

Junta Nacional de Salud



Rendición de Cuentas Ejercicio 2023

CAPITULO I. Principales actividades de la Junta Nacional de Salud.

I.1 Líneas de acción desarrolladas

a).- Acciones generales

Luego de transcurrido un año de la finalización de la emergencia nacional sanitaria provocada por la pandemia del Covid-19, y sin perjuicio de las intervenciones correspondientes en cuanto al seguimiento de la incidencia de dicho virus en la población y de la continuación del sistema de vacunación al respecto, la Junta Nacional de Salud se avocó al análisis de nuevos planteamientos provenientes de diversas áreas del Ministerio de Salud Pública.

En particular, cabe resaltar que se ejecutó el procedimiento previsto en el Anexo IV del Contrato de Gestión suscrito entre la JUNASA y los diversos prestadores integrales de salud que conforman el Seguro Nacional de Salud, para la incorporación de nuevas prestaciones al Programa Integral de Salud (PIAS), siendo las mismas:

- la incorporación del Dispositivo para el Monitoreo Continuo de la Glucosa, para pacientes insulino dependientes menores o iguales de 21 años,
- la incorporación de las Insulinas de Larga Duración Glargina e Insulina Detemir, que deberán ser suministradas por los prestadores integrales de salud, para pacientes con Diabetes Mellitus en lugar del Fondo Nacional de Recursos, entidad que las venía suministrando,
- la incorporación de la técnica del Test PCR para el diagnóstico de infección por Hepatitis C (VHC),
- la incorporación del Test HPV para el tamizaje de cáncer de cuello de útero,
- en materia de salud mental:
 - a) la extensión a la población mayor a 25 años y hasta los 30 años inclusive, de la cobertura de psicoterapia dispuesta en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, el cual fuera incluido por el Decreto N° 305/011 de 9 de noviembre de 2011 en el Anexo II del Catálogo de Prestaciones aprobado por Decreto N° 465/008 de 3 de octubre de 2008,

b) el acceso de la población con Intento de Autoeliminación –IAE- a los abordajes definidos en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, pasando a abonar la Tasa moderadora correspondiente al Modo 3 (tres) en lugar de la del Modo 2 como hasta ahora,

c) la eliminación de las tasas moderadoras asociadas a los antidepresivos Fluoxetina y Sertralina, sin perjuicio del cobro del timbre profesional,

d) la fijación de la tasa moderadora del antidepresivo Escitalopram, la cual no podrá superar el monto de \$144 (pesos uruguayos ciento cuarenta y cuatro) el cual se actualizará en las instancias en que el Poder Ejecutivo disponga el ajuste de las tasas moderadoras a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. A dicha tasa se le agregará el timbre profesional correspondiente.

Los procedimientos vinculados a las incorporaciones mencionadas, no culminó en el año 2023 pero a la fecha de elaboración de esta Rendición, los Decretos del Poder Ejecutivo correspondientes se encuentran firmados (excepto el del Test de HPV) y algunos de ellos ya publicados en el IMPO. Este es el caso de las nuevas prestaciones de Salud Mental por lo que las mismas se encuentran vigentes.

Durante dicho año, el proceso de clausura del ex prestador integral Casa de Galicia ya estaba completamente finalizado en relación a la competencia que a la JUNASA le pudo corresponder, con la distribución total de todos sus afiliados, sin perjuicio de la continuidad del trabajo de la sindicatura a nivel judicial y de la distribución de los ex trabajadores en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

En relación al prestador CASMU, el cual había solicitado un nuevo Fideicomiso en el 2021, se mantuvieron los veedores designados oportunamente para el seguimiento del mismo hasta que la institución completó los tres tramos de cumplimiento de objetivos.

Estos veedores continúan en funciones cerrando los últimos pendientes que tiene CASMU respecto al tramo 3.

Posteriormente, en función de las potestades concedidas por el artículo 16 de la Ley N° 18.211, en la modificación introducida por el artículo 347 de la Ley N° 20.212, se designaron nuevos veedores, por razones totalmente independientes al fideicomiso, a los solos efectos de recabar información sobre todos los aspectos involucrados en la operativa de la institución. Estas veedoras continúan en funciones y se continúan el seguimiento de la institución.

En otro orden, referido específicamente a los usuarios del SNIS, se detectó la existencia de demoras excesivas respecto a las establecidas en la normativa vigente, en los tiempos de espera para concesión de citas médicas así como para coordinaciones quirúrgicas, regulados por el Decreto N° 359/007. Dada la relevancia del tema, se comenzó a trabajar en la Dirección General del Sistema Nacional de Salud a efectos de buscar mecanismos que permitieran reducir dichas esperas.

Por tal motivo, se generó una nueva causal para cambios de prestador integral de salud, que la JUNASA podrá autorizar en forma excepcional, basada justamente en la dificultad de acceder a los servicios asistenciales por incumplimiento a los tiempos de espera determinados en la norma referida, implementado mediante el Decreto N° 114/023.

En forma concomitante, como se expresara, se continuó con la implementación y monitoreo del nuevo Sistema de Información de Tiempos de Espera Quirúrgicos con el objetivo de calcular una serie de indicadores a partir de los registros y movimientos en las listas de espera en los prestadores integrales de salud. Los resultados se han presentado en la JUNASA.

En la misma línea de razonamiento, de protección de los derechos de los usuarios, se modificó el sistema de cómputo de la antigüedad por parte del Banco de Previsión Social, para que, cuando se configure el plazo de permanencia mínima obligatoria, el usuario pueda cambiarse en tiempo real, sin demoras excesivas – Decreto N° 113/023-.

En mayo de 2023 se modificó la integración de la JUNASA ante la renuncia de su Presidente. En representación del Ministerio de Salud Pública, ingresó la Cra. Alicia Rossi como Presidente, el Cr. Leonardo Basso como titular y las Dras Jessica Vega y Marianela Buzzi como alternas de ambos.

Particularmente merece destacar que se efectivizó la integración de los representantes de los usuarios ante la JUNASA, lo que se mantiene hasta la fecha.

Se puso en conocimiento de este órgano el trabajo desarrollado por el Área de Monitoreo y Personal de la Salud sobre Especialidades Médicas, la brecha existente, su proyección al 2030 y su distribución geográfica a nivel nacional. Este tema preocupa profundamente a la JUNASA en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos en salud y la necesidad de cubrir todas las áreas asistenciales en el país. Se han iniciado análisis y trabajos que pueden implicar la introducción de

cambios a nivel del sistema en general, de modo de readecuar los recursos existentes y proyectar los que se encuentran en formación, mediante nuevas modalidades de la misma.

Desde la Dirección del Programa de Cuidados Paliativos se elevó a consideración de la JUNASA una propuesta para uniformizar criterios en cuanto al acceso de medicamentos en el área de Cuidados Paliativos de cada prestador, de modo de incluir en un único listado, aquellos medicamentos que, ya estando en el PIAS y en el FTM, sean considerados necesarios para dicha área. La propuesta también incluyó la utilización de acuerdos de complementación como una excelente herramienta para cubrir las necesidades que demande la misma.

b).- Evaluación y monitoreo de gestión de los prestadores de salud

Como los años anteriores, la Dirección General continuó con la prioridad de ahondar en el conocimiento de la gestión de los prestadores que integran el Sistema Nacional de Salud. Con base en la metodología desarrollada por la Unidad de Monitoreo se instrumentó una actualización de los diagnósticos (fichas) de autoevaluaciones realizadas en 2020/2022.

En ese sentido se utilizaron las “fichas de autoevaluación” como herramienta, donde los prestadores integrales identificaron a su criterio las fortalezas y áreas de mejora sobre las que deberán enfocar su gestión a efectos de asegurar la viabilidad y mejora de la sustentabilidad institucional, viéndose lo anterior reflejado en indicadores y resultados. Cabe destacar, que esta información se complementa con los estados financieros anuales auditados de cada institución que se presentan al cierre de ejercicio a Setiembre de cada año.

En el marco de la ejecución de la Cooperación Técnica con el BID, se pudo materializar los ajustes y actualizaciones del formulario original incorporando nuevas variables a ser relevadas. En 2023, se culminaron 30 autoevaluaciones de 34 prestadores a los que se invitó a completarla. No respondieron un prestador de Montevideo y tres del interior del país.

A partir de los documentos obtenidos, se realizó un informe de sistematización de la información recibida, que tuvo como puntos principales de análisis los siguientes:

- Población de usuarios,
- Gestión,
- Área de Recursos Humanos,

- Área asistencial,
- Factores relevantes,
- Estrategias a futuro,
- Área Económica – Financiera.

Se prevé para el 2024 el desarrollo de una metodología para seleccionar al menos 8 Instituciones con potencial para un análisis exhaustivo, tanto a nivel económico financiero como de su gestión en general.

Por otra parte, continuaron en funciones los veedores para la Institución CASMU al haber accedido al fondo de garantía IAMC. El trabajo se centró fundamentalmente en el análisis de los requisitos establecidos para el otorgamiento del tramo 3. Dicho tramo no contó con la aprobación del 100% del monto total, dado el nivel de cumplimiento de las medidas de ahorro que se debían alcanzar. En ese sentido, por Resolución 248 de fecha 30 de noviembre de 2023 se aprueba el otorgamiento del 67% del monto pre establecido.

Asimismo, por Resolución 2750 de fecha 8 de diciembre de 2023 se nombra a las Cras. Patricia Alvarez y Romina Olivera como veedoras en el prestador integral de salud CASMU IAMPP con los cometidos y facultades establecidos en el artículo 16 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007 en la redacción dada por el artículo 347 de la Ley N° 20.212, de 8 de noviembre de 2023.

c).- Metas Asistenciales

Se definieron e implementaron las nuevas Metas Asistenciales a aplicar en los años 2024 y 2025, (enero de 2024 y diciembre de 2025) así como su correspondiente Instructivo. El trabajo y los documentos finales se elaboraron a partir de un proyecto elaborado por el área de Economía de la Salud dependiente de la Dirección General del Sistema Nacional de Salud en conjunto con las Áreas Programáticas de la Dirección General de la Salud. Dicho proyecto fue presentado para su consideración y negociación en el ámbito de la Comisión Asesora de Metas Asistenciales,

cumpléndose así con el mecanismo establecido en el Anexo III del Contrato de Gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales que conforman el Seguro Nacional de Salud.

Las Metas Asistenciales definidas para el periodo 2024-2025 tienen una periodicidad de cumplimiento y pago cuatrimestral y está organizada en cinco (5) componentes temáticos con sus respectivos indicadores:

- (1) Salud del niño y la niña,
- (2) Salud de la mujer embarazada y puérpera,
- (3) Violencia basada en género y generaciones,
- (4) Prevención, diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades no transmisibles,
- (5) Salud Mental.

Respecto a la Meta 4, se aprobó un nuevo Instructivo (Reforma del Modelo de Recursos Humanos), extendiéndose su cumplimiento y el cronograma de exigencias hasta diciembre de 2024 con las mismas condiciones vigentes al 31 de diciembre de 2022.

Para la Meta 5, se aprobó asimismo un nuevo Instructivo. Esta Meta fue creada oportunamente *“con el objetivo de promover la capacitación de los trabajadores de los prestadores de los subsectores privado y público que integran el Seguro Nacional de Salud”*. En función de lo acordado en la novena Ronda de Consejo de Salarios del año 2022, por la cual se convino otorgar una nueva partida fija anual para la capacitación del personal médico, estipulándose las condiciones de cumplimiento es que se aprobó el nuevo instructivo.

d).- Integración de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales

Al año 2023 se encontraban integrados todos los Consejos Asesores Departamentales y en pleno funcionamiento.

1.2 Acciones en materia Normativa

Durante el año 2023, la Junta Nacional de Salud y la Dirección General del Sistema Nacional de Salud tuvieron participación en la elaboración de diversas normas, destacándose en particular las siguientes:

Decreto 32/023: Determinación de la obligación de los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud, de instrumentar medidas de vacunación a domicilio o proveer los medios de traslado a los centros de vacunación de Covid- 19, a aquellos afiliados que lo requieran.

Decreto 63/023: Se incorpora a los Programas Integrales de Salud y al Catálogo de Prestaciones definidos por el Ministerio de Salud Pública, el implante valvular transaórtico (TAVI), a cargo del Fondo Nacional de Recursos (FNR), de acuerdo a la normativa de cobertura que la institución dicte.

Decreto 72/023: Se incorpora a los Programas Integrales de Salud y al Catálogo de Prestaciones definidos por el MSP, los procedimientos de diagnóstico PCR-RT y Test de Antígenos para SARS-CoV2 (COVID-19), en las oportunidades y de acuerdo a las condiciones de financiación que se determinan en el Anexo I, titulado "Actualización de criterios para el testeo de SARS-COV-2 y aislamiento de casos confirmados COVID 19".

Decreto 113/023: Por esta norma se introdujeron modificaciones a algunos artículos del Decreto 344/020 con la finalidad de que el plazo del procedimiento para instrumentar los cambios de prestador de salud se reduzca al mínimo posible, cumplido el período de permanencia mínima obligatoria, según el dígito verificador del documento de identidad del usuario.

Decreto 114/023: Esta norma regula los cambios de prestador mediante causales determinadas que excepcionalmente puede autorizar la Junta Nacional de Salud. A las causales ya existentes (cambios de domicilio de un departamento a otro; dificultades geográficas supervinientes y pérdida de confianza por razones asistenciales) se agrega la existencia de dificultades de accesibilidad a los servicios asistenciales del prestador en el que se encuentra registrado el usuario, por incumplimiento de los tiempos de espera determinados por la normativa vigente.

Decreto 272/023: Se incorpora al Control de Salud para todas las personas que desarrollen actividad laboral, actividad física y prácticas deportivas, la determinación serológica del anticuerpo contra el virus de Hepatitis C (Prueba Anti-VHC).

Ley 20.226 de 13/12/2023: Contempla la situación de los trabajadores de la ex mutualista Casa de Galicia.

Ley 20.212 de 6/11/2023: Aprobación de rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal. Ejercicio 2022.

Artículo 347.- Sustituyese el artículo 16 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, con la modificación introducida por el artículo 295 de la Ley N° 20.075, de 20 de octubre de 2022, por el siguiente: "ARTÍCULO 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor. Cuando el Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias y en observancia de los principios y objetivos rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, detecte situaciones en materia de financiamiento de sus actividades o graves problemas de funcionamiento institucional que puedan comprometer en un corto o mediano plazo la continuidad de una entidad prestadora integral de salud, tanto a nivel asistencial como económico financiero, podrá designar uno o más veedores por un período de hasta seis meses, a los solos efectos de recabar información sobre todos los aspectos involucrados en la operativa de la misma. Dicho período se podrá prorrogar por un plazo de hasta seis meses. Dichos veedores elevarán un informe a la Dirección General del Sistema Nacional de Salud en un plazo de diez días hábiles posteriores a recabar la referida información y dicha dirección comunicará el informe a la entidad prestadora integral de salud correspondiente en un plazo de diez días hábiles posteriores a su recepción. La tarea de dichos veedores será sin costo para las instituciones prestadoras de salud".

Ley 20.179 de 08/08/2023: Se declara el derecho universal a recibir atención de cuidados paliativos a todas las personas que padecen enfermedades graves, progresivas y avanzadas.

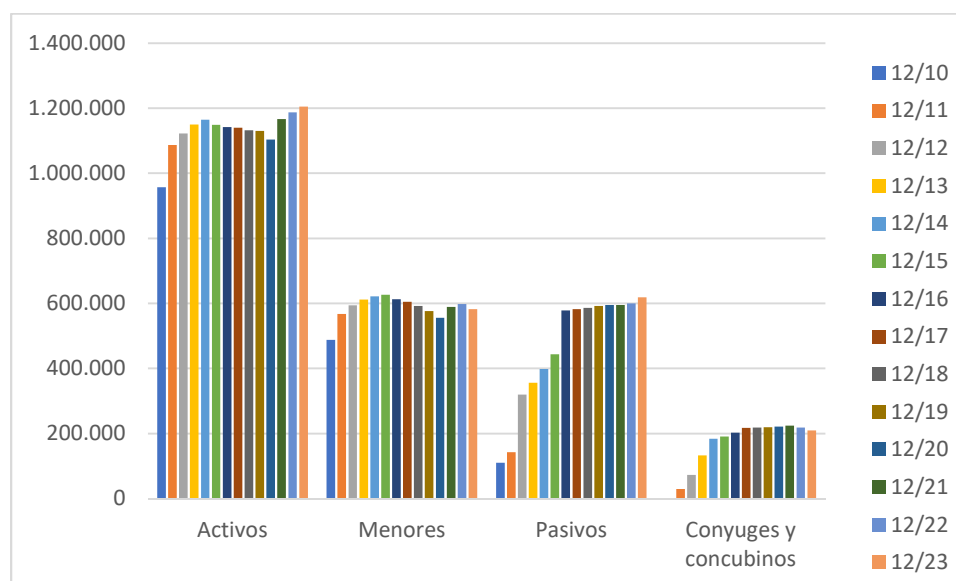
CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

II.1 EVOLUCIÓN

El Seguro Nacional de Salud financió la cobertura de 2.615.309 personas en diciembre de 2023, representando así, al igual que en diciembre del año anterior, un 73.3%¹ de la población del país. De esta manera, la cobertura a través del seguro de salud se presenta estable, registrándose un leve crecimiento de 0.4% respecto a diciembre 2022.

