

Junta Nacional de Salud



**Ministerio
de Salud Pública**

Rendición de Cuentas

Ejercicio 2024

INDICE:

CAPITULO I. PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD.....	2
I.1 LÍNEAS DE ACCIÓN DESARROLLADAS.....	2
A).- ACCIONES GENERALES.....	2
B).- EVALUACIÓN Y MONITOREO DE GESTIÓN DE LOS PRESTADORES DE SALUD.....	3
II.2 ACCIONES EN MATERIA NORMATIVA.....	5
CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD.....	7
II.1 EVOLUCIÓN.....	7
II.2 MOVILIDAD REGULADA.....	12
CAPITULO III – ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA.....	17
III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2024.....	17
III.2 INGRESOS.....	20
III.3 EGRESOS.....	22
III.4 LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA.....	23
CAPÍTULO IV- METAS ASISTENCIALES.....	26
META 2022-2023: UNIFICACION DE META 1 Y 2.....	27
META 2024-2025.....	35
META 4.....	43
META 5: CAPACITACIÓN Y PAGO VARIABLE A LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.....	49
PAGO POR METAS.....	53
ANEXO: INFORME DE REVISIÓN LIMITADA BPS.....	55

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

I.1.- Líneas de acción desarrolladas

a) Acciones generales

Como se expusiera en la Rendición de Cuentas correspondiente al año anterior, en 2024 se culminaron los procesos iniciados de acuerdo a lo dispuesto en el Contrato de Gestión – Anexo IV – suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales que conforman el Seguro Nacional de Salud, en relación a la incorporación de nuevas prestaciones al Programa Integral de Salud (PIAS) así como al Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM).

La culminación de dichos procedimientos habilitó – mediante la normativa correspondiente emitida por el Poder Ejecutivo – la efectiva incorporación de las prestaciones que se mencionan a continuación:

- 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),
- 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, 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,
- la incorporación del test del virus del papiloma humano para la prevención del cáncer de cuello de útero,

Durante el año 2023 y 2024 fue de público conocimiento la situación relacionada con el prestador integral CASMU IAMPP. Inicialmente el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas habían designado veedores para efectuar el seguimiento del cumplimiento del Fideicomiso solicitado por la institución de salud en 2021.

Posteriormente y como se dejara consignado en la anterior Rendición, 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, las que culminaron su trabajo en la instancia en que el Poder Ejecutivo dispuso la

intervención de CASMU, sin desplazamiento de autoridades por resolución del 29 de julio de 2024. Si bien la Junta Nacional de Salud no tiene intervención directa en este tipo de medidas, en su condición de administradora del Seguro Nacional de Salud, habiendo además celebrado Contratos de Gestión con los prestadores que lo integran – entre ellos CASMU IAMPP – ha sido de su particular interés recibir información actualizada y en forma periódica sobre la evolución de dicha intervención y en especial el cumplimiento de la institución de salud de sus obligaciones asistenciales así como de su estado financiero, la que ha sido aportada permanentemente por la Dirección General del Sistema Nacional de Salud.

Coadyuvando con el trabajo de la Junta Nacional de Salud, merece destacar el aporte que realiza la Unidad de Monitoreo de Gestión de los prestadores integrales de salud, la que también eleva a conocimiento de este organismo el estado de situación de aquellas instituciones que se relevan.

b) Evaluación y monitoreo de los prestadores integrales de salud.

El ahondar en el conocimiento de la gestión de los prestadores que integran el Sistema Nacional de Salud, continuó siendo prioridad de la Dirección General durante 2024.

Como objetivo a alcanzar en 2024 se estableció: *“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”*. El mismo fue cumplido.

Las 8 Instituciones analizadas correspondieron a 5 IAMC de Montevideo y 3 del interior del país.

A partir del procesamiento de la información obtenida de las autoevaluaciones, se procedió a los análisis individuales de los prestadores seleccionados según criterios metodológicos con base principalmente en aspectos económicos financieros, asistenciales y de gestión en general.

Para la realización del trabajo con cada uno se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- SINADI Económico – Financiero y Asistencial: Período 2019 - 2023
- Metas Asistenciales: Período 2022 - 2023
- Lista y Tiempo de espera quirúrgico: Período 2022 - 2023
- Dotación de Recursos Humanos por especialidades médicas 2020 - 2023 (DEMPESA)

Estas fuentes de información recaban datos que los prestadores integrales aportan con valor de declaración jurada, y se utiliza esta fuente de información para realizar una lectura e interpretación secundaria, con objetivos diferentes para los cuales el dato fue recabado. La información de 5 años del Sistema Nacional de Información (SINADI) es de acceso público, por lo que se utiliza esta como fuente principal. Se realiza un análisis descriptivo, que utiliza como valores de referencia la media IAMC Interior y Montevideo de 2023.

A partir de lo antedicho, se presentó un diagnóstico de situación del prestador objeto de estudio, donde se analiza su contexto general a la fecha del último balance al 30/09/2023. A partir del mismo, se presenta un análisis prospectivo con conclusiones y recomendaciones que le permitan a la institución

tener las bases para un futuro plan de acción y sus necesidades financieras, a fin de afrontar diferentes áreas de mejora.

Las principales áreas abordadas son:

Antecedentes Institucionales

- Autoridades
- Organigrama
- Localización
- Capacidad Instalada

Análisis De Gestión: Económico – Financiero

- Usuarios
 - Evolución de los usuarios
 - Evolución de los usuarios por tipo de afiliación
 - Estructura por sexo y edad de los usuarios (Abril 2024)
- Recursos Humanos
 - Evolución del Personal
 - Relación Personal-Usuarios
- Situación económica-financiera
 - Rentabilidad
 - Liquidez
 - Solvencia
 - Cesiones FONASA
 - Activos afectados en garantía
 - Gravámenes
- Gestión institucional

Análisis de Gestión – Atención a la Salud

- Desempeño de los Servicios
 - Población usuaria y capacidad instalada
 - Servicios ambulatorios
 - Servicios de Internación
 - Servicios de apoyo (diagnóstico)
 - Calidad de la atención
 - Desempeño de los servicios quirúrgicos

Tamizaje de Enfermedades no Transmisibles (ENT)

Para elaborar el informe integral de diagnóstico basado en indicadores asistenciales y económicos-financieros, fue esencial seguir un enfoque sistemático que analizara la relación entre la calidad de la atención en salud y la sostenibilidad económica del prestador. En este sentido, se analizó la relación de determinadas tasas de uso con estadísticas que muestran la media de las Instituciones, así como el comportamiento cada 1.000 o 10.000 usuarios.

A los efectos de minimizar errores en la comparación, las Instituciones fueron agrupadas en diferentes categorías: i) Montevideo e interior, ii) número de usuarios, iii) compren o vendan servicios, etc.

Si bien las conclusiones a las que se llegó no son lineales en cuanto a comportamiento en el uso y modelo de atención predominante, dan señales ciertas de áreas a profundizar para buscar ajustes y lograr mejoras. En este sentido, el prestador cuenta con un set de indicadores analizados que le permiten dar un seguimiento a las áreas de mejora.

I.2.- Acciones en materia normativa

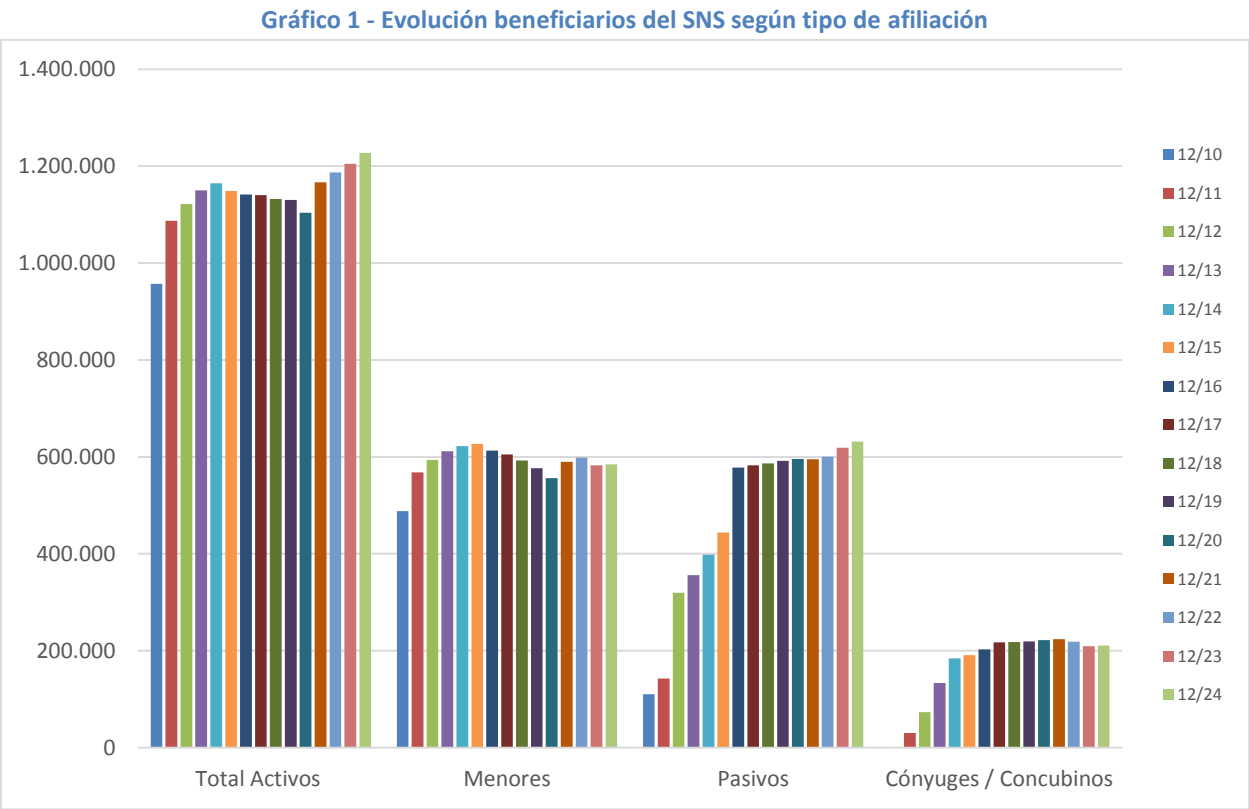
Durante el año 2024, la Junta Nacional de Salud y la Dirección General del Sistema Nacional de Salud tuvieron participación directa o indirectamente en la elaboración de diversas normas, destacándose en particular las siguientes:

- Decreto N° 113/024: Se incorpora en el Anexo B del Capítulo II, Formulario Terapéutico de Medicamentos, aprobado por el Decreto N° 130/017 aprobado por el Decreto N° 130/017, del 15 de mayo de 2017, las insulinas glargina y detemir.
- Decreto N° 114/024: Se extiende a la población de entre 25 y 30 años la cobertura de psicoterapia dispuesta en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental.
- Decreto N° 115/024: Se incorpora a los Programas Integrales de Atención en Salud, en el Anexo II del decreto N° 465/008 la técnica del test PCR para el diagnóstico de infección por hepatitis C.
- Decreto N° 116/024: Se incorpora a los Programas Integrales de Atención en Salud, en el Anexo II del decreto N° 465/008 el dispositivo de monitoreo continuo de glucosa
- Decreto N° 117/024: Se establecen medidas que faciliten el acceso a la vacunación contra la covid-19
- Decreto N° 227/024: Se faculta a los prestadores del SNIS a cobrar una tasa moderadora no superior al monto detallado por concepto de vacunación a domicilio o traslado a vacunatorio a los afiliados que se especifica
- Decreto N° 238/024: Se incorpora a los programas integrales de salud el test del virus del papiloma humano
- Decreto N° 248/024: Se reglamenta la intervención del CASMU-IAMPP
- Resolución S/N/024: Se dispone la intervención del CASMU IAMPP por el plazo de hasta un año, sin desplazamiento de las autoridades de la institución de sus cargos
- Ley N° 20.325 de fecha 23 de agosto de 2024: Se concede al CASMU IAMPP acceso, por única vez y de forma provisoria, al Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

II.1 EVOLUCIÓN

En diciembre de 2024, el Seguro Nacional de Salud financió la cobertura de 2.653.873 personas, lo que representa el 74,2 % de la población. Esto implica un crecimiento del 1,5 % en comparación con diciembre de 2023. A lo largo del año, la cobertura mostró una evolución estable, con ligeras variaciones mensuales positivas. La única excepción fue en marzo, cuando se registró una leve disminución del 0,1 % respecto al mes anterior.

