

ACTUALIZACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE RIESGO DE TÍTULOS REPRESENTATIVOS DE DEUDA EMITIDOS A PARTIR DEL “FIDEICOMISO FINANCIERO ASOCIACIÓN ESPAÑOLA”

Montevideo, setiembre de 2026

4	RESUMEN GENERAL
5	I INTRODUCCIÓN
9	II LOS TITULOS DE DEUDA
12	III LA ADMINISTRACION
15	IV EL ACTIVO SUBYACENTE Y EL FLUJO DE FONDOS
20	V EL ENTORNO
23	VI CALIFICACIÓN DE RIESGO
ANEXO I INFORMACION SECTORIAL	

ACTUALIZACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE RIESGO DE OFERTA PUBLICA DE TITULOS DE DEUDA EMITIDOS POR EL FF ASOCIACION ESPANOLA
30 - setiembre - 2026

Títulos:	títulos representativos de deuda escriturales de oferta pública por UI 330.000.000.
Activo Fideicomitado:	Créditos ASEP contra el Fondo Nacional de Salud (FONASA)
Emisor:	República AFISA; fecha de emisión: 11/11/2011.
Fideicomitente:	ASEP
Amortización Capital:	15 años en 180 cuotas mensuales a partir de octubre de 2012 fecha en que venció el periodo de gracia.
Pago:	Pago mensual de intereses conjuntamente con la amortización.
Tasa:	4.4% lineal en UI
Garantía:	Fideicomiso Financiero Fondo de Garantía IAMC.
Fiduciario:	República AFISA
Entidad Registrante:	Scotiabank.
Entidad Representante:	BEVSA.
Administración y pago por Agente de Pago:	Scotiabank.
Vigencia de la calificación:	hasta el 30 de abril de 2027 ¹
Comité de Calificación:	Ing. Julio Preve y Cr. Martín Durán Martínez
Calificación de riesgo:	A.uy
Manual utilizado:	Manual de Calificación de Finanzas Estructuradas Administradas por Terceros ² .

¹ . La calificación puede estar sujeta a modificaciones en cualquier momento de acuerdo a la metodología de la misma.

² . Disponible en www.care.com.uy

Resumen General

CARE ha actualizado la calificación de los títulos representativos de deuda emitidos a partir del "Fideicomiso Financiero Asociación Española" manteniendo la calificación A.uy de grado inversor.

La emisión de estos títulos integra un proceso cuyos pasos principales se exponen a continuación:

- La formulación de un programa de reestructura general de toda la gestión, con lineamientos estratégicos y objetivos tanto en responsabilidades asignadas como en tiempos de ejecución y seguimiento de las principales variables.
- El elemento sustantivo de la calificación es, no obstante, la garantía del Estado no solo en su monto y su definición política, sino en el modo que se previó para hacerla eficaz en caso de incumplimiento. En efecto el blindaje jurídico de los títulos de deuda, conformado al amparo de la normativa específica, y en especial la garantía del Estado, constituyen la principal fortaleza de los títulos. Téngase presente que el desempeño económico en el pasado de AE, como indicador del comportamiento futuro, ofrece dificultades. En consecuencia la cesión al fideicomiso de cuotas FONASA no puede constituir en sí misma una garantía de repago suficiente como para alcanzar una calificación de grado inversor para los títulos.
- Así lo han entendido tanto el gobierno como la propia Institución, al acompañar los bienes fideicomitidos no solo de la garantía del Estado, sino de una forma de constituirla de singular eficacia como ya ha quedado demostrado.
- El tiempo transcurrido desde la emisión sin que hayan surgido inconvenientes en el funcionamiento del Fideicomiso, avalan lo antedicho.
- El cierre de Casa de Galicia dio ocasión a que se comprobara la eficacia de la garantía conferida por el Estado a ésta y demás operaciones análogas.
- Esta política ha sido mantenida por los sucesivos gobiernos y no se advierte que esto pueda modificarse, al menos en el corto plazo.
- La aprobación, en setiembre de 2026, de un nuevo crédito garantizado por el Fondo de garantía IAMC (en favor de otra institución) votado por unanimidad en el Parlamento, es prueba elocuente del respaldo del sistema político a este tipo de operaciones

I. INTRODUCCIÓN

1. Alcance y marco conceptual de la calificación

CARE Calificadora de Riesgo ha sido contratada para actualizar la calificación de los títulos de deuda emitidos por República Administradora de Fondos de Inversión S.A. (RAFISA) por UI 330.000.000 (unidades indexadas trescientos treinta millones) de valor nominal, provenientes de la securitización de un activo financiero consistente en el flujo generado por los créditos que corresponden percibir por la Asociación Española³ del Fondo Nacional de Salud⁴, con vencimiento el 1º de octubre de 2027, en las condiciones establecidas en el contrato de fideicomiso considerado al momento de realizarse la calificación en agosto del año 2011.

La calificación de riesgo, así como su actualización, supone la expresión de un punto de vista especializado por parte de una empresa autorizada a ese propósito por el Banco Central del Uruguay (BCU), que realiza la supervisión y control del sistema financiero, así como de las calificadoras de riesgo. La nota obtenida no representa una recomendación o una garantía de CARE para el o los beneficiarios, y por tanto la calificación debe considerarse a los efectos de la inversión como un punto de vista a considerar entre otros. CARE no audita ni verifica la exactitud de la información presentada, la que sin embargo procede de fuentes confiables a su juicio⁵.

El marco conceptual de esta calificación supone un ejercicio prospectivo por el cual se confiere una nota que califica el desempeño esperado de los flujos, más concretamente la capacidad de pago de los compromisos contraídos en las condiciones originales pactadas de monto, moneda, plazo y tasa de interés. El riesgo del inversionista o beneficiario financiero será pues, el de la recuperación del monto invertido en el plazo indicado, en la moneda acordada, más una renta o un interés según corresponda⁶.

En este caso se trata de una emisión de oferta pública de títulos representativos de deuda escriturales por un monto de 330.000.000 UI, amortizables, luego del período de gracia, mensualmente durante 15 años. El interés es 4.4% lineal anual en UI. Se estableció un período de gracia desde la fecha de emisión hasta el 5 de octubre de 2012. Los títulos son completamente garantizados por el Fondo de Garantía IAMC, creado por la Ley 18439⁷, fideicomitado a su vez a República Afisa, responsable de hacer efectiva, de ser necesario, aquella garantía. La emisión tuvo lugar el 11 de noviembre de 2011.

CARE Calificadora de Riesgo es una calificadora con registros y manuales aprobados por el Banco Central del Uruguay a partir del 3 de abril de 1998. Califica conforme a su metodología oportunamente aprobada por dicha autoridad, seleccionando los profesionales necesarios para integrar en cada caso el comité de calificación, el que juzga en función de sus manuales. Estos, su código de ética, registros y antecedentes se encuentran disponibles en el sitio web: www.care.com.uy así como en el del regulador: www.bcu.gub.uy. El comité de calificación estuvo integrado en este caso por el Cr. Martín Durán Martínez y por el Ing. Julio Preve. CARE contrató, en ocasión de la calificación original, el asesoramiento jurídico del Estudio Jiménez de Aréchaga, Viana y Brause (hoy Dentons Jiménez de Aréchaga)

³. el fideicomitente, en adelante AE

⁴. en adelante FONASA

⁵. CARE no se responsabiliza por el uso que de este informe se haga por parte de terceros con otros fines para el que fue elaborado, máxime cuando se tomen del mismo aspectos parciales que distorsionen su real sentido.

⁶. ver "Manual de calificación de finanzas estructuradas ..." Punto 3

⁷. en adelante la Ley

2. Antecedentes

- La emisión de títulos de deuda de oferta pública por parte de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos fue parte de un proceso que abarca la reestructura de toda la gestión, incluyendo la implementación de un nuevo modelo de atención, un compromiso con este cambio asumido frente al gobierno que lo ha aprobado, y supuso fundamentalmente una reestructura de pasivos con cancelación de deudas comerciales vencidas, un reperfilamiento de endeudamiento financiero de corto plazo, la atención de algunas inversiones y, mejora de la liquidez. En definitiva se trató de un proceso de cambios que debería conducir a un equilibrio económico permanente incluyendo el pago de la deuda a contraer.
- Con fecha 22 de diciembre de 2008 el Poder Ejecutivo promulgó la Ley N° 18.349 por la cual se constituyó el Fondo de Garantía IAMC, como un patrimonio de afectación independiente, destinado a garantizar el financiamiento de aquellas instituciones de asistencia médica colectiva que presenten planes de reestructuración de sus pasivos con la finalidad de volverlas viables. De acuerdo con lo previsto en el artículo 1° de la Ley, el Fondo de Garantía IAMC se nutría según esa norma de fondos provenientes de rentas generales por un monto anual hasta alcanzar, hoy día, la suma de UI 192.000.000. En caso que dicho monto total disminuyera en algún período, el Fondo de Garantía IAMC se volvía a fondear desde Rentas Generales tantas veces como fuera necesario hasta alcanzar la suma total señalada precedentemente. Estos montos se modificaron en la Ley de Presupuesto número 18.719, art. 289, ampliando el monto anual inicial a UI 128.000.000, manteniendo el tope en UI 192.000.000. Finalmente, con fecha 15/12/2015 se aprobó la Ley No. 19.357 mediante la cual se incrementó el tope anual en UI 34.000.000 llevándolo a UI 162.000.000 el que rige hasta el presente.
- Por Resolución No. 482 de fecha 24 de junio de 2011 el MEF y el MSP (actuando en ejercicio de atribuciones delegadas del Poder Ejecutivo) aprobaron el Plan de Viabilidad de La AE, expresando asimismo en el considerando III de dicha resolución que "...la Institución presenta una situación económica y financiera adecuada en el horizonte de proyección." Se dio cumplimiento así a lo establecido en los artículos 5 y 6 del Decreto 792/008 de 26 de diciembre de 2008, reglamentario de la precitada ley.
- Con fecha 16 de octubre de 2009, el Ministerio de Economía y Finanzas y República AFISA constituyeron el denominado "Fideicomiso Financiero Fondo de Garantía IAMC", al cual el primero transfirió: a) los fondos que integraban el Fondo de Garantía IAMC; b) los créditos del Fondo de Garantía IAMC contra rentas generales hasta alcanzar la suma de UI 192.000.000 y los que surjan en el futuro en caso que los recursos comprendidos en el Fondo de Garantía IAMC deban aplicarse para hacer frente al pago del financiamiento obtenido por las instituciones que se acojan al régimen de la Ley N° 18.439; y c) los derechos y acciones que pueda tener derivadas de la Garantía de Estabilidad. De acuerdo al contrato de constitución, el fiduciario del Fideicomiso Financiero Fondo de Garantía IAMC es República AFISA.