Al considerar la evolución de la cobertura mes a mes, se observa una evolución estable, con variaciones mensuales muy pequeñas a lo largo del año. Los retrocesos más importantes se producen en marzo y abril (-0.3% y -0.4% respectivamente) que son compensados en los meses siguientes, mayo y junio (0.4% y 0.3%) lo que hace que a fin del período objeto de estudio el crecimiento acumulado sea de un 0.4% respecto al año anterior.

Gráfico 1 - Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación

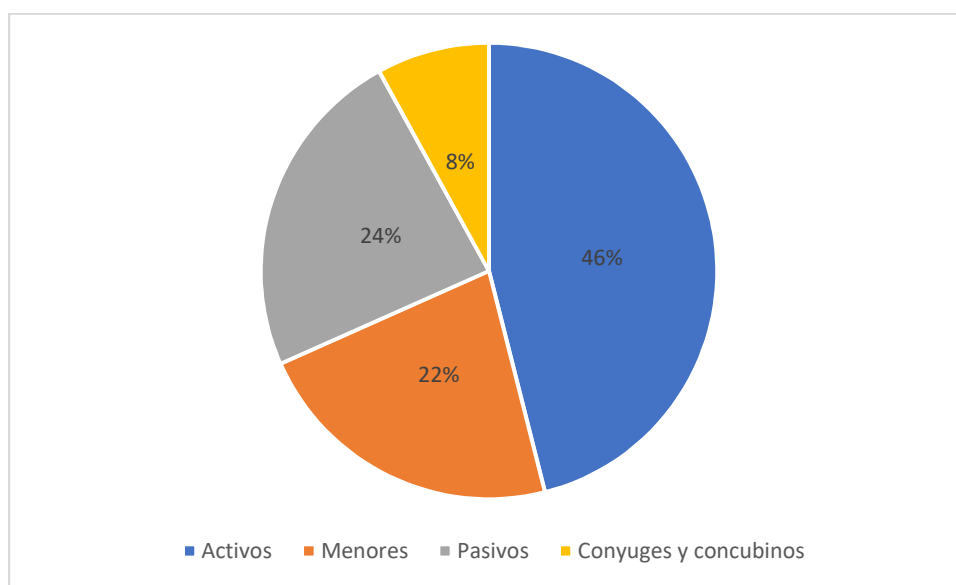


¹ Población estimada y proyectada por año al 30/06/2023: 3.566.550, INE.

Si se analiza la evolución de la cobertura por tipo de afiliación se aprecia que el crecimiento se manifiesta en los activos y los pasivos, siendo el incremento de estos subgrupos 1.5% y 3.1% respectivamente. Ambas categorías alcanzan al mismo tiempo su máximo nivel absoluto: 1.204.572 y 619.051. Los menores y cónyuges/concubinos, por su parte, presentan una contracción respecto a diciembre 2022. En efecto, los menores descienden 2.6% mientras que los cónyuges y concubinos caen un 4.2% respecto a diciembre del año anterior.

La participación relativa de cada subcategoría en el total permanece estable en el tiempo. De esta manera, los trabajadores activos representan un 46.1% del total, seguidos por los pasivos que explican un 23.7%, los menores con 22.3% y los cónyuges/concubinos con un 8%.

Gráfico 2 – Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2021



El cuadro 1 resume la evolución de los usuarios del seguro por edad y sexo.

El análisis de la cobertura por sexo permanece incambiado y estable a través del tiempo.

Las mujeres financiadas por el seguro representan el 52.4% del total.

Cuadro 1- Beneficiarios del SNS según sexo y edad (selección de algunos años)

		Dic-07	Dic-08	Dic-11	Dic-12	Dic-16	Dic-17	Dic-20	Dic-21	Dic-22	Dic-23
SEXO MASCULINO	< 1	0	11.471	14.140	14.325	16.074	14.956	11.622	12.434	11.986	11.548
	1 a 4	0	47.821	61.673	63.305	67.635	66.885	56.616	57.729	56.687	53.383
	5 a 14	17	126.565	165.409	171.384	181.622	179.261	169.951	182.608	188.126	185.128
	15 a 19	14.225	50.478	69.678	70.471	69.421	68.138	62.312	67.910	69.935	70.527
	20 a 44	266.760	306.882	384.643	390.834	408.453	406.391	386.799	409.887	411.120	411.378
	45 a 64	125.395	162.974	216.831	227.905	275.843	280.923	286.324	295.291	300.937	305.269
	65 a 74	19.281	27.110	43.849	61.639	102.303	105.113	109.217	111.662	114.454	119.802
	> 74	7.956	11.273	18.404	54.378	81.103	82.598	86.212	86.174	86.170	88.413
	Total	433.634	744.573	974.627	1.054.241	1.202.454	1.204.265	1.169.053	1.223.695	1.239.415	1.245.448
SEXO FEMENINO	< 1	0	10.746	13.777	13.572	15.344	13.950	11.124	11.915	11.396	10.863
	1 a 4	0	45.751	58.779	60.859	64.148	63.471	53.351	54.271	53.544	50.467
	5 a 14	2	121.170	158.101	163.775	173.047	170.956	161.669	173.551	178.546	175.312
	15 a 19	6.968	42.643	60.398	62.592	65.110	63.682	58.065	62.352	64.643	64.765
	20 a 44	181.726	235.639	338.499	369.413	428.045	427.700	408.648	425.268	425.122	423.853
	45 a 64	94.975	137.059	193.814	214.166	309.898	317.978	324.430	330.936	336.529	341.212
	65 a 74	20.000	26.330	43.694	69.830	130.010	133.799	137.470	139.915	142.840	148.240
	> 74	11.517	13.833	22.412	100.288	147.542	149.664	153.615	153.179	152.530	155.149
	Total	315.188	633.170	889.474	1.054.495	1.333.144	1.341.200	1.308.372	1.351.387	1.365.150	1.369.861
TOTAL		748.821	1.377.743	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	2.477.425	2.575.082	2.604.565	2.615.309

Fuente: Área Economía de la Salud. En base a información de BPS

Cuando se observa el comportamiento de la cobertura según la edad de las personas tampoco se aprecian cambios respecto al año anterior, confirmándose nuevamente la estabilidad descripta anteriormente. En efecto, el peso relativo del tramo de 20 a 44 años continúa siendo el más importante con un 32% seguido del tramo de edad de 45 a 64 que asciende a 24.7%.

El cuadro 2 resume la cobertura por institución y región de la sede principal, siguiendo la misma serie de años anteriores de forma tal que permita analizar la tendencia reciente en comparación con algunos años clave en términos de hitos de la cobertura (creación del seguro, el ingreso de menores, de cónyuges y de pasivos, entre otros).

Cuadro 2- Beneficiarios del SNS según prestador (selección de algunos años)

IAMC – Montevideo	Dic-07	Dic-08	Dic-11	Dic-12	Dic-16	Dic-17	Dic-20	Dic-21	Dic-22	Dic-23
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	124.655	150.233	166.420	165.981	167.604	169.879	169.816	169.312
EVANGELICO	20.676	33.284	42.927	49.300	57.457	57.749	54.977	56.222	63.931	62.966
CASA DE GALICIA	26.218	38.051	43.575	49.623	45.479	43.361	39.209	38.740	-	-
CASMU	73.595	119.173	131.672	166.352	179.105	175.389	162.037	162.595	160.725	158.244
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	63.033	70.030	86.840	86.309	84.667	88.360	107.984	109.565
CUDAM	12.458	24.867	47.575	54.810	50.506	52.834	49.834	52.011	51.581	47.686
COSEM	29.339	40.971	44.642	46.582	79.352	84.108	87.980	91.339	91.020	89.743
GREMCA	16.113	31.193	32.184	32.721	34.603	34.247	28.341	28.616	27.351	26.361
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.740	235.227	256.698	297.335	301.683	296.446	304.214	305.070	304.751
SMI	28.573	57.462	100.630	108.854	124.296	122.511	115.708	119.312	119.745	119.504
UNIVERSAL	22.050	38.097	54.657	56.494	57.321	57.276	58.360	61.445	68.402	69.098
Sub total	413.707	704.336²	920.777	1.041.697	1.178.714	1.181.448	1.145.163	1.172.733	1.165.625	1.157.230
IAMC – Interior										
AMECOM	31.160	51.177	62.67	66.839	70.768	71.077	70.039	74.834	76.543	78.086
AMEDRIN	5.097	7.487	7.669	8.050	8.599	8.700	8.582	8.805	8.850	8.743
AMSJ	17.250	30.221	37.650	41.001	44.962	44.961	44.632	45.633	45.911	45.879
CAMEC	12.445	21.549	25.776	28.573	41.862	42.094	41.037	41.594	41.875	42.089
CAAMEPA	12.474	22.295	27.309	29.733	32.465	32.511	31.601	32.458	32.460	32.200
CANCEL	10.081	20.824	26.364	28.451	39.151	39.399	38.665	39.602	39.286	38.816
CAMDEL	11.656	20.713	23.297	25.248	26.908	26.959	25.984	26.377	26.206	26.021
CAMEDUR	8.861	17.608	22.868	24.646	29.057	29.369	29.537	30.521	30.724	30.440
CAMOC	8.411	13.865	16.473	18.220	19.520	19.460	19.056	19.384	19.535	19.619
CAMS	16.201	30.351	38.104	39.855	41.836	41.282	38.718	39.271	38.731	38.152
CAMY	4.525	6.838	6.891	7.040	7.424	7.477	7.320	7.415	7.337	7.218
CASMER	9.159	17.590	23.718	26.951	31.669	31.994	32.107	33.679	34.445	34.848
COMEFLO	4.992	8.481	10.026	10.685	11.430	11.523	11.728	11.873	11.846	11.621
COMECA	15.727	29.192	36.607	40.408	44.816	44.967	44.555	45.681	46.026	45.946
COMEF	12.515	21.862	25.244	26.998	28.846	28.450	27.311	27.696	27.489	27.198
COMEPA	22.802	38.848	46.609	49.391	56.952	57.646	57.706	59.237	58.944	58.482
COMERI	7.305	14.444	17.891	19.415	21.094	21.068	19.715	20.204	19.825	19.607
COMERO	12.518	22.508	28.381	31.194	36.020	36.696	36.164	37.776	37.776	37.536
COMTA	15.023	27.534	30.523	31.432	32.400	32.242	31.526	31.976	31.647	30.922
CRAME	13.267	23.071	30.761	33.406	38.085	38.981	41.149	44.686	46.231	47.446

² En 2007 y 2008 está incluido IMPASA en la suma total.

CRAMI	11.955	23.864	29.65	32.849	34.118	33.740	33.159	33.963	35.357	34.989
GREMEDA	9.157	17.514	18.316	19.231	21.184	21.329	21.236	21.731	21.824	21.824
IAC	8.477	15.306	17.705	18.471	17.388	17.377	16.922	17.832	17.885	17.811
SMQS	19.887	35.035	44.438	47.871	55.762	56.897	56.750	58.625	58.792	58.471
Sub total	310.066	555.491	675.121³	725.207⁴	794.642	798.059	786.398	810.853	815.503	813.964
Seguros Privados										
HOSP. BRITANICO		7.464	18.326	19.405	22.961	23.569	23.608	24.692	25.848	26.658
BLUECROSS & BLUESHIELD		2.543	5.230	5.798	8.257	8.818	11.711	12.650	13.701	14.304
MP		8.424	14.533	15.564	18.252	18.363	18.429	20.398	22.266	22.991
SUMMUM		3.680	6.552	7.206	9.553	9.922	10.470	11.465	13.021	14.414
COPAMHI		326	561	679	789	805	711	759	821	851
SEGURO AMERICANO		2.015	3.714	4.280	7.121	7.339	7.474	7.882	8.277	8.712
Sub total		24.452	48.924	52.948⁵	66.933	68.816	72.403	77.846	83.934	87.930
ASSE										
ASSE	25.047	93.462	219.279	288.884	495.309	497.142	473.461	513.650	539.503	556.185
TOTAL	748.82	1.377.741	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	2.477.425	2.575.082	2.604.565	2.615.309

Fuente: Área Economía de la Salud. En base a información de BPS

En diciembre 2023 se vuelven a apreciar tendencias similares que el año anterior aunque algo más moderadas. En este sentido, vuelve a caer la participación relativa de la cobertura brindada a través de las IAMC representando el 75%. La participación de ASSE, por su parte, crece levemente ascendiendo al 21% y la participación relativa de los seguros privados se mantiene entorno al 3% del total.

Si se analiza la evolución a través del tiempo, los seguros privados vuelven a presentar el mayor incremento respecto al año anterior, creciendo un 4.8%, lo que representa una variación positiva algo menor a la observada el año pasado donde el crecimiento registrado fue de casi un 8%. Nuevamente es ASSE quién le sigue en términos de variación respecto a diciembre 2022, con un incremento del 3.1%. En tanto la cobertura brindada por el sector mutual presenta una variación negativa de 0.5%, donde las IAMC con sede principal en Montevideo se contraen 0.7% mientras que las del interior lo hacen en 0.2%.

³ Hasta 2011 está incluido UMERCO en la suma total.

⁴ Hasta 2012 están incluidos COMECCEL y ORAMECO en la suma total.

⁵ En 2011 y 2012 se incluye PRIMEDICA

Si se observa el comportamiento de cada institución, la foto refleja un desempeño más parejo que el año pasado. La mayor variación negativa se observa esta vez en CUDAM, donde la cobertura cae un 7.6% respecto al año anterior, seguido por el saldo negativo de GREMCA en un 3.6%. COMTA, COMEFLO y CAMY también se contraen en 2.3%, 1.9% y 1.6% respectivamente. CASMU, el HOSPITAL EVANGÉLICO y CAMS también presentan variación negativa de un año a otro (-1.5% en los tres casos).

Los crecimientos positivos son algo más modestos, destacándose el incremento de CRAME y ASOCIACIÓN MÉDICA MALDONADO, con un 2,6% y 2% respecto al año anterior, seguido del CÍRCULO CATÓLICO, CASMER y UNIVERSAL: 1.5%, 1.2% y 1% respectivamente.

La cobertura brindada por los Seguros Integrales por su parte, vuelve a tener un crecimiento importante aunque más moderado, continuando la tendencia al alza de los últimos años, en este caso 4.8% respecto a 2022. Así, vuelve a constatararse el incremento de la cobertura de todos los prestadores que integran este sector, destacándose por segundo año consecutivo el comportamiento de SUMMUM (10.7%). Le siguen SEGURO AMERICANO (5.8%), Bluecross & Blueshield (4.4%) y COPAMHI (3.7%).

II.2 MOVILIDAD REGULADA

Reseña normativa sobre movilidad regulada

Los Decretos del Poder Ejecutivo N° 65/009 de 29 de enero de 2009 y 14/010 de 18 de enero de 2010, otorgaron a los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud (SNS), oportunidades de cambio de prestador de acuerdo a la antigüedad que tuvieran en los que antes hubieran elegido.

Luego, el Decreto 03/2011⁶ de enero de 2011, regula la movilidad de aquellos usuarios amparados bajo el SNS que al 31 de enero tengan tres años o más de afiliación a una misma

⁶ Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/3-2011>

institución de asistencia médica. Estas personas podrán cambiarse a otro prestador de los que integran el SNS, en el período comprendido entre el 1º y el 28 de febrero de cada año. El decreto también regulaba el cambio de institución para aquellas personas que hayan sido afiliadas de oficio a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) por no haber elegido prestador cuando tuvieron oportunidad de hacerlo.