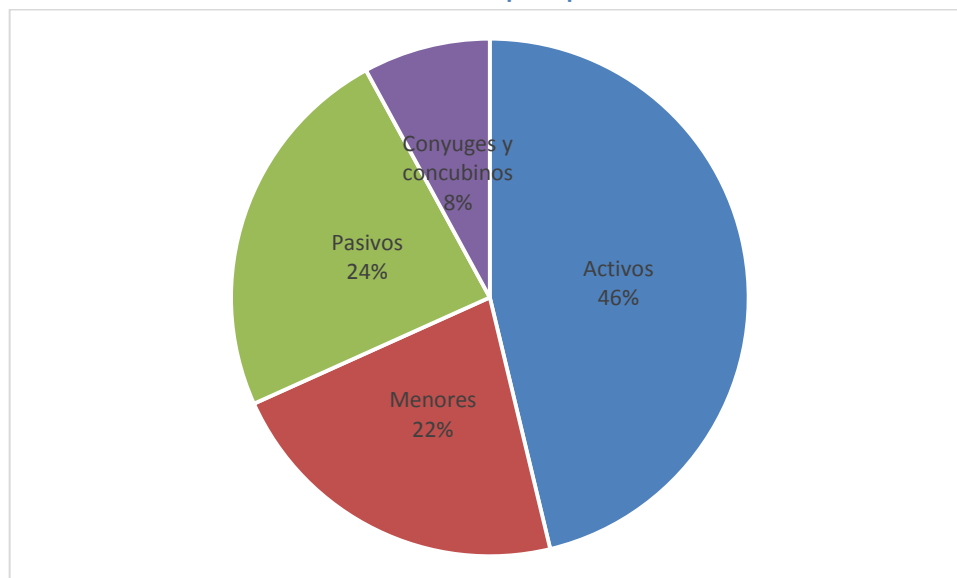


El análisis de la evolución de la cobertura según el tipo de afiliación muestra un crecimiento en todas las categorías. En particular, los que crecen más son los grupos de activos y los pasivos, con incrementos del 1,9% y 2%, respectivamente. Ambos grupos alcanzaron su nivel más alto en términos absolutos, con 1.227.344 beneficiarios activos y 631.434 pasivos.

Por su parte, los menores y los cónyuges o concubinos experimentaron un crecimiento más moderado en comparación con diciembre de 2023. De esta manera, la cantidad de menores aumentó un 0,3 %, mientras que la de cónyuges y concubinos creció un 0,8 %.

La distribución relativa de cada subcategoría dentro del total de afiliados continúa estable a lo largo del tiempo. Así, los trabajadores activos representaron el 46,2 %, seguidos por los pasivos con un 23,8 %, los menores con un 22 % y los cónyuges y concubinos con un 7,9 %.

Gráfico 2 – Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2021



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

Al analizar la cobertura del seguro por sexo no se observan modificaciones en las participaciones relativas de ambos sexos, manteniéndose las mujeres en un 52.4% del total de beneficiarios.

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-22	Dic-23	Dic-24
SEXO MASCULINO	< 1	0	11.471	14.140	14.325	16.074	14.956	11.622	11.986	11.548	11.520
	1 a 4	0	47.821	61.673	63.305	67.635	66.885	56.616	56.687	53.383	52.517
	5 a 14	17	126.565	165.409	171.384	181.622	179.261	169.951	188.126	185.128	186.895
	15 a 19	14.225	50.478	69.678	70.471	69.421	68.138	62.312	69.935	70.527	71.932
	20 a 44	266.760	306.882	384.643	390.834	408.453	406.391	386.799	411.120	411.378	416.243
	45 a 64	125.395	162.974	216.831	227.905	275.843	280.923	286.324	300.937	305.269	310.936
	65 a 74	19.281	27.110	43.849	61.639	102.303	105.113	109.217	114.454	119.802	123.140
	> 74	7.956	11.273	18.404	54.378	81.103	82.598	86.212	86.170	88.413	90.168
	Total	433.634	744.573	974.627	1.054.241	1.202.454	1.204.265	1.169.053	1.239.415	1.245.448	1.263.351

SEXO FEMENINO	< 1	0	10.746	13.777	13.572	15.344	13.950	11.124	11.396	10.863	11.227
	1 a 4	0	45.751	58.779	60.859	64.148	63.471	53.351	53.544	50.467	49.819
	5 a 14	2	121.170	158.101	163.775	173.047	170.956	161.669	178.546	175.312	176.520
	15 a 19	6.968	42.643	60.398	62.592	65.110	63.682	58.065	64.643	64.765	66.286
	20 a 44	181.726	235.639	338.499	369.413	428.045	427.700	408.648	425.122	423.853	430.222
	45 a 64	94.975	137.059	193.814	214.166	309.898	317.978	324.430	336.529	341.212	347.510
	65 a 74	20.000	26.330	43.694	69.830	130.010	133.799	137.470	142.840	148.240	152.350
	> 74	11.517	13.833	22.412	100.288	147.542	149.664	153.615	152.530	155.149	156.350
	Total	315.188	633.170	889.474	1.054.495	1.333.144	1.341.200	1.308.372	1.365.150	1.369.861	1.390.522
TOTAL		748.821	1.377.743	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	2.477.425	2.604.565	2.615.309	2.653.873

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 que se describe hace ya varios años. De esta manera, el peso relativo del tramo de 20 a 44 años continúa siendo el más representativo con un 32 % del total, seguido del tramo de edad de 45 a 64 que asciende a 24.7 %.

Entre los distintos grupos etarios, el tramo de 64 a 74 es el que más crece, con una variación del 2.8 % respecto a diciembre del año anterior, lo que refleja el proceso de envejecimiento natural de la población uruguaya. Le sigue el tramo de 15 a 19 que crece un 2.2 %. Al agrupar a los mayores de 65 años, su crecimiento alcanza el 2.1 %, superando el 1.6 % registrado en el segmento de 20 a 64 años. Los menores de 15 años, por su parte, experimentan un crecimiento más moderado, del 0.4 %, reafirmando una vez más la estructura demográfica envejecida.

El Cuadro 2 presenta un resumen de la cobertura por institución y por región de la sede principal, manteniendo la misma serie de años anteriores. Esto permite analizar la tendencia reciente en relación con momentos clave en la evolución del seguro, como su creación y la incorporación de menores, cónyuges y pasivos, entre otros hitos.

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-22	Dic-23	Dic-24
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	124.655	150.233	166.420	165.981	167.604	169.816	169.312	171.405
EVANGELICO	20.676	33.284	42.927	49.300	57.457	57.749	54.977	63.931	62.966	61.658

CASA DE GALICIA	26.218	38.051	43.575	49.623	45.479	43.361	39.209	-	-	-
CASMU	73.595	119.173	131.672	166.352	179.105	175.389	162.037	160.725	158.244	155.371
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	63.033	70.030	86.840	86.309	84.667	107.984	109.565	112.761
CUDAM	12.458	24.867	47.575	54.810	50.506	52.834	49.834	51.581	47.686	46.547
COSEM	29.339	40.971	44.642	46.582	79.352	84.108	87.980	91.020	89.743	89.800
GREMCA	16.113	31.193	32.184	32.721	34.603	34.247	28.341	27.351	26.361	26.002
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.740	235.227	256.698	297.335	301.683	296.446	305.070	304.751	306.931
SMI	28.573	57.462	100.630	108.854	124.296	122.511	115.708	119.745	119.504	120.491
UNIVERSAL	22.050	38.097	54.657	56.494	57.321	57.276	58.360	68.402	69.098	69.917
Sub total	413.707	704.336¹	920.777	1.041.697	1.178.714	1.181.448	1.145.163	1.165.625	1.157.230	1.160.883
IAMC – Interior	Dic-07	Dic-08	Dic-11	Dic-12	Dic-16	Dic-17	Dic-20	Dic-22	Dic-23	Dic-24
AMECOM	31.160	51.177	62.67	66.839	70.768	71.077	70.039	76.543	78.086	81.004
AMEDRIN	5.097	7.487	7.669	8.050	8.599	8.700	8.582	8.850	8.743	8.688
AMSJ	17.250	30.221	37.650	41.001	44.962	44.961	44.632	45.911	45.879	45.784
CAMEC	12.445	21.549	25.776	28.573	41.862	42.094	41.037	41.875	42.089	42.112
CAAMEPA	12.474	22.295	27.309	29.733	32.465	32.511	31.601	32.460	32.200	32.280
CAMCEL	10.081	20.824	26.364	28.451	39.151	39.399	38.665	39.286	38.816	38.947
CAMDEL	11.656	20.713	23.297	25.248	26.908	26.959	25.984	26.206	26.021	25.903
CAMEDUR	8.861	17.608	22.868	24.646	29.057	29.369	29.537	30.724	30.440	30.466
CAMOC	8.411	13.865	16.473	18.220	19.520	19.460	19.056	19.535	19.619	19.664
CAMS	16.201	30.351	38.104	39.855	41.836	41.282	38.718	38.731	38.152	37.905
CAMY	4.525	6.838	6.891	7.040	7.424	7.477	7.320	7.337	7.218	7.150
CASMER	9.159	17.590	23.718	26.951	31.669	31.994	32.107	34.445	34.848	35.944
COMEFLO	4.992	8.481	10.026	10.685	11.430	11.523	11.728	11.846	11.621	11.511
COMECA	15.727	29.192	36.607	40.408	44.816	44.967	44.555	46.026	45.946	46.089

¹ En 2007 y 2008 está incluido IMPASA en la suma total.

COMEF	12.515	21.862	25.244	26.998	28.846	28.450	27.311	27.489	27.198	26.851
COMEPA	22.802	38.848	46.609	49.391	56.952	57.646	57.706	58.944	58.482	58.788
COMERI	7.305	14.444	17.891	19.415	21.094	21.068	19.715	19.825	19.607	19.885
COMERO	12.518	22.508	28.381	31.194	36.020	36.696	36.164	37.776	37.536	37.613
COMTA	15.023	27.534	30.523	31.432	32.400	32.242	31.526	31.647	30.922	30.616
CRAME	13.267	23.071	30.761	33.406	38.085	38.981	41.149	46.231	47.446	49.099
CRAMI	11.955	23.864	29.65	32.849	34.118	33.740	33.159	35.357	34.989	34.917
GREMEDA	9.157	17.514	18.316	19.231	21.184	21.329	21.236	21.824	21.824	22.162
IAC	8.477	15.306	17.705	18.471	17.388	17.377	16.922	17.885	17.811	17.750
SMQS	19.887	35.035	44.438	47.871	55.762	56.897	56.750	58.792	58.471	58.665
Sub total	310.066	555.491	675.121²	725.207³	794.642	798.059	786.398	815.503	813.964	819.793
Seguros Privados	Dic-07	Dic-08	Dic-11	Dic-12	Dic-16	Dic-17	Dic-20	Dic-22	Dic-23	Dic-24
HOSP. BRITANICO		7.464	18.326	19.405	22.961	23.569	23.608	25.848	26.658	27.422
BLUECROSS & BLUESHIELD		2.543	5.230	5.798	8.257	8.818	11.711	13.701	14.304	15.102
MP		8.424	14.533	15.564	18.252	18.363	18.429	22.266	22.991	23.105
SUMMUM		3.680	6.552	7.206	9.553	9.922	10.470	13.021	14.414	15.569
COPAMHI		326	561	679	789	805	711	821	851	855
SEGURO AMERICANO		2.015	3.714	4.280	7.121	7.339	7.474	8.277	8.712	9.169
Sub total		24.452	48.924	52.948⁴	66.933	68.816	72.403	83.934	87.930	91.222
ASSE	Dic-07	Dic-08	Dic-11	Dic-12	Dic-16	Dic-17	Dic-20	Dic-22	Dic-23	Dic-24
ASSE	25.047	93.462	219.279	288.884	495.309	497.142	473.461	539.503	556.185	581.975
TOTAL	748.82	1.377.741	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	2.477.425	2.604.565	2.615.309	2.653.873

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

En diciembre de 2024, no se observan cambios significativos en la distribución de la cobertura entre los distintos tipos de prestadores de salud. En este contexto, el subsector mutual continúa representando el

² Hasta 2011 está incluido UMERCO en la suma total.