- Por Resolución No. 401 del 24 de junio de 2011 los Ministros de Economía y Finanzas y Salud Pública, en ejercicio de atribuciones delegadas autorizaron la emisión de una garantía por hasta UI 330.000.000 (unidades indexadas trescientos treinta millones) adicionada de los intereses que puedan corresponder por hasta un máximo del 6% anual, en las condiciones establecidas en la Ley N° 18.439 de 22 de diciembre de 2008 a los efectos de ser utilizada en el llamado "Fideicomiso Financiero AE". Esta garantía que se constituyó a partir de la resolución antes mencionada no es la única con afectación al Fondo. Pero como se verá más adelante éste alcanzaría para cubrirlas todas, aún en la peor hipótesis.
- El Fideicomiso Financiero Asociación Española se constituye entre AE como Fideicomitente, RAFISA como Fiduciario y el Fondo de Garantía IAMC como Garante.
- En virtud de ese contrato, AE cede y transfiere a RAFISA los flujos de fondos que le corresponde percibir del FONASA (los "Créditos") desde la fecha de notificación a la JUNASA (Junta Nacional de Salud). En la cláusula 5.4 del Contrato del Fideicomiso, el Fideicomitente se obliga a suscribir una nota correspondiente a la cesión y transferencia de los créditos dirigida a la JUNASA y también al B.P.S.
- La AE es obligada en la Resolución No. 401 del 24 de junio del 2011 a contra garantizar la garantía otorgada con hipoteca de los inmuebles padrones Nos. 21932, 21934 y 419311, con independencia de los gravámenes que actualmente los afecten. En Asamblea de fecha 1 de agosto de 2011, la AE autorizó la celebración del Fideicomiso y la constitución de las hipotecas.
- Cumplidos los pasos anteriores se constituye el fideicomiso financiero objeto de esta calificación; de esta forma se puso en marcha en lo financiero el plan de viabilidad de la institución. El mismo fue reformulado en febrero de 2016 lo que motivó la realización de una operación análoga a esta, con una emisión de UI 210 millones (FF Asociación Española II).
- El efecto económico negativo en la actividad económica del COVID 19 incidió negativamente en las cuentas macrosectoriales del sector Salud, no obstante no afectó la marcha del Fideicomiso. En 2021 este efecto negativo se superó.
- Ante el cierre de Casa de Galicia, desde febrero de 2022 el Fondo de Garantía IAMC se ha hecho cargo del repago de los títulos de los dos fideicomisos que tenía dicha institución. De esta forma queda plenamente ratificada la fortaleza de todos los títulos respaldados por la mencionada garantía.
- El 23 de agosto de 2024 se promulgó la ley 20325 que permite bajo condiciones especiales, el acceso al Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, creado por la Ley N° 18.439, al CASMU-IAMPP para una nueva operación. Esto se ha reiterado posteriormente demostrando el apoyo político al sistema.

3. Objeto de la calificación, información analizada.

El objeto de la calificación es el juzgamiento del riesgo del o los beneficiarios, de recuperar el monto por el que se adquirieron los títulos de deuda, en las condiciones de la emisión.

La información analizada en esta ocasión fue la siguiente:

- Informes CARE de calificación de esta operación y sus sucesivas actualizaciones, así como la de otras operaciones análogas.
- EE.CC intermedios de la Fiduciaria al 30/06/2026
- EE.CC intermedios del Fideicomiso al 30/06/2026.
- EE CC de la institución al 30/9/2025.con informe de auditoría independiente (última publicada en la web del MSP)
- EE CC intermedios del Fideicomiso Financiero Fondo de Garantía IAMC al 30/06/2026.
- Actualización del padrón social de la institución al mes de marzo de 2026 (Fuente: Web MSP, Datos y Estadísticas, población de afiliados)
- Información pública del sector salud en relación a las finanzas públicas, actualizado por CARE

4. Hechos salientes del periodo

- El padrón social sigue mostrando un nivel relativamente estable tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Cuadro 1: padrón social, evolución			
fecha	cantidad	fecha	cantidad
Ene-21	195.009	Ene-24	195.688
Ago-21	196.085	Jun-24	198.030
Ene-22	196.384	Ene-25	198.253
Ago-22	197.562	Jun-25	199.088
Dic-22	197.347	set-25	199.664
Ago-23	196.491	Mar-26	199.246

Fuente: Web MSP-datos y estadísticas-población afiliada:

- El sistema político aprobó, en setiembre 2026, un nuevo crédito con garantía del Fondo creado a esos efectos para el CASMU. Los detalles, al momento de redactar este informe, se desconocen. Por esa razón no se incluye en el análisis del Cuadro 8, pero nótese que muy probablemente, cuando las condiciones del nuevo crédito se conozcan se habrán cancelado dos operaciones por lo que no debería cambiar demasiado el análisis practicado.

4. Si bien se dispone de los EE.CC intermedios a setiembre de 2019 se prefiere por considerarlo más representativos los mismos al cierre del primer semestre

II. LOS TITULOS DE DEUDA

1. Descripción general

Se trata de Títulos representativos de Deuda escriturales emitidos por el Fiduciario de acuerdo al documento de emisión con los siguientes detalles.

Denominación: FIDEICOMISO FINANCIERO ASOCIACION ESPAÑOLA

Fideicomitente: Asociación Española Primera de Socorros Mutuos

Fiduciario: Republica Administradora de Fondos de Inversión S.A.

Agente de Pago: Scotiabank

Entidad Registrante: Scotiabank

Entidad Representante: Bolsa Electrónica de Valores del Uruguay S.A. (BEVSA)

Títulos emitidos: Títulos representativos de deuda escriturales de oferta pública.

Bienes fideicomitados: Créditos contra el Fondo Nacional de Salud o entidad que en un futuro lo suceda, por hasta las sumas establecidas en el Anexo A del Contrato de Fideicomiso Financiero, correspondientes a la prestación que el Fideicomitente tiene derecho a percibir en concepto de cuota salud por los servicios asistenciales prestados a los beneficiarios del Sistema Nacional de Salud en el marco de la Ley N° 18.211.

Garantía: Los Títulos de Deuda están garantizados por el Fideicomiso Financiero Fondo de Garantía IAMC. Además, AE contra garantiza la operación mediante hipoteca de varios inmuebles oportunamente identificados.

Moneda: Pesos Uruguayos expresados en U.I.

Importe de la emisión: U.I. 330.000.000 (trescientos treinta millones de unidades indexadas) de valor nominal

Interés: 4.4% lineal anual en Unidades Indexadas desde la fecha de emisión y hasta la cancelación total de los Títulos de Deuda, sobre la base de un año de 360 días y de meses de 30 días.

Interés moratorio: 7.4% lineal anual en U.I.

Pago de intereses: mensual desde la fecha de emisión.

Plazo:	15 años o hasta el momento en que se cancelen los títulos de deuda emitidos por el fiduciario.
Período de gracia:	desde la emisión y hasta el 1 de octubre de 2012. Durante ese período se pagaron intereses por U.I. 1.210.000 mensuales. La emisión tuvo lugar el 11/11/2011
Amortización y pago de intereses:	Luego del período de gracia los títulos se están amortizando en 180 cuotas mensuales iguales y consecutivas de UI 2.507.645 incluyendo intereses, desde octubre de 2012.
Vencimiento:	1 de octubre de 2027.
Calificación de riesgo:	A.uy de grado inversor
Manual utilizado:	Manual de Calificación de Finanzas Estructuradas Administradas por Terceros

2. El análisis jurídico en la calificación de los títulos de deuda

El blindaje jurídico de los títulos de deuda, conformado al amparo de la normativa específica creada, en especial la garantía del Estado conferida, constituyen la principal fortaleza de los títulos.

Junto a la estabilidad de las normas; a la probabilidad muy baja que se analiza en el Informe Jurídico de litigios citado oportunamente; a la conformidad con todas las disposiciones en vigencia; **la principal fortaleza del repago de los títulos, que hace que puedan alcanzar el grado inversor, estriba en la fortaleza de la garantía (el Estado), en el monto de la misma (puede cubrir todas las obligaciones de este fideicomiso y de otros análogos autorizados), y en la peculiar forma eficaz e inmediata en que podría ser ejercida, tal como se recoge en la descripción de su operación según se señala en el numeral 10.3 del contrato de fideicomiso que se transcribe:**

En el caso que se encontraren pendientes de amortización los Títulos de Deuda por insuficiencia de fondos percibidos del BPS y si el Fideicomitente no hubiese cumplido con su obligación de transferir fondos adicionales en la forma prevista en la cláusula 9.2, República AFISA (en su calidad de fiduciario del Fideicomiso Financiero Fondo de Garantía IAMC), dentro de los 2 días hábiles subsiguientes al vencimiento y sin necesidad de otro aviso, intimación o instrucción de especie alguna, ordenará una transferencia de fondos a la Cuenta del Fideicomiso provenientes del Fideicomiso Financiero Fondo de Garantía IAMC, en la cantidad suficiente para cumplir con los pagos vencidos que correspondan bajo los Títulos de Deuda.

Este procedimiento se mantendrá vigente, hasta la cancelación de la deuda por capital e intereses derivada de la emisión y colocación de los Títulos de Deuda⁸

⁸. El informe jurídico completo puede consultarse en www.care.com.uy

El 23 de agosto de 2024 se promulgó la Ley N° 20.325 que permite bajo condiciones especiales, el acceso al Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, creado por la Ley N° 18.439, al CASMU-IAMPP para una nueva operación. Consultado nuestro asesor jurídico Dr. Leandro Rama aclara que la Ley 20.325 habilita al CASMU-IAMPP acceder al Fondo de Garantía IAMC en forma anticipada, esto es, postergando el cumplimiento de requisitos que en la Ley 18.439 eran previos o concomitantes para acceder al Fondo. Estos son: la aprobación de los planes de reestructuración por el Poder Ejecutivo (el artículo 1 lit. D establece un plazo de 180 días para ello) y, por otro lado, la nueva ley exime “temporalmente” la exigencia de prestar contra garantías (el artículo 1 lit C. dice que se afectarán las garantías constituidas a favor del Fondo, en la medida que se vayan liberando). Finalmente destaca que la fortaleza del Fondo de Garantía no se afecta por la aprobación de esta ley, sino de la forma que a futuro se determine su eventual afectación, dependiente de las propias condiciones del crédito que se apruebe.

Por todo lo anterior el riesgo jurídico de estructura se mantiene.

Riesgos considerados

Riesgo jurídico de estructura. Comprende el análisis de la eventualidad de incumplimientos en el pago al beneficiario, derivado de defectos en la estructura jurídica por no cumplir con alguna norma de aplicación, así como eventualmente por la aplicación de sentencias judiciales. Como se informara detalladamente en el informe jurídico elaborado en ocasión de la calificación, no se advierten riesgos en la construcción de esta figura jurídica. El paso del tiempo sin que se generara reclamo alguno, avala esta conclusión. *Riesgo casi nulo.*

Riesgo por iliquidez. La posibilidad de salir de los títulos ante eventuales situaciones de stress constituye un atributo favorable del “papel”, que en este caso se verifica en todos sus términos, siempre dentro de las limitaciones del mercado de valores uruguayo que no permiten garantizar su inmediata realización. *Riesgo bajo*

III. LA ADMINISTRACIÓN

La Fiduciaria

La empresa administradora o fiduciaria es República Administradora de Fondos de Inversión S.A. (República AFISA)

Se trata de evaluar la capacidad de gestionar, de administrar un patrimonio, para lograr el cumplimiento de las obligaciones de administración que se establecen en el contrato de fideicomiso. Integra este análisis el ajuste de República AFISA a las disposiciones jurídicas vigentes.