Durante los años 2018 y 2019, por decisión del Poder Ejecutivo dispuesta en el Decreto 390/017⁷ se resolvió suspender la movilidad de usuarios vigente hasta ese momento.

En febrero de 2020, luego de esa suspensión de 2 años se reabrió el período de movilidad regulada. Los usuarios amparados bajo el SNS que al 31 de enero tuvieran tres años o más de afiliación a una misma institución, pudieron cambiarse a otro prestador de salud durante los días 1 al 28 de febrero. Además, pudieron cambiar de institución las personas que hubieran sido afiliadas de oficio a ASSE por no haber elegido prestador de salud cuando tuvieron la oportunidad de hacerlo. Adicionalmente se habilita el cambio a los pasivos incorporados por la ley N° 18.731 (numeral 1 y 2)⁸ con antigüedad mayor o igual a 5 años en el mismo prestador.

A partir de 2021 el régimen a través del cual los beneficiarios del SNS pueden cambiar de prestador fue modificado. El Decreto 344/020⁹ del 15 de diciembre de 2020 reglamenta este nuevo régimen. Entre otras disposiciones, establece en su **Artículo 8º** que: *“Todas las personas beneficiarias del Seguro Nacional de Salud adquirirán el derecho a cambiar de prestador integral de salud entre los que conforman dicho Seguro: a- Por haber alcanzado una antigüedad mínima de 2 años de permanencia en el mismo prestador integral. b- En el año calendario siguiente a su asignación de oficio a ASSE”*.

Asimismo, al contrario de lo que ocurría en años anteriores, la movilidad regulada discurre durante los meses que van de marzo a diciembre, siguiendo una cadencia que la norma mencionada establece en su **Artículo 11º**: *“Los beneficiarios incluidos en el padrón antes referido, podrán ejercer su derecho de cambiar de prestador integral entre los meses de marzo y diciembre de cada año, debiendo tramitar su solicitud de cambio exclusivamente en el mes cuyo ordinal coincida con el dígito verificador de su cédula de identidad según el siguiente detalle: dígito terminal 3: marzo, dígito terminal 4: abril, dígito terminal 5: mayo, dígito terminal 6:*

⁷ Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/390-2017>

⁸ Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18731-2011/3>

⁹ Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/344-2020/17>

junio, dígito terminal 7: julio, dígito terminal 8: agosto, dígito terminal 9: setiembre, dígito terminal 0: octubre, dígito terminal 1: noviembre, dígito terminal 2: diciembre”.

Otros casos en los que es posible ejercer la movilidad son contemplados por la Junta Nacional de Salud a lo largo de todo el año. Estos incluyen aquellos originados por el *cambio de domicilio del beneficiario o por dificultades de acceso geográfico, los motivados por pérdida de confianza en el prestador de servicios de salud y los que se deben a dificultades económicas para el acceso a las prestaciones de salud*. El cambio desde un prestador privado hacia ASSE puede realizarse en cualquier momento del año.

De acuerdo con el Decreto 390/017, las solicitudes de cambio de institución deben ser acompañadas por una declaración jurada del usuario que manifieste que su elección fue realizada de forma libre e informada, sin recibir ningún beneficio económico indebido a cambio.

El Decreto N° 114/023¹⁰ agrega otro causal de excepción para la movilidad vinculado al incumplimiento de los tiempos de espera en el acceso a servicios asistenciales. Es decir, podrá solicitarse el cambio mutua desde ASSE a un prestador de salud privado o entre prestadores privados cuando el usuario haya solicitado consulta médica con el primer profesional disponible de la especialidad respectiva o cuando haya vencido el plazo de coordinación quirúrgica estipulado en el Decreto 359/007.

Es importante recordar que los afiliados FONASA que tienen su cobertura en un seguro privado integral pueden cambiarse en cualquier momento del año, al igual que cualquier afiliado FONASA puede optar por ASSE cuando lo desee. En estos casos, el cambio se hace operativo concurriendo directamente a los centros de afiliaciones de las instituciones correspondientes.

¹⁰ Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/114-2023>

Análisis de los cambios mutuales en el marco de la movilidad regulada

**Cuadro 3 Evolución del número de habilitados a cambiar y cantidad de movimientos.
Período 2009-2023**

Período	Habilitados	Movimientos	Movimientos/ habilitados
Feb-09	272.691	20.213	7,4%
Feb-10	338.814	22.504	6,6%
Feb-11	839.073	53.651	6,4%
Feb-12	1.063.632	49.367	4,6%
Feb-13	1.194.048	52.134	4,4%
Feb-14	1.350.473	55.364	4,1%
Feb-15	1.526.872	62.032	4,1%
Feb-16	1.606.482	63.130	3,9%
Feb-17	1.621.581	54.921	3,4%
Feb-20	1.901.798	82.717	4,35%
Mar - Dic 21	2.075.099	31.650	1,53%
Mar - Dic 22	2.199.670	29.694	1,35%
Mar-Dic 23	2.277.091	31.596	1,39%

Si se observa la movilidad regulada a través del tiempo, la cantidad de habilitados a cambiar presenta una tendencia creciente (recordemos además que en los últimos dos años las restricciones que operan a la hora de cambiar han sido menores) mientras que la cantidad de movimientos registrados anualmente crecen de forma sistemática hasta el 2016, registrando un pico de movimientos en febrero del 2020, aspecto que no llama la atención dado la suspensión de dos años de la apertura de la movilidad regulada. Luego de este año, la cantidad de movimientos en términos absolutos ha disminuido notoriamente, y lo mismo sucede en términos relativos. Es importante mencionar que la metodología de trabajo en 2023 sigue lo definido en 2021 y 2022 respecto a que no se consideran en los movimientos las entradas desde otras instituciones a ASSE en el entendido de que estos cambios no refieren estrictamente a la movilidad regulada ya que siempre se puede cambiar a ASSE. De todas maneras, las conclusiones no se ven invalidadas por esta decisión metodológica ya que las entradas a ASSE en 2020 fueron 4618 usuarios, en 2017 implicaron 3609 y en 2016 alcanzaron 3204 personas, por lo que si decidiéramos incorporar las entradas de ASSE para estos años considerando la magnitud de estos movimientos se continuaría observando la tendencia decreciente.

Si se observa el total de movimientos respecto a los habilitados a cambiar de institución, se aprecia una tendencia descendente (con la excepción del 2020) con un porcentaje estabilizado en torno al 4% para los años anteriores al 2020, un leve crecimiento en dicho año y una fuerte caída en 2021 que se consolida en el 2023. Si se analiza el 2023 se aprecia un comportamiento similar a los años previos, siendo este porcentaje 1,39% por lo que, la tendencia es muy parecida a lo sucedido durante los dos años anteriores.

El siguiente cuadro resume las entradas y salidas por prestador para el año 2023, en términos absolutos y en relación a la población FONASA y a los habilitados para cambiar.

Cuadro 4 Movimientos por prestador, 2023

INSTITUCIÓN	POBLACIÓN FONASA	HABILITADOS	ENTRADAS	SALIDAS	SALDO	SALDO/ FONASA	SALDO/ HABILITADOS	SALIDAS/ HABILITADOS
IAMC – Montevideo								
UNIVERSAL	69098	49521	2422	926	1496	2.17%	3.02%	1.87%
CIRCULO CATOLICO	109565	74412	2986	1154	1832	1.67%	2.46%	1.55%
SMI	119504	103147	2779	1437	1342	1.12%	1.30%	1.39%
MEDICA URUGUAYA	304751	267446	5314	2937	2377	0.78%	0.89%	1.10%
ASOC. ESPAÑOLA	169312	150378	2746	1685	1061	0.63%	0.71%	1.12%
CASMU	158244	143808	2248	2088	160	0.10%	0.11%	1.45%
EVANGELICO	62966	49302	786	798	-12	-0.02%	-0.02%	1.62%
COSEM	89743	78677	1048	1506	-458	-0.51%	-0.58%	1.91%
GREMCA	26361	23940	256	674	-418	-1.59%	-1.75%	2.82%
CUDAM	47686	38872	859	1740	-881	-1.85%	-2.27%	4.48%
Sub total	1157230	979503	21444	14945	6499	0.56%	0.66%	1.53%
IAMC – Interior								
CRAME	47446	37864	1118	284	834	1.76%	2.20%	0.75%
AMECOM	78086	65010	1366	287	1079	1.38%	1.66%	0.44%
GREMEDA	21824	19179	358	75	283	1.30%	1.48%	0.39%
CAMEC	42089	37796	649	125	524	1.24%	1.39%	0.33%
CRAMI	34989	29627	704	332	372	1.06%	1.26%	1.12%
CASMER	34848	28894	471	110	361	1.04%	1.25%	0.38%

IAC	17811	15424	278	89	189	1.06%	1.23%	0.58%
CAMOC	19619	17478	276	67	209	1.07%	1.20%	0.38%
CAMY	7218	6616	109	48	61	0.85%	0.92%	0.73%
COMECA	45946	41251	573	198	375	0.82%	0.91%	0.48%
AMSJ	45879	41115	565	210	355	0.77%	0.86%	0.51%
AMEDRIN	8743	7814	101	34	67	0.77%	0.86%	0.44%
COMEPA	58482	53135	512	111	401	0.69%	0.75%	0.21%
SMQS	58471	52122	496	119	377	0.64%	0.72%	0.23%
CAMEDUR	30440	27018	262	79	183	0.60%	0.68%	0.29%
CAAMEPA	32200	28790	480	286	194	0.60%	0.67%	0.99%
CAMDEL	26021	23652	229	77	152	0.58%	0.64%	0.33%
CAMCEL	38816	34515	282	85	197	0.51%	0.57%	0.25%
COMERO	37536	32693	292	121	171	0.46%	0.52%	0.37%
COMTA	30922	28454	237	104	133	0.43%	0.47%	0.37%
COMEF	27198	24969	212	97	115	0.42%	0.46%	0.39%
CAMS	38152	35109	263	145	118	0.31%	0.34%	0.41%
COMEFLO	11621	10685	74	43	31	0.27%	0.29%	0.40%
COMERI	19607	17231	245	228	17	0.09%	0.10%	1.32%
Sub total	813964	716441	10152	3354	6798	0.84%	0.95%	0.47%
ASSE	556185	581147	0	13297	-13297	-2.39%	-2.29%	2.29%
TOTAL	2527379	2277091	31596	31596	0			1.39%

Si se analiza lo que sucede con las instituciones que tienen sede principal en Montevideo, se observa una tendencia similar a lo descrito para el año pasado.

Así, cuando se observa el saldo de movimientos respecto a los habilitados a cambiar, es Sociedad Universal quien presenta el mejor resultado con 3.02%. El saldo neto asciende a 1.496 personas, lo que representa un 2.17% de su padrón FONASA. Le siguen el Círculo Católico y el SMI con 2.46% y 1.30% respectivamente. Los resultados negativos más importantes en términos del mismo indicador, son para CUDAM y GREMCA, con -2.27% y -1.75% respectivamente. Si se observa únicamente las salidas respecto a los habilitados a cambiar como una medida aproximada de quienes pudiéndose ir, efectivamente lo hicieron, se aprecia que en CUDAM 4.48% de las personas habilitadas a cambiar efectivamente lo hicieron mientras que este indicador asciende a 2.82% en el caso de GREMCA. En COSEM, si bien presenta un saldo neto entorno a cero, casi un 2% de sus usuarios opta por irse.

Si se realiza el mismo análisis para las instituciones con sede principal en el interior del país se observa, una vez más, resultados más parejos entre instituciones, además que todas presentan saldos netos positivos. Los mejores resultados en términos del indicador de saldo respecto a habilitados lo tienen CRAME con 2.20%, Asociación Médica Maldonado con 1.66%, Gremeda 1.48% y CAMEC 1.39%. Si se mira solo las salidas respecto a los habilitados es COMERI quién presenta el porcentaje más importante con 1.32%.

ASSE, por su parte, presenta indicadores muy similares a los del año pasado.

Además de los movimientos registrados en el marco de la movilidad regulada, la normativa habilita cambios de prestador en aquellos casos en que se acredite la ruptura del vínculo asistencial ocasionada por motivos tales como accesibilidad geográfica, disconformidad con la asistencia recibida, accesibilidad económica o incumplimiento de los tiempos de espera. En efecto, durante el 2023 se concedieron 9214 cambios por estos motivos, de los cuales el 94% (8.582 movimientos) son por motivos geográficos (se denegaron 187 solicitudes). Adicionalmente, se concedieron 503 cambios por motivo asistencial representando otro 5,5% de los cambios. Otros 42 cambios fueron aprobados por incumplimiento de tiempos de espera. El resto de los motivos presentan muy pocos casos.

CAPITULO III – ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA

III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2023

El resultado operativo del FONASA fue negativo en \$31.874.768.619 durante el año 2023, representando un 23,23% de los egresos totales del fondo.

Lo anterior implica que el conjunto de pagos realizados a los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (SNS) por concepto de cuota salud (cápitas y metas), sustitutivos de tickets, sobrecuota de inversión y cuotas del Fondo Nacional de Recursos superó a la suma de aportes personales y patronales recaudados, correspondientes a los generantes activos y pasivos del sistema. La cifra presentada en el párrafo anterior constituye la cuota parte de los egresos que debió ser cubierta por aportes de Rentas Generales.

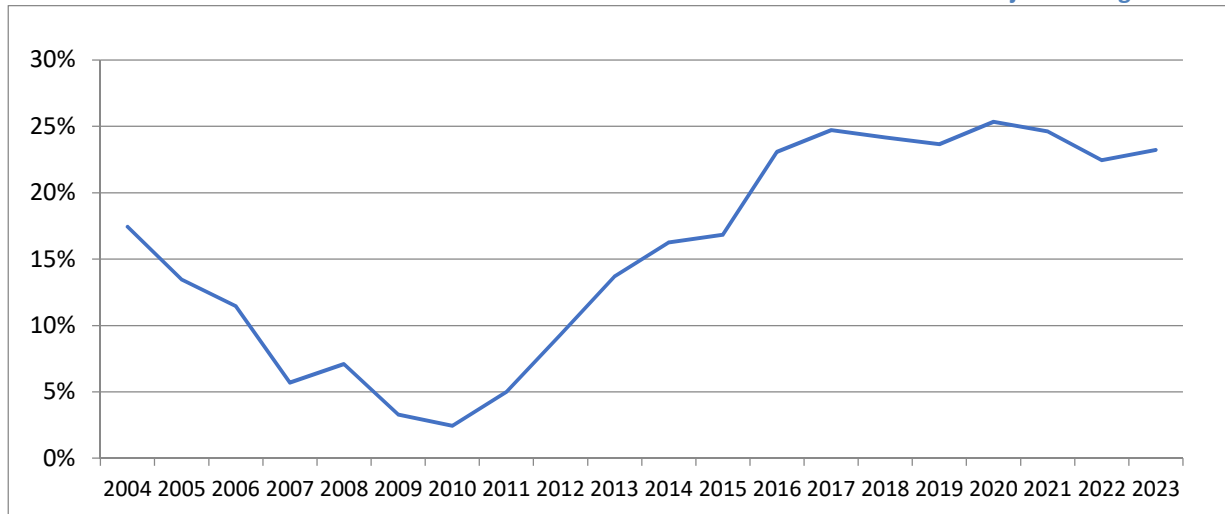
Cuadro 5- Resultado FONASA 2023 sin considerar la asistencia de CGN

INGRESOS	
Recaudación BPS	76.838.009.872
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	13.184.322.893
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	1.091.303.973
Aportes Del Gobierno Central (CGN)	14.033.320.399
TOTAL INGRESOS POR RECAUDACIÓN	105.146.957.137
Comisiones Seguros Integrales	177.408.990
Otros Ingresos	0
TOTAL OTROS INGRESOS	177.408.990
TOTAL DE INGRESOS	105.324.366.127
EGRESOS	
Liquidaciones Mutualistas	89.737.660.420
Liquidaciones ASSE	25.988.559.342
Liquidaciones Seguros Integrales	2.990.720.298
Liquidaciones Fondo Nacional de Recursos	11.484.539.811
Reintegro de Aportes	6.997.654.875
TOTAL EGRESOS	137.199.134.746
RESULTADO OPERATIVO FONASA	
TOTAL	-31.874.768.619
OTROS MOVIMIENTOS FINANCIEROS	
Ingresos por cobro de adelantos financieros	0
Egresos por adelantos financieros	0
TOTAL OTROS MOV.FINANCIEROS	0
RESULTADO FINAL	
RESULTADO FINAL FONASA	-31.874.768.619

Fuente: Área Economía de la Salud. En base a información de BPS

Por su parte, el Gráfico 3 muestra la evolución del peso de las transferencias de Rentas Generales respecto a los egresos totales del Fondo desde 2004 a la fecha y se presentan los valores de estos conceptos, a precios constantes de 2008, para algunos años seleccionados (Cuadro 6).

