57
HC.4.nec Servicios auxiliares no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	-	-	8.625	1.556	-	-	-	-	5	-	-	-	20	-	-	13.800
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos	-	-	8.625	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	8.627
HC.5.1.1 Medicamentos con receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
HC.5.1.2 Medicamentos de venta libre	-	-	8.209	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.209
HC.5.1.3 Otros bienes médicos perecederos	-	-	417	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	417
HC.5.1.nec Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
HC.5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	-	-	-	1.556	-	-	-	-	5	-	-	-	8	-	-	1.570
HC.5.2.1 Anteojos y otros productos para la visión	-	-	-	1.375	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	1.384
HC.5.2.3 Otros dispositivos y prótesis ortopédicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	0
HC.5.2.nec Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos no clasificados	-	-	-	181	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	186
HC.5.nec Bienes médicos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	10
HC.6 Atención preventiva	-	-	-	-	314	0	25	864	-	9	-	-	6	-	-	7.930
HC.6.1 Programas de información, educación y consulta	-	-	-	-	38	-	-	19	-	-	-	-	1	-	-	58
HC.6.2 Programas de inmunización	-	-	-	-	11	-	25	323	-	-	-	-	1	-	-	465
HC.6.3 Programas de detección temprana de la enfermedad	-	-	-	-	53	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53
HC.6.4 Programas de seguimiento de condiciones sanas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	5	-	-	6.494
HC.6.5 Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	-	-	-	-	45	-	-	503	-	-	-	-	-	-	-	548
HC.6.nec Atención preventiva no clasificada	-	-	-	-	166	-	-	19	-	0	-	-	-	-	-	311
HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	-	-	-	-	-	-	193	589	-	-	-	-	-	-	-	782
HC.7.1 Gobernanza y administración del sistema de salud	-	-	-	-	-	-	-	531	-	-	-	-	-	-	-	531
HC.7.2 Administración del financiamiento de la salud	-	-	-	-	-	-	193	58	-	-	-	-	-	-	-	251
HC.8 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)	-	-	-	-	5	-	-	42	-	64	-	21	381	-	-	10.606
Total general	184	1.409	8.625	1.556	1.126	4	1.387	1.808	8	80	286	125	547	323	4.412	146.084

Gasto corriente de los proveedores por Funciones de la Salud 2017 (HPxHC)	Prestadores integrales					HP.1 Hospitales					HP.3 proveedores de atención ambulatoria						
						HP.1.1 Hospitales generales	HP.1.2 Hospitales de salud mental	HP.1.3 Hospitales de especialidades (que no sean de salud mental)			HP.3.1.1 Consultorios de médicos generales	HP.3.2 Consultorios odontológicos	HP.3.3 Otros profesionales de salud	HP.3.4 Centros de salud ambulatoria			HP.3.1.nec Consultorios médicos no clasificados según especialidad
	Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Seguros Privados Integrales	Hospital de Clínicas	Clinicas privadas de internación	Banco de Previsión Social (BPS)	Banco de Seguros del Estado (BSE)	Clinicas quirúrgicas	Seguros parciales (gasto directo)	Consultorio odontológico particular	Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos	INAU	Intendencias Departamentales Programas de Salud y Policlinicas	Seguros Privados Parciales	Consultorio médico particular
Millones de pesos corrientes																	
HC.1 Atención curativa	23.747	61.334	4.811	2.256	1.829	1.881	143	1.164	1.207	1.055	362	4.166	-	798	255	6.910	527
HC.1.1 Atención curativa con internación	12.070	26.680	3.018	-	1.111	908	143	447	257	1.055	-	-	-	773	-	-	-
HC.1.1.1 Atención curativa general con internación	-	-	-	-	-	-	-	447	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.1.2 Atención curativa especializada con internación	-	-	3.018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	773	-	-	-
HC.1.1.nec Atención curativa con internación no clasificada	12.070	26.680	-	-	1.111	908	143	-	257	1.055	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	11.609	29.827	1.793	4	332	342	-	717	142	-	362	4.166	-	26	199	6.910	527
HC.1.3.1 Atención curativa general ambulatoria	-	16.964	-	-	-	-	-	-	57	-	362	-	-	26	192	6.910	-
HC.1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica	169	728	-	4	-	-	-	51	17	-	-	4.166	-	-	7	-	-
HC.1.3.3 Atención curativa especializada ambulatoria	-	12.135	1.793	-	-	-	-	667	68	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.3.nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	11.440	-	-	-	332	342	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	527
HC.1.4 Atención curativa domiciliaria	69	4.827	-	-	111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.nec Atención curativa no clasificada	-	-	-	2.252	275	630	-	-	808	-	-	-	-	-	56	-	-
HC.2 Atención de rehabilitación	309	3.580	-	-	234	-	-	207	69	-	-	-	1.537	-	-	-	-
HC.2.1 Atención de rehabilitación con internación	107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.2.2 Atención de rehabilitación ambulatoria	161	-	-	-	-	27	-	207	-	-	-	-	1.537	-	-	-	-
HC.2.4 Atención de rehabilitación domiciliaria	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.2.nec Atención de rehabilitación no clasificada	-	-	-	-	234	-	-	-	69	-	-	-	-	-	2	-	-