³ Hasta 2012 están incluidos COMECOL y ORAMECO en la suma total.

⁴ En 2011 y 2012 se incluye PRIMEDICA

74.6 % del total. Por su parte, ASSE cubre al 21.9 % de la población, con un leve incremento, mientras que la participación relativa de los seguros también crece ligeramente, alcanzando el 3.4 % del total.

Al analizar la evolución a lo largo del tiempo, ASSE registra la mayor variación positiva en comparación con diciembre del año anterior, alcanzando un crecimiento del 4.6 %. Le siguen los seguros privados integrales, con un aumento del 3.7 %, manteniendo la tendencia al alza, aunque de forma más moderada en comparación con los incrementos del 4.8 % en 2023 y del 8 % en 2022. Por su parte, las IAMCs se mantienen estables, con un leve crecimiento del 0.5 %, impulsado principalmente por el desempeño positivo de las IAMCs del interior (0.7 %), mientras que aquellas con sede principal en Montevideo crecieron un 0.3 %.

Si se considera el comportamiento de cada institución, se observa que las variaciones negativas son menos pronunciadas que en el año anterior. La mayor caída vuelve a registrarse en CUDAM, aunque de forma más moderada, con una reducción del 2.4 % en su cobertura respecto al año previo. Le sigue el Hospital Evangélico, que también había mostrado una contracción el año pasado, con una disminución del 2.1 %. Luego aparece GREMCA, cuya cobertura se reduce en un 1.4 %. Por su parte, COMTA, COMEFLO y CAMY presentan reducciones cercanas al 1 %.

La cobertura brindada por los Seguros Privados Integrales vuelve a registrar un crecimiento significativo, aunque más moderado, manteniendo la tendencia al alza de los últimos años. Una vez más, se observa un incremento en la cobertura de todos los prestadores de este sector, destacándose por tercer año consecutivo el desempeño de SUMMUM, con un aumento del 8 %, seguido por Bluecross & Blueshield (5.6 %) y Seguro Americano (5.2 %).

Dentro del subsector mutual, el mejor desempeño corresponde a Asociación Médica de Maldonado, con un crecimiento del 3.7 %, seguida por CRAME (3.5%) y CASMER (3.1%), todas IAMCs con sede principal en el interior. En Montevideo, el Círculo Católico lidera el crecimiento con un 2.9 %, mientras que la Asociación Española y Sociedad Universal registran un incremento del 1.2 %.

II.2 MOVILIDAD REGULADA

Reseña normativa

Desde el punto de vista normativo, la movilidad regulada no sufrió cambios a lo largo de este año, estando regulada por el Decreto 344/020⁵ que rige desde el 15 de diciembre de 2020. Entre sus principales disposiciones se encuentra el artículo 8 que establece que los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud podrán cambiar de institución de salud por haber alcanzado una antigüedad mínima de 2 años de permanencia en el mismo prestador integral o en el año calendario siguiente a su asignación de oficio en ASSE.

Es importante recordar que la movilidad regulada sigue siendo un proceso habilitado y vigente durante todo el año, ocurriendo de marzo a diciembre, según lo establecido en el artículo 11 de la normativa. El beneficiario puede realizar el cambio en el mes correspondiente al dígito verificador de su cédula de identidad. Así, en marzo pueden hacerlo quienes tengan el dígito verificador 3, en abril los del dígito 4, en mayo los del dígito 5, y así sucesivamente hasta diciembre.

⁵ Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/344-2020/17>

Causales excepcionales para la movilidad

La Junta Nacional de Salud contempla otros casos en los que es posible ejercer la movilidad durante todo el año. Entre ellos se incluyen cambios por traslado de domicilio o dificultades de acceso geográfico, y pérdida de confianza en el prestador de salud por razones asistenciales. Asimismo, quienes reciben cobertura financiada por el fondo a través de un seguro privado integral pueden cambiarse en cualquier momento, al igual que cualquier afiliado FONASA puede optar por ASSE cuando lo desee. En estos casos, el cambio se gestiona directamente en los centros de afiliaciones de las instituciones correspondientes.

Según el Decreto 390/017 y 344/020, toda solicitud de cambio de institución debe estar acompañada por una declaración jurada del usuario, en la que se exprese que la elección se realizó de manera libre e informada, sin recibir ningún beneficio económico indebido.

Se encuentra vigente además el Decreto N° 114/023 ⁶, introducido en 2023, que establece una nueva causal de excepción relacionada con el incumplimiento de los tiempos de espera en la atención asistencial. Esta normativa permite solicitar el cambio de prestador, ya sea desde ASSE hacia un prestador privado o entre prestadores privados, cuando el usuario haya solicitado consulta con el primer profesional disponible de la especialidad correspondiente o cuando se haya superado el plazo estipulado para la coordinación quirúrgica, según lo establecido en el Decreto 359/007.

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 2009-2024

Período	Habilitados	Movimientos	Mov/hab
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%

⁶ Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/114-2023>

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%
Mar-Dic 24	2.025.451	34.496	1,70%

Al analizar la evolución de la movilidad regulada a lo largo del tiempo, se observa que la cantidad de habilitados a cambiar de institución ha mostrado una tendencia al alza, especialmente si se considera que en los últimos cuatro años las restricciones para realizar cambios han sido menores. Sin embargo, este año marca una excepción, ya que se registra una disminución en la cantidad de habilitados que pueden cambiar de prestador de salud, alcanzando a 2.025.451 beneficiarios. Por otro lado, los movimientos anuales han aumentado de manera constante hasta 2016, alcanzando un máximo en febrero de 2020, lo que resulta comprensible dada la suspensión de dos años de la apertura de la movilidad regulada. Tras este período, tanto el número absoluto de movimientos como su proporción relativa han disminuido de forma considerable.

Cabe señalar que la metodología aplicada en 2024 sigue la misma línea establecida desde 2021, donde no se contabilizan los movimientos de ingresos a ASSE desde otras instituciones, pues dichos cambios no corresponden estrictamente a la movilidad regulada, ya que siempre existe la posibilidad de optar por ASSE. Tanto en 2023 como en 2024, se observa un ligero aumento en la cantidad de movimientos absolutos que se produjeron a lo largo del año en el marco de la movilidad regulada.

Al examinar la relación entre el total de movimientos y los habilitados a cambiar de institución desde el 2009, se observa una tendencia a la baja, con la excepción del 2020. Durante los años previos a la pandemia, este indicador se mantuvo relativamente estable en torno al 4 %, experimentando un leve aumento en 2020, seguido de una caída significativa en 2021, tendencia que se ha consolidado hasta la fecha. Al analizar el comportamiento de 2024, se observa un leve incremento en este indicador, alcanzando el 1,7 %. Aunque ha habido un pequeño crecimiento, la dinámica de los últimos años se mantiene bastante estable.

La siguiente tabla contiene información de las entradas y salidas por prestador de salud para el año 2024, en términos absolutos y relativos a la población FONASA y a los habilitados a cambiar.

Cuadro 4 - Movimientos por prestador 2024

INSTITUCIÓN	POBLACIÓN FONASA	HABILITADOS	ENTRADAS	SALIDAS	SALDO	SALDO/FON	SALDO/HAB.	SALIDAS/HAB
IAMC – Montevideo								
CIRCULO CATOLICO	112.761	82.740	3.420	1.216	2.204	1,95%	2,66%	1,47%
UNIVERSAL	69.917	48.643	2.634	1.300	1.334	1,91%	2,74%	2,67%

ASOC. ESPAÑOLA	171.405	139.318	4.034	1.394	2.640	1,54%	1,89%	1,00%
SMI	120.491	94.406	2.787	1.622	1.165	0,97%	1,23%	1,72%
MEDICA URUGUAYA	306.931	240.889	5.133	3.139	1.994	0,65%	0,83%	1,30%
COSEM	46.547	73.897	1.381	1.248	133	0,29%	0,18%	1,69%
EVANGELICO	61.658	50.729	998	1.029	-31	-0,05%	-0,06%	2,03%
CUDAM	89.800	33.776	1.207	1.580	-373	-0,42%	-1,10%	4,68%
GREMCA	26.002	20.645	368	514	-146	-0,56%	-0,71%	2,49%
CASMU	155.371	130.927	2.040	3.048	-1.008	-0,65%	-0,77%	2,33%
Sub total	1.160.883	915.970	24.002	16.090	7.912	0,68%	0,86%	1,76%
IAMC – Interior								
AMECOM	81.004	59.605	1.669	260	1.409	1,74%	2,36%	0,44%
CRAME	49.099	34.114	1.147	401	746	1,52%	2,19%	1,18%
GREMEDA	22.162	17.714	385	96	289	1,30%	1,63%	0,54%
CAMOC	19.664	16.147	244	49	195	0,99%	1,21%	0,30%
CASMER	35.944	27.121	494	147	347	0,97%	1,28%	0,54%
CRAMI	34.917	28.057	687	352	335	0,96%	1,19%	1,25%
CAMY	7.150	5.783	103	43	60	0,84%	1,04%	0,74%
SMQS	58.665	48.130	661	194	467	0,80%	0,97%	0,40%
CAMEC	42.112	34.446	485	159	326	0,77%	0,95%	0,46%
COMEPA	58.788	48.584	521	134	387	0,66%	0,80%	0,28%
IAC	17.750	14.472	243	130	113	0,64%	0,78%	0,90%
AMSJ	45.784	37.566	518	231	287	0,63%	0,76%	0,61%
AMEDRIN	8.688	7.204	99	46	53	0,61%	0,74%	0,64%
COMTA	30.616	25.688	308	127	181	0,59%	0,70%	0,49%
COMERI	19.885	15.478	285	178	107	0,54%	0,69%	1,15%
COMECA	46.089	38.087	473	244	229	0,50%	0,60%	0,64%

CAMCEL	38.947	31.486	330	141	189	0,49%	0,60%	0,45%
CAAMEPA	32.280	26.033	466	313	153	0,47%	0,59%	1,20%
CAMEDUR	30.466	24.542	255	118	137	0,45%	0,56%	0,48%
CAMS	37.905	31.720	327	163	164	0,43%	0,52%	0,51%
CAMDEL	25.903	21.595	234	136	98	0,38%	0,45%	0,63%
COMERO	37.613	30.013	274	153	121	0,32%	0,40%	0,51%
COMEF	26.851	22.596	216	165	51	0,19%	0,23%	0,73%
COMEFLO	11.511	9.613	70	52	18	0,16%	0,19%	0,54%
Sub total	819.793	655.794	10.494	4.032	6.462	0,79%	0,99%	0,61%
ASSE	581.975	453.687	0	14.374	-14.374	-2,47%	-3,17%	3,17%
TOTAL	2.562.651	2.025.451	34.496	34.496	0			1,70%

Además de los movimientos que ocurren de marzo a diciembre en el marco de la movilidad regulada, la normativa habilita cambios de prestador en aquellos casos en que se acredita la ruptura del vínculo asistencial ocasionada por motivos tales como accesibilidad geográfica, disconformidad con la asistencia recibida, o tiempos de espera excesivos.

En este contexto, durante el 2024 se recibieron 7.210 solicitudes de cambio por motivos geográficos, de los cuales se concedieron 7.122, se rechazaron 75 y 13 aún estaban pendientes de resolución al momento de redactar este informe. Adicionalmente, se recibieron 222 solicitudes de cambios mutuales por motivos asistenciales de las solo 25 fueron rechazadas. El siguiente motivo más frecuente para solicitar un cambio fue la agenda, con 157 solicitudes, de las cuales 16 fueron negadas. Con motivo de continuidad asistencial se presentaron 15 solicitudes de las cuales 1 fue rechazada. En cuanto a los motivos económicos, se recibieron 12 solicitudes, se aprobaron 2, se rechazaron 8 y 2 aún están pendientes. También se concedieron 4 cambios por ruptura de vínculo asistencial y 22 más por “otros motivos”. Por último, fueron 11 los cambios concedidos por afiliación irregular.