Gráfico 3 - Evolución de las transferencias de RR. GG. al FONASA 2004- 2023– Porcentaje sobre egresos



Fuente: Área de Economía de la Salud. En base a datos del BPS y serie de IPC publicada por el INE

Cuadro 6 - Transferencias de Rentas Generales al FONASA y Egresos Totales. Millones de pesos a precios constantes 2008. Años seleccionados.

	2004	2008	2010	2011	2012	2015	2017	2022	2023
Transferencias	1.129	1.002	449	1.025	2.443	6.053	10.543	9.352	10.311
Egresos	6.477	14.134	18.360	20.523	26.250	35.964	42.631	41.654	44.384
% s/Egresos	17%	7%	2%	5%	9%	17%	25%	23%	23%

Fuente: Área de Economía de la Salud. En base a datos del BPS y serie de IPC publicada por el INE

A partir de 2017 el peso de las transferencias de Rentas Generales en el financiamiento de los egresos del Fondo se han estabilizado, una vez finalizado el proceso de incorporación de nuevos colectivos previsto por la Ley 18.731 de fines de 2010. El hecho de que dichos colectivos (pasivos y cónyuges) generen mayores egresos que aportes es lo que explica la tendencia creciente en el peso de las transferencias desde 2010 en adelante. A partir de 2017 se observa que aproximadamente una cuarta parte de los egresos del FONASA se financian con transferencias que suplementan a los aportes personales y patronales que originan los generantes.

En relación a 2022 las transferencias registraron un moderado crecimiento, tanto en términos reales como en el peso relativo en los egresos totales. En relación a esto último, el incremento fue inferior a un punto porcentual, ubicándose algo por encima del 23% de las salidas del Fondo.

Cuadro 7- Resultado Económico del FONASA 2023 por tipo de afiliación –

INGRESOS	MONTO	%/EGRESOS 2023	%/EGRESOS 2022	%/EGRESOS 2021	%/EGRESOS 2017
Menores	18.306.834.812	13,3%	13,5%	12.9%	13,1%
Cónyuges	2.599.462.776	1,9%	2,0%	2.0%	2,2%
Pasivos	13.184.322.893	9,6%	9,9%	10.3%	9,9%
Activos	71.056.336.656	51,8%	52,1%	50.0%	50,0%
Otros Ingresos	177.408.990	0,1%	0,1%	0.1%	0,1%
Total Ingresos	105.324.366.127	77%	78%	75%	75%
EGRESOS	MONTO	%/EGRESOS 2023	%/EGRESOS 2022	%/EGRESOS 2021	%/EGRESOS 2017
Menores	20.315.539.250	14,8%	14,8%	14.8%	16,4%
Cónyuges	11.596.738.819	8,5%	8,5%	8.5%	7,8%
Pasivos	48.156.283.272	35,1%	35,2%	35.2%	33,9%
Activos	50.132.918.529	36,5%	36,6%	36.6%	36,4%
Sobrecuota de Inversión	0	0,0%	0,0%	0.0%	0,0%
Reintegro de Aportes	6.997.654.875	5,1%	4,9%	4.9%	5,4%
Otros Egresos	0	0,0%	0,0%	0.0%	0,0%
Total Egresos	137.199.134.746	100%	100%	100%	100%
RESULTADO	MONTO	%/EGRESOS 2023	%/EGRESOS 2022	%/EGRESOS 2021	%/EGRESOS 2017
Menores	-2.008.704.439	-1,5%	-1,4%	-1.9%	-3,3%
Cónyuges	-8.997.276.042	-6,6%	-6,5%	-6.5%	-5,6%
Pasivos	-34.971.960.379	-25,5%	-25,3%	-24.9%	-24,1%
Activos	20.923.418.126	15,3%	15,5%	13.4%	13,6%
Sobrecuota de Inversión	0	0,0%	0,0%	0.0%	0,0%
Reintegro de Aportes	-6.997.654.875	-5,1%	-4,9%	-4.9%	-5,4%
Otros	177.408.990	-0,1%	-0,1%	-0.1%	-0,1%
Total Resultado	-31.874.768.619	-23%	-23%	-25%	-25%

Fuente: Área Economía de la Salud en base a información del BPS y ATyR

El Cuadro 6 muestra los ingresos, egresos y saldos por grandes colectivos de afiliación. La comparación interanual muestra una relativa estabilidad en los aspectos estructurales de esta apertura. El mayor diferencial entre egresos e ingresos se observa en el caso de los Pasivos, lo que resalta el carácter esencialmente deficitario de este colectivo, que resulta consistente con el hecho de que sus requerimientos suelen ser los más altos (los mayores valores de las cápitas se asocian con el primer año de vida y con las edades más avanzadas), al tiempo que sus aportes están vinculados a ingresos, en promedio, no muy altos. En este año el porcentaje sobre egresos registra su mayor valor de la serie anual y, al igual que en el año 2022, supera incluso el diferencial global entre egresos e ingresos.

III.2 INGRESOS

En este apartado se describen los ingresos del FONASA. En base a información de la Asesoría Tributaria y de Recaudación (ATyR) del BPS se presenta una apertura estimada de los ingresos de acuerdo al tipo de aporte.

Cuadro 8 - Ingresos del FONASA 2023

INGRESOS PROPIOS	MONTO	%
Aportes personales de trabajadores privados	18.907.195.128	18,0%
Aportes personales de trabajadores públicos	5.951.764.235	5,7%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados	16.249.206.822	15,4%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos	4.657.090.766	4,4%
Aportes patronales de trabajadores privados	28.425.177.275	27,0%
Aportes patronales de trabajadores públicos	9.157.456.171	8,7%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	669.720.134	0,6%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	0	0,0%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	3.924.673.308	3,7%
Bancos	3.989.893.315	3,8%
Notarial	30.457.089	0,03%
TOTAL APORTES DE ACTIVOS	91.962.634.244	87,3%
RECAUDACIONES PERSONALES SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS	13.184.322.893	12,5%
OTROS INGRESOS	177.408.990	0,2%
TOTAL DE INGRESOS PROPIOS	105.324.366.127	76,8%
ASISTENCIA		
APORTE DE RENTAS GENERALES	31.874.768.619	23,2%
TOTAL INGRESOS		
INGRESOS TOTALES	137.199.134.746	100,0%

Fuente: Área Economía de la Salud en base a información del BPS y ATyR

Aproximadamente 43,5% de los ingresos propios del FONASA se explican por los aportes personales realizados por los trabajadores del sector privado y público, a excepción de bancarios, notariales y trabajadores no dependientes. De estos, unos 24 puntos porcentuales se corresponden con los aportes personales básicos, en tanto que los restantes los constituyen los adicionales a partir de los que los generantes activos atribuyen cobertura a menores y/o discapacitados a cargo y a cónyuges. Estos guarismos son levemente superiores a los registrados en 2022. Asimismo, los aportes patronales y complementos de la cuota mutual explican algo más del 36% de los ingresos propios, en tanto que un 12,5% se explica por los aportes personales realizados por jubilados y pensionistas. El resto lo constituyen los aportes personales y patronales de los trabajadores no dependientes, los aportes personales de bancarios y notariales y otros ingresos.

III.3 EGRESOS

A continuación se analiza la información relativa a los egresos del fondo, sin considerar los reintegros de aportes. Como fuera explicado en anteriores informes, esta opción se toma a partir de asumir que los reintegros son una “renuncia de ingresos” y no gastos realizados en la consecución de los objetivos del seguro.

Cuadro 9 - Egresos del FONASA 2023 según concepto

CONCEPTO	MONTO	%
CAPITAS	104.333.301.138	76,0%
META	6.737.596.042	4,9%
TICKET	2.471.621.116	1,8%
SEGUROS INTEGRALES	2.613.569.961	1,9%
FNR	11.484.539.811	8,4%
SUB TOTALCUOTA CUOTA SALUD	127.640.628.068	93,0%
SOBRECUOTA DE INVERSIÓN	-9.917	0,0%
TOTAL LIQUIDACIONES	127.640.618.151	93,0%
TOTAL EGRESOS FONASA	137.199.134.746	100%

Fuente: Área Economía de la Salud. En base a información del BPS

Teniendo en cuenta que los reintegros de aportes fueron de 6.997.654.875, estos no explican la totalidad de la diferencia entre el conjunto de los egresos y lo registrado en las liquidaciones. Otra parte de esta diferencia se explica por los montos abonados a las instituciones por concepto de Meta 5, relacionada con capacitaciones al personal de salud. En 2023, se abonaron por concepto de Meta 5 un monto de \$ 1.876.403.712,59. El resto de la diferencia entre egresos contabilizados y liquidaciones se explica por reliquidaciones.

Por su parte, el Cuadro 10 muestra la apertura por tramos de edad y sexo del pago por el componente cápita de la cuota salud a IAMC y ASSE.

Cuadro 10– Cápitas IAMC y ASSE por edad y sexo

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
< 1	1.396.174.830	1.127.392.721	2.523.567.551
1 a 4	1.822.868.293	1.621.470.132	3.444.338.425
5 a 14	3.731.892.560	3.194.168.631	6.926.061.191
15 a 19	1.390.460.724	1.703.869.617	3.094.330.341
20 a 44	7.481.989.508	16.374.982.363	23.856.971.871
45 a 64	11.339.358.339	15.364.761.223	26.704.119.562

65 a 74	8.450.220.148	9.115.461.534	17.565.681.682
> 74	8.226.006.657	11.992.223.858	20.218.230.515
TOTAL	43.838.971.059	60.494.330.079	104.333.301.138

Fuente: Área Economía de la Salud. En base a información del BPS

III.4 LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA

En el presente apartado presentamos la información relativa a las transferencias entre instituciones prestadoras elegibles del SNS, correspondientes a prestaciones brindadas en el marco del Sistema de Urgencia y Emergencia nacional consagrado en los Artículos 145 a 149 de la Ley 19.535.

Como se ha señalado en anteriores informes, la reglamentación de los mencionados artículos estableció que las instituciones *“podrán saldar los montos emergentes de la facturación producto de la atención de urgencia o emergencia, a través de la Junta Nacional de Salud mediante compensaciones del Fondo Nacional de Salud.”* De esta forma, el FONASA opera como cámara compensatoria permitiendo que cada prestador del Seguro le cobre a los restantes los servicios de atención de urgencia y emergencia brindados en este contexto, a través de transferencias de parte de los fondos que les correspondería cobrar por el aseguramiento de los beneficiarios del SNS.

El Cuadro 11 muestra los montos cobrados y pagados a través del mecanismo recién descrito, así como las transferencias netas. Los valores negativos de las transferencias netas indican que la institución en cuestión es pagadora neta, mientras que el valor positivo indica lo contrario. Dichas transferencias se corresponden con 22.155 actuaciones asistenciales verificadas, lo que refleja una relativa estabilidad respecto a las registradas en 2022.

Cuadro 11– Pagos, Cobros y Transferencias netas entre instituciones, realizadas dentro del FONASA por servicios de Urgencia y Emergencia. Valores en pesos uruguayos.

INSTITUCION	PAGADAS	COBRADAS	NETO
SMQS	30.831	6.005.981	5.975.150
COMERO	13.463	2.992.670	2.979.207
COMEPA	151.089	2.782.230	2.631.141
CAMS	159.987	2.255.361	2.095.374
AMDM	209.989	2.243.916	2.033.927

CAMDEL	3.963	2.028.920	2.024.957
CASMER	157.616	2.155.710	1.998.094
COMEF	5.207	1.873.232	1.868.025
CAAMEPA	34.495	1.175.463	1.140.968
CAMEC	3.469	1.132.808	1.129.339
CRAME	478.565	1.448.325	969.760
AMSJ	2.952	669.759	666.807
COMTA	38.226	485.740	447.514
CAMEDUR	30.444	370.373	339.929
IAC	15.669	351.505	335.836
CAMCEL	6.705	324.196	317.491
COMECA	4.836	283.966	279.130
GREMEDA	54.535	253.661	199.126
CAMOC	8.869	200.943	192.074
CIRCULO CATOLICO	548.787	706.287	157.500
CRAMI	15.525	165.984	150.459
COMEFLO	42.138	168.785	126.647
CAMY	6.502	117.932	111.430
HOSPITAL EVANGELICO	614.990	684.607	69.617
AMEDRIN	6.614	66.461	59.847
CUDAM	145.158	63.421	-81.737
SEGURO AMERICANO	94.936	0	-94.936
MEDICARE	111.492	0	-111.492
SUMMUM	187.948	0	-187.948
GREMCA	261.576	0	-261.576
SWISS MEDICAL URUGUAY	398.498	0	-398.498
UNIVERSAL	590.484	63.010	-527.474
MEDICA URUGUAYA	776.961	112.240	-664.721
MP	975.639	0	-975.639
COSEM	1.010.467	0	-1.010.467
COMERI	1.518.597	317.680	-1.200.917
CASMU	2.033.541	220.534	-1.813.007
HOSPITAL BRITANICO	2.250.860	0	-2.250.860
SMI	3.207.670	20.812	-3.186.858
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	3.592.725	232.733	-3.359.992
ASSE	14.415.137	2.241.910	-12.173.227
TOTAL	34.217.155	34.217.155	0

Fuente: Área Economía de la Salud. En base a información del MSP

El mayor cobrador neto es SMQS, seguido de COMERO, COMEPA y de otros prestadores privados del interior. Por su parte, el mayor pagador neto es ASSE. A excepción de Círculo

Católico y Hospital Evangélico, el resto de las IAMC de Montevideo, así como la totalidad de los Seguros Privados, son esencialmente pagadores netos acompañando el patrón de comportamiento de estas variables observado en años anteriores.

CAPÍTULO IV- METAS ASISTENCIALES

Las Metas Asistenciales son mecanismos de pago por desempeño que complementa el pago de la cápita ajustada por edad y sexo, siendo por tanto un componente de la Cuota Salud con cargo al Fondo Nacional de Salud (FONASA). En el año 2023 el pago por Metas Asistenciales representó el 4,9% de los egresos del FONASA¹¹.

Estos mecanismos de pago por desempeño promueven cambios en los procesos y resultados en salud de los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (SNS) orientados por las prioridades sanitarias y asistenciales establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Las metas comprendidas en este informe de Rendición de Cuentas se focalizan en la atención de:

- La salud del niño, niña, la mujer embarazada y puérpera a través de la Meta 2022-2023,
- La reducción de la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles prevalentes en población adulta, también incluido en la Meta 2022-2023,
- La creación de cargos médicos de alta dedicación a través de la Meta 4 y
- La capacitación de los trabajadores del sector salud a través de la Meta 5.

La Meta 2022-2023 fusionó las anteriores Metas 1 y 2, buscando optimizar la gestión documental asociada a la declaración de la información requerida para el cálculo de cumplimiento y pago de las metas. A estos efectos, se alinearon los períodos de cumplimiento, entrega de información y calendario de pago de las Metas 1 y 2 en un esquema cuatrimestral.

En cuanto a lo asistencial, la Meta 2022-2023 mantiene el control de los recién nacidos (RN) y del/la niño/a en su primera infancia, priorizando los controles en los recién nacidos de riesgo (RNR). Se continúa con la pesquisa de Hipoacusia Neonatal, en particular el correcto seguimiento diagnóstico de aquellos recién nacidos que han tenido algún estudio con resultado con presunción de alteración. Así mismo, se sigue incentivando desde la meta el adecuado

¹¹ Según liquidaciones de BPS, sin considerar el pago por Meta 5 ni el monto de meta pago a los seguros privados. Fuente: Área Economía de la Salud- Dirección General del SNS, MSP.

control de la mujer embarazada, el asesoramiento de la mujer durante su puerperio y la pesquisa de depresión posparto. También se promueven acciones vinculadas a la mejora de la accesibilidad para la atención de situaciones de violencia basada en género y generaciones.