HC.3 Atención de larga duración (salud)	2.908	153	-	-	78	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3.1 Atención con internación de larga duración	2.898	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3.4 Atención domiciliaria de larga duración	10	153	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3.nec Atención de larga duración no clasificada	-	-	-	-	78	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	-	-	-	972	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.1 Servicios de laboratorio	-	-	-	107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.2 Imágenes diagnósticas	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.3 Transporte de pacientes	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.nec Servicios auxiliares no clasificados	-	-	-	709	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.1 Medicamentos con receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.2 Medicamentos de venta libre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.3 Otros bienes médicos perecederos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.nec Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.2.1 Anteojos y otros productos para la visión	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.2.3 Otros dispositivos y prótesis ortopédicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.2.nec Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.nec Bienes médicos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6 Atención preventiva	2.027	4.839	-	3	78	-	-	145	8	-	-	-	-	-	-	85	-
HC.6.1 Programas de información, educación y consulta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.2 Programas de inmunización	-	98	-	3	0	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.3 Programas de detección temprana de la enfermedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.4 Programas de seguimiento de condiciones sanas	2.027	4.839	-	-	-	-	-	145	-	-	-	-	-	-	3	-	-
HC.6.5 Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.nec Atención preventiva no clasificada	-	-	-	-	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	-	-
HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.7.1 Gobernanza y administración del sistema de salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.7.2 Administración del financiamiento de la salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.9 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)	-	-	-	118	1.132	934	-	-	-	-	-	-	-	149	226	-	-
Total general	28.992	70.005	4.811	3.250	3.351	2.842	143	1.532	1.319	1.055	362	4.166	1.537	947	568	6.910	527

Gasto corriente de los proveedores por Funciones de la Salud 2017 (HPxHC)	HP.4 proveedores de servicios		HP.5 Minoristas y otros proveedores		HP.6 proveedores de atención		HP.7 proveedores de financiamiento y administración		HP.8 Resto de la economía	HP.8.nec Otras ramas de actividad no clasificadas				HP.nec Otros proveedores no clasificados	Total general
	HP.4.2 Laboratorios médicos y de diagnóstico		HP.5.1 Farmacias	HP.5.2 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos no perecederos	HP.6 proveedores de atención preventiva		HP.7.1 Organismos gubernamentales de administración del sistema de salud			HP.7.2 Organismos de administración de seguros sociales	Otras empresas públicas				
	CUDIM	Laboratorios	Farmacias	Otros proveedores de bienes médicos	Comisiones Honorarias	Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	Fondo Nacional de Recursos (FNR)	Ministerio de Salud (MSP)	Caja Notarial	Intendencias Departamentales - Beneficiarios a funcionarios	ANCAP	BHU- ANV	Otras empresas públicas	Otros ministerios y organismos públicos de la Administración Central	Institutos de Medicina Especializada (IMAE)
Millones de pesos corrientes															
HC.1 Atención curativa	200	-	-	-	32	-	1.199	346	3	5	141	88	131	292	-
HC.1.1 Atención curativa con internación	-	-	-	-	-	-	-	89	-	-	-	18	0	-	-
HC.1.1.1 Atención curativa general con internación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-
HC.1.1.2 Atención curativa especializada con internación	-	-	-	-	-	-	-	89	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.1.nec Atención curativa con internación no clasificada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	-	-	-	-	32	-	1.199	257	3	5	141	70	88	292	-
HC.1.3.1 Atención curativa general ambulatoria	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5	-	7	36	-	-
HC.1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	52	-	-
HC.1.3.3 Atención curativa especializada ambulatoria	-	-	-	-	32	-	1.199	257	-	-	-	29	-	-	-
HC.1.3.nec Atención curativa ambulatoria no clasificada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	141	33	-	292	-
HC.1.4 Atención curativa domiciliaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.nec Atención curativa no clasificada	200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43	-	-
HC.2 Atención de rehabilitación	-	1.537	-	-	906	4	2	-	-	-	-	7	7	-	-
HC.2.1 Atención de rehabilitación con internación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria	-	1.537	-	-	906	4	2	-	-	-	-	7	7	-	-
HC.2.4 Atención de rehabilitación domiciliaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.2.nec Atención de rehabilitación no clasificada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3 Atención de Inmuno-deficiencias (celiaca)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	52	-