CAPITULO III – ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA

III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2024

El resultado operativo del FONASA fue negativo en \$32.338.640.486 durante el año 2024, representando casi 22 % de los egresos totales del fondo.

El FONASA, como es sabido, cuenta con distintas fuentes de financiamiento, unas contributivas y otra a través de Rentas Generales. El primer párrafo muestra que el conjunto de pagos realizados a los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (SNS) por concepto de cuota salud (cápitales y metas), sustitutos de tickets y cuotas del Fondo Nacional de Recursos superó, como es de esperar, a la suma de aportes personales y patronales recaudados, correspondientes a los generantes activos y pasivos del sistema, es decir, a las fuentes contributivas. La cifra presentada en el párrafo anterior constituye la cuota parte de los egresos que se financia por aportes de Rentas Generales.

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

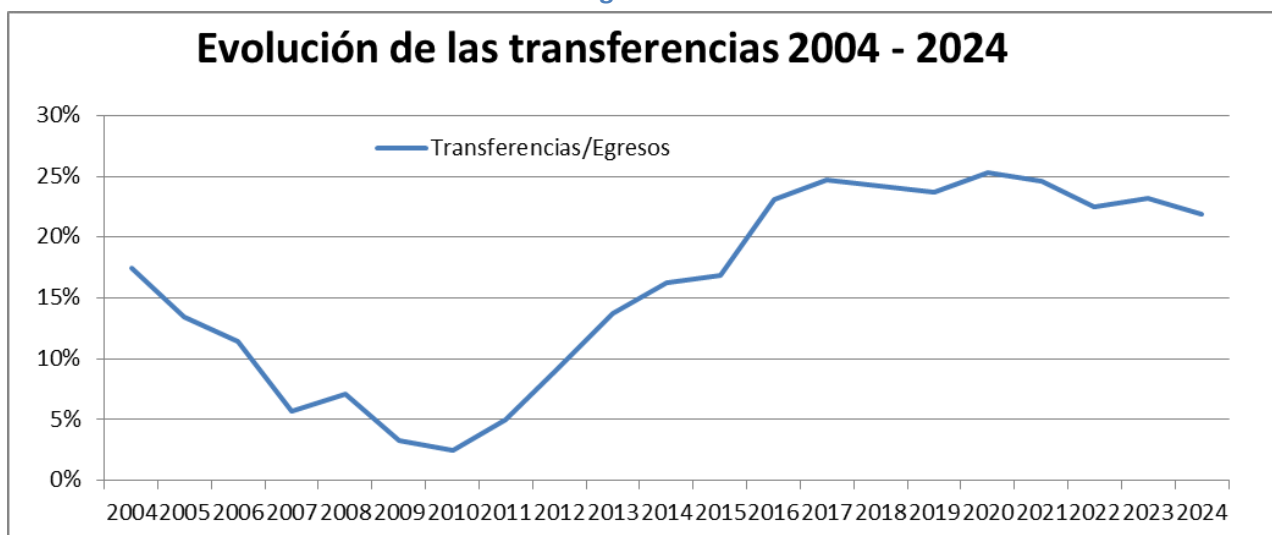
INGRESOS	
Recaudación BPS	84.137.320.008
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	14.489.563.309
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	1.211.628.806
Aportes Del Gobierno Central (CGN)	15.309.585.561
TOTAL INGRESOS POR RECAUDACIÓN	115.148.097.684
Comisiones Seguros Integrales	203.266.604
Otros Ingresos	2.226.895
TOTAL OTROS INGRESOS	205.493.499
TOTAL DE INGRESOS	115.353.591.183
EGRESOS	
Liquidaciones Mutualistas	95.289.028.513
Liquidaciones ASSE	28.069.668.849
Liquidaciones Seguros Integrales	3.342.565.675
Liquidaciones Fondo Nacional de Recursos	13.433.728.242
Reintegro de Aportes	7.557.240.390

TOTAL EGRESOS	147.692.231.669
RESULTADO OPERATIVO FONASA	
TOTAL	-32.338.640.486
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	-32.338.640.486

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- 2024– 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	2023	2024
Transferencias	1.129	1.002	449	1.025	2.443	6.053	10.543	10.311	9,917
Egresos	6.477	14.134	18.360	20.523	26.250	35.964	42.631	44.384	45,292
% s/Egresos	17%	7%	2%	5%	9%	17%	25%	23%	22%

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 la transferencia 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 2023 las transferencias registraron una reducción, tanto en términos reales como en el peso relativo en los egresos totales. En relación a esto último, la caída fue algo superior a un punto porcentual, ubicándose en niveles similares a los de 2022.

Cuadro 7- Resultado Económico del FONASA 2024 por tipo de afiliación –

INGRESOS	MONTO	%/EGRESOS	%/EGRESOS	%/EGRESOS	%/EGRESOS
		2024	2023	2021	2017
Menores	19,953,421,557	13.5%	13,3%	12.9%	13,1%
Cónyuges	2,715,840,474	1.8%	1,9%	2.0%	2,2%
Pasivos	14,489,563,309	9.8%	9,6%	10.3%	9,9%
Activos	77,989,272,344	52.8%	51,8%	50.0%	50,0%
Otros Ingresos	205.493.499	0.1%	0,1%	0.1%	0,1%
Total Ingresos	115.353.591.183	78%	77%	75%	75%
EGRESOS	MONTO	%/EGRESOS	%/EGRESOS	%/EGRESOS	%/EGRESOS
		2024	2023	2021	2017
Menores	21.865.480.473	14.8%	14,8%	14.8%	16,4%
Cónyuges	12.481.493.258	8.5%	8,5%	8.5%	7,8%

Pasivos	51.830.289.050	35.1%	35,1%	35.2%	33,9%
Activos	53.957.728.498	36.5%	36,5%	36.6%	36,4%
Sobrecuota de Inversión	0	0.0%	0,0%	0.0%	0,0%
Reintegro de Aportes	7.557.240.390	5.1%	5,1%	4.9%	5,4%
Otros Egresos	0	0.0%	0,0%	0.0%	0,0%
Total Egresos	147.692.231.669	100%	100%	100%	100%
RESULTADO	MONTO	%/EGRESOS	%/EGRESOS	%/EGRESOS	%/EGRESOS
		2024	2023	2021	2017
Menores	-1,912,058,916	-1.3%	-1,5%	-1.9%	-3,3%
Cónyuges	-9,765,652,784	-6.6%	-6,6%	-6.5%	-5,6%
Pasivos	-37,340,725,741	-25.3%	-25,5%	-24.9%	-24,1%
Activos	24,031,543,846	16.3%	15,3%	13.4%	13,6%
Sobrecuota de Inversión	0	0.0%	0,0%	0.0%	0,0%
Reintegro de Aportes	-7.557.240.390	-5.1%	-5,1%	-4.9%	-5,4%
Otros	205.493.499	-0.1%	-0,1%	-0.1%	-0,1%
Total Resultado	-32.338.640.486	-22%	-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 los últimos años el déficit que presenta este colectivo 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 2024

INGRESOS PROPIOS	MONTO	%
Aportes personales de trabajadores privados	20.821.704.930	18.1%
Aportes personales de trabajadores públicos	6.503.251.302	5.6%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados	17.603.177.359	15.3%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos	5.066.084.672	4.4%
Aportes patronales de trabajadores privados	31.092.867.732	27.0%
Aportes patronales de trabajadores públicos	10.002.648.496	8.7%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	680.893,562	0.6%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	0	0.0%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	4.508.196.302	3.9%
Bancos	4.348.107.761	3.8%
Notarial	31.602.260	0.03%
TOTAL APORTES DE ACTIVOS	100.658.534.375	87.3%
RECAUDACIONES PERSONALES SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS	14.489.563.309	12.6%
OTROS INGRESOS	205.493.499	0.2%
TOTAL DE INGRESOS PROPIOS	115.353.591.183	78.1%
ASISTENCIA		
APORTE DE RENTAS GENERALES	32.338.640.486	21.9%
TOTAL INGRESOS		
INGRESOS TOTALES	147.692.231.669	100.0%

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

Aproximadamente 43,4 % 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 no registran prácticamente diferencia respecto a los de 2023. Asimismo, los aportes patronales y complementos de la cuota mutual explican algo más del 36 % de los ingresos propios, en

tanto que un 12,6 % 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 2024 según concepto

CONCEPTO	MONTO	%
CAPITAS	111.364.365.830	75.4%
META	7.235.788.540	4.9%
TICKET	2.651.296.776	1.8%
SEGUROS INTEGRALES	2.822.647.095	1.9%
FNR	13.433.728.242	9.1%
SUB TOTAL CUOTA CUOTA SALUD	137.507.826.483	93.1%
SOBRECUOTA DE INVERSIÓN	-2.475	0.0%
TOTAL LIQUIDACIONES	137.507.824.008	93.1%
TOTAL EGRESOS FONASA	147.692.231.669	100%

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

Teniendo en cuenta que los reintegros de aportes fueron de 7.527.240.390, 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 2024, se abonaron por concepto de Meta 5 un monto de \$ 1.880.461.951. 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	1.451.125.720	1.184.815.780	2.635.941.500
1 a 4	1.845.901.451	1.644.107.420	3.490.008.871
5 a 14	3.931.457.093	3.361.695.098	7.293.152.191
15 a 19	1.497.707.840	1.824.296.459	3.322.004.299
20 a 44	7.955.469.489	17.372.391.486	25.327.860.975
45 a 64	12.156.406.606	16.468.199.072	28.624.605.678
65 a 74	9.150.896.879	9.843.977.192	18.994.874.071
> 74	8.859.769.464	12.816.148.781	21.675.918.245
TOTAL	46.848.734.542	64.515.631.288	111.364.365.830

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 29.927 actuaciones asistenciales verificadas, lo que refleja un incremento de 35 % en relación a las verificadas en 2023.

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
AMDM	9,238,872	2,630,844	6,608,028
SMQS	7,448,751	2,402,386	5,046,365
COMERO	6,147,535	1,612,680	4,534,855
CAMS	4,359,722	1,343,439	3,016,283
COMEPA	4,896,078	1,995,621	2,900,457
IAC	3,608,851	727,242	2,881,609
CAMEC	3,664,349	847,837	2,816,512
CASMER	3,646,891	1,015,175	2,631,716
CAMDEL	3,221,904	1,081,654	2,140,250
CAAMEPA	2,808,797	788,817	2,019,980
COMEF	2,934,567	1,069,418	1,865,149
AMSJ	2,770,879	1,400,694	1,370,185
CAMCEL	2,063,233	1,261,681	801,552
HOSPITAL EVANGELICO	1,298,944	506,520	792,424
COMTA	1,712,175	1,149,110	563,065
CRAME	1,673,238	1,114,604	558,634
CAMY	876,970	436,227	440,743
CRAMI	1,455,043	1,089,204	365,839
CAMEDUR	1,806,458	1,517,891	288,567
GREMEDA	1,568,518	1,291,118	277,400
COMECA	1,740,158	1,481,919	258,239
CIRCULO CATOLICO	438,078	458,932	-20,854
CAMOC	561,688	748,652	-186,964
MEDICARE	0	191,151	-191,151
SUMMUM	0	218,484	-218,484

AMEDRIN	248,669	470,452	-221,783
CUDAM	138,512	377,382	-238,870
GREMCA	0	242,586	-242,586
COMEFLO	707,113	1,008,834	-301,721
SWISS MEDICAL URUGUAY	0	0	0
UNIVERSAL	158,007	672,152	-514,145
MEDICA URUGUAYA	273,141	1,345,080	-1,071,939
MP	0	1,135,333	-1,135,333
SEGURO AMERICANO	0	1,241,826	-1,241,826
COSEM	0	1,491,149	-1,491,149
COMERI	329,690	2,059,576	-1,729,886
CASMU	384,570	2,732,305	-2,347,735
HOSPITAL BRITANICO	0	3,789,308	-3,789,308
SMI	36,869	3,991,599	-3,954,730
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	311,745	4,404,296	-4,092,551
ASSE	1,535,694	20,407,326	-18,871,632
TOTAL	74.065.609	74.065.609	0

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

El mayor cobrador neto es AMDM, seguido de SMQS, COMERO, CAMS, COMEPA y de otros prestadores privados del interior. Por su parte, el mayor pagador neto es ASSE. A excepción de 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 **2024** el pago por Metas Asistenciales representó el 4.9 % de los egresos del FONASA⁷.