REPÚBLICA AFISA es una Sociedad Administradora de Fondos de Inversión, facultada a actuar como Fiduciario Financiero profesional e inscrita como tal en el Registro de Entidades y Valores del Banco Central del Uruguay con fecha 02/08/2004. Su objeto exclusivo es la administración de fondos de inversión de conformidad con la Ley 16.774, sus modificativas y complementarias, y se encuentra expresamente facultada para actuar como fiduciaria en fideicomisos financieros según lo dispuesto por el art. 26 de la Ley 17.703 de octubre de 2003. Su único accionista es el Banco de la República Oriental del Uruguay (BROU).

Según EE.CC al cierre intermedio del primer semestre de 2026, la firma alcanza un patrimonio contable de \$ 1.064 millones. Esto supone un ligero incremento respecto del cierre del ejercicio anterior (en moneda corriente). La liquidez, medida como la razón corriente (activo corriente/pasivo corriente) mantiene guarismos muy altos. Un resumen del estado de situación patrimonial a la fecha indicada y su comparativo con períodos anteriores se expone en el cuadro siguiente.

Cuadro 2: Estado de Situación Patrimonial (miles de \$)			
Concepto	30-Jun-26	31-Dec-25	31-Dec-24
Activo	1.186.247	1.140.156	1.184.971
Activo Corriente	205.801	199.988	185.025
Activo no Corriente	980.446	940.168	999.946
Pasivo	121.649	121.988	131.997
Pasivo Corriente	78.637	83.388	100.178
Pasivo no Corriente	43.012	38.600	31.818
Patrimonio	1.064.598	1.018.168	1.052.974
Pasivo y Patrimonio	1.186.247	1.140.156	1.184.971
Razón Corriente	2,62	2,40	1,85

Fuente: EE.CC RAFISA

En lo que tiene que ver con el estado de resultados, al cierre del año semestre indicado la firma sigue mostrando resultados positivos tal como se muestra en el cuadro siguiente, aunque algo menores respecto al primer semestre del año anterior.

Cuadro 3: Estado de Resultados (miles de \$)

Concepto	30-Jun-26	30-Jun-25	31-Dec-25
Ingresos Operativos	266.526	281.773	498.965
Costo de los servicios	(116.135)	(106.095)	(230.777)
Resultado Bruto	150.391	175.677	268.188
Gastos administrativos	(66.312)	(63.980)	(125.413)
Resultado Operativo	84.078	111.698	142.776
Resultados financieros	2.779	(13.368)	(10.686)
Resultados antes de IRAE	86.857	98.329	132.089
IRAE	(15.488)	(16.186)	(23.017)
Resultado del Ejercicio	71.369	82.143	109.072
Ajustes integrales	61	61	(364)
Resultado integral del periodo	71.430	82.204	108.708

Fuente: EE.CC RAFISA

En definitiva, RAFISA continúa teniendo niveles de solvencia y liquidez muy sólidos.

Al 30 de junio de 2026, la firma sigue manteniendo la administración de una importante cantidad de fideicomisos en diversas áreas y de distinto tipo lo que garantiza su idoneidad para la función.

El Fideicomiso

Mediante contrato celebrado el 4 de agosto de 2011 (con algunas modificaciones acordadas entre las partes con fecha 16 de setiembre del mismo año) entre República Administradora de Fondos de Inversión y Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, se constituyó el Fideicomiso Financiero Asociación Española. El mismo se encuentra amparado bajo las disposiciones de la ley 17.703 del 27 de octubre de 2003.

El Fideicomiso se encuentra al día con sus obligaciones; de acuerdo a sus EE.CC intermedios al 30/06/2026, su situación es la que se informa resumidamente en el cuadro siguiente:

Cuadro 4: Estado de Situación Fideicomiso (miles \$)

Concepto	30-Jun-26	31-Dec-25	31-Dec-24
Activo	318.799	416.346	602.397
Activo Corriente	262.497	253.709	245.522
Activo no Corriente	56.303	162.637	356.875
Pasivo	258.345	342.088	497.114
Pasivo Corriente	192.726	184.102	170.235
Pasivo no Corriente	65.619	157.986	326.879
Patrimonio	60.454	74.258	105.283
Pasivo y Patrimonio	318.799	416.345	602.397
Razón Corriente	1,36	1,38	1,44

Fuente: EE.CC Fideicomiso

Se puede comprobar que la solvencia y liquidez del mismo no ofrece reparos. Este Fideicomiso habrá de cancelarse antes de finalizar el año 2027 lo que explica la caída de los rubros del activo y pasivo no corriente.

El cronograma restante de pagos e ingresos al término del primer semestre del año 2026 se informa en el Cuadro 5 a esa fecha; aunque los pagos se realizan mensualmente.

Riesgos considerados:

Riesgo administración, considerando la idoneidad para cumplir con la función, su solvencia y liquidez. *Riesgo casi nulo.*

Riesgo de conflictos, derivado de la posibilidad de juicios capaces de interferir con el mandato recibido y en tanto la existencia de previsiones para enfrentarlos. Por iguales razones que el anterior resulta muy poco probable. Por otra parte, los hechos de notoriedad ocurridos con Casa de Galicia, fortalecen la idea. **Riesgo muy bajo.**

Riesgo por cambio de fiduciario. Se encuentra cubierto por las propias disposiciones legales (art. 32 ley 17.703) y contractuales.

IV. EL ACTIVO SUBYACENTE Y EL FLUJO DE FONDOS

El activo subyacente consiste en la cesión de los créditos contra el FONASA o entidad que en un futuro lo suceda, por hasta las sumas establecidas en el Anexo A del Contrato de Fideicomiso, correspondientes a la prestación que el Fideicomitente tiene derecho a percibir en concepto de cuota salud por los servicios asistenciales prestados a los beneficiarios del SNS en el marco de la Ley N° 18.211.

La AE realizó otra operación, análoga a ésta, por UI 210 millones. En consecuencia, corresponde a los efectos del análisis de este capítulo, considerar ambos en forma conjunta.

Los compromisos asumidos en dichos fideicomisos implican, en los primeros años y hasta el año 2026, una cifra de miles de UI 61.398 anuales por concepto de cesiones FONASA con las cuales afrontar cuotas de amortización e intereses de las dos operaciones por miles de UI 51.357 más los correspondientes costos administrativos. Esto representa, si tomamos como referencia los ingresos totales correspondientes al ejercicio cerrado en setiembre de 2025 (muy similar en términos reales al del ejercicio anterior según puede verse en el Cuadro 6), alrededor de 2,5 % de los mismos, relación que se mantiene estable en el tiempo (conversión a UI estimada por CARE). A partir del año 2026, estos compromisos se tornan decrecientes.

El cronograma restante, luego de cerrado el primer semestre 2026, tanto de cesiones FONASA comprometidas en ambos fideicomisos, así como los pagos por concepto de amortización e intereses de los títulos se expone en el cuadro siguiente.

Cuadro 5. Cronograma cesiones FONASA a percibir y pagos a realizar en ambos fideicomisos (miles UI)						
Año	Cesiones AE I	Cesiones AE II	Total cesiones	Pagos AE I	Pagos AE II	Total a pagar
2026	18.000	12.699	30.699	15.046	10.633	25.679
2027	27.000	25.398	52.398	25.076	21.265	46.342
2028		25.398	25.398		21.265	21.265
2029		25.398	25.398		21.265	21.265
2030		25.398	25.398		21.265	21.265
2031		25.398	25.398		21.265	21.265
2032		10.582	10.582		9.666	9.666
Totales	45.000	150.271	195.271	40.122	126.624	166.747

Notas: Pagos comprende amortización e intereses;
Fuente: EE.CC de ambos fideicomisos

Al ser los pagos mensuales, al momento de redactar este informe los saldos reales correspondientes a 2026 son algo menores.

Asimismo se constituyó a favor de los citados fideicomisos la garantía del Fideicomiso Financiero Fondo de Garantía IAMC que asegura el repago de los Títulos de Deuda.

La Institución

Sin perjuicio de la garantía legal de cumplimiento de las obligaciones (factor que fundamenta la nota de grado inversor de esta operación), uno de los objetivos del presente capítulo es realizar el seguimiento de la evolución histórica de las principales variables económicas y financieras, en tanto capaces de determinar el desempeño esperado de los flujos futuros brindados por la institución y, en consecuencia, de su capacidad de mantenerse operativa.

En cuanto a la calidad asistencial se asume que no ofrece dificultades significativas en tanto la Institución es supervisada por el MSP. Esta supervisión es mayor a partir de la implementación del SNIS. A título de ejemplo importa destacar que la JUNASA controla el cumplimiento de las metas asistenciales según compromiso asumido en la Cláusula Vigésimo Octava del Contrato de Gestión que suscribieran los prestadores que integran el Sistema Integrado de Salud.

1. Seguimiento de la situación económico financiera

La información utilizada, una vez más, fue la que surge de los últimos Estados Contables auditados, tomándose en este caso la correspondiente a los dos últimos ejercicios dado que se presentan a moneda del último, en este caso al 30/9/2025.

En términos generales corresponde señalar, una vez más, que no es este el aspecto más relevante en la nota asignada a la emisión por cuanto la misma deriva de la garantía otorgada por el Estado. Se trata entonces de, básicamente, hacer un seguimiento de la marcha de la institución en tanto su capacidad de mantenerse operativa y generar de esa forma los aportes del Fonasa fideicomitados. Incluso, tampoco este aspecto se considera determinante en la medida que su gestión se encuadre en términos razonables de sustentabilidad. No hay que olvidar, tal como se describe en el Anexo: "Información Sectorial", que una IAMC es una pieza fundamental de un sistema fuertemente regulado por el Estado y por tanto funcional al mismo.

En el cuadro siguiente se han resumido, a los solos efectos informativos los datos en millones de pesos uruguayos de los capítulos más relevantes de los Estados de Resultados de los dos últimos ejercicios económicos completos.

Cuadro 6. Estados de resultados resumidos AE (millones de \$)		
Concepto	30/9/2025	30/9/2024
Ingresos operativos netos	15.833	14.793
Costo bienes y servicios	(13.530)	(12.711)
Resultado Bruto	2.303	2.082
Gastos de Adm y Ventas	(1.887)	(1.841)
Resultado Operativo	417	242
Resultados Diversos	192	153
Resultados Financieros	(266)	(333)
Resultado Neto	342	61
Resultado Bruto/Ingresos	14,55%	14,07%
Gastos Adm y Ventas/Ingresos	-11,92%	-12,45%
Resultado Operativo/Ingresos	2,63%	1,64%
Resultado Neto/Ingresos	2,16%	0,41%
Fuente: EE.CC AE publicados por MSP		

En la sección final del cuadro precedente se establece una relación de resultados con los ingresos operativos de cada ejercicio. Se observa que el último ejercicio muestra resultados positivos una vez más.

En el cuadro siguiente se muestran, resumidamente, las principales partidas del estado de situación patrimonial, en base a los estados contables mencionados.

Cuadro 7: Estado de Situación AE (millones de \$)		
Concepto	30/9/2025	30/9/2024
Activo	11.663	11.043
Activo Corriente	2.102	1.890
Activo no Corriente	9.560	9.152
Pasivo	9.719	9.506
Pasivo Corriente	7.757	7.043
Pasivo no Corriente	1.962	2.463
Patrimonio	1.944	1.537
Pasivo y Patrimonio	11.663	11.043
Razón Corriente	0,27	0,27

Fuente: EE.CC AE publicados por MSP

La liquidez, medida como la Razón Corriente, sigue siendo baja. No obstante, se reitera, no es la situación económica financiera de la institución lo que explica la nota conferida a los títulos que acá se califican sino, la garantía del Estado.