Vinculado a la reducción de la morbilidad por enfermedades no transmisibles, se mantienen indicadores de tamizaje, seguimiento diagnóstico y tratamiento para tres de los cánceres con mayor prevalencia en población adulta: colon en ambos sexos y cuello de útero y mama en mujeres. A su vez, se incorporan acciones orientadas a la implementación del Protocolo Nacional de ACV y puntualmente, la realización de trombólisis medicamentosa en pacientes con ACV isquémico.

Las Metas 4 y 5 refieren a la gestión de los recursos humanos en el sector salud y en rigor reflejan acuerdos laborales acordados en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en el marco de los Consejos de Salarios.

Desde la Meta 4 se promueve la implementación del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) en los prestadores de salud, que se traduce principalmente en la creación de cargos de alta dedicación (CAD) en las instituciones del sector privado y de las funciones de alta dedicación (FAD) en el caso de ASSE.

Los pagos realizados a los Prestadores del SNS en el marco de la Meta 5, que tuvieron lugar en el mes de diciembre de 2023, corresponden a los pagos variables de salarios de los trabajadores del sector acordados en los Consejos de Salarios, condicionados a la realización de actividades de capacitación pautadas por el Ministerio de Salud Pública.

META 2022-2023: UNIFICACIÓN DE LA META 1 Y 2

Diseño de la meta según Instructivo vigente

La Meta asistencial 2022-2023, cuya implementación comenzó en enero de 2022, fusiona indicadores de las precedentes Metas 1 y 2 además de agregar nuevos indicadores. Las condiciones de cumplimiento y pago quedan establecidas en la Resolución de la Junta Nacional de Salud N° 380 del 9 de diciembre de 2021, que incluye instructivo y documentos anexos

(diccionario de variables, Reglas de control de formato y reglas de control de datos para cálculo) cuya finalidad es facilitar la entrega estandarizada de la información por parte de los prestadores de salud y la posterior obtención de un cálculo automático del cumplimiento y pago.

Según lo definido en el anexo III¹² del Contrato de Gestión, para la definición de una nueva meta se deben cumplir condiciones que incluyen en términos generales: discusión de nueva propuesta a nivel de Comisión Asesora constituida por representantes de MSP y Prestadores de salud, creación de un anteproyecto al que se le da difusión entre todos los prestadores involucrados, definición de plazo de un mes para recepción de posibles cambios del ante proyecto, redacción final de instructivo y aprobación del mismo en el ámbito de Junta Nacional de Salud. Este proceso se realizó durante el segundo semestre de 2021.

La meta asistencial 2022-2023 tiene una periodicidad de cumplimiento y pago cuatrimestral. Está organizada en cuatro componentes temáticos que son:

1. Salud del niño y niña: reúne 8 indicadores
2. Salud de la embarazada y puérpera: compuesta por 3 indicadores
3. Violencia basada en género y generaciones: con 1 indicador
4. Prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles (ENT): compuesta por 9 indicadores

En su mayoría, los indicadores que conforman la meta son cuantitativos y su información la proporcionan los prestadores de salud, mediante una planilla de cálculo nominalizada y a través del sistema RCIE. (Recepción y Control de Información Externa).

Los indicadores cualitativos se entregan a través del mismo sistema y para su cumplimiento los prestadores entregan informes con pautas predefinidas, cuya aprobación es responsabilidad de las Áreas Programáticas de DIGESA. Estos indicadores son:

- En el primer cuatrimestre del 2022 indicadores 2.2 y 2.3 referidos a la salud de la puérpera y durante el año 2022 informes de ACV.
- En todo el período de 2022-2023 informe de ACV, conjuntamente con información de casos de infartos cerebrales en planilla nominalizada.
- En todo el período de 2022-2023, informes sobre VBGG

¹² Anexo III de Contrato de Gestión –Decreto 81/012 de 13/3/2012

El cuadro 12 describe los indicadores que integran cada componente de la Meta 2022-2023. Se detallan los *Valores Meta*, entendido como el nivel de desempeño definido como objetivo a alcanzar por el Prestador en cada cuatrimestre, pudiéndose tratar de un único valor fijo, un valor fijo cuatrimestral con evolución ascendente en cada cuatrimestre (X2.2) o un valor de crecimiento (reducción de brecha entre dos parámetros: línea de base (LB) y valor de referencia (VR)).

Finalmente, se presenta el *Monto Disponible* (en pesos) vigentes entre julio y diciembre de 2023, siendo el pago que se efectúa por usuario FONASA cuando se alcanza el 100% del cumplimiento del indicador¹³

El monto disponible total para la Meta 2022-2023 para el periodo enero-junio 2023 fue de \$198,91 y para el de julio-diciembre 2023 fue de \$205.18.

Cuadro 12: Descripción de indicadores de Meta 2022-2023. Periodo 2022-2023

COMPONENTE	INDICADOR	VALOR META	MONTO DISPONIBLE A DICIEMBRE A 2023
Salud del Niño y de la Niña	1.1 Captación del Recién Nacido	95%	4.81
	1.2 Visita domiciliaria del Recién nacido de riesgo	95%	4.80
	1.3 Control de desarrollo a los 4 meses	95%	9.54
	1.4 Control de desarrollo a los 18 meses	95%	9.54
	1.5 Seguimiento diagnóstico de Hipoacusia congénita	95%	9.54
	1.6 Control de desarrollo a los 4 años	90%	9.54
	1.7 Control odontológico a los 4 años	80%	4.81
	1.8 Control oftalmológico a los 5 años	80%	9.54
Salud embarazada y puérpera	2.1 Curso de preparación para el nacimiento	70%	9.54
	2.2 Acompañamiento en primer puerperio	70% al final del periodo	14.30
	2.3 Consulta con Comité de puérpera con indicio de depresión	50%	9.54
Violencia basada en Género y Generaciones	3. VBGG	Informes según pautas predefinidas	9.54
Enfermedades no transmisibles	4.1 Tamizaje de cáncer colorrectal	Disminución de 40% entre LB y VR al final del periodo	14.30
	4.2 Diagnóstico por Fibrocolonoscopia	75%	9.54
	4.3 Tamizaje de cáncer de cuello	Disminución de 65% entre LB y VR al final del periodo	14.30
	4.4 Colposcopia	Disminución de 80% entre LB y VR al final del periodo	9.54
	4.5 Biopsia HSIL y más con tratamiento	80%	9.54
	4.6 Tamizaje de cáncer de mama	Disminución de 50% entre LB y VR al final del periodo	14.30

¹³ Cuando el prestador no logra alcanzar el 100%, pero su cumplimiento se encuentra por encima del valor definido como valor piso obtiene un pago proporcional. Por debajo del valor piso, no corresponde pago alguno.

	4.7 Mamografías BIRADS IV y V con AP	50%	9.54
	4.8 AP confirmatorio de cáncer de mama con inicio de tratamiento	80%	9.54
	4.9 Abordaje del ACV Isquémico	Informes según pautas y declaración de casos de ACV isquémicos. 10% de casos trombolizados al final de período.	9.54

Con posterioridad a la aprobación del Instructivo de la Meta 2022-2023 se realizaron las siguientes modificaciones en las condiciones de cumplimiento y pago, las cuales fueron acordadas en la Comisión Asesora y aprobadas por la Junta Nacional de Salud.

- Se modificaron los porcentajes admitidos de uso de los protocolos de actuación, con postergación de la aplicación del esquema de reducción paulatina establecida inicialmente en algunos de los indicadores de niñez y curso de preparación para el nacimiento (Indicadores 1.6, 1.7, 1.8 y 2.1).
- Se extendió el plazo al cierre del periodo (hasta 45 días) para la realización de los controles o tratamiento en los indicadores 4.2, 4.4 y 4.5.
- Se modificó el alcance de la entrega tardía establecida por Instructivo, habilitando la rectificación del primer mes de pago (si correspondiera), de acuerdo con el cumplimiento alcanzado por el prestador en la segunda instancia de entrega (entrega tardía).
- Para el último cuatrimestre de la Meta (SOND23) se actualizaron las Líneas de Base del indicador 4.1 (Tamizaje de Cáncer de Colon), alineando las exigencias de cumplimiento y pago a las nuevas condiciones establecidas para la continuidad de este indicador para el periodo 2024-2025.

Un aspecto a destacar de la Meta 2022-2023 es la aplicación de un tope general al uso de los **Protocolos de Actuación** en los indicadores de la salud de la niñez y la mujer embarazada.

Los Protocolos de Actuación se incorporan a los indicadores de Meta 1 en el año 2012, en tanto correctivo que valida en determinadas circunstancias documentadas administrativamente la no realización de la actividad asistencial definida por el indicador. Este correctivo, que se contabiliza como cumplimiento del indicador, se justifica en aquellos indicadores que combinan valores metas exigentes con poblaciones objetivo pequeñas y ventanas de oportunidad asistencial acotadas.

Desde el año 2019 se inició un proceso de regulación del uso de esta herramienta a punto de partida de la constatación de un uso poco proporcionado y en algunos casos atípico con respecto

al comportamiento sectorial promedio. Para el periodo 2019-2020 se aplicó un tope parcial para la utilización de Protocolos, que topeaba a dos de las cinco categorías de protocolos disponibles¹⁴, quedando libre de tope las tres categorías restantes.

En la medida que se siguió constatando el mismo comportamiento, para la Meta 2022-2023 se propuso y negoció en el marco de la Comisión Asesora la incorporación de un tope general. En esta etapa, el objetivo fue la aplicación progresiva de un tope general al uso de los Protocolos de Actuación que habilite el uso proporcionado de la herramienta, estableciendo distintos porcentajes (en algunos casos decrecientes) en función del análisis particular realizado de cada indicador.

Cuadro 13: Esquema de topes de uso de Protocolos de Actuación - Meta 2022-2023

Indicador	EFMA22	MJJA22	SOND22	EFMA23	MJJA23	SOND23
1.1	10%	10%	10%	10%	10%	10%
1.3	Sin tope	10%	10%	10%	10%	10%
1.4	Sin tope	10%	10%	10%	10%	10%
1.6	Sin tope	Sin tope	Sin tope*	30%	20%	15%
1.7	Sin tope	Sin tope	Sin tope*	35%*	30%*	25%*
1.8	Sin tope	Sin tope	Sin tope	Sin tope*	40%*	30%*
2.1	Sin tope	10%	Sin tope*	10%	10%	10%

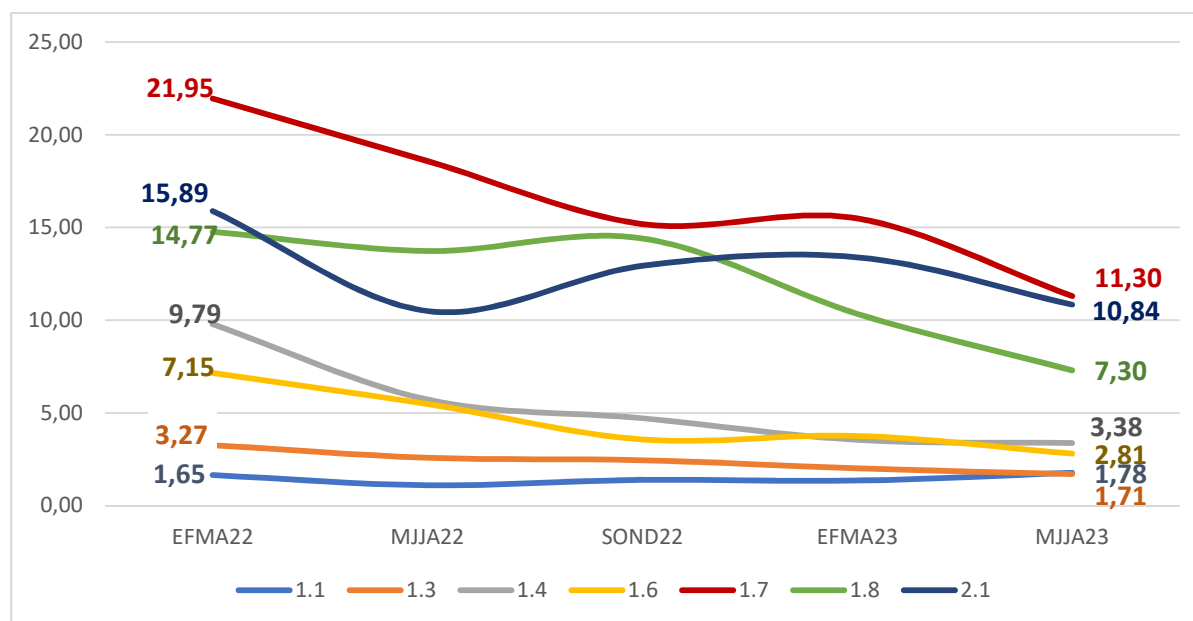
* Indicadores con flexibilización del esquema inicial de topes de protocolos

Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

Como resultado, en el Gráfico 4 se observa un descenso del porcentaje promedio de utilización de Protocolos de Actuación a partir de la aplicación del esquema de topes generales para su uso. A su vez, cabe destacar el cambio en la tendencia de descenso de la utilización promedio de los Protocolos de Actuación observado en los indicadores 1.7, 1.8 y 2.1 para el periodo SOND22, lo cual es coincidente con la flexibilización del esquema inicial mencionada anteriormente.

¹⁴ Las circunstancias que habilitan el uso de protocolos son las siguientes: (1) Negativa del usuario, (2) Doble cobertura, (3) Internación/Reposo, (4) No se logró comunicación y (5) Otros.

Gráfico 4: Utilización promedio de Protocolos de Actuación por indicador y periodo - Meta 2022-2023



Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

En cuanto al impacto de la aplicación de este tope en el cumplimiento y pago de los indicadores, el Cuadro 14 detalla la cantidad de instituciones que tuvieron algún tipo de afectación (en su gran mayoría proporcional) por indicador y por cuatrimestre. Esta afectación representa un 1.5% de la totalidad de indicadores pagos a las Instituciones en los 5 cuatrimestres considerados y en el 90% de los casos significó una afectación proporcional. El indicador donde se constató una mayor afectación en la aplicación del tope fue el 2.1 de Curso de Preparación para el Nacimiento.

Cuadro 14: Esquema de topes de uso de Protocolos de Actuación - Meta 2022-2023

Indicador	EFMA22	MJJA22	SOND22	EFMA23	MJJA23
1,1	0	0	0	0	0
1,2	0	0	1	0	0
1,3	0	0	0	0	0
1,4	0	0	1	1	0
1,6	0	0	0	0	1
1,7	0	0	0	2	1
1,8	0	0	0	0	0
2,1	0	3	0	2	2

Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

Resultados de la meta 2022-2023

En este apartado se presentan medidas resumen (mediana, promedio, mínimo y máximo) de los *cumplimientos* de Meta 2022-2023 que originaron los pagos efectuados de enero a diciembre de 2023, según se detalla en el esquema de cumplimiento y pago presentado en el cuadro 15.

Cuadro 15: Esquema de cumplimiento y pago 2023 de la Meta 2022-2023

BIANUALIDAD	CUATRIMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (meses)
2022-2023	Mayo-junio-julio-agosto 2022	Enero- febrero 2023
2022-2023	Setiembre- octubre- noviembre- diciembre 2022	Marzo- abril- mayo- junio 2023
2022-2023	Enero- febrero-marzo- abril 2023	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023
2022-2023	Mayo- junio- julio- agosto 2023	Noviembre- diciembre 2023

Es importante destacar que estos datos no pueden ser interpretados como desempeño asistencial propiamente dicho, sino como el porcentaje de cumplimiento de la meta. Este valor pone en relación determinado desempeño asistencial (numerador/denominador) respecto a un valor piso (desempeño mínimo por debajo del cual no se paga la meta) y un valor meta (desempeño asistencial definido como objetivo a alcanzar).

La relevancia de analizar el ***cumplimiento alcanzado***, en un contexto de ejercicio de rendición de cuentas del FONASA, es que el mismo refleja el porcentaje del monto disponible en pesos que finalmente se paga por esta meta y para cada uno de sus indicadores. En tanto, el *valor alcanzado* (numerador/denominador) da cuenta del desempeño asistencial¹⁵ logrado por el Prestador en cada indicador de la Meta.

El cuadro 16 muestra medidas resumen del ***cumplimiento alcanzado*** para la Meta 2022-2023. El cumplimiento promedio oscila entre el 88% y el 92% a lo largo del periodo, mientras que la mediana de cumplimiento es superior y se ubica en torno al 97%.

