

**JUNTA NACIONAL DE SALUD
(JU.NA.SA.)**

**RENDICION DE CUENTAS
EJERCICIO 2008**

RENDICION DE CUENTAS DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD (JUNASA)

1- Aspectos Conceptuales

1.1 El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

La Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con los siguientes objetivos:

- A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, estimulando la participación ciudadana a efectos de contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B) Implementar un modelo de atención integral basado en objetivos sanitarios que priorice al usuario y la calidad de la atención, con una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales con actividades de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, y rehabilitación de la salud, incluyendo los cuidados paliativos.
- C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación

científica.

- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

1.2 El Seguro Nacional de Salud (SNS)

La misma ley creó el Seguro Nacional de Salud (SNS) como instrumento de financiamiento y asignación del gasto del SNIS a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), creado por el artículo 1º de la Ley N° 18.131 de 18 de mayo de 2007 y con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el SNIS.

El SNS opera bajo un esquema de seguro social, que apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. Los individuos aportan según capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud. Además, el Fondo redistribuye los recursos financieros, desde los grupos de población con menor utilización de servicios de salud de (menor riesgo), hacia otros grupos que deben hacer un uso más intensivo de los servicios asistenciales (mayor riesgo). Este diseño también permite introducir un esquema de incentivos económicos para estimular el cambio del modelo de atención, apostando a la calidad de la atención y la eficiencia asistencial demostrada, junto a una mayor justicia social.

El pago del FONASA incluye justamente un componente adicional que se paga en función del cumplimiento de las metas asistenciales fijadas por la autoridad sanitaria, ligado en ésta etapa a la evidencias en la instrumentación del primer nivel de atención.

La reforma entonces introdujo un cambio en la forma de financiamiento alineada con los objetivos sanitarios, redistribuyendo ingresos, reduciendo la carga financiera de la atención en salud para la mayor parte de los ciudadanos, haciéndola proporcional a sus ingresos y logrando mayor equidad generacional y de género a través del pago de cuotas diferenciadas por edad y sexo.

Por ello el SNS introdujo el pago de cuotas diferenciadas por edad y sexo, comenzado un proceso que asocia el pago correspondiente a los afiliados FONASA, al costo asociado que las personas tienen en su atención integral. Se busca a través de estos cambios que los prestadores de salud mejoren el necesario equilibrio (cosa que no sucedía anteriormente con el pago por cuota fija) que debe existir entre sus ingresos con sus costos, iniciando un proceso de estabilización económica en el mediano y largo plazo, según el punto de partida en que se encontraba cada efector al inicio del proceso de Reforma.

En este año 2008 el componente pago por cumplimiento de metas asistenciales se asoció a las siguientes metas:

A. Control del niño

I.1. Recién nacidos

Porcentaje de niños derivados

Porcentaje de niños captados

I.2. Primer año de vida

Realización de controles según pauta

Certificado de vacunación

Lactancia exclusiva según pautas

Ecografía de cadera

B. Embarazo y parto

Mujeres con seis o más controles

Historias SIP completas

Control VDRL y HIV con consentimiento informado

Captación primer trimestre

Embarazadas derivadas a odontólogo

Puérpera con control odontológico

C. Número de médicos generales, pediatras y ginecólogos cada 1.000 afiliados

En síntesis, los mecanismos de financiamiento del Seguro Nacional de Salud (cuota salud y meta asistencial) conducen al logro de objetivos sanitarios del Sistema Nacional Integrado de Salud vinculados al cambio del modelo de atención.

1.3 La Junta Nacional de Salud

Todo este proceso viene acompañado de la necesidad de mayor regulación y por ello la Ley N° 18.211 creó la Junta Nacional de Salud (JUNASA) con los cometidos de:

- a) Administrar el SNS.
- b) Velar por los principios rectores y objetivos del SNIS.

La principal herramienta de la JUNASA ha sido la firma de los 48 contratos de gestión con los prestadores de servicios de salud. Estos contratos tienen como objetivo central el “CAMBIO DEL MODELO DE ATENCIÓN Y LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL”. Los contratos contienen 62 cláusulas, entre las cuales se destacan las siguientes:

- 7ª: Los prestadores están obligados a brindar los programas y prestaciones integrales obligatorios, descritos en el Artículo 45 de la Ley N° 18.211 y aprobados por el Decreto N° 465/008 de 3 de octubre de 2008 (Plan Integral de Atención en Salud “PIAS”).
- 10ª: Se amplía la cobertura en salud mental (internación psiquiátrica).
- 23ª: Establece el pago de cuota salud (cápita y meta asistencial) incorporando en el mismo un componente variable como incentivo económico al cumplimiento de las metas asistenciales.

- 24ª: Beneficios especiales a jubilados de bajos ingresos amparados por el SNS.
- 27ª: Establece el principio de constitución de equipos de salud de primer nivel de atención, que asegure la atención a lo largo del tiempo.
- 28ª: Control de la aplicación de los programas de promoción y prevención en salud Materno Infantil.
- 29ª: Control de la aplicación de programas de promoción y prevención de problemas de salud prevalentes: hipertensión arterial, diabetes y patologías oncológicas.
- 30ª: Control y tratamiento del tabaquismo, drogodependencia y patologías psiquiátricas crónicas.
- 31ª.1: Regula el acceso al Carné de Salud gratuito.
- 31ª.2: Controles de salud obligatorios y gratuitos a niños y adolescentes de hasta 18 años.
- 32ª: Determina la obligación de aplicar Guías de Práctica Clínica.
- 33ª: Capacitación permanente de los Recursos Humanos en salud.
- 34ª: Fomento de la complementación asistencial.
- 35ª: Respeto a los tiempos de espera máximos para la consulta.
- 50ª: Conformación de Consejos Consultivos y Asesores en todos los prestadores.
- 54ª: Acceso de los usuarios a la Cartilla de Derechos y Obligaciones.
- 58ª: Obligatoriedad de aplicar encuestas de satisfacción de los usuarios.

Pero esta rectoría es posible en la medida que se acompañe de una estructura de contralor adecuada y eficiente.

Para que la rectoría se ejerza mediante una estructura de contratos adecuada y eficiente el Ministerio de Salud Pública (MSP), junto a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), elaboró un Plan de Reestructura de la Dirección General de Salud que busca corregir la superposición de tareas de rectoría (normatización, inspección y habilitación) y se orienta por los valores esenciales de la imparcialidad, la legalidad e integridad, la transparencia, la eficiencia y la calidad de los resultados.