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 y la VBGG a través de la Meta Asistencial 2022-2023 y 2024-2025,
- La reducción de la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles prevalentes en población adulta, también incluido en la Meta Asistencial 2022-2023 y 2024-2025.
- La salud mental y específicamente, el Intento de Autoeliminación (IAE) a través de la Meta Asistencial 2024-2025,
- 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. Este mismo esquema cuatrimestral se mantuvo para la actual **Meta 2024-2025**.

En cuanto a lo asistencial, ambas Metas comparten como componentes temáticos la salud del niño y niña, la mujer embarazada y puérpera, la VBGG y la reducción de la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles prevalentes en población adulta. En tanto, la Meta 2024-2025 incorporó la Salud Mental como componente temático, concretamente, se establecieron incentivos para la continuidad asistencial de las personas con IAE. Más adelante se detallarán, para cada componente temático, las modificaciones y mejoras que se introdujeron en los distintos indicadores de desempeño.

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.

⁷ 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.

Los pagos realizados a los Prestadores del SNS en el marco de la Meta 5, que tuvieron lugar en el mes de diciembre de 2024, 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 fusionó indicadores de las precedentes Metas 1 y 2, además de incorporar nuevos. Las condiciones de cumplimiento y pago quedaron establecidas en la Resolución de la Junta Nacional de Salud N° 380 del 9 de diciembre de 2021, que incluyó instructivo y documentos anexos (diccionario de variables, reglas de control de formato y reglas de control de datos).

La meta asistencial 2022-2023 tuvo una periodicidad de cumplimiento y pago cuatrimestral y una organización en base a cuatro componentes temáticos:

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 eran de tipo cuantitativo y su información era proporcionada por los prestadores de salud, mediante una planilla nominalizada estructurada y a través del sistema RCIE. (Recepción y Control de Información Externa).

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

- 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
- El cuadro 12 describe los indicadores que integraron 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 o un valor de crecimiento (reducción de brecha entre dos parámetros: línea de base y valor de referencia).

- Finalmente, se presenta el *Monto Disponible* (en pesos) vigentes entre enero y junio de 2024, siendo el pago que se efectúa por usuario FONASA cuando se alcanza el 100% del cumplimiento del indicador⁸

- El monto disponible total para la Meta 2022-2023 para el periodo de enero-junio 2024 fue de \$211,23.

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

COMPONENTE	INDICADOR	VALOR META	MONTO DISPONIBLE A JULIO 2024
Salud del Niño y de la Niña	1.1 Captación del Recién Nacido	95%	4,96
	1.2 Visita domiciliaria del Recién nacido de riesgo	95%	4,95
	1.3 Control de desarrollo a los 4 meses	95%	9,82
	1.4 Control de desarrollo a los 18 meses	95%	9,82
	1.5 Seguimiento diagnóstico de Hipoacusia congénita	95%	9,82
	1.6 Control de desarrollo a los 4 años	90%	9,82
	1.7 Control odontológico a los 4 años	80%	4,96
	1.8 Control oftalmológico a los 5 años	80%	9,82
Salud embarazada y puérpera	2.1 Curso de preparación para el nacimiento	70%	9,82
	2.2 Acompañamiento en primer puerperio	70% al final del periodo	14,72
	2.3 Consulta con Comité de puérpera con indicio de depresión	50%	9,82
Violencia basada en Género y Generaciones	3. VBGG	Informes según pautas predefinidas	9,82
Enfermedades no trasmisibles	4.1 Tamizaje de cáncer colorrectal	Disminución de 40% entre LB y VR al final del periodo *	14,72
	4.2 Diagnóstico por Fibrocolonoscopia	75%	9,82
	4.3 Tamizaje de cáncer de cuello	Disminución de 65% entre LB y VR al final del período*	14,72
	4.4 Colposcopia	Disminución de 80% entre LB y VR al final del período	9,82

⁸Cuando 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.

	4.5 Biopsia HSIL y más con tratamiento	80%	9,82
	4.6 Tamizaje de cáncer de mama	Disminución de 50% entre LB y VR al final del período*	14,72
	4.7 Mamografías BIRADS IV y V con AP	50%	9,82
	4.8 AP confirmatorio de cáncer de mama con inicio de tratamiento	80%	9,82
	4.9 Abordaje del ACV Isquémico	Informes según pautas y declaración de casos de ACV isquémicos. 10% de casos trombolizados al final de período.	9,82

Resultados de la meta 2022-2023

En este apartado se presentan medidas resumen de los *cumplimientos* de Meta 2022-2023 que originaron los pagos efectuados en 2024, según se detalla en el esquema presentado en el cuadro 13.

Cuadro 13: Esquema de cumplimiento y pago 2024 de la Meta 2022-2023

META	CUATRIMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (meses)
2024-2025	Mayo- junio- julio- agosto 2023	Enero-Febrero 2024
2024-2025	Setiembre- octubre- noviembre- diciembre 2023	Marzo- abril- mayo- junio 2024

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 asistencial logrado por el Prestador en cada indicador de la Meta.

El cuadro 14 muestra medidas resumen del ***cumplimiento alcanzado*** para los dos últimos cuatrimestres de la Meta 2022-2023. El cumplimiento promedio se ubicó en 92.01% y 93.25%, mientras que la mediana de cumplimiento fue superior y se ubicó en 96.88 y 98.19% respectivamente.

Cuadro 14- Cumplimiento alcanzado Meta 2022-2023, enero-junio 2024.

META 2022-2023				
Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Enero- febrero 2024	92,01	96,88	9,25	100
Marzo- abril- mayo- junio 2024	93,25	98,19	16,18	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 integraron 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, arrojando un promedio de 97,56% en ambos cuatrimestres y una mediana de 100%.

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 para el último cuatrimestre de la Meta.

Cuadro 15 - Cumplimiento alcanzado, componente Salud niño/a. Enero- junio 2024

	COMPONENTE: Salud del niño/a					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
1.1	Enero- febrero 2024	97,56	100	40	0	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	97,56	100	40	0	1
1.2*	Enero- febrero 2024	92,68	100	38	0	3
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	92,68	100	38	0	3
1.3	Enero- febrero 2024	94,61	100	38	1	2

	Marzo- abril- mayo- junio 2024	98,37	100	39	2	0
1.4	Enero- febrero 2024	92,56	100	37	2	2
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	96,63	100	39	1	1
1.5*	Enero- febrero 2024	88,76	100	36	1	4
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	88,76	100	36	1	4
1.6	Enero- febrero 2024	90,12	100	36	1	4
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	94,9	100	38	1	2
1.7	Enero- febrero 2024	83,1	100	34	1	6
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	86,07	100	35	1	5
1.8	Enero- febrero 2024	90,05	100	36	1	4
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	93,29	100	38	1	2

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)* tienen una periodicidad anual, debido a lo reducido de sus denominadores.

Es por ello que en el sexto cuatrimestre de la Meta 2022-2023 se realizó 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 2023.

- *Salud embarazada y primer puerperio*

El indicador 2.1 de Curso de preparación de nacimiento continuó en líneas generales con lo establecido en Meta 1, con una disminución de la población objetivo (mujeres que no han tenido ningún parto/cesárea) y con la aplicación de tope al uso de Protocolos de Actuación. El cumplimiento promedio se encuentra en 92,27 % y 95.37 % para cada cuatrimestre y una mediana de 100%.

Cuadro 16 - Cumplimiento alcanzado, componente Salud embarazada y puérpera. Enero- junio 2024

	COMPONENTE: SALUD EMBARAZADA Y PUÉRPERA					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
2.1	Enero- febrero 2024	92,27	100	36	4	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	95,37	100	37	4	0
2.2	Enero- febrero 2024	94,46	100	37	2	2
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	95,12	100	39	0	2
2.3	Enero- febrero 2024	94,76	100	38	1	2
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	97,56	100	40	0	1

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

Por otro lado, a partir de la Meta 2022-2023 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 una 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).

El cumplimiento promedio de ambos indicadores se encuentra por encima del 94% y nuevamente se observa una mejora para el último cuatrimestre de la Meta. En tanto, la mediana es de 100% para todo el periodo considerado.

- **Violencia basada en Género y Generaciones**

Con el objetivo de mejorar el abordaje de las situaciones de violencia basada en género y generaciones, en cada cuatrimestre se exigen determinadas acciones para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las personas afectadas por este tipo de violencia.

Para los cuatrimestres involucrados en este informe se trabajó en los siguientes aspectos:

- Presentación de Informe de resultados de Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) del personal de salud hacia la VBG.

- Presentación de Plan de Fortalecimiento de las capacidades institucionales de respuesta a situaciones de VBG, en base a los aspectos pasibles de mejora identificada en la Encuesta CAP.

La aprobación, validación y verificación de las mencionadas actividades le correspondió al Área Programática de DIGESA. Como resultado, 40 de 41 instituciones cumplieron con el indicador en ambos cuatrimestres.

Cuadro 17 - Cumplimiento alcanzado, componente VBG. Enero- junio 2024

	COMPONENTE: VBG					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
3	Enero- febrero 2024	97,56	100	40	0	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	97,56	100	40	0	1

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

- *Enfermedades No Transmisibles*

El componente temático 4 de las Meta Asistencial 2022-2023, *Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles* estuvo integrado por un total de 9 indicadores, de los cuales 8 estaban vinculados a cáncer. Se continuó 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 dio 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.

Cuadro 18 - Cumplimiento alcanzado, Componente ENT. Enero- Diciembre 2023.

	COMPONENTE: ENT					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
4.1	Enero- febrero 2024	75,22	100	28	6	7
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	88,17	100	29	8	4
4.2	Enero- febrero 2024	94,83	100	37	2	2
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	95,51	100	36	4	1
4.3	Enero- febrero 2024	93,61	100	35	4	2
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	84,61	100	24	14	3
4.4	Enero- febrero 2024	97,56	100	40	0	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	87,61	100	35	1	5

4.5	Enero- febrero 2024	97,07	100	37	3	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	97,02	100	39	1	1
4.6	Enero- febrero 2024	91,54	100	33	7	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	93,73	100	32	8	1
4.7	Enero- febrero 2024	97,56	100	40	0	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	97,56	100	40	0	1
4.8	Enero- febrero 2024	93,71	100	36	4	1
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	96,29	100	37	3	1
4.9	Enero- febrero 2024	87,85	100	34	3	4
	Marzo- abril- mayo- junio 2024	87,85	100	34	3	4

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

Sobre los tres indicadores de tamizaje (4.1, 4.3 y 4.6) corresponde mencionar el ajuste de los Valores Meta exigidos para el cuatrimestre SOND23, definido en el marco de la Comisión Asesora de Metas Asistenciales y en línea con las actualizaciones metodológicas propuestas para la Meta 2024-2025. Concretamente, se actualizaron las Líneas de Base institucionales tomadas como punto de partida para la definición de los Valores Meta, las cuales se encontraban desactualizadas y distorsionadas por lo acontecido durante la emergencia sanitaria por COVID-19, tomando como referencia el desempeño alcanzado en el cuatrimestre MJJA23.

Para el indicador de tamizaje de cáncer de colón (4.1), que usualmente presentaba un cumplimiento menor comparado los restantes tamizajes, aumenta de 75,22% a 88.17% el cumplimiento promedio, con una mediana de 100%. El indicador de realización de FCC sobre TSOH positivos (4.2) tiene un cumplimiento promedio en torno al 95%, con una mediana de 100%.

El indicador de tamizaje de cáncer de cuello de útero (4.3) desciende su cumplimiento promedio de 93.61% a 84.61%, básicamente vinculado a un cumplimiento y pago proporcional del indicador, con una mediana que se mantiene en 100%. También se observa un comportamiento semejante para el indicador sobre la realización de colposcopia sobre los PAP patológicos (4.4) donde el cumplimiento promedio desciende de 97,56% a 87,61%, con una mediana de 100%. El cambio, el indicador sobre inicio de tratamiento de cáncer de cuello de útero (4.5) se mantuvo en 97%.