¹⁵ Corresponde aclarar que el desempeño asistencial de Meta 1 habilita el uso de Protocolos de Actuación que justifica en determinadas circunstancias la no realización de la actividad asistencial, pero que son válidos para el cumplimiento.

Cuadro 16- Cumplimiento alcanzado Meta 2022-2023, enero-diciembre 2023.

Periodo de pago	META 2022-2023			
	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Enero- febrero 2023	88,85	97,16	9,30	100
Marzo- abril- mayo- junio 2023	89,96	97,67	9,81	100
Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	89,59	97,16	4,98	100
Noviembre- diciembre 2023	92,01	96,88	9,25	100

Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

A continuación, se detallan el valor promedio y mediano del ***cumplimiento alcanzado*** para cada uno de los 21 indicadores que integran la Meta 2022-2023. Asimismo, se detallan la cantidad de instituciones que alcanzaron el valor meta y en consecuencia, obtuvieron un cumplimiento total del indicador; aquellas que no alcanzaron el valor meta, no obstante su desempeño que encuentra por encima del valor piso definido como para habilitar un pago proporcional y por último, aquellas cuyo desempeño se encuentra por debajo del valor piso, por tanto no les corresponde pago alguno.

Salud del niño y de la niña

Dentro de los indicadores que componen este eje temático se encuentran aquellos referidos a controles de primera infancia. El indicador de captación de recién nacido (1.1) continúa siendo el de mejor performance. En este indicador prácticamente la totalidad de los prestadores de salud alcanzan un cumplimiento total del indicador, con un promedio que oscila en torno al 97% en el periodo y una mediana de 100%. El prestador con cumplimiento nulo y parcial de este indicador en el periodo fue ASSE.

Para el resto, en todos los casos, la mediana de cumplimiento es de 100%. A su vez, para todos los indicadores de cumplimiento cuatrimestral se observa una mejora en el cumplimiento promedio a medida que avanza la implementación de la meta, con excepción del 1.7 (Control Odontológico).

Cuadro 17- Cumplimiento alcanzado, componente Salud niño/a. Enero- Diciembre 2023

COMPONENTE: Salud del niño/a						
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
1.1	Enero- febrero 2023	97,56	100	40	0	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	97,56	100	40	0	1
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	97,90	100	40	1	0
	Noviembre- diciembre 2023	97,56	100	40	0	1
1.2	Enero- febrero 2023	84,15	100	32	4	5
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	84,15	100	32	4	5
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	92,68	100	33	1	7
	Noviembre- diciembre 2023	92,68	100	33	1	7
1.3	Enero- febrero 2023	87,63	100	34	3	4
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	88,76	100	35	3	3
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	94,02	100	37	2	2
	Noviembre- diciembre 2023	94,61	100	38	1	2
1.4	Enero- febrero 2023	78,54	100	29	5	7
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	84,73	100	33	2	6
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	87,54	100	33	4	4
	Noviembre- diciembre 2023	92,56	100	37	2	2
1.5	Enero- febrero 2023	90,00	100	36	2	3
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	90,00	100	36	2	3
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	88,76	100	33	1	7
	Noviembre- diciembre 2023	88,76	100	33	1	7
1.6	Enero- febrero 2023	84,20	100	34	1	6
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	88,07	100	35	2	4
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	88,39	100	36	1	4
	Noviembre- diciembre 2023	90,12	100	36	1	4
1.7	Enero- febrero 2023	83,27	100	34	1	6
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	85,80	100	34	2	5
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	82,93	100	34	0	7
	Noviembre- diciembre 2023	83,10	100	34	1	6
1.8	Enero- febrero 2023	86,93	100	34	3	4
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	89,24	100	35	2	4
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	87,80	100	36	0	5
	Noviembre- diciembre 2023	90,05	100	36	1	4

Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

Se debe aclarar que los indicadores 1.2 (Visita domiciliaria de Recién Nacido de Riesgo) y 1.5 (Seguimiento diagnóstico de niños con segunda Emisiones oto-acústica –EOA- alterada o Potenciales Evocados de Tronco Alterados -PEAT) estos tienen una periodicidad anual, debido a lo reducido de sus denominadores.

Es por ello que en el tercer y sexto cuatrimestre de la Meta 2022-2023 se realiza el cálculo del cumplimiento anual acumulado, a partir de la sumatoria de los casos contabilizados en numerador y denominador para cada uno de los tres cuatrimestres involucrados de cada año.

Por tanto, el porcentaje de cumplimiento presentado refiere al cumplimiento anual alcanzado en 2022 y 2023.

Salud embarazada y primer puerperio

El indicador 2.1 de Curso de preparación de nacimiento se continuó en líneas generales como el período anterior, con una disminución de la población objetivo (mujeres que no han tenido ningún parto/cesárea) y con una aplicación de tope al uso de Protocolos de Actuación. Con excepción de Enero-febrero 2023, el cumplimiento promedio se encuentra por encima del 90%, mientras que la mediana es de 100% para todo el periodo considerado.

Cuadro 18- Cumplimiento alcanzado, componente Salud embarazada y puérpera. Enero- Diciembre 2023

COMPONENTE: SALUD EMBARAZADA Y PUÉRPERA						
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
2.1	Enero- febrero 2023	88,68	100	33	6	2
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	94,34	100	37	3	1
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	92,32	100	36	3	2
	Noviembre- diciembre 2023	92,27	100	36	4	1
2.2	Enero- febrero 2023	90,24	100	37	0	4
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	95,12	100	39	0	2
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	92,15	100	36	2	3
	Noviembre- diciembre 2023	94,46	100	37	2	2
2.3	Enero- febrero 2023	88,88	100	36	1	4
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	90,34	100	37	1	3
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	90,24	100	37	0	4
	Noviembre- diciembre 2023	94,76	100	38	1	2

Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

Por otro lado, se incorporan dos nuevos indicadores referidos a la salud en el primer puerperio. Se diseñó de tal forma que la mujer tenga dos consultas de acompañamiento y consejería en su primer puerperio durante los primeros 90 días desde su parto o cesárea (Indicador 2.2).

Las dos instancias de consejerías abordan pautas de cuidado de salud de la mujer y su hijo; y adicionalmente, en la segunda instancia, se realiza la pesquisa de depresión post-parto mediante un test auto-gestionado, con la consecuente obtención de una Escala de depresión de Edinburgh. Si el resultado del test supera determinado puntaje, debe derivarse a la usuaria a consulta con un Comité de Salud Mental o a consulta con Psiquiatría o Psicología en un lapso máximo de 30 días (Indicador 2.3).

Nuevamente, con excepción de Enero-febrero 2023 para el indicador 2.3, el cumplimiento promedio de ambos indicadores se encuentra por encima del 90%, mientras que la mediana es de 100% para todo el periodo considerado.

Violencia basada en Género y Generaciones

El objetivo del indicador es seguir avanzando en mejorar el abordaje de las situaciones de violencia basada en género y generaciones. En cada cuatrimestre se realizan determinadas acciones para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las personas afectadas por este tipo de violencia.

Es así que se trabajó en los siguientes aspectos:

- Difusión de las rutas institucionales y del número de retén de asesoramiento para los usuarios internos de las organizaciones; tanto en policlínicas, urgencia radio, en escritorios y en oficinas de atención al usuario.
- Actividades de promoción – presenciales y vía streaming-, buscando visibilizar la temática y los servicios y recursos disponibles de los Prestadores de Salud, en particular, los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica y Sexual.
- Realización de Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) del personal de salud hacia la VBG.

La aprobación, validación y verificación de las mencionadas actividades le correspondió al Área Programática de DIGESA. Como resultado, se observa un cumplimiento promedio que en su mayoría supera el 95% y una mediana de 100% para todo el periodo.

Cuadro 19- Cumplimiento alcanzado, componente VBG. Enero- Diciembre 2023

COMPONENTE: VBG						
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
3	Enero- febrero 2023	97,56	100	40	0	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	92,68	100	38	0	3
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	95,12	100	39	0	2
	Noviembre- diciembre 2023	97,56	100	40	0	1

Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

Enfermedades No Trasmisibles

El componente temático 4 de la Meta Asistencial 2022-2023, *Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles* se encuentra integrado por un total de 9 indicadores, de los cuales 8 están vinculados a cáncer. Se continúa haciendo foco en 3 de los cánceres más frecuentes en nuestra población: colon, mama y cuello uterino.

En los indicadores de tamizaje y diagnóstico de cáncer de colon se da continuidad al trabajo que se venía realizando en todas las instituciones en la Meta 2 (2019-2021). Los indicadores de mama y cuello uterino que eran opcionales, en este período pasan a ser comunes a todos los prestadores. Por tal motivo, fue necesaria la construcción de Líneas de Base en aquellas instituciones donde no se estaba trabajando con estos indicadores, a partir de la información declarada por los propios prestadores.

En cada caso, la Línea de Base permite determinar el punto de partida en el que se encuentra cada institución, reflejando su desempeño asistencial al inicio de la meta, a partir del cual debe trabajar en su población de usuarios/as objetivos de los indicadores, para alcanzar los valores meta, entendidos en disminuciones de brecha cuatrimestrales, entre la línea de base y el valor de referencia.

De los ocho indicadores sobre cáncer, los siguientes cuatro fueron definidos como indicadores con un valor meta relativo (reducción de brecha):

- 4.1) Tasa de cobertura de tamizaje en cáncer colo- rectal en usuarios de 60 a 70 años
- 4.3) Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años
- 4.4) Porcentaje de mujeres con PAP patológico que se realizan colposcopías
- 4.6) Tasa de cobertura de tamizaje con mamografía de 50 a 69 años

El resto de los indicadores siguen la lógica de alcanzar un valor meta fijo, que junto con un valor piso define el rango que habilita un pago proporcional.

Cuadro 20- Cumplimiento alcanzado, Componente ENT. Enero- Diciembre 2023.

COMPONENTE: ENT						
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
4.1	Enero- febrero 2023	76,73	100	31	1	9
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	74,71	100	28	4	9
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	73,32	100	29	4	8
	Noviembre- diciembre 2023	75,22	100	28	6	7
4.2	Enero- febrero 2023	90,15	100	33	5	3
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	93,49	100	34	6	1
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	91,80	100	36	2	3
	Noviembre- diciembre 2023	94,83	100	37	2	2
4.3	Enero- febrero 2023	86,59	100	35	1	5
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	85,73	100	34	2	5
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	91,27	100	32	7	2
	Noviembre- diciembre 2023	93,61	100	35	4	2
4.4	Enero- febrero 2023	90,24	100	37	0	4
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	90,24	100	37	0	4
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	90,24	100	37	0	4
	Noviembre- diciembre 2023	97,56	100	40	0	1
4.5	Enero- febrero 2023	96,83	100	38	2	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	92,56	100	36	3	2
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	89,44	100	34	4	3
	Noviembre- diciembre 2023	97,07	100	37	3	1
4.6	Enero- febrero 2023	85,37	100	35	0	6
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	86,95	100	35	3	3
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	89,56	100	36	1	4
	Noviembre- diciembre 2023	91,54	100	33	7	1
4.7	Enero- febrero 2023	95,12	100	39	0	2
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	97,56	100	40	0	1
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	95,12	100	39	0	2
	Noviembre- diciembre 2023	97,56	100	40	0	1
4.8	Enero- febrero 2023	94,68	100	37	3	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	94,68	100	37	2	2
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	91,27	100	36	2	3
	Noviembre- diciembre 2023	93,71	100	36	4	1
4.9	Enero- febrero 2023	100	100	41	0	0
	Marzo- abril- mayo- junio 2023	100	100	41	0	0
	Julio- agosto- setiembre- octubre 2023	87,85	100	34	3	4
	Noviembre- diciembre 2023	87,85	100	34	3	4

Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

Dentro de los indicadores de tamizaje, tanto en cuello de útero (4.3) como en mama (4.6) se observa un incremento del cumplimiento promedio a medida que avanza la aplicación de la

meta, alcanzado para el último periodo considerado un porcentaje de 93,61 y 91,54, respectivamente.

El indicador de tamizaje de cáncer de colon, aunque es el que más tiempo de vigencia tiene, logra un cumplimiento menor comparado a los anteriores, alcanzando al final del periodo un 75,22%.

En cuanto al seguimiento diagnóstico y tratamiento de cáncer de colon (4.2), cuello uterino (4.4 y 4.5) y mama (4.7 y 4.8) muestran porcentajes de cumplimiento promedio superiores al 90% y medianas de 100%.

Por último, con respecto al indicador 4.9 de abordaje a ACV isquémico, en primera instancia los Prestadores debieron entregar informes de hoja de ruta institucionales para la atención integral de los ACV, basándose en el Protocolo Nacional de dicha patología e informe con definición de equipo y recursos asistenciales para la atención integral de ACV. En este caso, el cumplimiento fue de 100% para la totalidad de las instituciones.

En segunda instancia, se exigió un porcentaje anual de 10% de realización de trombólisis medicamentosa en pacientes con ACV isquémico. En este caso, el cumplimiento promedio fue de 87,75% y la mediana de 100%.

META 4: NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO

Diseño de la meta según Instructivo vigente

La Meta 4 estimula la implementación del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) en las instituciones de salud, que se traduce principalmente en la creación de los cargos de alta dedicación (CAD) en las instituciones del sector privado y de las funciones de alta dedicación (FAD) en el caso de ASSE. Las especialidades comprendidas en el NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos marco firmados en Consejo de Salarios.

Para los prestadores integrales del subsector privado y para ASSE, dentro del NRTM se encuentran los Médicos Generales y las siguientes especialidades: Medicina Familiar, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Medicina Intensiva de adultos y pediátrica, Neonatología, Psiquiatría de adultos y pediátrica, Cirugía General y Medicina de Emergencia; con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales, con presencia en la institución a lo largo de toda la semana. También están comprendidas dentro del NRTM otras especialidades médicas:

Alergología, Laboratorio de patología clínica, microbiología y parasitología y micología médica, Anatomía Patológica, Medicina del Deporte, Cardiología, Nefrología, Dermatología, Neumología, Endocrinología y Metabolismo, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Neuropediatría, Gastroenterología, Oncología Médica, Genetista, Oncología radioterápica, Geriatria, Rehabilitación y Medicina Física, Hematología, Reumatología, Hemoterapia y Medicina Transfusional; con un régimen de trabajo de 20 o 30 a 48 horas semanales, dependiendo la especialidad, e Imagenología con un régimen de trabajo de 30 a 48 horas semanales. Para ASSE se suma Anestesia y Medicina Rural con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales.

Se presenta a continuación un cuadro resumen que pretende reflejar las principales variables que contempla la meta 4 para el período considerado.

Cuadro 21 – Cumplimiento y pagos generados Meta 4

El cumplimiento al mes de:	Exigencia. Cantidad de cargos cada 7.000 ¹⁶ afiliados FONASA.	Generará pagos para:	% de CAD < a 40 horas semanales que valen como 1	Incidencia de cada componente	
				1	3
Jun-22	5,08	Enero 2023	20%	5,35%	94,65%
Dic-22	5,08	Febrero-Julio 2023	20%	5,35%	94,65%
Jun-23	5,08	Agosto-Diciembre 2023	20%	5,35%	94,65%

La meta 4 se basa en el cumplimiento de dos¹⁷ componentes que se describen a continuación.

Componente 1: Financiación de Costos Permanentes

Componente 3: Cargos de Alta Dedicación

El componente 1 se cobra independientemente de la cantidad de CAD o FAD contratados. Las Instituciones que a la fecha de entrega no cuenten con ningún CAD o FAD no cobran el mismo.

¹⁶Para el caso de ASSE se consideran funciones cada 7.776 afiliados (Resolución nº884 JUNTA NACIONAL DE SALUD – noviembre 2014).

¹⁷ Inicialmente el cumplimiento se basaba en tres componentes. Desde las exigencias de diciembre de 2021, el componente 2 (esfuerzos en la contratación de cargos de alta dedicación) ya no está vigente, en tanto se finalizó el pasaje gradual de este componente, hacia el componente 3.

El componente 3 mide el cumplimiento de la exigencia de CAD o FAD estipulado por la Junta Nacional de Salud. Se cobra de forma total únicamente si la institución alcanza la cantidad de CAD o FAD exigida. De no alcanzar la totalidad de los cargos exigidos, aquellas instituciones que avancen en la contratación entre un período y otro, o que la cantidad de CAD o FAD contratados sea mayor a los exigidos en el período anterior, cobran la proporción que corresponda del componente 3. El pago se realiza de manera proporcional entre los CAD o FAD contratados hasta ese semestre y los exigidos para el mismo, siguiendo las fórmulas que se establecen en el instructivo.