Para tal fin, se crea en la órbita de la Dirección General de la Salud (DIGESA) tres nuevas divisiones: Fiscalización, Normas e Investigación y Habilitación Sanitaria. Cada una con responsabilidades y equipos separados, bajo coordinación de la DIGESA.

En conclusión, la autoridad sanitaria cuenta ahora con un brazo renovado para ejercer sus responsabilidades de contralor y vigilancia. Además, se pueden visualizar algunos resultados: al comienzo de esta administración se partió de sólo un 30% de servicios de salud privados habilitados por el MSP; en la actualidad ese porcentaje aumentó a un 81% de habilitados y en trámite de habilitación, estando el 19% restante identificado y con un cronograma establecido para resolverlo. En relación a los servicios públicos, se ha iniciado la habilitación de los mismos por primera vez en la historia, existiendo también a tales efectos un cronograma y prioridades.

1.4 La Participación Social

Uno de los principios rectores de la acción del MSP ha sido el de alentar la participación social en los procesos de formación de las políticas de salud. La Ley N° 18.211 al crear la JUNASA previó la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud.

La misma ley plantea además como un objetivo del SNIS el fomento de la participación de trabajadores y usuarios. Para integrar este sistema es obligatorio que las entidades públicas y privadas cuenten con Consejos Consultivos y Asesores representativos de sus trabajadores y usuarios (CCA). La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) ya tiene integrados a usuarios y trabajadores en su directorio, según lo establece su propia Ley constitutiva, la N° 18.161 de 29 de julio de 2007. En el sector privado, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) ya tienen integrados sus CCA, exceptuando a las que integran la participación de trabajadores y usuarios en sus órganos de dirección.

La participación social en la gestión del SNIS tiene múltiples efectos positivos. En primer lugar, permite que los directamente involucrados en el sistema sanitario puedan identificar necesidades y demandas y las canalicen hacia un espacio institucional en el cual participan y resuelven. Ello conlleva más eficacia y eficiencia que si dichas demandas y necesidades fueran canalizadas indirectamente. En segundo lugar, el Estado se ve sometido al contralor social, con lo cual se fortalece la necesaria rendición de cuentas a la sociedad. Y, en tercer lugar, se profundiza la democracia uruguaya con instancias donde esta se ejerce directamente, a través de la participación de los involucrados en los procesos de toma de decisiones en temas que los afectan en forma inmediata.

Es de destacar que se está en un proceso y que existen NATURALES dificultades de diversa índole en cuanto al funcionamiento de estos NUEVOS ámbitos de participación social. Es un compromiso de la Junta Nacional de Salud desarrollar todos los instrumentos para que dichos ámbitos funcionen adecuadamente según el espíritu de la Ley y la voluntad política de profundizar el proceso de la Reforma de Salud.

1.5 Resultados

Se destaca, para ser desarrollado más adelante, que en este año 2008 en el marco de la implementación del SNIS y del SNS se avanzó en:

- **Cobertura 100%**

Todos los ciudadanos están hoy registrados en un prestador integral (ASSE, IAMC, Seguros integrales, Sanidad Militar y Sanidad Policial), siendo que antes de diciembre del 2007 había 205 mil personas que no estaban integradas a ningún efector integral de salud.

- Todos los hijos menores de 18 años y discapacitados sin límite de edad están hoy integrados al sistema, constituyendo un total de 435.000 personas.

- Han sido incluidos los jubilados patronales con el mismo tope que los jubilados dependientes.
- Además, el Seguro Nacional de Salud se ha transformado en un seguro de por vida ligado a la seguridad social, ya que si se ha sido beneficiario de él se conserva la cobertura aún después de la jubilación.

- **Mayor Justicia Social**

689.945 mil personas ingresaron al sistema de salud a través de la seguridad social (totalizando al 31 de diciembre de 2008 1.377.743 personas), lo que significa que cada vez más personas aportan por ingresos (signo inequívoco de justicia social) y a su vez incluye a sus hijos en la cobertura, con lo cual se reduce el peso del “pago de bolsillo” altamente injusto pues no depende del ingreso de la persona. En general se conoce que las familias de más bajos ingresos son las que tienen más hijos, por lo cual las transferencias del FONASA son mayores hacia estas familias que hacia las que tienen menos hijos.

Este proceso de ingreso al sistema de salud a través del SNS ha sido especialmente importante para las familias de trabajadores en términos del núcleo familiar por el ingreso de los hijos. De acuerdo a un informe del Instituto Nacional de Estadística, casi la mitad de la reducción neta de la pobreza observado en el primer semestre de 2008 (reducción de 4.7 puntos porcentuales) respecto al primer semestre de 2007, se explica por la incorporación de los menores de 18 años al SNS.

- **Mayor accesibilidad**

Los objetivos de universalidad y justicia social, fundamentales en una reforma sanitaria, deben complementarse con la accesibilidad a las prestaciones, de manera de no sólo tener el derecho sino poder hacer uso del mismo.

Para ello, en primer lugar se desarrolló una política de reducción de tickets y órdenes, verdadera barrera al acceso, para lo cual se han desarrollado las siguientes medidas, que apuntan a profundizar una política tendiente a convertirlas en un moderador de la consulta.

- Rebaja de 40% de ticket de medicamentos y no ajuste de dicho precio en los dos últimos años de la actual administración.
- Gratuidad del acceso a algunos medicamentos para la población diabética.
- Gratuidad de exámenes para control de embarazo.
- Gratuidad de exámenes de preventivos para mujeres en determinados tramos etarios y según pauta : mamografía - Papanicolaou.
- Reducción de ticket de medicamentos para la población hipertensa al equivalente al valor de una orden de medicina general.
- Set de tickets y órdenes gratuitos y reducidos para jubilados que ingresen por el FONASA.
- Gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses.
- Atención a drogodependientes menores de 18 años y apoyo a familiares para beneficiarios del FONASA.
- No aumento de órdenes y de tickets en los dos últimos aumentos de cuota.

En segundo lugar, la accesibilidad se potenció a partir de la posibilidad de los usuarios FONASA de elegir ASSE, ya que se incorporó una opción adicional a las que tenían los asegurados por la seguridad social.