2. Fondo de Garantía IAMC

Este Fondo, garantiza estas y otras operaciones análogas de distintas instituciones. En tal sentido corresponde analizar su capacidad de cobertura considerándolas todas ellas⁹.

Debe recordarse, una vez más, que en los escenarios adversos referidos en las actualizaciones anteriores, el Fondo de Garantía, creado por la Ley No. 18.439 en diciembre de 2008 y reforzado por la Ley 19.357 de diciembre de 2015, es suficiente para cubrir el pago de los títulos de deuda, dada la forma y el monto que componen dicho Fondo. Esto es así, no solamente para las dos operaciones que tiene la ASESF sino también para el resto de las operaciones que el Fondo está garantizando e involucra a otras dos instituciones.

El cuadro siguiente muestra las contingencias máximas a cubrir por el Fondo en cada una de las operaciones que garantiza (según RAFISA y referidas a amortización e intereses y colocadas según orden cronológico que es el orden de prelación); puede observarse que ya no figuran en el cuadro las operaciones garantizadas con Casa de Galicia pues ya no se trata de una contingencia sino un compromiso real por lo que figuran en el pasivo de los estados contables.

Con dicha información CARE simuló lo que ocurriría en caso que todas ellas requirieran simultáneamente y por un tiempo prolongado de la asistencia del Fondo (hipótesis por demás improbable).

⁹. Sin perjuicio que rige un orden de prelación a partir de la fecha de emisión de cada uno.

Cuadro 8: Contingencias máximas anuales Fideicomiso Financiero Fondo Garantía IAMC (miles UI)

Año	Ingreso Eventual	Egresos ASEP	CASMU II	CASMU III	ASESP II	CASMU BROU *	Total pagos	Saldo IAMC
2025								192.000
2026	72.264	15.046	13.736	4.162	10.633	28.688	72.264	192.000
2027	138.361	25.076	27.471	8.323	21.265	56.225	138.360	192.000
2028	84.674			8.323	21.265	55.086	84.674	192.000
2029	83.512			8.323	21.265	53.923	83.511	192.000
2030	82.360			8.323	21.265	52.772	82.360	192.000
2031	74.967			2.081	21.265	51.621	74.967	192.000
2032	59.337				8.860	50.477	59.337	192.000
2033	49.318					49.318	49.318	192.000
2034	48.167					48.167	48.167	192.000
2035	47.016					47.016	47.016	192.000
2036	40.298					40.297	40.297	192.000
2037	28.352					28.352	28.352	192.000
2038	27.713					27.713	27.713	192.000
2039	28.595					28.595	28.595	192.000
2040							-	192.000
Totales	40.122	41.207	41.207	39.535	125.818	618.253	864.933	

Fuente: Elaborado por CARE en base a información de RAFISA

* Son 4 operaciones garantizadas por préstamos del BROU al CASMU, la última del 4/06/2025 por UI 159,8 millones originalmente, los saldos fueron estimados por CARE

Como se sabe, el Fondo de Garantía contaba con un saldo de UI 192.000.000 y en caso de utilizarse la ley mandata al MEF a reponer lo necesario hasta completar dicho saldo a razón de hasta UI 162.000.000 anuales. El cuadro precedente demuestra que aún en la hipótesis manejada, el Fondo, tal cual fue diseñado, podría responder haciéndose cargo de todos los compromisos asumidos con los inversores. Puede verse que en ningún caso dicha eventualidad supera el monto total de UI 162 millones que es el máximo legal anual a reponer por parte del MEF.

A partir del año 2022 se utilizó por primera vez desde su creación, la garantía para atender los compromisos asumidos por los fideicomisos de Casa de Galicia; queda claro que esto no supuso un inconveniente para el Fondo¹⁰; como se desprende del Cuadro 8, los futuros eventuales compromisos son decrecientes por lo que no se advierten dificultades en este sentido.

A modo informativo se ilustra en el siguiente cuadro la situación patrimonial del FF Fondo IAMC al cierre del primer semestre 2026.

Cuadro 9: Estado de Situación del FF Fondo IAMC (millones de \$)

Concepto	30-Jun-26	31-Dec-25	31-Dec-24
Activo	2.892	2.891	3.051
Activo Corriente	313	375	316
Activo no Corriente	2.578	2.516	2.735
Pasivo	1.617	1.658	1.766
Pasivo Corriente	196	220	219
Pasivo no Corriente	1.420	1.437	1.547
Patrimonio	1.276	1.234	1.285
Pasivo y Patrimonio	2.892	2.891	3.051
Razón Corriente	1,60	1,70	1,44

Fuente: EE.CC FF Fondo IAMC

¹⁰. Además el Fondo cuenta con fondos propios (colocaciones financieras) que son utilizados en caso de ser necesario, además por supuesto de los fondos provenientes de la ejecución de las garantías reales.

De acuerdo al cuadro precedente el Fideicomiso contaba al cierre de junio de 2026 con un patrimonio de \$ 1.276 millones que, a la cotización de esa fecha (\$ 6,6011) representaba algo más de UI 193 millones y su liquidez es muy alta. Puede comprobarse que a la fecha de cierre del semestre su patrimonio superaba el tope legal; esto es así porque el Fideicomiso cuenta con recursos propios como consecuencia de sus colocaciones financieras lo que significa que, en caso de necesidad, los recursos a reponer por parte del MEF son menores a los supuestos en el Cuadro 8. Sin mencionar que, tal como ha ocurrido en el caso de Casa de Galicia, al ejecutarse la garantía real se recuperan (al menos en parte) los recursos utilizados en el respaldo de los títulos emitidos.

Figuran en su activo Cuentas a Cobrar MEF así como cuentas por cobrar por concepto de venta de inmuebles al ejecutarse la garantía de Casa de Galicia (el comprador fue el Círculo Católico del Uruguay); en el pasivo, se registran las deudas asumidas para la cancelación de los TD emitidos por los fideicomisos de Casa de Galicia. Se comprueba la solvencia del Fideicomiso de Garantía para hacer frente a los compromisos asumidos.

Se reitera cómo se interpreta lo dispuesto legalmente en caso de usarse la garantía tal como ha ocurrido. La Ley 18.439 en el Artículo 2 establece que en caso de que los recursos deban aplicarse al pago de las garantías, se realizarán nuevos aportes desde Rentas Generales, por el monto máximo anual autorizado, hasta la cancelación total del financiamiento obtenido por las instituciones.

El acumulado de los resultados provenientes de las inversiones que la Fiduciaria realiza para mantener el patrimonio del Fideicomiso, ha generado excedentes por sobre las UI 192 millones, los que por el contrato del Fideicomiso de Garantía queda afectado a responder por las garantías otorgadas.

Dado que el contrato de Fideicomiso no prevé que el MEF (Fideicomitente y Beneficiario) pueda hacer retiro de dicho excedente y que todo el patrimonio del Fideicomiso de Garantía respalda las garantías emitidas, se entiende no se requiere preceptivamente la recomposición de los fondos utilizados durante el período finalizado el 31 de diciembre de 2025 desde Rentas Generales, ya que la capitalización de los resultados generados por las inversiones financieras puede hacer las veces de aporte en la medida que el Fondo se mantenga en UI 192.000.000. Esto sigue siendo válido hasta la fecha.

Riesgos considerados¹¹ :

Riesgo de generación de flujos. A partir de lo anterior se trata de señalar la capacidad de generar los flujos en el plazo pactado. La cesión de cobranza de Fonasa prevista como garantía de pago de los títulos no presenta riesgos visibles. *Riesgo muy bajo.*

Riesgo de descalce de monedas. Este riesgo, en especial luego del proceso de reestructura ha disminuido considerablemente. *Riesgo casi nulo.*

¹¹. Los riesgos que se van a comentar tienen una baja ponderación en tanto la mayor fortaleza de los títulos que se califican es la garantía del Estado.

V. EL ENTORNO

1. Introducción

El análisis de entorno refiere a la evaluación de factores futuros, que pueden afectar la generación de los flujos necesarios para hacer frente a las obligaciones de pago contraídas, pero que derivan de circunstancias ajenas a la Institución y refieren al marco general, en especial al mercado y a las políticas públicas. En este caso, el análisis tiene una relevancia menor por cuanto, como se ha referido en capítulos anteriores, es la garantía del Estado la principal y excluyente fortaleza de la calificación. No obstante y por ser un sector muy dependiente de disposiciones de política pública, CARE realiza en ocasión de cada actualización de calificación algunas referencias al marco general en el que se desenvuelve el sector salud.

En este sentido el análisis de entorno se detiene en los factores que pueden evidenciar tensiones en el sistema: gasto público asociado, cobertura, endeudamiento institucional, precios relativos entre los administrados del sector salud y los restantes de la economía (véase Anexo). En efecto el gasto público es imprescindible para transferir lo pertinente a las instituciones, y las fijaciones administrativas de precios relevantes deben monitorearse para verificar que recojan los costos asociados. Finalmente el endeudamiento bancario podría evidenciar una alarma sobre desajustes en el sistema, por ejemplo fijaciones de precios que no sigan a los costos.

El sector no reviste, en general, cambios significativos en los meses que separan cada una de las actualizaciones, aunque se observa que ASSE ha cobrado una mayor participación en el mercado. Como se viene comentando en actualizaciones anteriores, el déficit es relevante al ser los gastos poco flexibles.

El desajuste entre los ingresos y egresos del FONASA del año 2025 evidenció un déficit de más de 38 mil millones de pesos, frente a los 32,3 mil millones de 2024.

Por otra parte, el gasto en salud se mantiene dentro de los parámetros normales de tendencia internacional. Sin embargo, el "Observatorio del sistema de salud del Uruguay", proyecta que para el año 2050, el cambio en la estructura demográfica aumentaría el gasto en salud en 14% por encima del PBI.

El peso del sector en las finanzas públicas es sustancial: en el Presupuesto Nacional 2025, el área de Salud representó el 13,04% del gasto total del Estado, posicionándose como la tercera área de mayor magnitud (solo por detrás de Seguridad Social y Educación). El 53,5% de este gasto es ejecutado directamente por ASSE, evidenciando su rol central en la prestación de servicios.

Las decisiones de política pública del Gobierno en cuanto a la obtención de equilibrios macroeconómicos son importantes para definir la coyuntura sectorial y la fortaleza del sistema. No obstante cabe recordar una vez más, que es la garantía del Estado, la principal y excluyente fortaleza de la calificación.

El endeudamiento de las Instituciones no parece haberse desalineado con respecto a los valores de los últimos años. CARE hace un seguimiento del endeudamiento bancario, ya que no cuenta con información del endeudamiento con proveedores y/o con algún componente de las remuneraciones al factor trabajo. Todas las variables se analizan de forma agregada, no ahondando en la realidad de

ninguna institución en particular. En este sentido, algunas instituciones proveedoras de servicios de salud pueden estar en dificultades financieras como es el caso del CASMU o haber quebrado como Casa de Galicia, y otras pueden estar evidenciando números alentadores en sus cuentas. A modo de ejemplo, en los últimos 12 meses, 24 instituciones perdieron afiliados y solo 14 los incrementaron, siendo ASSE la que más creció. Según informa el MSP, las instituciones “ganadoras” exhiben indicadores de gestión muy superiores a los de las instituciones “perdedoras”.