Para el caso de las especialidades médicas, aquellos CAD o FAD con una carga horaria menor a 175 horas mensuales, se computan para la meta 4 como 1 CAD o FAD siempre que no superen el 20% del total de CAD o FAD contratados por la institución. Por encima de ese umbral, cada CAD o FAD adicional de menos de 175 horas mensuales se computa para la meta en un porcentaje calculado de la siguiente manera:

$$\frac{\text{(Cantidad de horas semanales promedio del total de cargos de menos de 40 horas semanales)}}{44}$$
 horas semanales. Para el cómputo de la meta 4, se multiplica dicho porcentaje por el total de CAD o FAD de menos de 175 horas mensuales que quedan por encima del umbral.

A partir de las exigencias a junio 2022 aquellas instituciones que absorbieron usuarios de la ex Casa de Galicia y contrataron a los trabajadores médicos que cumplieran con un CAD en dicho prestador, con una flexibilización de hasta el 70% de su carga horaria, pueden computarlos para la meta de manera proporcional en relación a un cargo de 44 horas semanales.

La cantidad de CAD/FAD contabilizados para el pago de la meta 4 puede no coincidir estrictamente con la cantidad de CAD/FAD contratados por las instituciones. Las diferencias se explican por el cómputo proporcional de los CAD/FAD de menos de 175 horas mensuales que superan el 20% de los CAD/FAD contratados en algunas instituciones y por el cómputo proporcional de los CAD de la ex Casa de Galicia.

La meta 4 contempla la contratación de CAD o FAD con posterioridad al cierre del informe. Estas contrataciones pueden generar cambios totales o parciales en el cumplimiento de la meta y pueden informarse en actualizaciones a entregar cada mes, tomándose en cuenta para el cálculo de pago de la misma desde el mes siguiente de cuando fuera informada y para los meses que resten hasta que se acabe el semestre de pago.

Resultados de Meta 4

Como se detalló previamente, los pagos realizados por la Meta 4 para el año 2023 corresponden a desempeños de tres semestres (enero-junio 2022, julio-diciembre 2022 y enero-junio 2023).

Enero 2023

En enero 2023 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a junio 2022.

Cuadro 22- Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Enero 2023.

	Componente 1		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro		No cobro
			total	parcial	
Sector mutual	34	0	27	5	2
ASSE	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	0	6

De las 27 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 17 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 10 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 5 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 86%.

Por su parte, ASSE cobró la totalidad del componente 3 y contrató FAD por encima de las exigencias. Los seguros integrales no cobraron ninguno de los componentes de la meta dado que no presentaron contrataciones de CAD.

Cuadro 23- Cantidad de CAD/FAD. Enero 2023.

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento agregado
Sector mutual	1.395	1.330,76	95,4%
ASSE	335	350,38	104,6%
Seguros integrales	53	0	0,0%

Las instituciones del sector mutual contrataron 197 cargos con menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 188,21 debido a que en siete instituciones dichos cargos superaron el 20% del total de CAD contratados y se aplicó la proporcionalidad establecida en el instructivo.

Las instituciones comprendidas en el acuerdo de la ex Casa de Galicia contrataron a 17 de los médicos CAD que trabajaban en dicha institución, que fueron computados para meta 4 como 10,34 dada la cantidad de horas informadas.

Por su parte ASSE contrató 98 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 88,38 debido a que dichos cargos superaron el 20% del total de FAD contratadas.

Febrero – Julio 2023

Para los meses de febrero a julio 2023 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a diciembre de 2022.

Cuadro 24-Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Febrero a Julio 2023.

	Componente 1		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro		No cobro
			Total	parcial	
Sector mutual	34	0	27	5	2
ASSE	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	0	6

De las 27 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 14 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 13 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 5 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 87%.

Por su parte, ASSE cobró la totalidad del componente 3 y contrató FAD por encima de las exigencias. Los seguros integrales no cobraron ninguno de los componentes de la meta dado que no presentaron contrataciones de CAD.

Cuadro 25- Cantidad de CAD/FAD. Febrero a Julio 2023.

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento agregado
Sector mutual	1.415	1.358,07	96,0%
ASSE	343	347,14	101,2%
Seguros integrales	55	0	0,0%

Las instituciones del sector mutual contrataron 198 CAD con menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 189,89 debido a que en siete instituciones dichos cargos superaron el 20% del total de CAD contratados y se aplicó la proporcionalidad establecida en el instructivo.

Las instituciones comprendidas en el acuerdo de la ex Casa de Galicia contrataron a 19 de los médicos CAD que trabajaban en dicha institución, que fueron computados para meta 4 como 11,98 dada la cantidad de horas informadas.

Por su parte, ASSE contrató 101 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 90,14 debido a que superaron el 20% de FAD contratadas.

Agosto – Diciembre 2023

Para los meses de agosto a diciembre 2023 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a junio 2023.

Cuadro 26- Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Agosto-diciembre 2023.

	Componente 1		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro		No cobro
			Total	parcial	
Sector mutual	34	0	27	5	2
ASSE	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	0	6

De las 27 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 13 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 14 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 5 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 91%.

Por su parte, ASSE cobró la totalidad del componente 3 y contrató FAD por encima de las exigencias. Los seguros integrales no cobraron ninguno de los componentes de la meta dado que no presentaron contrataciones de CAD.

Cuadro 27- Cantidad de CAD/FAD. Agosto-diciembre 2023.

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento agregado
Sector mutual	1.420	1.381,87	97,3%
ASSE	352	355,77	101,1%

Seguros integrales	58	0	0%
--------------------	----	---	----

Las instituciones del sector mutual contrataron 214 CAD con menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 204,87 debido a que en seis instituciones dichos cargos superaron el 20% del total de CAD contratados y se aplicó la proporcionalidad establecida en el instructivo.

Las instituciones comprendidas en el acuerdo de la ex Casa de Galicia contrataron a 23 de los médicos CAD que trabajaban en dicha institución, que fueron computados para meta 4 como 17,80 dada la cantidad de horas informadas.

Por su parte ASSE contrató 101 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 90,77 debido a que superaron el 20% de FAD contratadas.

META 5: Capacitación y pago variable a los trabajadores de la salud

En el año 2023, se continuó con la implementación de la Meta 5, con el propósito de financiar la partida salarial variable anual establecida en los Acuerdos del Consejo de Salarios del Grupo 15 y en los convenios colectivos de ASSE. A partir de la última ronda del Consejo de Salarios en 2022, se fijó que para el año 2023, los trabajadores médicos y no médicos reciben la partida salarial anual variable en momentos diferentes: los primeros con el salario de marzo del año siguiente a la capacitación, y los segundos con el salario de diciembre. Por consiguiente, la Meta 5 se liquida en dos ocasiones, coincidiendo con el pago de dicha asignación.

En el caso de los prestadores privados en 2023, la Meta 5 correspondió al pago de la capacitación de 2022 para los trabajadores médicos en el mes de marzo, y para los trabajadores no médicos, al pago de la capacitación de 2023 en diciembre. En el caso de ASSE, el pago realizado en 2023 corresponde a lo devengado en 2022.

Para acceder a la partida salarial variable anual, cada trabajador debía completar una capacitación virtual autoadministrada, cuyos detalles se presentan en la siguiente tabla:

Nombre del curso	Periodo	Cantidad de horas	Población objetivo	Subsector	Fecha cobro partida
Autocuidado para el personal en primera línea de respuesta en emergencia	2022	4	Trabajadores que laudan por SMU/FEMI/SAQ	Privado	En marzo 2023
Habilidades para un enfoque integral en el cuidado de la salud	2023	8	Trabajadores que laudan por FUS	Privado	En diciembre 2023
Autocuidado para el personal en primera línea de respuesta en emergencia	2022	4	Trabajadores que laudan por FUS	ASSE	Mensual
Autocuidado para el personal en primera línea de respuesta en emergencia	2022	4	Trabajadores que laudan por SMU/FEMI/SAQ	ASSE	Mensual

La partida salarial anual variable para este año en el subsector privado se define de acuerdo al Consejo de Salarios de la siguiente manera:

Trabajadores médicos

La partida salarial anual variable, correspondiente a los trabajadores médicos, odontólogos, químicos farmacéuticos, obstetras-parteras, que se desempeñan en régimen de dependencia laboral para este año se define de la siguiente manera:

- Médicos: porcentaje 2022= tope máximo /(MSA+incidencias). Donde MSA es la Masa Salarial Anual acumulada entre enero y diciembre de 2022 (sin considerar aguinaldo, salario vacacional ni la partida salarial general variable del año anterior) y el tope máximo es de \$404.481.000. Este porcentaje se aplica a la MSA de cada médico.

Junto con la partida se liquida la cuota parte de salario vacacional, licencia y aguinaldo.

El porcentaje correspondiente a la partida salarial anual variable a aplicarse es de 1,83882%.

El monto asignado por el Poder Ejecutivo para el pago de la partida salarial abonado a los trabajadores médicos que se encuentren trabajando en un vínculo de dependencia con los prestadores integrales de salud del subsector privado, tendrá un tope máximo de \$ 404.481.000.

Trabajadores no médicos

Pueden acceder a la partida los trabajadores no médicos cuya retribución nominal mensual promedio no supere los \$200.000 por lugar de trabajo y por todo concepto, considerando los últimos 6 meses de actividad (mayo – octubre de 2023).

El importe de la partida fija a percibir por cada trabajador estará supeditado a la aprobación del curso, abonándose el 100% del importe de la partida a quienes lo aprueben y el 75% a quienes realicen todas las tareas y no lo aprueben o estén exceptuados de realizarlo de acuerdo al numeral 39 del reglamento respectivo.

El monto nominal para quienes cobran el 100% de la partida incluida la cuota parte de licencia, aguinaldo y salario vacacional, asciende a \$16.284 no computables para ningún otro rubro y el de quienes cobran el 75% asciende a \$12.213.

Los trabajadores que tengan más de 2 vínculos laborales cobran un máximo de dos partidas que se abonan en aquellas instituciones donde la masa salarial acumulada anual sea mayor. Si el trabajador egresó de alguna de ellas previo a la realización del curso y luego de realizada la inscripción, las partidas se abonan en la institución del egreso y en la de mayor masa salarial de los restantes vínculos laborales.

El monto asignado por el Poder Ejecutivo para el pago de la partida salarial abonado a los trabajadores no médicos que se encuentren trabajando en un vínculo de dependencia con los prestadores integrales de salud del subsector privado, tendrá un tope máximo de \$ 909.000.000.

Junto con la partida se liquidó la cuota parte de salario vacacional, licencia y aguinaldo, los cuales fueron incluidos en el valor final de la partida que informó el MSP.

Al igual que los años anteriores, la meta 5 se liquida por única vez para cada grupo de trabajadores.

De acuerdo a lo establecido en el Instructivo de Meta 5 definido por Resolución N° 249 de la JUNASA del 23 de noviembre de 2023, se informa para el subsector privado:

- En el caso de los no médicos, el excedente a redistribuir asciende a \$ 149.291.300,96. A cada prestador se le informó de manera nominalizada el detalle de cuáles trabajadores deben cobrar la partida de acuerdo al instructivo vigente, el monto de la partida y el correspondiente costo trasladado a meta 5.

A continuación, se presentan los montos pagados por meta 5 en el 2023 para cada prestador integral privado:

Cuadro 28- Pagos Meta 5 Año 2023

Prestadores	Meta 5 2023 – SMU - pagado en marzo 2023	Meta 5 2023 – FUS - pagado en diciembre 2023	Meta 5 2023
AMDM	16.536.697,63	32.747.210,34	49.283.907,97
AMEDRIN	1.913.919,10	4.216.466,95	6.130.386,05
AMSJ	10.228.169,80	16.904.220,00	27.132.389,80
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	48.247.911,02	81.493.048,99	129.740.960,01

CAAMEPA	7.755.905,01	14.626.456,37	22.382.361,38
CAMCEL	7.244.706,26	14.529.592,86	21.774.299,12
CAMDEL	6.252.288,95	11.657.134,54	17.909.423,49
CAMEC	12.273.443,90	20.260.775,40	32.534.219,30
CAMEDUR	5.315.689,86	16.437.464,96	21.753.154,82
CAMOC	5.662.435,45	8.550.121,47	14.212.556,92
CAMS	8.505.959,83	20.222.100,61	28.728.060,44
CAMY	1.094.642,78	2.644.288,32	3.738.931,10
CASMER	4.835.003,72	16.535.006,48	21.370.010,20
CASMU	56.187.824,73	87.645.328,96	143.833.153,69
CIRCULO CATOLICO	15.208.332,83	44.545.171,59	59.753.504,42
COMECA	12.482.180,44	23.792.107,85	36.274.288,29
COMEF	7.200.441,81	14.889.089,41	22.089.531,22
COMEFLO	1.905.485,80	4.342.099,87	6.247.585,67
COMEPA	17.954.009,57	27.799.518,78	45.753.528,35
COMERI	1.015.893,76	10.512.922,43	11.528.816,19
COMERO	8.888.106,77	17.374.405,71	26.262.512,48
COMTA	6.243.560,50	13.852.204,63	20.095.765,13
COSEM	8.544.341,05	15.281.264,36	23.825.605,41
CRAME	9.745.070,43	17.194.602,68	26.939.673,11
CRAMI	5.608.643,21	16.823.577,36	22.432.220,57
CUDAM	4.717.408,44	16.278.546,51	20.995.954,95
GREMCA	3.743.608,25	5.555.432,30	9.299.040,55
GREMEDA	4.208.518,99	11.121.682,31	15.330.201,30
HOSPITAL BRITANICO	4.091.553,04	29.081.764,40	33.173.317,44
HOSPITAL EVANGELICO	10.731.814,84	38.642.873,58	49.374.688,42
IAC	2.629.023,17	7.879.346,55	10.508.369,72
MEDICA URUGUAYA	40.126.509,37	103.987.990,94	144.114.500,31
MEDICARE	63.159,52	653.543,43	716.702,95
MP	266.365,14	7.870.524,12	8.136.889,26
SEGURO AMERICANO	3.875.203,48	33.473.066,03	37.348.269,51
SMI	22.296.143,31	50.629.651,28	72.925.794,59
SMQS	13.297.627,35	15.578.741,98	28.876.369,33
SUMMUM	0,00	564.926,66	564.926,66
SWISS MEDICAL URUGUAY	0,00	1.504.801,35	1.504.801,35
UNIVERSAL	7.583.413,48	31.300.927,60	38.884.341,08
Total	404.481.012,59	909.000.000,00	1.313.481.012,59

En el caso de ASSE el pago de meta 5 realizado en setiembre de 2023 fue de \$562.922.700 y correspondió a la aplicación de la meta para el año 2022.

PAGO POR METAS

A continuación, se presentan los valores máximos por afiliado FONASA a pagar cuando la institución cumple con las metas propuestas.