- **RECTORÍA – Conducción – Regulación y Control.**

El fortalecimiento del Estado en la conducción del SNIS implica dotarlo de verdaderas capacidades de “policía sanitaria” lo que le está permitiendo ejercer una eficiente regulación, vigilancia y supervisión de la organización y la provisión de servicios así como de la articulación del financiamiento. Para fortalecer las funciones de rectoría y para administrar el Fondo Nacional de Salud, la Ley N° 18211 creó la Junta Nacional de Salud, a la cual se le dió como competencia específica la responsabilidad de firmar con los prestadores integrales contratos de gestión por los cuales las instituciones se comprometen a cumplir los programas de salud especialmente priorizados así como los programas de prevención y promoción de la salud, cumplir con todas las

prestaciones y medicamentos incluidos en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) y a tener una política activa de educación para la salud.

La JUNASA promovió además un conjunto de normas que regulan los tiempos de espera de los usuarios, el pago de metas asistenciales ligadas a programas de niñez y salud de la mujer, lo que está lentamente promoviendo un cambio en el modelo de gestión de las instituciones. Además, por primera vez el sistema sanitario, a través de las medidas adoptadas por la JUNASA e implementadas por los prestadores, está dando publicidad sobre los tiempos máximos de espera para las consultas, está haciendo visible las diferencias en los tickets y órdenes de los prestadores. Al mismo tiempo, la Dirección General de la Salud ha iniciado un proceso de fortalecimiento de su cuerpo inspectivo aumentando la cantidad de profesionales y mejorando su capacitación y remuneración. De esta forma se viene auditando las historias clínicas, el efectivo cumplimiento de las metas de gestión y prestacionales, haciendo todos estos procesos visibles a los usuarios y conformando así una visión de compromiso con la salud.

- **Fortalecimiento del prestador Estatal ASSE**

Un objetivo priorizado de este gobierno es mejorar en forma significativa el presupuesto de más de 50 Hospitales Generales y de Referencia Nacional, Centros Auxiliares, Centros de Salud y Policlínicas de ASSE.

Dicho presupuesto ha pasado de 5.6 mil millones a casi 11 mil millones de pesos a precios constantes entre 2005 y 2009. Los salarios han aumentado en valor real 40% para el sector no médico, prácticamente igualando el sector privado, y el salario mínimo médico se ha multiplicado por 6.

En el marco del proceso de fortalecimiento de ASSE, el artículo 56 de la Ley Nº 18.211 prevé que su necesario proceso de adecuación para el cumplimiento de las obligaciones exigibles a los demás prestadores del sistema no podrá exceder el 31 diciembre de 2009.-

En ese sentido es de destacar que el proceso de fortalecimiento no solo implica aumento Presupuestal, sino que requiere un plan estratégico que incorpore cambios sustantivos en la gestión, de un organismo de grandes dimensiones a

escala nacional, que viene remontando años de falta de conducción en el marco de necesarios fortalecimientos propios y de complementación de servicios con otros prestadores públicos y privados.

- **Consolidación de las IAMC**

Esta reforma de salud se asentó en la articulación de dos subsectores claves: el subsector público y el subsector privado sin fines de lucro.

Las causas estructurales que afectaban al sector de las IAMC, respondía a un conjunto de causas, potenciada por las políticas desregulatorias de los años 90, que tuvo un mayor agravamiento producto de la crisis del año 2002.

Hoy dicho sector está en proceso de estabilización, ha crecido en ingresos (23% entre 2005 y 2008), en afiliados (30% entre 2005 y 2008), ha pasado de tener déficit a superávit, ha reducido la presión de la deuda, ha incrementado los puestos de trabajo tanto médicos como no médicos y todo ello le ha permitido dar sustento a un proceso de mejora en la calidad de la atención de salud a un mayor número de usuarios.

Importa destacar que el SNIS es un sistema que implica la competencia regulada entre las instituciones prestadoras. El escenario de competencia lleva a una cierta “puja” por recursos humanos, diferencias en precios (fundamentalmente copagos) y recursos humanos en aras a captar nuevos afiliados FONASA. Pero también el SNIS implica cooperación e integración asistencial entre instituciones. Esta cooperación alentada por los organismos de rectoría ha llevado a un proceso de optimización de infraestructura, tecnología y recursos humanos en el territorio que redundará en una mejor calidad de atención para los usuarios del sistema.

En este marco de cooperación, se han firmado 81 convenios de complementación entre instituciones públicas y privadas y entre privados entre sí. Convenios que pasan por complementaciones locativas, tecnológicas, de recursos humanos en departamentos, ciudades, barrios y localidades. Se apuesta a aprovechar los recursos existentes e instalados de modo de disminuir ineficiencias y despilfarros por acumulación de recursos subutilizados y falta de complementación. En ese proceso, la mejora del primer nivel de

atención, creando estructuras sanitarias conformadas por equipos dotados de mayor capacidad de resolutivead, próximo a donde la población vive y trabaja, se enmarca en el cambio del modelo de atención propuesto por la reforma sanitaria en curso.

2- Beneficiarios

En agosto de 2007 se creó el FONASA a partir de la estructura de la ex-DISSE. Así a los trabajadores del sector privado y a los pasivos cubiertos, se fueron incorporando paulatinamente grupos de trabajadores del sector público que pasaron de ser 9.605 en agosto a 24.480 en diciembre de 2007 y 120.610 en diciembre de 2008, cuando se completa la incorporación de los funcionarios públicos. En el mismo período se incorpora también un importante número de trabajadores del sector privado, que pasan de 629.506 en agosto de 2007 a 741.691 en diciembre de 2008. En buena medida esto se explica por el estímulo que significó que los hijos de los trabajadores privados pudieran recibir la cobertura del sistema si sus padres se afiliaban. Como efecto benéfico adicional esto tuvo un estímulo sobre la formalización de un importante contingente de trabajadores. En el caso de los jubilados, estos aumentaron su cobertura en casi un 50%, pasando de 50.834 a 72.088. Por último hay que señalar la incorporación de los menores a cargo de los trabajadores, registrándose a diciembre 435.664 afiliados.

Cantidad de personas afiliadas al FONASA según tipo de afiliación:

	2007		2008
	Agosto	Diciembre	Diciembre
Trabajadores privados	629,506	671,781	741,691
Bancarios	0	0	7,690
Trabajadores públicos	9,605	24,480	120,610
Jubilados	50,834	52,560	72,088
Menores	0	0	435,664
TOTAL	689,945	748,821	1,377,743

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

En total se registra, desde la creación del FONASA, un crecimiento del 99,7%, pasando de 689.945 a **1:377.743** personas. Si bien la mayor parte del crecimiento se dio por la incorporación de nuevos colectivos, llama la atención el importante aumento que tuvo el número de trabajadores privados afiliados al SNS que fue del **17,8%**.