La actual Administración, ha establecido una clara intención de continuar contribuyendo a la sostenibilidad de los servicios de salud tal como se infiere a través de distintas intervenciones, como por ejemplo a través de su apoyo a encontrar soluciones financieras para el CASMU.

2. Discusión de los riesgos más relevantes

Al ser un mercado cerrado donde no existen shocks externos de relevancia, el sector salud tiene los principales riesgos asociados al mercado doméstico. El peso de las decisiones de índole político administrativas compone una parte importante del análisis de riesgo. Es así que la suerte del sector va en concordancia con la suerte de la economía del país (asociada al ingreso de los hogares y el empleo, este último decisivo para determinar los integrantes del sistema) y especialmente de las cuentas públicas. El riesgo sistémico se puede analizar a través del seguimiento de indicadores macro sectoriales que pueden advertir eventuales desequilibrios en el sector.

En este sentido, es importante analizar el déficit del Fonasa, que en una primera etapa se expandió como se esperaba, pero en 2024 se recoge una leve reducción de la brecha entre ingresos y egresos pero que vuelve a subir en 2025. De no mantenerse una relativa estabilidad de la situación podrían generarse reacciones políticas desfavorables. Las recientes modificaciones dispuestas por el Poder Ejecutivo en la metodología de cálculo del Costo Promedio Equivalente (CPE) incrementarán la recaudación del sistema. Como consecuencia, es de esperar una reducción gradual del déficit estructural en los próximos ejercicios en aproximadamente 80 millones de dólares anuales.

Para hacer un seguimiento del sector salud es preciso monitorear especialmente tres grupos de indicadores. El gasto público en salud, ya referido líneas arriba, los riesgos relacionados con los precios relativos (ingresos versus egresos), e indicadores que permitan estimar el nivel de endeudamiento del sistema. En definitiva si hubiera desajustes en las fijaciones de estos indicadores, habría más presiones sobre el mismo.

Todos estos aspectos se cuantifican en el Anexo 1 “Información sectorial”.

Riesgo Precios Relativos. Este indicador no reviste grados de deterioro relevantes. Después de una reducción de la relación cuota/salarios en el período 2005-2009, se estabilizó la relación de precios con la implementación de la cuota salud. El establecimiento de este precio administrado introduce los incrementos de costos en una paramétrica que después es negociada con el Poder Ejecutivo. Si el precio administrado no reflejara el aumento de costos, esto se evidenciaría en un mayor endeudamiento del sistema con los RRHH sectoriales, con los proveedores y/o con el sistema financiero. En este sentido, la metodología con la cual recaba el MSP la información sobre el sector salud en Uruguay no permite estimar con

precisión cuál es el grado de desajuste entre ingresos y egresos del sistema. Esto es así debido a que cuando se confecciona el gasto en salud, se estima su financiamiento y no se contempla el rubro endeudamiento. El rubro de financiamiento que podría estar sobredimensionado es el componente de "financiamiento de hogares". Este rubro contiene todo gasto realizado por los hogares, sea por pagos y copagos a las IAMC, a las emergencias móviles, a los seguros privados, etc. También oficia (en la metodología utilizada por el MSP) como rubro residual para que cierre el gasto con el financiamiento. Este indicador podría ser de gran utilidad para anticipar una eventual crisis en el sector salud. Riesgo medio.

Riesgo Político. Este riesgo se puede descomponer en dos aspectos:

- Hay que tener presente que el riesgo de los títulos de deuda de los distintos Fideicomisos dependen especialmente de la estabilidad de la política de garantías establecida y no tanto de la suerte de cada institución. Por lo tanto el riesgo político se vincula más bien a eventuales cambios en la Ley del Fondo de garantía IAMC (Ley 18.439), que no se visualiza como algo probable en el corto y mediano plazo. En definitiva si por problemas en todo el sector salud o propios de esta institución se generaran tensiones fuertes hacia adentro de la misma, los títulos de deuda mantendrían su respaldo. Más aún, la Ley 20325 (citada como último punto de Antecedentes en este informe) ratifica su alcance. Este es el principal componente del riesgo político y no evidencia probabilidad de ocurrencia, aún ante un nuevo cambio de gobierno.
- No obstante lo anterior, una señal de alerta sectorial sería el creciente desfasaje entre ingresos y egresos del FONASA. Éste, de persistir en el tiempo y sin alcanzar una cierta estabilidad, podría incrementar el riesgo sectorial sistémico en tanto es financiado por gasto público. Por otra parte, cabe agregar que el país mantiene un índice de riesgo consistente con el estatus de grado inversor de su deuda pública (alrededor de 60 puntos básicos en setiembre 2026, índice UBI de República AFAP). Asimismo los números de la economía, dan cuenta de la preocupación de la conducción económica por mantener los grandes equilibrios. Para su consideración se agrega el cuadro que sigue.

CUADRO 10: Expectativas y metas macroeconómicas

Uruguay	2024	2025	2026	2027
PIB: Variación interanual (1)	3,30%	1,80%	1,00%	1,80%
IPC anual (1)	5,80%	3,90%	4,30%	4,70%
Tipo de cambio (USD) s/promedio de diciembre (1)	44,00	39,10	40,50	41,40
Resultado Fiscal (GC-BPS en % s/PIB) -MEF	-3,20%	-4,10%	-4,00%	-3,50%
Deuda Neta (GC y BPS) (como % PIB)	58,00%	57,70%	58,00%	61,90%
Riesgo País (3)	79	66	60	
Mundo (2) "Perspectivas de la economía mundial"	2024	2025	2026	2027
Mundo (variación PBI)	3,30%	3,30%	3,00%	3,40%

(1) CPA Ferrere-Proyecciones Macro-julio 2026

(2) FMI, Actualización de las Perspectivas de la Economía Mundial a julio 2026

(3) Riesgo País a fin del año 2024 y 2025 y promedio setiembre 2026

El riesgo político en sus dos aspectos, y dada a importancia decisiva del primero, se considera bajo.

VI. CALIFICACIÓN DE RIESGO

El dictamen se construye a partir de la asignación de ponderadores y puntajes a los factores de riesgo que integran cada área de riesgo (los títulos, la fiduciaria, los activos subyacentes y el flujo de fondos, y el entorno). Dispuestos en una matriz, los indicadores de cada factor en cada área de riesgo, van generando puntajes a juicio del comité calificador que van conformando el puntaje final. Éste se corresponde con una nota de acuerdo al manual de calificación. En la matriz de calificación, las áreas se dividen en factores, y estos en indicadores.

En función del análisis de los principales riesgos identificados en cada sección; teniendo presente los diversos enfoques técnicos -jurídicos, cualitativos y cuantitativos -, tanto los presentados por el estructurador como los realizados por CARE; con la información públicamente disponible; el comité de calificación de CARE entiende que los títulos recogen nuevamente la calificación A.uy¹² de la escala de nuestra metodología. Se trata de una calificación de grado inversor.

Comité de Calificación



Ing. Julio Freyre



Cr. Martín Durán Martínez

¹². CATEGORÍA A (85 a 89.9 puntos)

Se trata de instrumentos que presentan para el inversor un riesgo bajo ya que evidencian un buen desempeño y una buena capacidad de pago. El propio papel, la condición de la administradora y de las empresas involucradas, la calidad de los activos, su capacidad de generar los recursos y la política de inversiones, y las características del entorno, dan satisfacción a los análisis practicados. A juicio del comité calificador solo en casos extremos, eventuales cambios en los activos o sus flujos, en la sociedad emisora, en los sectores económicos involucrados, o en la marcha de la economía, pueden incrementar levemente el riesgo del instrumento, que se muestra discretamente sensible a variaciones en las condiciones económicas o de mercado. La probabilidad de cambios desfavorables previsibles en el entorno es baja y compatible con la capacidad de la entidad de manejarlos, aunque incrementando también levemente el riesgo. **Grado de inversión con observaciones.**

ANEXO I

INFORMACION SECTORIAL



Información sectorial: Sector Salud

setiembre 2026

Ec. Mayid Sáder Neffa

Índice

Resumen Ejecutivo.....	3
Introducción	6
2.1 Cobertura	10
2.2 Financiamiento	12
2.3 Gasto en salud	13
3. Evolución de las fuentes de Financiamiento	15
4. Precios Relativos	19

Resumen Ejecutivo

La presente actualización del sector Salud no evidencia alertas sectoriales, en lo que respecta a los indicadores micro y meso económicos.

Como se describió oportunamente en los informes anteriores, el mayor riesgo económico del Sistema está asociado al financiamiento que le brinda el Estado en general y a la disposición desde la política pública de continuar con una serie de transferencias desde Rentas Generales para equilibrar las finanzas sectoriales. Las macrotendencias sectoriales continúan sin modificaciones relevantes, donde ASSE y los Seguros continúan ganando participación y las IAMC pierden. Al ser un juego de suma cero, lo que ganan algunos es idéntico a lo que pierden otros. Se evidencian 4 aspectos principales:

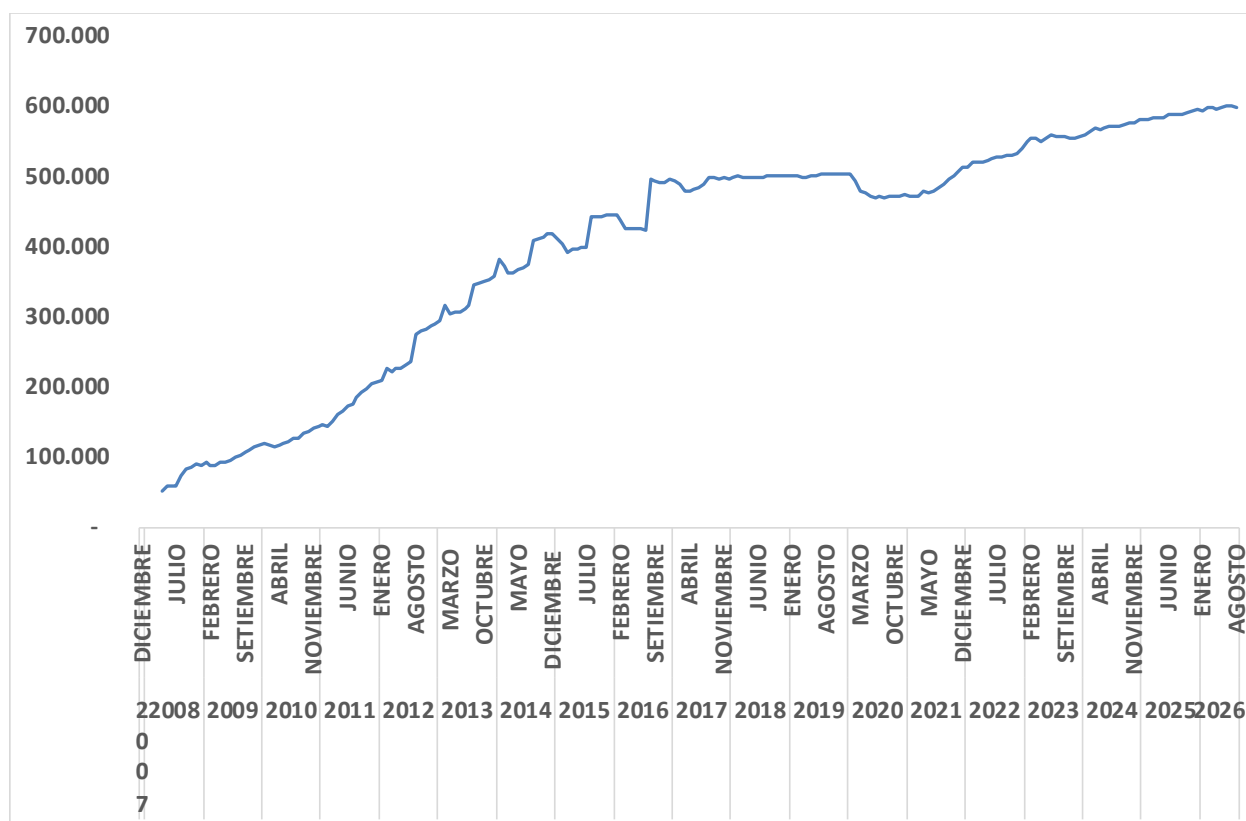
- 1) **Gana participación de mercado la ASSE (FONASA y no FONASA)** con foco en las personas pertenecientes a los hogares con menores deciles de ingreso.
- 2) **No pierden participación de mercado Las IAMC “eficientes”** que evidencian buenos indicadores económicos y de prestación de servicios.
- 3) **Ganan participación los Seguros Privados** con foco en las personas pertenecientes a los hogares con mayores deciles de ingreso.
- 4) **Pierde participación las IAMC** en situación comprometida, que revisten indicadores económicos y de prestación de servicios.
- 5) **El peso del sector en las finanzas públicas es sustancial:** en el Presupuesto Nacional 2025, el área de Salud representó el 13,04% del gasto total del Estado, posicionándose como la tercera área de mayor magnitud (solo por detrás de Seguridad Social y Educación). El 53,5% de este gasto es ejecutado directamente por ASSE, evidenciando su rol central en la prestación de servicios.