HC.3.1 Atención con internación de larga duración	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3.4 Atención domiciliaria de larga duración	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3.nec Atención de larga duración no clasificada	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	52	-
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	-	-	-	-	-	-	-	152	-	-	-	-	15	-	-
HC.4.1 Servicios de laboratorio	-	-	-	-	-	-	-	152	-	-	-	-	2	-	-
HC.4.2 Imágenes diagnósticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.3 Transporte de pacientes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-
HC.4.nec Servicios auxiliares no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	-	-	9.489	1.537	-	-	-	-	6	-	-	-	24	-	-
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos	-	-	9.489	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
HC.5.1.1 Medicamentos con receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
HC.5.1.2 Medicamentos de venta libre	-	-	9.031	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.3 Otros bienes médicos perecederos	-	-	458	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.5.1.nec Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
HC.5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	-	-	-	1.537	-	-	-	-	6	-	-	-	7	-	-
HC.5.2.1 Anteojos y otros productos para la visión	-	-	-	1.358	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-
HC.5.2.3 Otros dispositivos y prótesis ortopédicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-
HC.5.2.nec Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos no clasificados	-	-	-	179	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
HC.5.nec Bienes médicos no clasificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-
HC.6 Atención preventiva	-	-	-	-	316	0	25	862	-	0	-	-	7	-	-
HC.6.1 Programas de información, educación y consulta	-	-	-	-	33	-	-	9	-	-	-	-	1	-	-
HC.6.2 Programas de inmunización	-	-	-	-	12	-	25	298	-	-	-	-	1	-	-
HC.6.3 Programas de detección temprana de la enfermedad	-	-	-	-	44	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.4 Programas de seguimiento de condiciones sanas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-
HC.6.5 Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	-	-	-	-	-	-	-	524	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.nec Atención preventiva no clasificada	-	-	-	-	179	-	-	32	-	0	-	-	-	-	-
HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	-	-	-	-	-	-	245	595	-	-	-	-	-	-	-
HC.7.1 Gobernanza y administración del sistema de salud	-	-	-	-	-	-	-	525	-	-	-	-	-	-	-
HC.7.2 Administración del financiamiento de la salud	-	-	-	-	-	-	245	70	-	-	-	-	-	-	-
HC.8 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)	-	-	-	-	5	-	59	-	-	71	-	12	359	-	7.205
Total general	200	1.537	9.489	1.537	1.259	4	1.530	1.956	9	77	141	106	543	343	7.205

Gasto corriente y de capital de los proveedores (HP)	2016			2017		
	Gasto corriente	Gasto de capital	Gasto total	Gasto corriente	Gasto de capital	Gasto total
Millones de pesos corrientes						
Prestadores integrales						
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	26.475	808	27.283	28.992	819	29.811
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	64.903	926	65.828	70.005	1.989	71.994
Sanidad Militar	3.000	85	3.085	3.250	188	3.438
Sanidad Policial	2.893	35	2.928	3.351	86	3.437
Seguros Privados Integrales	6.745	390	7.135	7.205	241	7.447
HP.1 Hospitales						
Banco de Previsión Social (BPS)	1.452	206	1.658	1.532	104	1.636
Banco de Seguros del Estado (BSE)	1.261	275	1.536	1.319	591	1.910
Clínicas privadas de internación	134	-	134	143	-	143
Clínicas quirúrgicas	991	-	991	1.055	-	1.055
Hospital de Clínicas	2.517	59	2.576	2.842	84	2.926
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria						
Consultorio odontológico particular	3.791	-	3.791	4.166	-	4.166
Consultorios de Psicólogos y otros tratamientos	1.409	-	1.409	1.537	-	1.537
INAU	847	-	847	947	-	947
Intendencias Departamentales - Programas de Salud y Policlínicas	546	9	555	568	3	571
Seguros parciales (gasto directo)	331	-	331	362	-	362
Seguros Privados Parciales	6.419	-	6.419	6.910	-	6.910
HP.3.1.nec Consultorios médicos no clasificados según especialidad						
Consultorio médico particular	488	-	488	527	-	527
HP.4 Proveedores de servicios auxiliares						
CUDIM	184	30	214	200	10	211
Laboratorios	1.409	-	1.409	1.537	-	1.537
HP.5 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos						
Farmacias	8.625	-	8.625	9.489	-	9.489
Otros proveedores de bienes médicos	1.556	-	1.556	1.537	-	1.537
HP.6 Proveedores de atención preventiva						
Comisiones Honorarias	1.126	15	1.141	1.259	2	1.261
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	4	0	4	4	0	4
HP.7 Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud						
Caja Notarial	8	-	8	9	-	9
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	1.387	1	1.387	1.530	2	1.532
Ministerio de Salud (MSP)	1.808	79	1.888	1.956	95	2.051
HP.8 Resto de la economía						
Intendencias Departamentales - Beneficios a funcionarios	80	-	80	77	-	77
HP.8.nec Otras ramas de actividad no clasificadas						
ANCAP	286	-	286	141	0	141
BHU- ANV	125	-	125	106	-	106
Otras empresas públicas	547	-	547	543	-	543
Otros ministerios y organismos públicos de la Administración Central	323	-	323	343	-	343
HP.nec Otros proveedores no clasificados						
Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	4.412	-	4.412	4.811	-	4.811
Gasto total total	146.084	2.917	149.000	158.254	4.216	162.469