Cantidad de personas afiliadas al FONASA según sexo y edad:

		dic-2007	dic-2008
SEXO MASCULINO	< 1	0	11471
	1 a 4	0	47821
	5 a 14	17	126565
	15 a 19	14225	50478
	20 a 44	266760	306882
	45 a 64	125395	162974
	65 a 74	19281	27110
	> 74	7956	11273
	Total	433634	744574
	SEXO FEMENINO	< 1	0
1 a 4		0	45751
5 a 14		2	121170
15 a 19		6968	42643
20 a 44		181726	235639
45 a 64		94975	137059
65 a 74		20000	26330
> 74		11517	13833
Total		315187	633169
TOTAL		748821	1377743

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

Cantidad de personas afiliadas al FONASA según institución:

	dic-2007	dic-2008	variación 07-08
IAMC - Montevideo			
ASOC. ESPAÑOLA	68,115	99,756	46.5%
EVANGELICO	20,676	33,284	61.0%
CASA DE GALICIA	26,218	38,051	45.1%
CASMU	73,595	119,173	61.9%
CIRCULO CATOLICO	33,971	50,415	48.4%
CUDAM	29,339	40,971	39.6%
COSEM	12,458	24,867	99.6%
G.R.E.M.C.A.	16,113	31,193	93.6%
IMPASA	10,706	17,327	61.8%
MEDICA URUGUAYA	71,893	153,740	113.8%
SMI	28,573	57,462	101.1%
UNIVERSAL	22,050	38,097	72.8%
Subtotal	413,707	704,335	70.2%
IAMC - Interior			
GREMEDA - ARTIGAS	9,157	17,514	91.3%
CAAMEPA - PANDO	12,474	22,295	78.7%
CRAMI - LAS PIEDRAS	11,955	23,864	99.6%
COMECA - CANELONES	15,727	29,192	85.6%
CAMCEL - MELO	10,081	20,824	106.6%
COMCEL - MELO	2,661	6,052	127.4%
ORAMECO - COLONIA	4,622	7,959	72.2%
CAAMEC - ROSARIO	12,445	21,549	73.1%
CAMOC - CARMELO	8,411	13,865	64.8%
CAMEDUR - DURAZNO	8,861	17,608	98.7%
CO.ME.FLO. - FLORES	4,992	8,481	69.9%
COMEF - FLORIDA	12,515	21,862	74.7%
CAMDEL - MINAS	11,656	20,713	77.7%
AMECOM - MALDONADO	31,160	51,177	64.2%
CRAME - MALDONADO	13,267	23,071	73.9%
COMESA - PAYSANDU	22,802	38,848	70.4%
AMEDRIN- RIO NEGRO	5,097	7,487	46.9%
CAMY - YOUNG	4,525	6,838	51.1%
CASMER - RIVERA	9,159	17,590	92.1%
COMERI - RIVERA	7,305	14,444	97.7%
COMERO - ROCHA	12,518	22,508	79.8%
SMQ.DE SALTO	19,887	35,035	76.2%
AMSJ - SAN JOSE	17,250	30,221	75.2%
CAMS - SORIANO	16,201	30,351	87.3%
U.ME.R. - CARDONA	1,389	2,305	65.9%
COMTA - TACUAREMBO	15,023	27,534	83.3%
COMETT - TREINTA Y TRES	448	998	122.8%
IAC - TREINTA Y TRES	8,477	15,306	80.6%
Subtotal	310,066	555,494	79.2%
ASSE			
ASSE	25,047	93,462	273.1%
Subtotal	25,047	93,462	273.1%
Seguros Privados			
HOSPITAL BRITANICO		7,464	
BLUECROSS & BLUESHIELD		2,543	
MP		8,424	
SUMMUM		3,680	
COPAMHI		326	
SEGURO AMERICANO		2,015	
Subtotal		24,452	
Total	748,821	1,377,743	84.0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

3- Estructura de Ingresos y Gastos del FONASA

3.1. Resultado Económico

El FONASA presentó en 2008 el siguiente resultado económico: ingresos por aportes de \$13.132:456.885, egresos por \$ 14.152:190.498 y un aporte de RRGG como inversión en Salud de \$ 1.019:733.613.

En la medida que la determinación del resultado sigue el criterio de lo devengado, el mismo no incluye el adelanto realizado a la Institución Casmu con cargo a cuotas salud 2009.

Resultado Financiero del FONASA 2008 antes de aportes de RRGG:

INGRESOS:	
Recaudación del BPS	10,966,016,497
Retenciones de Prestaciones	485,659,789
Aportes Gobierno Central	1,669,938,843
Retenciones Seguros Integrales	10,841,756
Total	13,132,456,885
EGRESOS:	
Cuotas Salud Mutualistas	12,210,903,764
Cuotas Salud ASSE	670,913,686
Cuotas Salud ASSE 2007	18,192,061
Seguros Integrales	180,695,926
Cuotas FNR	1,071,485,061
Total	14,152,190,498
Resultado FONASA 2008	
Total	-1,019,733,613

Fuente: BPS

Observado el resultado según grupo de población cubierta, puede verse que el mismo expresa un proceso de redistribución progresiva del ingreso en el que los grupos más beneficiados con las transferencias han sido los jubilados y menores.

Resultado Económico del FONASA 2008 antes de aportes de RRGG en inversión en Salud por tipo de afiliación:

	Mill de \$U	Mill de U\$S
INGRESOS	13,132	627
Menores	2,508	120
Jubilados	486	23
Privados	8,048	384
Públicos	1,621	77
Bancos	459	22
Comisión de los seguros privados	11	1
EGRESOS	14,152	676
Menores	3,680	176
Jubilados	1,544	74
Privados	7,799	372
Públicos	1,072	51
Bancos	39	2
Cuotas Salud ASSE 2007	18	1
RESULTADO FONASA	-1,020	-49
Menores	-1,171	-56
Jubilados	-1,059	-51
Privados	249	12
Públicos	549	26
Bancos	420	20
Comisión de los seguros privados	11	1
Cuotas Salud ASSE 2007	-18	-1

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

3.2. Ingresos

En 2008 los ingresos del FONASA se explican en un 25% por los aportes realizados por los propios trabajadores, mientras un 20% se explica por el adicional pagado por los mismos. Los aportes patronales y el complemento de cuota explican el 52% de los ingresos del FONASA.