En términos generales se constata que:

- El Sector Salud en Uruguay, es un mercado intervenido desde la política pública en todas sus aristas.
- El gasto en salud ha crecido de forma ininterrumpida desde el 2007 hasta la fecha.
- En los últimos 12 meses (setiembre 2025 – agosto 2026) se ha evidenciado una estabilidad en el número de beneficiarios FONASA (incremento del 0,5%). ASSE continúa evidenciando un incremento de afiliados FONASA, describiendo una población de 1,5 millones de personas. En agosto del presente año, la cobertura FONASA por prestador se mantuvo en línea con anteriores informes con un aumento de ASSE. Un 74% pertenecientes a las IAMC, 22,5% de la ASSE y 3,5% de los seguros privados.
- Según informa el INE, el 98,8% de la población se encuentra amparada por algún tipo de cobertura de salud y aproximadamente 250.000 personas tienen más de una cobertura.
- El FONASA es deficitario, lo que obliga a Rentas Generales a realizar transferencias anuales para equilibrar sus cuentas. Si bien este desfasaje está previsto en su ley de creación, resulta imperioso monitorearlo semestralmente.

- El desajuste entre los ingresos y egresos del FONASA del año 2025 evidenció un déficit de más de 38 mil millones de pesos, frente a los 32,3 mil millones de 2024.
- El gasto en salud se encuentra dentro de los parámetros normales de tendencia internacional.
- Para mantener el sistema en equilibrio, CARE monitorea el cociente entre el valor de la cuota salud (principal ingreso) y los salarios (principal costo). Los valores y precios relativos entre ingresos y costos del sector salud se han mantenido alineados con la tendencia de los últimos años. La demanda por servicios de salud solo puede crecer por gasto per cápita, debido a que la tasa de crecimiento demográfico es cercana a cero. A su vez, la mayoría de los precios de referencia de la salud están fijados de forma administrativa, mientras que el costo de los insumos y el de los recursos humanos se regula de forma libre en el mercado.
- El mayor riesgo del Sistema está asociado al financiamiento del Estado en general y a la disposición desde la política pública de continuar con una serie de transferencias desde Rentas Generales para equilibrar las finanzas sectoriales. En este sentido, el riesgo de financiamiento del Sistema va de la mano con el riesgo financiero del Estado uruguayo.
- Uruguay transita una etapa de envejecimiento poblacional, potenciada por un continuo aumento de la esperanza de vida. El “Observatorio del sistema de salud del Uruguay”, proyecta que para el año 2050, el cambio en la estructura demográfica aumentaría el gasto en salud en 14% por encima de la variación del PBI. La demanda por una mejor calidad de vida implica un incremento sostenido de recursos para formación médica, nuevos procedimientos, tecnología avanzada, infraestructura y otras inversiones. El envejecimiento poblacional aumenta la presión sobre estos recursos y no parece sostenible que con el esquema actual, de aportes desde rentas generales, se logre satisfacer las crecientes demandas de una población envejecida y longeva. La reciente modificación en los criterios para el cálculo del CPE opera como un costo adicional de los usuarios del sistema que opera para mitigar el desfasaje entre ingresos y gastos descripto anteriormente.
- El endeudamiento de las Instituciones no parece haberse desalineado con respecto a los valores de los últimos años. CARE hace un seguimiento del endeudamiento bancario, ya que no cuenta con información del endeudamiento con proveedores y/o con algún componente de las remuneraciones al factor trabajo. Todas las variables se analizan de forma agregada, no ahondando en la realidad de ninguna institución en particular. En este sentido, algunas instituciones proveedoras de servicios de salud pueden estar en dificultades financieras como es el caso del CASMU o haber quebrado, como la extinta Casa de Galicia, y otras pueden estar evidenciado números alentadores en sus cuentas. A modo de ejemplo, en los últimos 12 meses, 24 instituciones perdieron afiliados y solo 14 los incrementaron, siendo ASSE la que más creció. Según informa el MSP, las instituciones “ganadoras” exhiben indicadores de gestión muy superiores a los de las instituciones “perdedoras”.

Evolución de los afiliados a ASSE a través del FONASA.



Fuente: elaboración propia en base a información del MSP.

A continuación, se describen los indicadores “clave” del sector Salud para el período calificado.

Indicador	Dato	Tendencia	Observación
Cobertura SNS (FONASA)	76,6% de la población	☐ Estable	Concentrada en activos (46%) y pasivos (24%).
Déficit FONASA (% PBI)	1,1% del PBI	☐ Creciente	Cubierto por Rentas Generales con mejoras en el ingreso FONASA a partir de 2027
Gasto en Salud / PBI	~9,0%	☐ Estable	En línea con estándares de la OCDE y promedios regionales.
Endeudamiento Bancario	USD 230 Millones	☐ Bajo	Representa menos del 2% del gasto total del sector.
Participación IAMC	74% (del FONASA)	☐ Decreciente	Pérdida de usuarios frente a ASSE y Seguros Privados.
Participación ASSE	22% (del FONASA)	☐ Creciente	Incremento del 150% en afiliados FONASA desde 2012.
Gasto de Bolsillo (Hogares)	~30% del financiamiento	☐ Estable	Incluye tickets, órdenes y cuotas de seguros privados.
Relación Cuota / Salario	Estable	☐ Alineada	Monitoreada por CARE para detectar desajustes de costos.
Relación Cuota/Productos Medicinales	Estable	☐ Alineada	Monitoreada por CARE para detectar desajustes de costos.

Introducción

La información sectorial que se presenta tiene una relevancia menor para la calificación de riesgo en lo que respecta a que los inversores recuperen en las condiciones pactadas las emisiones califica CARE, por cuanto, es la garantía del Estado, la principal y excluyente fortaleza de la calificación. No obstante, y por ser un sector extremadamente dependiente de disposiciones de política pública, CARE realiza en ocasión de cada actualización de calificación algunas referencias al marco general en el que se desenvuelve el mercado de la salud.

El sector no reviste, en general, cambios significativos en los meses que separan cada una de las actualizaciones, pero aun así corresponde observar las grandes tendencias que aparecen como determinantes para volver sustentable al Sistema Nacional de Salud. Este, al ser cerrado, debería evitar ciertas inconsistencias generales que lo volverían más vulnerable. Dichas inconsistencias se describen a continuación:

- **Valores y precios relativos entre ingresos y costos.** La demanda por servicios de salud tiene como tope a la población del Uruguay y su tasa de crecimiento demográfico es cercana a cero. A su vez, la mayoría de los precios de referencia de la salud están fijados de forma administrativa, mientras que el costo de los insumos y el de los recursos humanos se regula de forma libre en el mercado.
- **Endeudamiento de las Instituciones.** El endeudamiento podría ser el primer síntoma de desajuste. Este podría ser bancario, con proveedores y/o adeudando algún componente de las remuneraciones al factor trabajo.
- **Financiación del desajuste entre los ingresos y egresos del FONASA.** Esta variable refiere a las partidas desde el Estado para cubrir las diferencias del Sistema.

1.1 Descripción General.

El sistema de salud uruguayo contiene un ecosistema normativo e institucional denso y complejo. A su vez, tiene dos grandes fuentes de financiamiento: pública y privada. Las fuentes públicas, incluyen las contribuciones obligatorias de los trabajadores y empresas del sector formal de la economía, las contribuciones obligatorias de los trabajadores del sector público y los impuestos generales. Estos recursos se reúnen en el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Adicionalmente al FONASA, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) asegura la cobertura de las intervenciones más costosas, financiando las intervenciones de alta complejidad tecnológica. Existen otros fondos que cubren coberturas costosas a grupos de funcionarios (fuerzas armadas y policías). La fuente de financiamiento privada se denomina “cuenta hogares”, la que se compone del “gasto de bolsillo” y los seguros privados (Ver Gráfica 1).

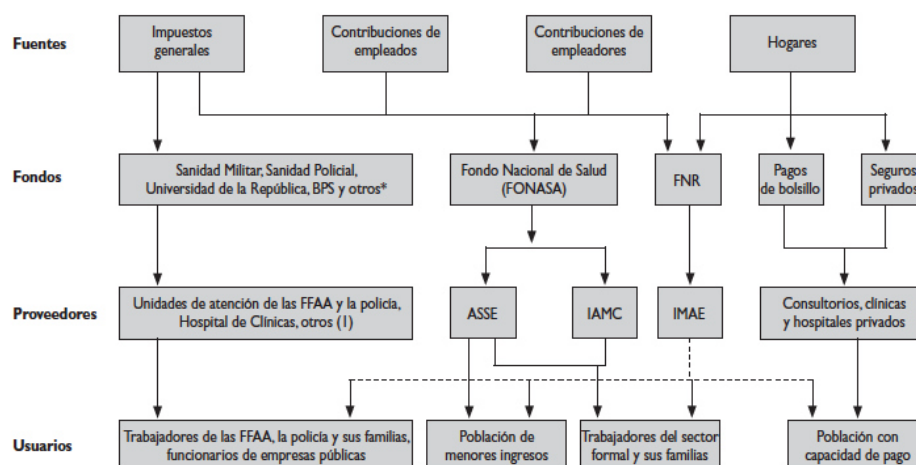
El principal proveedor de servicios de salud es el grupo de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro que ofrecen atención integral a 61% de los uruguayos¹. La mayoría de estas instituciones cuenta con unidades de atención propia. El sector privado cuenta también con los Seguros Privados, que

¹ Según el Anuario 2025 del Instituto Nacional de Estadística

son empresas que brindan atención a cambio del pago de primas cuyo monto depende del nivel de riesgo de los asegurados. Estos seguros cubren alrededor del 3,3% de la población. En este sector se incluyen también clínicas y hospitales privados que se financian con “pagos de bolsillo” y pagos de los seguros privados. Los proveedores públicos incluyen a la red de hospitales que están agrupados en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Hospital Universitario (Universidad de la República), las unidades de atención de las fuerzas armadas y policiales, y las unidades de atención primaria de los municipios. La ASSE, Hospital Militar, Hospital Policial y el Hospital Universitario dan cobertura a 40% de la población. ASSE y las IAMC reciben del FONASA pagos per cápita de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el Ministerio de Salud Pública. A cambio de esto se comprometen a ofrecer atención integral a los usuarios. Los otros prestadores públicos reciben sus recursos de leyes específicas.