Para el indicador de tamizaje de cáncer de mama (4.6) aumenta su cumplimiento promedio de 91.54% al 93.73%, con una mediana de 100%. Para el indicador de tiempo de espera para la anatomía patológica (4.7) el cumplimiento se mantuvo en 97% y para el indicador de tiempo de espera para el inicio de tratamiento (4.8) alcanza el cumplimiento promedio más alto del periodo: 96.29%.

Por último, con respecto al indicador 4.9 de abordaje a ACV isquémico se exigió un porcentaje anual de 10% de realización de trombólisis medicamentosa en pacientes con ACV isquémico. En este caso, en cumplimiento promedio fue de 87,75% y la mediana de 100%.

META 2024-2025:

Diseño de la meta según Instructivo vigente

La Meta Asistencial 2024-2025 da continuidad a los componentes temáticos de la Meta 2022-2023, junto con algunas innovaciones, destacándose la incorporación de un indicador sobre Salud Mental (IAE).

Las condiciones de cumplimiento y pago quedaron establecidas en la Resolución de la Junta Nacional de Salud N° 259 del 27 de diciembre de 2023, luego de un proceso de intercambio en el marco de la Comisión Asesora y de la difusión y retroalimentación sobre el anteproyecto por parte los Prestadores de Salud, según define el anexo III⁹ del Contrato de Gestión.

Finalmente, la meta asistencial 2024-2025 se estructura en los siguientes cinco componentes temáticos:

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 8 indicadores
5. Salud Mental: 1 indicador

En su mayoría, los indicadores son cuantitativos y la definición de su cumplimiento y pago se realiza a través del cálculo automatizado según los parámetros definidos en el Instructivo. Para ello, se utiliza la información nominalizada y estructurada declarada por el Prestador y entregada a través del Sistema RCIE (Recepción y Control de Información Externa).

En tanto, para los indicadores cualitativos su cumplimiento queda sujeto a la aprobación de las Áreas Programáticas de DIGESA, en base a los Informes entregados por los Prestadores a través de RCIE y de acuerdo a las pautas definidas.

Sobre las innovaciones y modificaciones respecto de la edición anterior, se destaca lo siguiente:

- Se establece el Control integral al año junto a la determinación de la hemoglobina capilar (1.3)
- Se exigen acciones de capacitación, promoción, difusión y campaña de vacunación en el territorio del esquema de cobertura de vacunación a los 5 años (1.4), siendo un indicador de tipo cualitativo.

⁹ Anexo III de Contrato de Gestión –Decreto 81/012 de 13/3/2012

- Se amplía la población objetivo sobre la que se exige la pesquisa y seguimiento diagnóstico de Hipoacusia a todos los recién nacidos hasta los 6 meses (1.5).
- Se focaliza la atención sobre los niños con alternaciones de desarrollo al 4to. año de vida, los cuales deben ser derivados al especialista correspondiente (1.6).
- Se anticipa la edad de realización del control odontológico (3 años) y el indicador se transforma en uno de naturaleza acumulativo-de stock (1.7).
- El indicador sobre VBGG pasa a tener una exigencia de tipo cuantitativa, centrado en la derivación de los casos de alto riesgo (3) a los equipos correspondientes para su atención.
- Sobre el tamizaje de cáncer de colon (4.1) se define una primera etapa de tipo cualitativa, donde se exige la realización de un diagnóstico institucional sobre la detección del cáncer y la definición, implementación y monitoreo de un Plan institucional que aborde los principales problemas identificados. Para la segunda etapa, el indicador cuantitativo establece la utilización de la técnica cuantitativa en el TSOH, exigencia que queda sujeta a su incorporación al PIAS, evento que a la fecha no se ha sucedido.
- En el tamizaje de cáncer de cuello de útero (4.3) se promueve la utilización del Test de HPV como técnica de tamizaje a partir de enero de 2025, dada su incorporación al PIAS en agosto de 2024.
- Se incorpora por primera vez, o se aumenta (dependiendo del indicador), la exigencia con disminución del tiempo de espera en el proceso de seguimiento diagnóstico e inicio de tratamiento de cáncer (4.2, 4.4 y 4.6).
- Se actualizan las Líneas de Base institucionales tomadas como punto de partida para la definición de los Valores Meta de los tres indicadores de tamizaje de cáncer (4.1, 4.3 y 4.5), ajustando la desactualización y distorsión generada por el paso del tiempo y lo acontecido durante la emergencia sanitaria por COVID-19. A estos efectos, se toma como referencia el último dato disponible previo al inicio de la meta, que corresponde al desempeño alcanzado en el cuatrimestre MJJA23.
- Se suman dos indicadores que promueven la continuidad asistencial post-alta en patologías asociadas a las ENT: conciliación de medicamentos en personas con hipertensión y diabetes y seguimiento de personas con alta por enfermedad cerebro-vascular.
- Se incorpora un indicador de seguimiento inmediato de personas con intento de autoeliminación (5), alineado a lo que establece el Protocolo de Atención y Seguimiento a personas con Intento de Autoeliminación expresado en las pautas del MSP.

El cuadro 19 describe los indicadores que integran cada componente de la Meta 2024-2025. Se detallan los *Valores Meta* y el *Monto Disponible* (en pesos) vigentes entre julio y diciembre de 2024. El monto disponible total para la Meta 2024-2025 para el periodo julio-diciembre 2024 fue de \$217,08.

Cuadro 19: Descripción de indicadores de Meta 2024-2025.

COMPONENTE	INDICADOR	VALOR META	MONTO DISPONIBLE A DICIEMBRE A 2024
Salud del Niño y de la Niña	1.1 Captación del Recién Nacido	95%	5.16
	1.2 Visita domiciliaria del Recién nacido de riesgo	95%	5.16
	1.3 Control integral de los niños según pauta al año de vida	80%	15.51
	1.4 Cobertura Vacunal del Esquema Obligatorio	Cualitativo	10.34
	1.5 Pesquisa y seguimiento diagnóstico de Hipoacusia congénita	80%	10.34
	1.6 Seguimiento de alteraciones del desarrollo al cuarto año de vida	80%	15.51
	1.7 Control odontológico de niños al tercer año de vida	40%-2024	5.16
	1.8 Control oftalmológico de niños al quinto año de vida	80%	5.16
Salud embarazada y puerpera	2.1 Curso de preparación para el nacimiento	70%	5.16
	2.2 Acompañamiento y consejería a la mujer en su primer puerperio	70%	10.34
	2.3 Consulta con Comité de puerpera con indicio de depresión	50%	10.34
VBGG	3. Seguimiento de situaciones de alto riesgo de VBGG	70%	5.16
Enfermedades no transmisibles	4.1 Tamizaje de cáncer colorrectal (60 a 70 años)	Cualitativo- Declaración de casos de tamizaje	15.51
	4.2 Diagnóstico por Fibrocolonoscopia (60 a 70 años)	75%	10.34
	4.3 Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino (25 a 64 años)	Disminución de 50% entre LB y VR al final del período	15.51
	4.4 Mujeres con tratamiento oportuno de cáncer de cuello uterino(todas las edades)	70% - tiempo máximo 65 días	10.34
	4.5 Cobertura de tamizaje de cáncer de mama (50 a 69 años)	Disminución de 45% entre LB y VR al final del período	15.51
	4.6 Mujeres con tratamiento oportuno de cáncer de mama (todas las edades)	80%- tiempo máximo 90 días	10.34
	4.7 Conciliación de medicamentos al egreso en afiliados internados con Hipertensión y Diabetes	60%	10.34
	4.8 Seguimiento inmediato a la internación de afiliados con	60%	10.34

	Enfermedad Cerebrovascular		
Salud Mental	Seguimiento inmediato de afiliados con intento de autoeliminación	60%	15.51

Resultados de la meta 2024-2025

En este apartado se presentan medidas resumen de los *cumplimientos* de Meta 2024-2025 que originaron los pagos efectuados en 2024, según se detalla en el esquema presentado en el cuadro 20.

Cuadro 20: Esquema de cumplimiento y pago 2024 de la Meta 2024-2025

META	CUATRIMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (meses)
2024-2025	Enero- febrero-marzo- abril 2024	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024
2024-2025	Mayo- junio- julio- agosto 2024	Noviembre- diciembre 2024

Nuevamente se recuerda que estos datos no pueden ser interpretados como desempeño asistencial propiamente dicho sino como el porcentaje de cumplimiento de la meta, que surge de la relación del desempeño asistencial alcanzado 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).

Concretamente, el *Cumplimiento* refleja el porcentaje del monto disponible en pesos que finalmente se paga por esta meta y para cada uno de sus indicadores.

El cuadro 21 muestra medidas resumen del ***cumplimiento alcanzado*** para los primeros dos cuatrimestres de la Meta 2024-2025. El cumplimiento promedio se ubicó en torno al 94%, mientras que la mediana de cumplimiento fue de 100% en ambos casos.

Cuadro 21- Cumplimiento alcanzado Meta 2024-2025, julio-diciembre 2024.

META 2024-2025				
Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	94,53	100	12,14	100
Noviembre- diciembre 2024	94,26	100	26,69	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 integraron la Meta 2024-2025, junto con el detalle de la cantidad de instituciones que obtuvieron un cumplimiento total, parcial o nulo del indicador.

- **Salud del niño y de la niña**

En este componente temático se encuentran aquellos indicadores referidos a controles de primera infancia, con las continuidades y modificaciones anteriormente referidas.

Cuadro 22- Cumplimiento alcanzado, componente Salud niño/a. Julio- diciembre 2024

	COMPONENTE: Salud del niño/a					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
1.1	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	97,56	100	40	0	1
	Noviembre- diciembre 2024	98,05	100	40	1	0
1.2	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	92,85	100	38	1	2
	Noviembre- diciembre 2024	95,73	100	39	1	1
1.3	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	89,54	100	36	1	4
	Noviembre- diciembre 2024	89,54	100	35	2	4
1.4	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	85,37	100	35	0	6
	Noviembre- diciembre 2024	87,8	100	36	0	5
1.5	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	100	100	41	0	0
	Noviembre- diciembre 2024	100	100	41	0	0
1.6	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	95,12	100	39	0	2
	Noviembre- diciembre 2024	95,12	100	39	0	2
1.7	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	94,32	100	37	3	1
	Noviembre- diciembre 2024	92,61	100	37	3	1
1.8	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	95,51	100	36	4	1
	Noviembre- diciembre 2024	94,9	100	38	1	2

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

El indicador de captación de recién nacido (1.1) y de Visita domiciliaria del recién nacido de riesgo (1.2), mantienen un cumplimiento promedio y mediano semejante al observado en la meta anterior.

El indicador de Control integral al año de vida (1.3), cuya implementación se inició en enero de 2024, muestra un cumplimiento promedio de 89.54% en ambos cuatrimestres, con una mediana de 100%.

Para el indicador cualitativo vinculado a la Cobertura vacunal a los 5 años (1.4), cuya implementación también comenzó en enero de 2024, fueron 35 instituciones las que alcanzaron su cumplimiento para el primer cuatrimestre y 36 para el segundo.

El indicador de pesquisa y seguimiento diagnóstico de Hipoacusia hasta los 6 meses de edad (1.5) fue cumplido por todas las instituciones para los dos cuatrimestres.

El indicador de seguimiento de alteraciones del desarrollo al cuarto año de vida (1.6), que también comenzó en enero de 2024, tuvo un cumplimiento promedio de 95.12%, equivalente a 39 instituciones de 42.

En tanto el indicador de control odontológico a los 3 años tuvo un cumplimiento promedio de 94.32% y 92.61% y el de control oftalmológico a los 5 años fue de 95.51% y 94.9% para cada cuatrimestre.

- **Salud embarazada y primer puerperio**

En este componente se da continuidad a los tres indicadores sobre embarazo y puerperio vigentes en la meta anterior (curso de preparación para el nacimiento, acompañamiento y consejería en el primer puerperio y derivación oportuna ante indicios de depresión posparto). El cumplimiento promedio se encuentra en torno al 95% y 96% y en todos los casos tienen una mediana de 100%.