Ingresos FONASA 2008:

	Monto	%
INGRESOS PROPIOS	13,132,456,885	93%
Aportes	12,635,955,340	96%
Aportes personales de trabajadores privados (3%)	2,471,539,424	20%
Aportes personales de trabajadores públicos (3%)	654,370,445	5%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados (1,5 o 3%)	2,031,016,989	16%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos (1,5 o 3%)	477,133,512	4%
Aportes patronales de trabajadores privados (5%)	4,402,351,454	35%
Aportes patronales de trabajadores públicos (5%)	958,988,702	8%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	1,173,933,023	9%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	7,667,740	0%
Bancos	458,954,051	4%
Comisión de los seguros privados	10,841,756	0%
Retenciones sobre pasividades y subsidios	485,659,789	4%
ASISTENCIA	1,019,733,613	7%
Aporte de Rentas Generales (resultado FONASA)	1,019,733,613	7%
TOTAL INGRESOS	14,152,190,498	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

3.3. Egresos

Los egresos del FONASA en 2008 correspondieron mayoritariamente al pago de cápitas (86%) y en menor medida al pago de metas (6%), sustitutivo de tickets (1%) y cuotas al Fondo Nacional de Recursos (8%)

Egresos por Componente de la Cuota Salud y según Sexo y Edad:

Importe	Hombres		Mujeres		Total	% en el total
	Importe	%	Importe	%		
CAPITAS	5,739,909,015	84%	6,454,401,411	88%	12,193,179,775	86%
<1	342,997,338	6%	284,151,063	4%	628,152,144	5%
1 a 4	428,522,114	7%	396,769,075	6%	826,104,560	7%
5 a 14	662,338,910	12%	583,532,510	9%	1,247,442,235	10%
15 a 19	256,969,197	4%	288,365,603	4%	545,290,413	4%
20 a 44	1,553,811,710	27%	2,450,775,510	38%	3,996,858,440	33%
45 a 64	1,661,353,837	29%	1,666,115,443	26%	3,329,273,630	27%
65 a 74	534,743,394	9%	468,119,068	7%	1,004,162,315	8%
>74	299,172,515	5%	316,573,138	5%	615,896,040	5%
META	434,983,337	6%	365,726,765	5%	801,926,363	6%
TICKET	36,836,474	1%	48,848,435	1%	85,599,299	1%
FNR	587,230,503	9%	484,254,558	7%	1,071,485,061	8%
TOTAL	6,798,959,329	100%	7,353,231,169	100%	14,152,190,498	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

Desagregando por tipo de institución, se observa que los prestadores mutuales recibieron un 86% de los montos que el FONASA destinó al pago de cuotas salud, mientras que a los Seguros Privados les correspondió un 1%, a ASSE un 5% y al Fondo Nacional de Recursos un 8%.

Egresos por tipo de institución. Año 2008.

Institución	Monto	%
Prestadores Mutuales	12,210,903,764	86%
Seguros Integrales	180,695,926	1%
ASSE	670,913,686	5%
FNR	1,071,485,061	8%
TOTAL	14,133,998,437	100%

Fuente: BPS

Nota: El total de egresos no incluye la partida "Cuotas Salud ASSE 2007" de 18.192.061 pesos.

Por otro lado puede verse que la mayor parte del gasto se destinó a darle cobertura de salud a los trabajadores del sector privado (55%), en segundo lugar a los menores (26%), en tercer lugar a los pasivos (11%) y en último lugar a los trabajadores del sector público y del sector financiero (8%).

Egresos por tipo de afiliación. Año 2008.

Tipo de Afiliación	Monto	%
Menores	3,679,544,600	26%
Pasivos	1,544,227,936	11%
Activos privados	7,799,277,710	55%
Activos civiles	1,071,652,911	8%
Activos bancarios	39,189,704	0%
TOTAL	14,133,998,437	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

Nota: El total de egresos no incluye la partida "Cuotas Salud ASSE 2007" de 18.192.061 pesos.

4. Costo Fiscal de la Reforma de la Salud

Para reconstruir el costo que significó para el Estado la incorporación de nuevos colectivos al FONASA hace falta separar de los ingresos y gastos que tuvo éste en 2008, los ingresos y gastos que el Estado hubiera tenido de todas formas si no se hubieran incorporado dichos colectivos.

Costo Fiscal de Incorporación de Nuevos Colectivos al FONASA en 2008	
	Menores
(+) Gasto 2008 en Cuotas Salud + FNR	3,679,544,600
(-) Gasto Anterior en Cuotas IAMC	137,803,770
(+) Subtotal	3,541,740,829
(+) Ingresos por Rcaudacion del Adicional	2,508,150,501
(-) Subtotal	2,508,150,501
Total	1,033,590,328

	Funcionarios Públicos
(+) Gasto 2008 en Cuotas Salud + FNR	1,071,652,911
(-) Gasto Anterior en Cuotas IAMC	575,831,744
(+) Subtotal	495,821,166
(+) Ingresos por Rcaudacion	1,621,026,887
(-) Ingresos por Aporte Patronal	1,025,972,119
(-) Ingresos por Aporte Personal pagados por el Estado	261,583,198
(-) Subtotal	333,471,570
Total	162,349,596

	Bancarios
(+) Gasto 2008 en Cuotas Salud + FNR	36,328,978
(-) Gasto Anterior en Cuotas IAMC	84,479,935
(+) Subtotal	-48,150,957
(+) Ingresos por Rcaudacion	313,000,000
(-) Ingresos por Aporte Patronal	128,025,712
(-) Subtotal	184,974,288
Total	-233,125,246

	Jubilados Patronos Pobres y 2008
(+) Gasto 2008 en Cuotas Salud + FNR	364,072,460
(+) Subtotal	364,072,460
(+) Ingresos por Rcaudacion	171,821,350
(-) Subtotal	171,821,350
Total	192,251,110

Costo TOTAL \$	1,155,065,789
-----------------------	----------------------

Costo TOTAL US\$	55,136,247
-------------------------	-------------------

Dichos ingresos y gastos aparecen discriminados en el cuadro anterior. Los mismos corresponden a cuotas mutuales que el Estado pagaba a algunas personas y que es un gasto que ya no tiene. Y por otro lado corresponde separar ingresos que tiene el FONASA y que, en la medida que se trata de pagos que el Estado se hace a si mismo, no corresponde considerarlos un ingreso del conjunto del sector público: ese es el caso de los aportes patronales que el Estado paga el FONASA.