El Ministerio de Salud Pública, órgano rector de la política de salud, también asegura con recursos del estado la salud de la población indigente.

Gráfica 1. Institucionalidad del Sector Salud.



Es de destacar la creación de la JUNASA como organismo desconcentrado dependiente del MSP, integrado por representantes del MSP, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Banco de Previsión Social (BPS) y de los trabajadores, usuarios e instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios asistenciales. La JUNASA suscribe contratos de gestión con cada uno de los prestadores del SNIS, regulando y controlando el cumplimiento de los derechos exigibles en número, tipo y calidad de las prestaciones recibidas por los beneficiarios del Sistema.

Desde el inicio de las modificaciones normativas más importantes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el 2007², el entorno de la salud en el cual CARE revisa sus calificaciones, fue incorporando algunas novedades. Como se podrá advertir, el SNIS conforma un mercado pseudo estatizado, cerrado, donde la iniciativa privada y la innovación tienen dificultades de emerger de forma espontánea. Es un ecosistema económico sectorial de suma cero, donde los socios que pierde una institución, necesariamente los gana otra dentro del Sistema, en el que está incluido ASSE (dentro del Fonasa). ASSE también asiste a personas que

² Ley No 18.211 del 5 de diciembre de 2007

no están incluidas en el FONASA, lo que se denomina ASSE – no FONASA. Se destacan varios ejercicios de experiencia en los procesos de reestructura empresarial, asistida con financiamiento público garantizado por el Estado de mutualistas de significación relevante y sustentabilidad económica comprometida. A su vez, el gasto destinado a la salud en relación al PBI creció un 25% por encima del PBI desde el 2007. Por lo antes mencionado, el sector salud es un mercado intervenido desde la política pública en todas sus aristas. Bajo esta premisa, CARE analiza el comportamiento del Sistema y su sustentabilidad, que corre una suerte paralela con las Finanzas Públicas.

Por lo antes expuesto y como se ha venido reiterando en todas las calificaciones y revisiones de los títulos de deuda realizadas desde 2010 a la fecha, ni las variaciones del entorno de la salud, ni las de la propia estabilidad y sustentabilidad de las empresas es determinante para evaluar la capacidad de repago de las deudas comprometidas en las diferentes emisiones. Esto se debe a la existencia de un mecanismo particularmente efectivo de garantías estatales y al blindaje jurídico constituido para hacerlas efectivas.

Sin embargo, la existencia de un Marco Normativo a veces cuestionado y la persistencia de déficits importantes en las instituciones mutuales asistidas en sus procesos de reestructura, obliga a seguir con atención los ajustes que se están produciendo en el entorno normativo, de financiamiento y políticas públicas referidas al sector.

La información pública disponible para la evaluación de los resultados asistenciales y económicos del modelo de salud no es completa. Por este motivo, CARE utiliza fuentes de información indirecta que, a través del monitoreo semestral y al seguimiento sistemático, brindan de alguna forma, información relevante para el análisis sectorial capaces de generar alertas tempranas de un desajuste estructural prolongado en el tiempo.

En el contexto actual, la magnitud de la asistencia financiera del sector público ha cobrado especial relevancia ante la persistencia del déficit estructural del sistema de salud. Al respecto, se destacan los siguientes puntos críticos:

a) Insuficiencia de aportes: La recaudación genuina del Fonasa resulta insuficiente para cubrir la totalidad de sus erogaciones, lo que exige una asistencia permanente de Rentas Generales para garantizar el equilibrio del fondo (Ver Cuadro 5).

b) Retracción de la masa de afiliados: El volumen de beneficiarios del Fonasa en las IAMC alcanzó su máximo histórico a mediados de la década pasada con 2,2 millones de personas; sin embargo, al cierre de 2025, esta cifra se contrajo hasta situarse en 1.998.176 usuarios.

c) Desplazamiento hacia el sector público – ASSE NO FONASA –. Se observa una transferencia significativa de usuarios desde el sistema mutual hacia ASSE, organismo que incrementó su padrón en 100.000 beneficiarios durante el período de pandemia y mantiene una tendencia al alza.

d) Consolidación de los Seguros Privados: Como contrapartida, los Seguros Integrales han emergido como un segundo receptor de afiliados. Aunque su participación es menor en términos relativos, sostienen un crecimiento ininterrumpido en su cuota de mercado.

El gasto público es el sostén del sistema de salud, y se materializa vía transferencias al FONASA, o a través de transferencias a Salud Pública (ASSE no FONASA), Hospital de Clínicas, Policial y Militar. Es importante aclarar que el diseño del SNIS en lo que respecta a su Resultado Económico, es presionado en varios sentidos. Por un lado, el aumento de la esperanza de vida tiende a aumentar los egresos del Sistema, por otro lado, el crecimiento del gasto en salud es rígido a la baja. El Estado en toda su dimensión tiene y tendrá presiones políticas para asistir

ante dificultades económicas, financieras y de empleo a varios sectores de la economía además del de la salud.

El análisis de entorno se detiene en los factores que pueden evidenciar tensiones en el sistema: gasto público sectorial, cobertura, endeudamiento institucional, precios relativos entre los precios administrados del sector salud y los restantes precios de la economía. En efecto, el gasto público es imprescindible para transferir los ingresos a las Instituciones oferentes de servicios de salud, y las fijaciones administrativas de precios relevantes deben monitorearse para verificar que recojan los costos de producir dichos servicios. Finalmente, el endeudamiento del sistema podría evidenciar una alarma sobre desajustes en el Sistema, desde fijaciones de precios que no siguieran a los costos. El endeudamiento se podría gestar por una combinación de:

- a. atrasos en el pago de las remuneraciones al factor trabajo,
- b. atrasos en los pagos a proveedores y,
- c. atrasos en el pago de créditos al sector financiero formal.

En los primeros 2 puntos, CARE no cuenta con información estadística de análisis³. La única información que se analiza en el presente Informe es la referente al endeudamiento con Instituciones Financieras, estadísticas generadas con periodicidad mensual y con un mínimo atraso por el BCU (no mayor a 3 meses). No obstante, no se registran alarmas en los puntos a y b.

1.2 Marco Regulatorio en Uruguay.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se diseñó a través de cuatro leyes fundacionales entre el 2005 y el 2007. En primer lugar, la Ley 17.930 de Presupuesto Nacional (2005-2010) estableció las grandes líneas programáticas del SNIS. Luego la Ley 18.131 creó el FONASA, la Ley 18.161 que descentraliza a los servicios de salud estatales (ASSE) y la Ley 18.335 que regula la garantía de derechos y deberes de los usuarios. La Ley 18.211 define el modelo de financiamiento y completa la configuración del SNIS explicitando en el artículo cuarto sus objetivos generales. En diciembre de 2010, se aprobó la Ley 18.731 por la que se incorporaron a la cobertura por FONASA los jubilados y pensionistas, profesionales que ejercen fuera de la relación de dependencia y aquellos que hasta ese momento se encontraban cubiertos por Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales. Asimismo, incluyó un capítulo modificativo del régimen de aportes personales al financiamiento del fondo, que supuso el establecimiento de un umbral por encima del cual se procede a la devolución de aportes.

Asimismo, se creó el Seguro Nacional de Salud (SNS) que es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) organismo desconcentrado del MSP, con participación de trabajadores, usuarios y representantes de las Instituciones que prestan servicios integrales de salud. El SNS toma como base para su creación al Seguro de Enfermedades del Banco de Previsión Social (ex DISSE), al cual tenían derecho hasta la reforma del 2008, todos los trabajadores privados del país, y es financiado por el FONASA creado en agosto de 2007 a partir de la Ley 18.131, fecha que comienza la ampliación de la cobertura de la seguridad social a nuevos colectivos de ciudadanos.

El financiamiento del seguro es a través de: (a) aportes patronales del 5% sobre las retribuciones y aporte de los trabajadores de: (a) 3% para quienes perciben menos de dos BPC⁴, y (b) de 4.5% y 6% en caso de superar el límite de ingresos mencionado. En el caso de los jubilados, se aplican las mismas condiciones.

³ No hubo ninguna información relevante a nivel de los medios de comunicación que indique una desmejora en los puntos a) y b).

⁴Base de Prestaciones y Contribuciones

Estos aportes otorgan al trabajador el derecho a la atención de su salud y la de sus hijos en cualquiera de los prestadores integrales del SNIS. Sea del sector público, de ASSE, IAMC o seguros integrales.

La JUNASA es la encargada de administrar el SNS. Firma contratos de gestión con los prestadores integrales de salud y paga una cuota por cada beneficiario. Dicha cuota consta de un componente cápita ajustado por edad y sexo de los usuarios y un pago por el cumplimiento de metas asistenciales.

A continuación, se describen las normas básicas que regulan al mercado:

- Ley N° 18131 Creación del Fondo Nacional de Salud
- Ley N° 18161 Descentralización de ASSE
- Ley N° 18211 Creación del SNIS
- Ley N° 18335 Ley de Derecho de los Usuarios
- Ley N° 18439 Creación del Fondo de Garantía IAMC
- Ley N° 18731 Cronograma de ingreso de pasivos a FONASA
- Ley N° 18922 Precisiones respecto a los contenidos de la Ley 18731 y facultades del FONASA.
- Decreto 1/024
- Ley 20.325 del 23 de agosto de 2024 y
- Decreto 11/2026.

2. La Salud en Cifras

La cobertura de servicios de salud entre la población uruguaya es prácticamente universal. Tras la reforma del sistema en 2007, la cobertura a través de FONASA pasó de algo más de un 20% a casi un 70% en 2014, estabilizándose actualmente en torno a un 72%-73%.

El sistema de prestadores privados nuclea a la mayoría de los usuarios, pero evidencia una reconfiguración interna en los últimos años.

2.1 Cobertura

Según informa el INE, los proveedores de servicios de salud pueden ser públicos o privados. Dentro de los públicos se encuentra el MSP, ASSE, Hospital de Clínicas, Hospital Militar, Hospital Policial, las Policlínicas de las Intendencias, Sanatorios y policlínicas de organismo públicos (en especial Entes Autónomos o Servicios Descentralizados del Estado) y los IMAE Públicos (Ver Cuadro 1). En lo que respecta a los privados, se dividen entre los IMAE⁵ privados nacionales o del exterior, las IAMC, los Seguros Privados, los consultorios privados y las farmacias.

⁵ Institutos de Medicina Altamente Especializada.