Cuadro 23 - Cumplimiento, componente Salud embarazada y puérpera. Julio – Diciembre 2024

	COMPONENTE: SALUD EMBARAZADA Y PUÉRPERA					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
2.1	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	94,95	100	37	3	1
	Noviembre- diciembre 2024	96,12	100	38	3	0
2.2	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	94,56	100	37	2	2
	Noviembre- diciembre 2024	95,07	100	38	1	2
2.3	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	96	100	39	1	1
	Noviembre- diciembre 2024	95,12	100	39	0	2

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

- **Violencia basada en Género y Generaciones**

Este componente, con una larga trayectoria de indicadores de tipo cualitativo, a partir de enero de 2024 introduce un indicador de tipo cuantitativo que exige la derivación a los Equipos de Referencia institucional en VBGG de los casos de alto riesgo. En los primeros dos cuatrimestres de su implementación todas las instituciones cumplieron con la exigencia definida.

Cuadro 24 - Cumplimiento alcanzado, componente VBG. Julio - Diciembre 2024

	COMPONENTE: VBG					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
3	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	100	100	41	0	0
	Noviembre- diciembre 2024	100	100	41	0	0

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

- Enfermedades No Trasmisibles

Para el periodo 2024-2025 este componente temático está integrado por 8 indicadores 6 de ellos vinculados al tamizaje, seguimiento diagnóstico y tratamiento oportuno de los 3 cánceres más frecuentes en nuestra población: colon, mama y cuello uterino.

Los otros dos innovan, buscando promover la continuidad asistencial luego del alta hospitalaria en patologías asociadas a las ENT: conciliación de medicamentos en personas con hipertensión y diabetes y seguimiento de personas con enfermedad cerebro-vascular.

Cuadro 25 - Cumplimiento alcanzado, componente ENT. Julio - Diciembre 2024

	COMPONENTE: ENT					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
4.1	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	95,12	100	39	0	2
	Noviembre- diciembre 2024	100	100	41	0	0
4.2	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	93,66	100	36	3	2
	Noviembre- diciembre 2024	97,56	100	40	0	1
4.3	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	96,66	100	39	1	1
	Noviembre- diciembre 2024	95,39	100	37	3	1
4.4	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	92,68	100	38	0	3
	Noviembre- diciembre 2024	88,12	100	35	2	4
4.5	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	97,22	100	38	2	1
	Noviembre- diciembre 2024	91,34	100	34	5	2
4.6	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	97,56	100	40	0	1

	Noviembre- diciembre 2024	95,12	100	39	0	2
4.7	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	95,95	100	38	2	1
	Noviembre- diciembre 2024	95,12	100	39	0	2
4.8^a	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	97,56	100	40	0	1
	Noviembre- diciembre 2024	90,24	100	37	0	4
4.8^b	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	97,56	100	40	0	1
	Noviembre- diciembre 2024	92,68	100	38	0	3

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

En cuanto a los indicadores de tamizaje de cáncer de colon, cuello de útero y mama (4.1, 4.3 y 4.5) éstos tienen un cumplimiento promedio -en su mayoría- por encima del 95%, recordando que para el indicador de cáncer de colon la exigencia definida para estos cuatrimestres fue de tipo cualitativo.

Dentro de los indicadores de seguimiento diagnóstico y tratamiento oportuno (4.2, 4.4 y 4.6), que también mayoritariamente tienen un cumplimiento promedio en torno al 95%, cabe destacar el comportamiento del indicador de tratamiento oportuno de cáncer de cuello de útero (4.4), con un 88% de cumplimiento promedio en el último cuatrimestre. Este indicador innova en la incorporación de tiempo de espera a partir de enero de 2024, exigiendo un plazo no mayor a 65 días entre la realización del PAP/Test HPV y el inicio de tratamiento.

El indicador que exige la conciliación de medicamentos al alta de aquellos pacientes con hipertensión y diabetes (4.7) tiene un cumplimiento promedio en torno al 95% y una mediana de 100 % en los dos cuatrimestres.

Por último, el cumplimiento de los dos hitos dirigidos a pacientes con alta hospitalaria por enfermedad cerebro vascular (4.8) disminuye para el segundo cuatrimestre, si bien en todos los casos el promedio se encuentra por encima del 90 % y con una mediana de 100 %. El primer hito (a) exige la definición de un plan de rehabilitación previo al alta y el segundo (b) una consulta presencial de seguimiento a los 45 días.

- Salud Mental

Una innovación de la Meta 2024-2025 fue la incorporación de un indicador que promueve el adecuado seguimiento de las personas que realizan un intento de autoeliminación, en línea con lo establecido en el Protocolo y pautas de seguimiento definida por el MSP.

Por tratarse de un indicador que promueve la gestión del caso, el mismo se conforma por cuatro hitos en el marco del egreso del paciente de la internación o de la consulta de puerta de emergencia: (a) orientación al usuario por escrito previo al egreso, (b) seguimiento telefónico dentro de los 2 días posteriores, (c) una consulta presencial dentro de los 7 días posteriores y nuevamente una consulta telefónica dentro de los 30 días posteriores al alta (d).

En cuanto al cumplimiento promedio alcanzado, hacia el segundo cuatrimestre se observa una mejora en los hitos que tienen lugar luego de que el paciente deja la institución (a, b, y c), estando en torno al 94 %-95 %, con una mediana de 100 %.

Cuadro 26 - Cumplimiento alcanzado, componente Salud Mental. Julio - Diciembre 2024

	COMPONENTE: VBG					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Total	Parcial	Nulo
5ª	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	95,12	100	39	0	2
	Noviembre- diciembre 2024	95,12	100	39	0	2
5b	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	86,39	100	34	2	5
	Noviembre- diciembre 2024	95,12	100	39	0	2
5c	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	88,78	100	35	3	3
	Noviembre- diciembre 2024	93,24	100	38	2	1
5d	Julio- agosto- setiembre- octubre 2024	87,54	100	34	3	4
	Noviembre- diciembre 2024	94,39	100	38	1	2

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

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

Cuadro 27 – Cumplimiento y pagos generados Meta 4

El cumplimiento al mes de:	Exigencia. Cantidad de cargos cada 7.000 ¹⁰ afiliados FONASA.	Generará pagos para:	% de CAD < a 40 horas semanales que valen como 1	Incidencia de cada componente	
				1	3
Jun-23	5,08	Enero 2024	20%	5,35%	94,65%
Dic-23	5,08	Febrero-Julio 2024	20%	5,35%	94,65%
Jun-24	5,08	Agosto-Diciembre 2024	20%	5,35%	94,65%

La meta 4 se basa en el cumplimiento de dos¹¹ 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.

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

¹⁰ Para el caso de ASSE se consideran funciones cada 7.776 afiliados (Resolución nº884 JUNTA NACIONAL DE SALUD – noviembre 2014).

¹¹ 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.

menos de 175 horas mensuales se computa para la meta en un porcentaje calculado de la siguiente manera:

$$\text{(Cantidad de horas semanales promedio del total de cargos de menos de 40 horas semanales)} / 44 \text{ horas semanales.}$$
 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 2024 corresponden a desempeños de tres semestres (enero-junio 2023, julio-diciembre 2023 y enero-junio 2024).

Enero 2024

En enero 2024 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a junio 2023.

Cuadro 28 - Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Enero 2024.

	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 29 - Cantidad de CAD/FAD. Enero 2024.

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento agregado
Sector mutual	1.420	1381,87	97,3%
ASSE	352	355,77	101,1%
Seguros integrales	58	0	0,0%

Las instituciones del sector mutual contrataron 214 cargos 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 17,8 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 dichos cargos superaron el 20% del total de FAD contratadas.

Febrero – Julio 2024

Para los meses de febrero a julio 2024 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a diciembre de 2023.

Cuadro 30 -Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Febrero a Julio 2024.

	Componente 1		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro		No cobro
			Total	parcial	
Sector mutual	34 ¹²	0	29	3	2
ASSE	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	0	6

¹² En el primer mes una institución no cobró componente 1 por entrega tardía, sí lo hizo en los restantes meses del semestre.

De las 29 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 11 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 18 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 3 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 89%.

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 31 - Cantidad de CAD/FAD. Febrero a Julio 2024.

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento agregado
Sector mutual	1.412	1.402,74	99,3%
ASSE	365	369,60	101,3%
Seguros integrales	60	0	0,0%

Las instituciones del sector mutual contrataron 216 CAD con menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 206,74 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 22 de los médicos CAD que trabajaban en dicha institución, que fueron computados para meta 4 como 17,16 dada la cantidad de horas informadas.

Por su parte, ASSE contrató 134 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 112,61 debido a que superaron el 20% de FAD contratadas.

Agosto – Diciembre 2024

Para los meses de agosto a diciembre 2024 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a junio 2024.

Cuadro 32 - Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Agosto-diciembre 2024.

	Componente 1		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro		No cobro
			Total	Parcial	
Sector mutual	34	0	29	3	2
ASSE	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	0	6

De las 29 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 11 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 18 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 3 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 92%.

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 33 - Cantidad de CAD/FAD. Agosto-diciembre 2024.

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento agregado
Sector mutual	1.415	1.409,29	99,6%
ASSE	363	418,7	115,4%
Seguros integrales	61	0	0%

Las instituciones del sector mutual contrataron 225 CAD con menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 215,92 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 21 de los médicos CAD que trabajaban en dicha institución, que fueron computados para meta 4 como 17,25 dada la cantidad de horas informadas.

Por su parte ASSE contrató 185 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 147,73 debido a que superaron el 20% de FAD contratadas.

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

En el año 2024, 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, se fijó que para los años 2023 y 2024, 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 2024, la Meta 5 correspondió al pago de la capacitación de 2023 para los trabajadores médicos en el mes de febrero, y para los trabajadores no médicos, al pago de la capacitación de 2024 en diciembre. En el caso de ASSE, el pago realizado en 2024 corresponde a lo devengado en 2023.

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
Habilidades para un enfoque integral en el cuidado de la salud	2023	8	Trabajadores que laudan por SMU/FEMI/SAQ	Privado	En febrero 2024
Cuidar de cuidar: Estrategias de Autocuidado para Profesionales de la Salud	2024	8	Trabajadores que laudan por FUS	Privado	En diciembre 2024
Habilidades para un enfoque integral en el cuidado de la salud	2023	8	Trabajadores que laudan por SMU/FEMI/SAQ	ASSE	Mensual
Habilidades para un enfoque integral en el cuidado de la salud	2023	8	Trabajadores que laudan por FUS	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 2023= tope máximo /(MSA+incidencias). Donde MSA es la Masa Salarial Anual acumulada entre enero y diciembre de 2023 (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 1,66 %

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 2024).

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 Nº 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 \$ 168.540.397,47. 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 2024 para cada prestador integral privado:

Cuadro 34 - Pagos Meta 5 Año 2024

Prestadores	Meta 5 2023 – SMU - pagado en febrero 2024	Meta 5 2024 – FUS - pagado en diciembre 2024	Meta 5 2024
AMDM	15.770.317,26	33.223.843,88	48.994.161,14
AMEDRIN	1.592.904,56	4.574.559,08	6.167.463,63
AMSJ	10.067.060,24	17.063.726,91	27.130.787,15
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	44.062.936,60	80.809.262,05	124.872.198,65
CAAMEPA	6.884.225,67	14.633.207,76	21.517.433,43
CAMCEL	5.837.739,98	15.701.857,75	21.539.597,73
CAMDEL	5.327.460,53	12.107.778,88	17.435.239,41

CAMEC	10.616.439,84	20.939.597,39	31.556.037,23
CAMEDUR	5.615.106,38	16.646.679,73	22.261.786,11
CAMOC	5.325.218,11	8.576.327,10	13.901.545,21
CAMS	8.116.243,30	20.167.386,33	28.283.629,64
CAMY	1.144.779,83	2.515.781,37	3.660.561,20
CASMER	5.502.216,64	16.724.745,79	22.226.962,42
CASMU	56.433.589,71	80.080.242,07	136.513.831,78
CIRCULO CATOLICO	18.620.554,51	42.164.507,55	60.785.062,06
COMECA	11.877.435,36	24.250.394,82	36.127.830,17
COMEF	5.925.757,68	14.890.845,27	20.816.602,95
COMEFLO	1.805.659,55	4.389.656,18	6.195.315,73
COMEPA	16.630.556,65	28.797.109,30	45.427.665,95
COMERI	1.437.192,14	10.952.595,12	12.389.787,26
COMERO	8.757.736,61	17.204.725,87	25.962.462,48
COMTA	6.490.458,38	13.918.219,58	20.408.677,96
COSEM	7.571.848,00	15.109.401,90	22.681.249,90
CRAME	9.672.889,80	17.919.262,66	27.592.152,46
CRAMI	5.894.353,94	16.815.907,58	22.710.261,52
CUDAM	4.840.729,35	16.171.059,14	21.011.788,49
GREMCA	3.493.446,61	4.079.664,82	7.573.111,43
GREMEDA	4.026.380,81	11.346.664,54	15.373.045,35
HOSPITAL BRITANICO	4.005.610,83	29.276.090,86	33.281.701,69
HOSPITAL EVANGELICO	10.192.294,48	39.509.269,80	49.701.564,28
IAC	2.606.081,29	8.155.509,38	10.761.590,68
MEDICA URUGUAYA	51.182.610,49	109.641.753,26	160.824.363,75

MEDICARE	65.437,16	574.734,40	640.171,55
MP	387.487,15	7.889.135,35	8.276.622,50
SEGURO AMERICANO	3.837.085,87	31.108.005,75	34.945.091,62
SMI	23.454.946,70	50.923.787,16	74.378.733,86
SMQS	11.117.985,34	16.799.784,34	27.917.769,69
SUMMUM	0,00	486.872,32	486.872,32
SWISS MEDICAL URUGUAY	0,00	1.551.226,00	1.551.226,00
UNIVERSAL	8.290.222,65	31.308.820,97	39.599.043,61
Total	404.481.000	909.000.000	1.313.481.000

En el caso de ASSE el pago de meta 5 realizado en julio de 2024 fue de \$566.980.951 y correspondió a la aplicación de la meta para el año 2023.