Entonces, el Costo Fiscal vinculado a incorporar a los nuevos colectivos en el marco de los objetivos de esta etapa del seguro ascendió en el 2008 a:

- 49.338.855U\$S para el caso de los menores
- 7.749.824U\$S para el caso de los funcionarios públicos
- 9,1877.185 para el caso de los jubilados

Todo ello, como muestra el cuadro respectivo de Inversión en Salud asciende a US\$ 55:136.247.

Se firma en un ejemplar, en la ciudad de Montevideo a los veinticuatro días del mes de abril de dos mil nueve:

Dr. Jorge Basso Garrido
Presidente de la Junta Nacional de Salud

Ec. Daniel Olesker
Representante del MSP

Dr. Italo Moggi
Representante de los Prestadores

Ec. Martín Vallcorba
Representante del MEF

Dr. Jorge Papadopoulos
Representante del BPS

Sr. Francisco Amorena
Representante de los Trabajadores

Sra. Lilian Rodríguez
Representante de los Usuario

ANEXOS:

- 1.- PAGO POR METAS: DESCRIPCIÓN DE LA META E INSTITUCIONES QUE COBRARON**
- 2.- NORMATIVA APROBADA EN EL PERÍODO**
- 3.- BANCO DE PREVISION SOCIAL: INFORME FINANZAS – UNIDAD CONTADURÍA.**

Anexo 1

1.- Pago por metas: descripción de la meta e instituciones que cobraron.

La nueva meta, llamada dotación de recursos humanos de primer nivel en relación al número de afiliados, se mide a través del número de cargos de policlínica cada mil usuarios de referencia de cada institución para los médicos generales, pediatría y ginecología. Los ponderadores utilizados para cada especialidad son, respectivamente, 0.3, 0.6 y 0.1.

En la medida que las cargas horarias de los médicos pueden diferir entre instituciones y dentro de las mismas, se trabaja con cargos “equivalentes” de 26 horas mensuales (tal como lo establece el laudo). Para esto se toman como insumo las horas contratadas relevadas en el Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH). Se trabaja con las horas contratadas y no con las efectivas porque son las que relejan la capacidad potencial o “instalada” de recursos humanos de las instituciones para hacer frente a su demanda sanitaria. De esta forma, un cargo equivale a 26 horas mensuales contratadas.

El fundamento de la ponderación se encuentra en el hecho de que los estudios del Ministerio han constatado que es en el área de la atención pediátrica donde se notan las principales necesidades de crecimiento de recursos humanos, en el marco de un ingreso masivo de menores al Seguro Nacional de Salud.

La población de referencia de los médicos generales son todos los adultos mayores de 14 años, la de los ginecólogos son las mujeres del mismo tramo etario y la de los pediatras los niños de 0 a 4 años.

El indicador puede escribirse entonces, como:

$$I = \left(\frac{hs_cont_pol_ped/26}{ni-00-14} \right)_{pediatr'a} * 0.6 + \left(\frac{hs_cont_pol_mg/26}{adultos_m\ddot{a}s_14} \right)_{medicina\ g\ e\ n\ e\ r\ a\ l} * 0.3 + \left(\frac{hs_cont_pol_gine/26}{mujeres_m\ddot{a}s_14} \right)_{ginecolog'a} * 0.1$$

La fuente de datos utilizada para los recursos humanos es el SCARH para el mes de mayo y en el caso de las instituciones que no tengan los datos el mes inmediato anterior. Para la población de referencia se utiliza el censo de usuarios del mes de abril de 2008.

Con los datos obtenidos se han construido los indicadores a través de los cuales se pagó esta meta entre julio y diciembre de 2008, que correspondió a los prestadores cuyo valor se encontraba entre 1 y 3. Además, con los datos que se obtuvieron en el relevamiento auditado de agosto de 2008 se recalcularon los índices y se definió la nómina de instituciones que cobrarán esta meta entre enero y julio de 2009.

Las instituciones que cobraron la meta de julio a diciembre de 2008 son:

	Horas contratadas policlinica			Población de referencia			Cargos c/1000 usuarios			Indicador	Afiliados FONASA
	Gine	M. Gral	Ped	Mujeres	Adultos	Niños	Gine	M. Gral	Ped		
GREMCA	132	442	188	12,492	26,318	10,586	0.41	0.65	0.68	0.64	30,892
SMI	404	585	323	23,640	43,116	15,982	0.66	0.52	0.78	0.69	54,400
CAMS	178	497	162	12,431	28,989	8,338	0.55	0.66	0.75	0.70	28,243
COMEPA	251	111	328	19,123	43,552	12,165	0.51	0.10	1.04	0.70	38,740
COSEM	212	142	170	14,718	27,039	5,665	0.55	0.20	1.15	0.81	21,643
SMQS	208	600	228	16,768	37,135	8,346	0.48	0.62	1.05	0.86	34,506
MUCAM	1,178	2,818	1,401	71,882	133,540	56,293	0.63	0.81	0.96	0.88	145,843
IAC	120	181	116	6,251	15,014	3,871	0.74	0.46	1.15	0.90	14,184
COMTA	124	699	185	10,624	26,856	6,819	0.45	1.00	1.04	0.97	25,815
ORAMECO	46	44	108	3,820	8,372	2,758	0.46	0.20	1.51	1.01	7,880
CUDAM	245	700	254	13,542	37,101	7,969	0.70	0.73	1.23	1.02	41,294
CRAME	305	326	258	9,419	20,515	5,899	1.25	0.61	1.68	1.32	21,368
C.C.O.U	618	1,802	401	26,918	53,906	10,950	0.88	1.29	1.41	1.32	49,528
COMERI	210	200	190	5,414	12,920	4,331	1.49	0.60	1.69	1.34	12,994
UNIVERSAL	254	1,111	346	13,342	31,252	8,149	0.73	1.37	1.63	1.46	36,414
COMECEL	32	236	64	1,590	4,201	1,995	0.77	2.16	1.23	1.47	5,377
CAMDEL	156	1,238	212	10,963	23,001	5,893	0.55	2.07	1.38	1.51	19,800
CAMCEL	188	808	226	7,385	18,214	5,500	0.98	1.71	1.58	1.56	18,969
CASMER	205	742	171	7,383	16,634	4,160	1.07	1.72	1.58	1.57	16,176
CASMU	763	2,791	1,832	108,486	201,682	34,853	0.27	0.53	2.02	1.40	114,008
GREMEDA	238	1,221	184	7,866	18,890	5,735	1.16	2.49	1.23	1.60	16,168
ASSE	24,288	182,400	41,280	496,465	837,636	279,744	0.51	2.27	1.54	1.65	61,854
EVANGELICO	454	1,545	381	19,399	36,455	7,946	0.90	1.63	1.84	1.69	31,748
CAAMEPA	183	941	302	9,606	21,954	6,163	0.73	1.65	1.88	1.70	21,453
AMSJ	332	1,259	420	13,639	30,653	8,579	0.94	1.58	1.88	1.70	29,424
CAMEC	228	1,266	269	10,620	22,406	5,839	0.83	2.17	1.77	1.80	20,734
IMPASA	338	834	318	17,818	31,787	4,520	0.73	1.01	2.71	2.00	15,956
CAMY	156	32	139	2,079	5,800	1,845	2.89	0.21	2.90	2.09	7,056
CAMEDUR	194	1,582	164	6,908	15,954	4,362	1.08	3.81	1.45	2.12	16,322
CASA GALICIA	437	2,008	455	26,684	51,090	6,215	0.63	1.51	2.81	2.20	32,846
AMECOM	420	3,404	894	23,552	51,103	13,857	0.69	2.56	2.48	2.33	48,088
AMEDRIN	153	345	146	2,903	8,030	2,012	2.03	1.65	2.79	2.37	7,138
COMEFLO	128	235	183	3,804	8,952	1,964	1.29	1.01	3.58	2.58	7,838
ASESP	2,097	9,385	1,558	89,550	160,716	19,755	0.90	2.25	3.03	2.58	93,521
COMERO	318	1,349	526	11,585	24,903	6,534	1.06	2.08	3.10	2.59	20,670
CRAMI	347	1,080	733	11,132	23,683	8,317	1.20	1.75	3.39	2.68	23,162
COMEF	304	1,844	398	9,505	22,054	5,566	1.23	3.22	2.75	2.74	20,550
CAMOC	161	838	305	6,191	14,138	3,412	1.00	2.28	3.44	2.85	13,331
COMECA	403	3,439	465	14,876	31,704	8,187	1.04	4.17	2.18	2.67	27,544
UMERCO	90	648	54	1,053	2,219	625	3.29	11.23	3.32	5.69	2,287
COMETT	32	50	57	550	948	233	2.24	2.03	9.40	6.47	894
Total	37,129	231,776	56,393	1,181,976	2,230,430	621,934	0.63	1.70	1.63	1.55	1,256,658