Cuadro 29 Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA

PAGO POR AFILIADO FONASA (\$)	META 2022-2023
Enero	198,91
Febrero	198,91
Marzo	198,91
Abril	198,91
Mayo	198,91
Junio	198,91
Julio	205,18
Agosto	205,18
Setiembre	205,18
Octubre	205,18
Noviembre	205,18
Diciembre	205,18

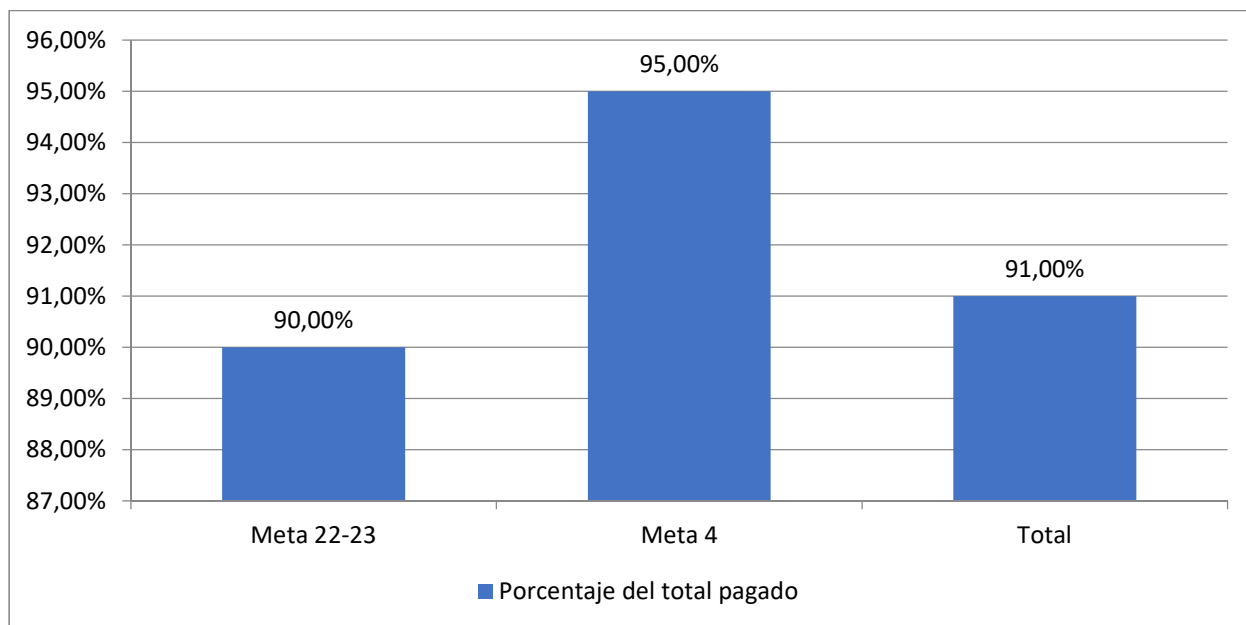
Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

En el gráfico siguiente se detalla el porcentaje de pago global para cada una de las metas con relación al valor máximo para el año 2023.

En el año 2023 los prestadores del SNS cobraron por el componente meta el 91% del máximo posible, lo que puede considerarse como un indicador del cumplimiento o desempeño global en las acciones promovidas a través de este mecanismo de pago.

La Meta 4 fue la presentó un mayor porcentaje de pago con 95%. En segundo lugar, se encuentra Meta 2022-2023 con el 90%.

Gráfico 5- Porcentaje de pago por Metas sobre el máximo a cobrar 2023



Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

N° Expediente

2024-28-1-031161

Tipo de Expediente

Informes Financieros

Oficina origen

Banco de Previsión Social / 336 Gerencia Finanzas -
GFIN / 338 Contaduría - GFIN

Prioridad

Normal

Acceso restringido:

No

Asunto

RENDICION DE CUENTAS FONDO NACIONAL DE SALUD EJERCICIO 2023 JUNTA NACIONAL DE
SALUD (JUNASA)

Tipo de Titular

OFICINA

Datos Titular

Nombre Oficina: 338 Contaduría - GFIN

Fecha iniciado

18/03/2024 13:47:13

Fecha valor

18/03/2024

Clasificación

Público

Elemento físico

No

Resumen de actuaciones clasificadas

Nro. Actuación	Oficina	Usuario	Clasificación	Fecha	Folio Inicio	Folio Fin
-------------------	---------	---------	---------------	-------	-----------------	--------------

Lista de vinculaciones del expediente

Relación	Dependencia	Nro expediente	Fecha Vinculación
----------	-------------	----------------	-------------------



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS
FONDO NACIONAL DE SALUD 2023

He realizado la Rendición de Cuentas correspondiente a los fondos recibidos y aplicados por el Banco de Previsión Social (BPS) en el Ejercicio 2023 en atención al Fondo Nacional de Salud (FONASA) de acuerdo a la normativa vigente aplicable.

Los principales rubros de egresos considerados son:

- Cuotas de Salud (art. 55 – Ley 18.211); cápitas y metas.
- Cuotas de Inversión.
- Devolución de aportes a contribuyentes del sistema (art. 11 Ley 18.731).
- Devolución de aportes a Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales, corresponde a la cuota parte de aportes a las cajas de auxilio calculados sobre subsidios pagados por BPS.

Los principales rubros de ingresos considerados son:

- Los aportes obligatorios percibidos de contribuyentes a través de la red de cobranza de BPS (art. 60 – Ley 18.211).
- Las retenciones efectuadas sobre las prestaciones liquidadas por el Banco de Previsión Social (art. 60 – Ley 18.211).
- El 6% de costo de administración cobrado a los Seguros Integrales de Salud (art. 22 – Ley 18.211).
- Otros ingresos financieros.

También se consideraron en la Rendición los movimientos compensatorios entre el Fondo Nacional de Recursos y la Tesorería General de la Nación:

- La Recaudación correspondiente a los aportes al FONASA por los trabajadores del Gobierno Central y de los organismos del artículo 220 de la Constitución; estas aportaciones son calculadas por Asesoría Tributaria y Recaudación en base a las Nóminas presentadas de los organismos que pertenecen al dominio del Gobierno Central. No pagan en BPS.
- La compensación de las cuotas de afiliación correspondientes a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); la liquidación es efectuada por el Banco de Previsión Social a igual que el resto de las liquidaciones a todos los prestadores. BPS no paga directamente a ASSE esta liquidación.

Finalmente se determinó el monto de la Asistencia Financiera al FONASA proveniente de la Tesorería General de la Nación conforme a lo estipulado en el art. 60 inciso final, para atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud.



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

CUADRO 1: RESULTADO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD - PERSPECTIVA FINANCIERA

	2023	2022
INGRESOS		
Recaudación Directa B.P.S.	76.838.009.872	69.103.382.127
Aportes Personales Prestaciones B.P.S.	13.184.322.893	12.127.351.938
Aportes Patronales Prestaciones B.P.S.	1.091.303.973	1.074.998.622
Comisiones Seguros Integrales	177.408.990	154.120.912
TOTAL INGRESOS	91.291.045.728	82.459.853.599
EGRESOS		
Liquidaciones Mutualistas	89.737.660.420	80.923.672.672
Cesiones a ASSE Ley 19.535 arts. 145 a 149	13.413.112	2.589.761
Fondo de Inversiones Mutualistas	0	-4.412
Liquidaciones a Seguros Integrales	2.990.720.298	2.567.574.508
Liquidaciones F.N. Recursos	11.484.539.811	9.970.900.965
Devoluciones de aportes a contribuyentes	6.997.654.875	6.040.521.825
Redondeo	0	1
TOTAL EGRESOS	111.223.988.516	99.505.255.320
RESULTADO FINANCIERO (INGRESOS - EGRESOS)	-19.932.942.788	-17.045.401.721
MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS		
Recaudación del Gobierno Central (CGN) compensada	14.033.320.399	12.535.980.022
Transferencias a ASSE compensadas	-25.975.146.230	-22.994.703.918
RESULTADO MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS	-11.941.825.831	-10.458.723.896
ASISTENCIA FINANCIERA FONASA	-31.874.768.619	-27.504.125.617

Nota: Las liquidaciones de Mutualistas, FNR y ASSE incluyen reliquidaciones solicitadas por la JUNASA.



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

CUADRO 2: RESULTADO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD - PERSPECTIVA CONTABLE

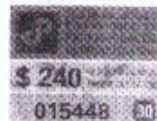
	2023	2022
INGRESOS		
Recaudación Directa B.P.S.	76.838.009.872	69.103.382.127
Recaudación sobre Prestaciones Económicas B.P.S.	14.275.626.866	13.202.350.560
Comisiones Seguros Integrales	177.408.990	154.120.912
Recaudación del Gobierno Central	14.033.320.399	12.535.980.022
TOTAL INGRESOS	105.324.366.127	94.995.833.621
EGRESOS		
Cuotas de Salud Prestaciones Mutuales y ASSE	115.726.219.762	103.920.966.351
Cuotas de Salud Seguros Integrales	2.990.720.298	2.567.574.508
Cuotas de Inversión Prestadores	0	-4.412
Cuotas Fondo Nacional de Recursos	11.484.539.811	9.970.900.965
Devoluciones de aportes a contribuyentes Ley 18.731	6.997.654.875	6.040.521.825
Redondeo	0	1
TOTAL EGRESOS	137.199.134.746	122.499.959.238
RESULTADO DEL EJERCICIO (INGRESOS - EGRESOS)	-31.874.768.619	-27.504.125.617

Esta Rendición de Cuentas constituye una afirmación de la Dirección de la entidad sobre la totalidad de los fondos a rendir. Fue realizada siguiendo los lineamientos del Pronunciamiento N° 20 del Colegio de Contadores, Economistas y Administradores del Uruguay y no constituye un examen de Auditoría, de acuerdo a Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas para emitir un Dictamen. Esta rendición también cumple con las disposiciones de la Ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la República y normas establecidas por la Contaduría General de la Nación.

Esta Rendición incluyó el cotejo de una muestra representativa de la documentación original de ingresos y egresos de fondos. De acuerdo al trabajo efectuado, no tengo evidencia de que se deban realizar modificaciones significativas al informe referido según la normativa vigente.

Mi relación con BPS es de profesional dependiente y realicé el informe en mi calidad de Contadora Pública.

Montevideo, 18 de marzo de 2024



Cra. JULIA BROWN
Gerente de Área Contaduría
Finanzas - BPS



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

ANEXO
PRONUNCIAMIENTO N° 20

FONDO NACIONAL DE SALUD
Ejercicio 2023

El informe de Rendición de Cuentas que antecede está formulado de acuerdo a la Ordenanza n° 77 del Tribunal de Cuentas, resolución de fecha 28/08/2013 y conforme al Pronunciamiento n° 20 del Colegio de Contadores, Economistas y Administradores del Uruguay.

Flujo de Fondos – DISPONIBILIDADES (en \$ corrientes):

Saldo inicial del período	0
+ Ingresos FONASA	91.291.045.728
+ Transferencias de Rentas Generales	20.510.000.000
- Transferencias de Asistencia FONASA a BPS	-577.057.212
- Egresos FONASA	-111.223.988.516
Saldo final del período	0

Se expide en la ciudad de Montevideo el 18 de marzo de 2024.

[Firma]
Cte. JULIA BROWN
 Gerente de Área Contaduría
 Finanzas - BPS



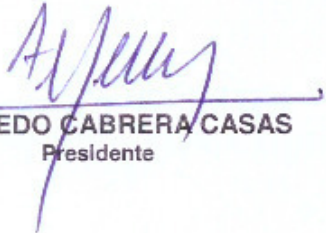
Montevideo 18 de marzo de 2024

Declaración Jurada de los representantes legales del Organismo responsable de la administración del FONDO NACIONAL DE SALUD Ejercicio 2023

Quienes suscriben, **Dr. Alfredo Cabrera Casas**, Presidente del Banco de Previsión Social, y **Dr. Javier Sanguinetti**, Secretario General del Banco de Previsión Social, con facultades suficientes y bajo la responsabilidad que determinan los arts. 132, 133 y 159 del T.O.C.A.F. y la Ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la República, CERTIFICAN:

- 1) Que la rendición de cuentas presentada representa integral y fielmente los ingresos y egresos del Fondo Nacional de Salud para el Ejercicio 2023.
- 2) Que al cierre del Ejercicio 2023, el FONASA arrojó un déficit de \$ **31.874.768.619**.
- 3) Que existe documentación de todas las operaciones realizadas, disponible para su revisión o consulta en cualquier momento y sobre la cual se realizaron los registros correspondientes, siguiendo criterios uniformes.

Dr. **JAVIER SANGUINETTI**
Secretario General


Dr. **ALFREDO CABRERA CASAS**
Presidente

BPS	EXPEDIENTE N° 2024-28-1-031161
Oficina Actuante:	338 Contaduría - GFIN
Fecha:	19/03/2024 13:11:45
Tipo:	Elevar

Se realizó Informe de Rendición de Cuentas del Fondo Nacional de Salud correspondiente al Ejercicio 2023.

Corresponde recabar las firmas de los representantes legales del BPS, para su posterior remisión a la Junta Nacional de Salud.

Se eleva a la Gerencia Finanzas a su consideración.

Archivos Adjuntos		
#	Nombre	Convertido a PDF
1	2024-28-1-031161-_RENDICION FONDO NACIONAL DE SALUD 2023.pdf	Sí
2	2024-28-1-031161-_ANEXO P20 FONASA 2023.pdf	Sí
3	2024-28-1-031161-_DJ RENDICION FONASA 2023.pdf	Sí

Firmante:
Julia Brown, Cra.

BPS	EXPEDIENTE N° 2024-28-1-031161
Oficina Actuante:	336 Gerencia Finanzas - GFIN
Fecha:	19/03/2024 14:43:42
Tipo:	Elevar

Pase a **Secretaría General** Informe de Rendición de Cuentas del Fondo Nacional de Salud correspondiente al Ejercicio 2023, para recabar la firma de los representantes legales del Organismo y su posterior envío a la *Junta Nacional de Salud - JUNASA*.

Actuante:
Mirela Maris Olivera Freire
Pase a Firma
Daniel Fernandez, Cr.

BPS	EXPEDIENTE N°
	2024-28-1-031161
Oficina Actuante:	336 Gerencia Finanzas - GFIN
Fecha:	19/03/2024 14:50:05
Tipo:	AUTO- Constancia de Pase a Firma

AG - Constancia de Firma.

	Pase a Firma	
Daniel Fernandez, Cr.	19/03/2024 14:50:04	Avala el documento



Montevideo 18 de marzo de 2024

Declaración Jurada de los representantes legales del Organismo responsable de la administración del FONDO NACIONAL DE SALUD Ejercicio 2023

Quiénes suscriben, Dr. Alfredo Cabrera Casas, Presidente del Banco de Previsión Social, y Dr. Javier Sanguinetti, Secretario General del Banco de Previsión Social, con facultades suficientes y bajo la responsabilidad que determinan los arts. 132, 133 y 159 del T.O.C.A.F. y la Ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la República, CERTIFICAN:

- 1) Que la rendición de cuentas presentada representa integral y fielmente los ingresos y egresos del Fondo Nacional de Salud para el Ejercicio 2023.
- 2) Que al cierre del Ejercicio 2023, el FONASA arrojó un déficit de \$ 31.874.768.619.
- 3) Que existe documentación de todas las operaciones realizadas, disponible para su revisión o consulta en cualquier momento y sobre la cual se realizaron los registros correspondientes, siguiendo criterios uniformes.

Dr. JAVIER SANGUINETTI
Secretario General

Dr. ALFREDO CABRERA CASAS
Presidente

BPS	EXPEDIENTE N° 2024-28-1-031161
Oficina Actuante:	50 Mesa Entrada - SGED
Fecha:	01/04/2024 15:32:04
Tipo:	Comunicar

Remítase a la **Junta Nacional de Salud** con la constancia de que a foja N° 5 fue firmado de manera autógrafa por el Sr. **Presidente del Banco de Previsión Social Dr. Alfredo Cabrera Casas** y por el Sr. **Secretario General Dr. Javier Sanguinetti** con facultades suficientes y bajo la responsabilidad que determinan los art. 132, 133, y 159 del T.O.C.A.F. y la ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la Republica.

Dese cuenta en la próxima sesión de Directorio.

Archivos Adjuntos		
#	Nombre	Convertido a PDF
1	2024-28-1-031161-_2024-031161.pdf	Sí

LA FORMA DOCUMENTAL SE PASO AL ORGANISMO: 120084 Junta Nacional de Salud - (SNIS)

Firmante:
DYHARA CANALE

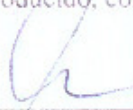
Montevideo, 01 de abril de 2024

Expediente N° 2024-28-1-031161

**Asunto: RENDICION DE CUENTAS FONDO NACIONAL DE SALUD EJERCICIO 2023
JUNTA NACIONAL DE SALUD (JUNASA).**

Concuerdan las actuaciones que anteceden con el expediente electrónico del mismo tenor que he tenido a la vista, el cual he cotejado y reproducido, correspondiendo el presente testimonio a (su totalidad) folios del 1 al 10.

Firma del funcionario actuante:

 18020

Aclaración de la firma:

Dyhara Canale Borrell

Las mencionadas actuaciones fueron debidamente firmadas y foliadas en forma digital por las personas identificadas al pie de cada una de ellas, se encuentre o no estampada la rúbrica respectiva.

La presente impresión del expediente administrativo se rige por lo dispuesto por la normativa siguiente: Ley N° 18.600 de fecha 21.09.2009 y Decreto 436/2011 de fecha 08/12/2011, normas complementarias, concordantes y modificativas