PAGO POR METAS

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

Cuadro 35 - Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA

PAGO POR AFILIADO FONASA (\$)	META 2022-2023	META 2024-2025	Meta 4
Enero	211.23		68.42
Febrero	211.23		68.42
Marzo	211.23		68.42
Abril	211.23		68.42
Mayo	211.23		68.42
Junio	211.23		68.42
Julio		217.08	70.32

Agosto		217.08	70.32
Setiembre		217.08	70.32
Octubre		217.08	70.32
Noviembre		217.08	70.32
Diciembre		217.08	70.32

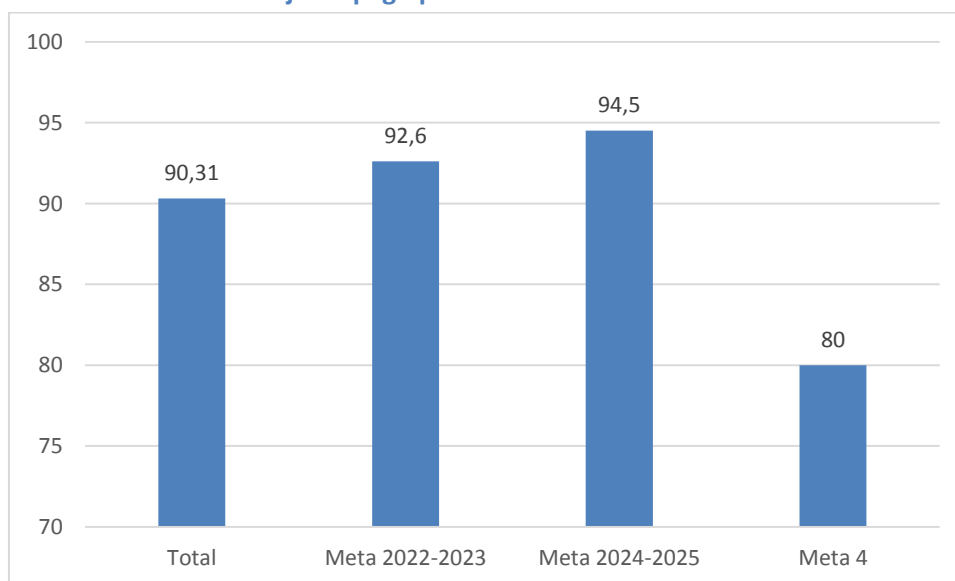
Fuente: Departamento de Control de Prestadores - Economía de la Salud

En el gráfico siguiente se detalla el porcentaje de pago realizado para cada una de las metas con relación al valor máximo para el año 2024.

En el año 2024 los prestadores del SNS cobraron por el componente meta el 90.31 % del máximo posible, lo que puede considerarse como un indicador del cumplimiento global en las acciones promovidas a través de este mecanismo de pago.

La Meta 2024-2025 fue la que presentó un mayor porcentaje de pago con 94.5 %. En segundo lugar, se encuentra Meta 2022-2023 con el 92.6 % y por último, la Meta 4 con 80 %.

Gráfico 4 - Porcentaje de pago por Metas sobre el máximo a cobrar 2024



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

N° Expediente

2025-28-1-029482

Tipo de Expediente

Informes Financieros

Oficina origen

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

Prioridad

Normal

Acceso restringido:

No

Asunto

RENDICIÓN DE CUENTAS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA) - EJERCICIO 2024

Tipo de Titular

OFICINA

Datos Titular

Nombre Oficina: 338 Contaduría - GFIN

Fecha iniciado

20/03/2025 17:16:01

Fecha valor

20/03/2025

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 2024

He realizado la Rendición de Cuentas correspondiente a los fondos recibidos y aplicados por el Banco de Previsión Social (BPS) en el Ejercicio 2024 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 al 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

	<u>2024</u>	<u>2023</u>
<u>INGRESOS</u>		
Recaudación Directa B.P.S.	84.137.320.008	76.838.009.872
Aportes Personales Prestaciones B.P.S.	14.489.563.309	13.184.322.893
Aportes Patronales Prestaciones B.P.S.	1.211.628.806	1.091.303.973
Comisiones Seguros Integrales	203.266.604	177.408.990
Otros Ingresos	2.226.895	0
TOTAL INGRESOS	100.044.005.621	91.291.045.728
<u>EGRESOS</u>		
Liquidaciones Mutualistas	95.289.028.513	89.737.660.420
Cesiones a ASSE Ley 19.535 arts. 145 a 149	17.510.721	13.413.112
Fondo de Inversiones Mutualistas	0	0
Liquidaciones a Seguros Integrales	3.342.565.674	2.990.720.298
Liquidaciones F.N. Recursos	13.433.728.242	11.484.539.811
Devoluciones de aportes a contribuyentes	7.557.240.390	6.997.654.875
Otros Egresos	0	0
TOTAL EGRESOS	119.640.073.540	111.223.988.516
RESULTADO FINANCIERO (INGRESOS – EGRESOS)	-19.596.067.919	-19.932.942.788
<u>MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS</u>		
Recaudación del Gobierno Central (CGN) compensada	15.309.585.561	14.033.320.399
Transferencias a ASSE compensadas	-28.052.158.128	-25.975.146.230
RESULTADO MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS	-12.742.572.567	-11.941.825.831
ASISTENCIA FINANCIERA FONASA	-32.338.640.486	-31.874.768.619

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



Banco de Previsión Social

GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

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

	<u>2024</u>	<u>2023</u>
INGRESOS		
Recaudación Directa B.P.S.	84.137.320.008	76.838.009.872
Recaudación sobre Prestaciones Económicas B.P.S.	15.701.192.115	14.275.626.866
Comisiones Seguros Integrales	203.266.604	177.408.990
Recaudación del Gobierno Central	15.309.585.561	14.033.320.399
Otros Ingresos	2.226.895	0
TOTAL INGRESOS	115.353.591.182	105.324.366.127
EGRESOS		
Cuotas de Salud Prestaciones Mutuales y ASSE	123.358.697.362	115.726.219.762
Cuotas de Salud Seguros Integrales	3.342.565.674	2.990.720.298
Cuotas de Inversión Prestadores	0	0
Cuotas Fondo Nacional de Recursos	13.433.728.242	11.484.539.811
Devoluciones de aportes a contribuyentes Ley 18.731	7.557.240.390	6.997.654.875
Otros Egresos	0	0
TOTAL EGRESOS	147.692.231.668	137.199.134.746
RESULTADO DEL EJERCICIO (INGRESOS - EGRESOS)	-32.338.640.486	-31.874.768.619

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

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 realizo el informe en mi calidad de Contador Público.

Montevideo, 20 de marzo de 2025

No corresponde timbre por actuar los profesionales firmantes en calidad de funcionarios públicos dependientes del BPS, siendo el mismo un Organismo exonerado del pago de toda clase de tributos (Art. 23 Ley 15.800)


DIEGO DIAZ
 Gerente de Sector
 Contabilidad y Contralor



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

ANEXO
PRONUNCIAMIENTO N° 20

FONDO NACIONAL DE SALUD
Ejercicio 2024

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	100.044.005.621
+ Transferencias de Rentas Generales	20.246.000.000
- Transferencias de Asistencia FONASA a BPS	-649.932.081
- Egresos FONASA	-119.640.073.540
Saldo final del período	0

Se expide en la ciudad de Montevideo el 20 de marzo de 2025.


DIEGO DIAZ
Gerente de Sector
Contabilidad y Control



Montevideo 20 de marzo de 2025

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

Quienes suscriben, **Araceli Desiderio**, Directora del Banco de Previsión Social, y **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 2024.
- 2) Que al cierre del Ejercicio 2024 el FONASA arrojó un déficit de \$ 32.338.640.486.
- 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



Sra. ARACELI DESIDERIO
Directora

BPS	EXPEDIENTE N° 2025-28-1-029482
Oficina Actuante:	338 Contaduría - GFIN
Fecha:	20/03/2025 17:26:37
Tipo:	Elevar

Se eleva a Gerencia de Finanzas la rendición de cuentas del FONDO NACIONAL DE SALUD correspondiente al ejercicio 2024 a efectos de recabar las firmas de los representantes del Organismo y remitirse luego a la JUNTA NACIONAL DE SALUD.

Archivos Adjuntos		
#	Nombre	Convertido a PDF
1	2025-28-1-029482-_IRC FONASA 2024.pdf	Sí
2	2025-28-1-029482-DJ RENDICION FONASA 2024.docx	Sí

Firmante:
Diego Sebastián Díaz Espíndola

BPS	EXPEDIENTE N° 2025-28-1-029482
Oficina Actuante:	336 Gerencia Finanzas - GFIN
Fecha:	21/03/2025 09:24:40
Tipo:	Elevar

Pase a **Secretaría General** informe de rendición de cuentas del Fondo Nacional de Salud correspondiente al ejercicio 2024 a los efectos de recabar la firma de los representantes legales del Organismo para su posterior envío a la *Junta Nacional de Salud - JUNASA*.

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

BPS	EXPEDIENTE N°
	2025-28-1-029482
Oficina Actuante:	336 Gerencia Finanzas - GFIN
Fecha:	21/03/2025 09:55:52
Tipo:	AUTO- Constancia de Pase a Firma

AG - Constancia de Firma.

Pase a Firma		
Daniel Fernandez, Cr.	21/03/2025 09:55:50	Avala el documento




Montevideo 20 de marzo de 2025

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

Quienes suscriben, **Araceli Desiderio**, Directora del Banco de Previsión Social, y **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 I.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 2024.
- 2) Que al cierre del Ejercicio 2024 el FONASA arrojó un déficit de \$ 32.338.640.486.
- 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


Sra. ARACELI DESIDERIO
Directora

BPS	EXPEDIENTE N° 2025-28-1-029482
Oficina Actuante:	50 Mesa Entrada - SGED
Fecha:	25/03/2025 09:19:19
Tipo:	Informar

Remítase al **Junta Nacional de Salud** con la constancia de que a foja 5 fue firmado de manera autógrafa por la **Directora Araceli Desiderio** (en el ejercicio de la Presidencia del Organismo) 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.

ep

Archivos Adjuntos		
#	Nombre	Convertido a PDF
1	2025-28-1-029482-_JUNASA RENDICIÓN DE CUENTAS.pdf	Sí

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

Firmante:
Carlos Alejandro Perinetti Machado

Montevideo, 25 de marzo de 2025

Expediente N° 2025-28-1-029482

Asunto: RENDICIÓN DE CUENTAS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA) - EJERCICIO 2024

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 a 10

Firma del funcionario actuante: _____

Aclaración de la firma:

Alejandro Perinetti

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