Anexo 2

2.- Normas aprobadas en el período

Decretos del Poder Ejecutivo:

Decreto 276/008 de 2 de enero de 2008: Reglamenta la Ley 18.131 de 18 de mayo de 2007.

Decreto 2/008 de 11 de enero de 2008: Reglamenta el ingreso de los diversos colectivos al Seguro Nacional de Salud.

Decreto 15/008 de 16 de enero de 2008: Ajuste de cuotas salud.

Decreto 32/008 de 18 de enero de 2008: Autoriza incorporación al Seguro Nacional de Salud de funcionarios del Poder Judicial y de Entes de la enseñanza que se acojan al beneficio de la jubilación.

Decreto 27/008 de 18 de enero de 2008: Integra los representantes titulares del Poder Ejecutivo en la Junta Nacional de Salud.

Decreto 136/008 de 29 de febrero de 2008: Establece requisitos para sedes secundarias.

Decreto 192/008 de 31 de marzo de 2008: Determina el cálculo de aportes al FONASA de propietarios de empresas unipersonales.

Decreto 176/008 de 31 de marzo de 2008: Suspende el pago por concepto de atención de salud a funcionarios de organismos públicos nacionales del Artículo 221 de la Constitución de la República.

Decreto 193/008 de 3 de abril de 2008: Prorroga ingreso al Seguro Nacional de Salud de colectivos dependientes de entidades financieras.

Decreto 269/008 de 2 de junio de 2008: Define integración y funcionamiento de los Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Decreto 264/008 de 2 de junio de 2008: Limita el incremento de tasas moderadoras.

Decreto 283/008 de 9 de junio de 2008: Reglamenta integración de usuarios a la primera Junta Nacional de Salud.

Decreto 282/008 de 9 de junio de 2008: Incorpora al Seguro Nacional de Salud a trabajadores de entidades afiliadas a la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias.

Decreto 300/008 de 17 de junio de 2008: Prorroga plazo a que refiere Decreto 282/008.

Decreto 309/008 de 24 de junio de 2008: Establece requisitos para la operación de servicios de emergencia médica con unidades móviles.

Decreto 323/008 de 26 de junio de 2008: Extiende plazo para modificar su registro de oficio en ASSE de los trabajadores dependientes de ANCAP y BHU.

Decreto 320/008 de 30 de junio de 2008: Destina créditos presupuestales de la Administración Central y de organismos del artículo 220 de la Constitución a aportes patronales al FONASA.

Decreto 328/008 de 8 de julio de 2008: Integra representantes titulares y suplentes de prestadores, trabajadores y usuarios y suplentes de representantes del Poder Ejecutivo a la primera Junta Nacional de Salud.

Decreto 342/008 de 14 de julio de 2008: Reglamenta integración de usuarios y trabajadores al primer Directorio de ASSE.

Decreto 381/008 de 4 de agosto de 2008: Deslinda competencias entre el Banco de Previsión Social y la Junta Nacional de Salud.

Decreto 378/008 de 4 de agosto de 2008: Prorroga el plazo para que los seguros integrales incluidos en el Seguro Nacional de Salud cumplieren requisitos.

Decreto 379/008 de 4 de agosto de 2008: Protección integral de los seres humanos sujetos a investigación.

Decreto 380/008 de 12 de agosto de 2008: Concede nueva prórroga para el ingreso al Seguro Nacional de Salud de algunos de los colectivos a que refiere el Decreto 193/008.

Decreto 399/008 de 18 de agosto de 2008: Establece requisitos para la habilitación de Unidades de Cuidados Intensivos.

Decreto 413/008 de 27 de agosto de 2008: Ajuste de cuotas salud.

Decreto 464/008 de 2 de octubre de 2008: Reglamenta el contenido de los contratos de gestión a celebrar entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud y determina las sanciones por incumplimiento de las obligaciones asumidas en los mismos.

Decreto 465/008 de 3 de octubre de 2008: Aprueba programas integrales de salud y catálogo de prestaciones definidos por el Ministerio de Salud Pública.

Decreto 529/008 de 30 de octubre de 2008: Extiende plazo concedido por Decreto 323/008 a trabajadores del BHU y la Agencia Nacional de Vivienda.

Decreto 803/008 de 29 de diciembre de 2008: Establece requisitos para la operación de servicios de emergencia médica con unidades móviles en localidades de menos de 5.000 habitantes.

Decreto 830/008 de 31 de diciembre de 2008: Determina fecha de ingreso de colectivos amparados por Cajas de Auxilio o seguros convencionales, y prorroga el ingreso de algunos colectivos incluidos en el Decreto 193/008 .

Ordenanzas y Resoluciones del MSP

Ordenanza N° 1 del MSP de 2 de enero de 2008: Determina los seguros integrales incluidos en el Seguro Nacional de Salud.

Ordenanza N° 481 del MSP de 1 de agosto de 2008: Establece requisitos para la habilitación de Unidades de Cuidados Intensivos.

Resolución N° 358/008 del MSP de 13 de junio 2008: Suspende la movilidad de los usuarios del seguro integral IPAM.

Otros

Acuerdo entre prestadores, trabajadores y usuarios del Sistema Nacional de Salud para combatir la intermediación lucrativa.



Banco de Previsión Social Finanzas – Unidad Contaduría

Anexo 3

Montevideo, 19 de marzo de 2.009

Ref. : 2009 – 051 : RENDICION DE CUENTAS EJERCICIO 2008 FONDO NACIONAL DE SALUD.

- 1.- El Directorio del Banco de Previsión Social con fecha 11 de marzo de 2009 aprobó el Balance General del Instituto por el ejercicio cerrado al 31 de diciembre de 2008.
- 2.- Del mencionado Balance surge un saldo deudor de la Cuenta Fondo Nacional de Salud por \$ 1.125.071.187.
- 3.- Este saldo se obtiene de determinar la diferencia entre ingresos y egresos por las operaciones devengadas entre enero y diciembre de 2008.

INGRESOS FONASA AÑO 2008

3.1.- Recaudación BPS

Monto de las obligaciones SNIS que surgen de las nóminas declaradas por los contribuyentes en el período febrero/2008 a enero/2009 y correspondientes a los aportes de enero 2008 a diciembre de 2008; las sanciones fiscales y las cuotas de convenio percibidas en el período.

Toda la recaudación ingresada por la Red de Cobranza BPS por todos los sectores de actividad obligados a cotizar y pagar en BPS.

3.2.- Retenciones Prestaciones BPS

Se incluye la recaudación correspondiente a aportaciones sobre prestaciones liquidadas por Banco de Previsión Social, prestaciones de pasividad, subsidios y liquidaciones de prestaciones salariales complementarias de los trabajadores de la construcción y de los trabajadores a domicilio.

Esta recaudación se determinó conforme a lo estipulado en los arts. 61 a 63, art. 66, art 67 y art 71 de la Ley 18.211.



Banco de Previsión Social Finanzas – Unidad Contaduría

3.3.- Aportes de Gobierno Central y Organismos del Art. 220

Monto de las obligaciones liquidadas por la CGN por aportes personales y patronales de trabajadores del Estado pertenecientes al sector de organismos incluidos en el Presupuesto Nacional todos los incisos.

Esta recaudación es percibida por BPS en las transferencias financieras provenientes de Tesorería General de la Nación.

3.4.- Otros Ingresos

Se computan en este ítem.

El porcentaje cobrado a los Seguros según art. 22 Ley 18.211 (6 % sobre monto total facturado)

EGRESOS FONASA AÑO 2008

Se computaron como egresos con cargo al Fondo Nacional de Salud, los egresos liquidados en el período enero 2008 a diciembre 2008:

3.5.- Pagos por cuotas de Salud (cápitas más metas asistenciales más metas recursos humanos) efectuados por afiliados FONASA a instituciones mutuales y ASSE.

Cuotas de salud del período enero/2008 a diciembre/ 2008.

3.6.- Pagos por cuotas de Salud por afiliados FONASA a Seguros Integrales, calculados en la forma prevista en el art. 29 del decreto 002/2008.

Cuotas de salud del período enero/2008 a diciembre/2008,

3.7.- Pagos por cuotas del Fondo Nacional de Recursos por todos los afiliados FONASA.

Cuotas por los afiliados FONASA del período enero a diciembre de 2008.



Banco de Previsión Social Finanzas – Unidad Contaduría

4.- Resultado Final 2008:

De acuerdo con la explicación de contenidos anterior el **saldo de la cuenta FONASA** al 31.12.2008 era **\$ 1.125.071.187** deudor.

A este saldo debe deducirse los adelantos netos efectuados al Prestador CASMU, que fueron de \$ 132.000.000 y las devoluciones efectuadas hasta el 31.12.2008 que fueron 26.662.426, resultando un neto de **\$ 105.337.574**.

Se obtiene así el **resultado neto anual** como diferencia de ingresos y egresos, el cual ascendió para el año 2008 a **\$1.019.733.613**

Que surge de comparar los Ingresos y Egresos devengados en el año 2008 de acuerdo al siguiente detalle:

INGRESOS:

1.- Recaudación BPS.....	\$	10.966.016.497
2.- Retenciones Prestaciones BPS.....	\$	485.659.789
3.- Aportes Gobierno Central.....	\$	1.669.938.843
4.- Retenciones Seguros Integrales.....	\$	10.841.756
5.- Total de Ingresos.....	\$	13.132.456.885

EGRESOS:

1.- Cuotas Salud Mutualistas.....	\$	12.210.903.764
2.- Cuotas Salud ASSE.....	\$	670.913.686
3.- Cuotas Salud ASSE 2007.....	\$	18.192.061
3.- Cuotas Salud S.Integrales.....	\$	180.695.926
4.- Cuotas Fondo Nacional de Recursos	\$	1.071.485.061
5.- Total Egresos FONASA.....	\$	14.152.190.498
6.- SALDO FONASA 2008.....	\$	1.019.733.613



Banco de Previsión Social Finanzas – Unidad Contaduría

6.- Saldo FONASA 2008.....	\$	1.019.733.613
7.- Adelantos Netos CASMU.....	\$	105.337.574
8.- SALDO NETO FONASA 2008.....	\$	1.125.071.187

CONCLUSION:

Por el ejercicio 2008, se deberá considerar un saldo a compensar con recursos de Rentas Generales de \$ **1.019.733.613**, el cual deberá ser comunicado a la Contaduría General de la Nación una vez aprobado por la Junta Nacional de Salud a los efectos de la afectación de los créditos disponibles.