Cuadro 1. Distribución en % de la población, por área geográfica, según sistema de atención de salud			
Sistema de atención de salud	Total	Montevideo	Resto País
Total	100	100	100
Instituciones de asistencia médica colectiva	55	63	50
Ministerio de Salud Pública	36	25	43
Sanidad Militar	3	3	3
Sanidad Policial	3	4	3
Seguro Privado	3	5	2

Fuente: Anuario 2023. Instituto Nacional de Estadística (INE) - Encuesta Continua de Hogares (ECH).

La cobertura del FONASA (IAMC y ASSE FONASA) alcanza el 76% de la población, una cifra aproximada de 2,67 millones de personas (2.670.979 ⁶).

El proveedor de salud que agrupa a más ciudadanos son las IAMC seguidos por ASSE. Por último, se encuentran los seguros que concentran, generalmente, a los sectores socioeconómicos de mayor poder adquisitivo.

En lo que respecta a la distribución de los afiliados en el sistema privado, el 58% de los afiliados FONASA se encuentran distribuidos en la capital, mientras el 42% restante se distribuye en los departamentos del interior del país.

Otra alternativa metodológica utilizada para inferir el porcentaje de la población que tiene algún tipo de asistencia de salud es a través de la información de la Encuesta Continua de Hogares y/o del Anuario Estadístico del INE. De ella se extrae que el 55% de la población se atiende en alguna IAMC y el 36% se atiende en ASSE (ver Cuadro 2 y Gráfica 2).

⁶ Datos hasta agosto 2026. BPS - AFMU

Cuadro 2. Afiliaciones integrales, según tipo de institución y sexo, por tipo de cobertura

Institución y sexo	Total		FONASA		No FONASA	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
IAMC (1)	2.146.979	100%	1.980.676	92,3%	166.303	7,7%
Hombre	1.037.423	48,3%	947.504	48%	89.919	54,1%
Mujer	1.109.556	51,7%	1033172	52%	76.384	45,9%
Seguros privados	127.786	100%	91.222	71,4%	36.564	28,6%
Hombre	59.791	46,8%	41.855	45,9%	17.936	49,1%
Mujer	67.995	53,2%	49.367	54,1%	18.628	50,9%
ASSE (2)	1.430.532	100%	581.975	40,7%	848.557	59,3%
Hombre	713.100	49,8%	273.992	47,1%	439.108	51,7%
Mujer	717.432	50,2%	307.983	52,9%	409.449	48,3%
Sanidad Policial	114.259	100%	..	..	114.259	100,0%
Hombre	55.404	48,5%	..	..	55.404	48,5%
Mujer	58.855	51,5%	..	..	58.855	51,5%
Sanidad Militar	126.481	100%	..	..	126.481	100,0%
Hombre	66.631	52,7%	..	..	66.631	52,7%
Mujer	59.850	47,3%	..	..	59.850	47,3%

Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP) - Área Economía de la Salud (AES) en base al Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF). Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Nota: Afiliaciones integrales (no personas) por lo tanto una persona puede tener asociada más de una cobertura.

(1): Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

(2): Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

2.2 Financiamiento

Las fuentes de financiamiento se pueden agrupar de la siguiente forma:

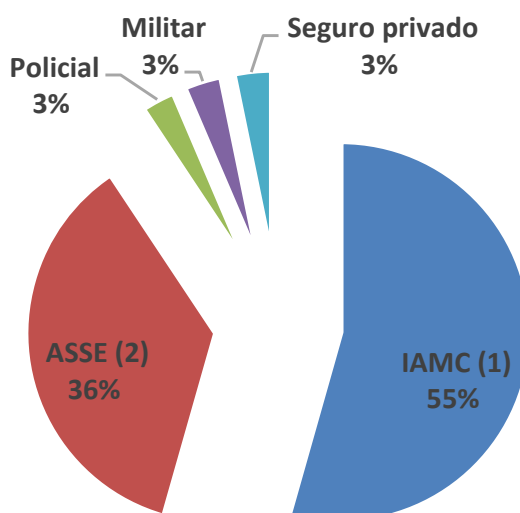
Impuestos y contribuciones. Se destinan en su totalidad a Instituciones Públicas (MSP, ASSE, UdelaR, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Intendencias, BSE y BHU)

Contribuciones obligatorias. Se destinan en su totalidad a Instituciones Públicas (FNR y BPS)

Precios. Fondos provenientes de Empresas Públicas que se destinan al financiamiento de la cobertura de salud de sus funcionarios.

Hogares. A través de las cuotas y pagos de cada persona que destina recursos hacia Instituciones Privadas. Estas son IAMC, Seguros privados, Emergencias móviles y Asistencia particular en consultorio y farmacias.

Gráfica 2. Población según sistema de atención de salud.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE

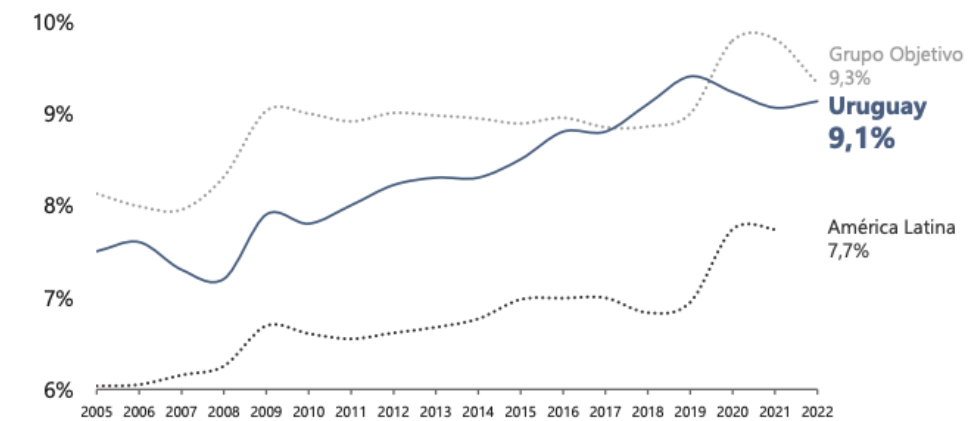
2.3 Gasto en salud

Como se describió anteriormente, en el mercado de la salud en Uruguay interactúan diversos agentes. Por un lado, están los demandantes de servicios o consumidores, que es básicamente toda la población, excepto una minoría que no está incluida en el sistema. Por otro lado, están los oferentes de servicios, públicos y privados (IAMC, seguros, emergencias médicas, consultorios), del Interior y de Montevideo.

Esta demanda tiene la especificidad de que el envejecimiento de los afiliados al sistema IAMC con relación a la población del país y unos costos de servicios médicos crecientes, hacen que sea indispensable que la cuota o el precio de la salud se adecúe sistemáticamente al aumento de gasto que implican los dos componentes antes mencionados. A continuación, se describirán algunas características del gasto en salud en Uruguay y su financiamiento. Asimismo, se describirán las características salientes de la demanda por servicios de salud.

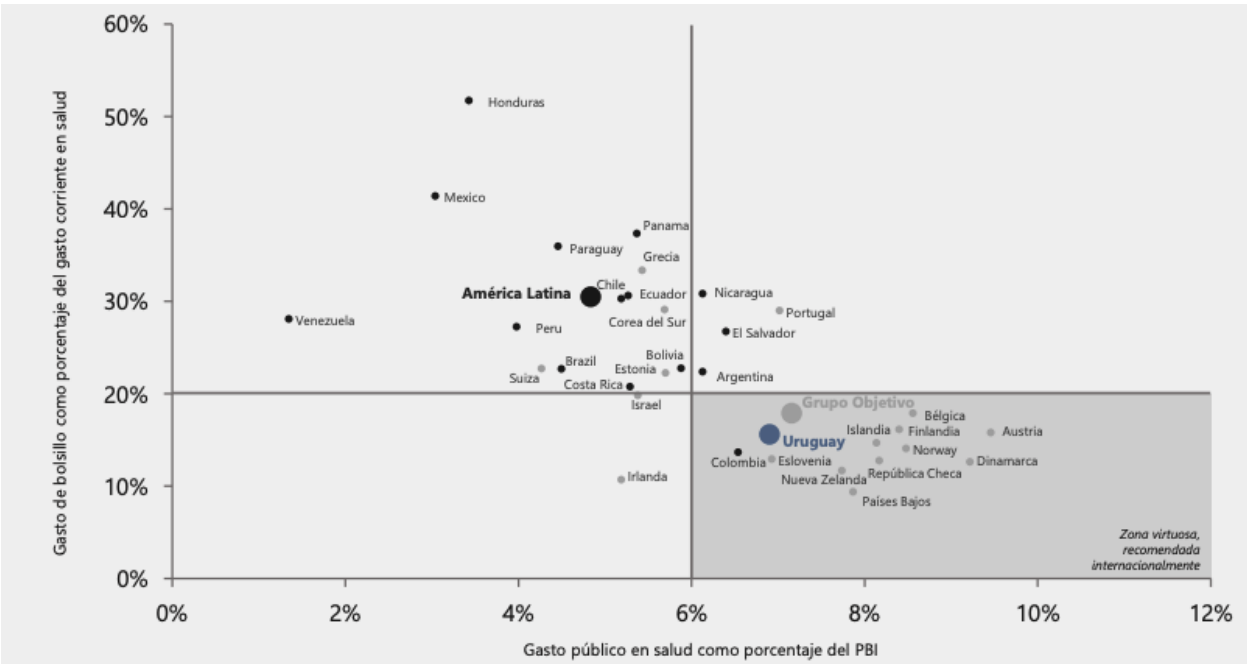
Luego de evidenciar un incremento continuo entre 2008 y 2015, el gasto en salud se estabilizó en un 9% del PBI aproximadamente (ver Gráfica 3). En lo que respecta a la comparación internacional, el gasto en salud se encuentra dentro de los parámetros normales de tendencia internacional (ver Gráfica 4). El gasto en salud (GTS), como se muestra en la Gráfica 3, donde describe un incremento significativo en los últimos años. Dicha gráfica compara el gasto en Uruguay con respecto al evidenciado en América Latina y contra un grupo de países que ostentan buenos indicadores de desempeño acceso a servicios de salud y recursos.

Gráfica 3. Gasto en Salud/PBI. Uruguay, América Latina y Grupo Objetivo⁷



Fuente: CERES

Gráfica 4. Comparación internacional de gasto en Salud y zonas recomendadas



Fuente: CERES

⁷ El grupo objetivo son países con indicadores de desarrollo y calidad de vida que Uruguay podría aspirar en el mediano – largo plazo. (Suiza, Noruega, Islandia, Dinamarca, Irlanda, Países Bajos, Finlandia, Bélgica, Nueva Zelanda, Corea del Sur, Israel, Eslovenia, Austria, Estonia, República Checa, Grecia, Portugal)

14

3. Evolución de las fuentes de Financiamiento

En esta sección se describirá la evolución del financiamiento del sector como un sistema cerrado, independientemente de que haya o no Instituciones ganadoras y perdedoras dentro del mismo.

Como fue mencionado anteriormente, el gasto público en Salud ha crecido en los últimos años. También su financiación, en particular a partir de la reforma del 2008 con la creación del FONASA que dotó al sistema de más recursos de los que contaba en el pasado.

El Sistema de Salud se financia con fondos públicos y con fondos privados⁸. Las fuentes de financiamiento públicas se componen de impuestos generales y departamentales, ingresos de las empresas públicas mediante los precios que cobran por la provisión de servicios y contribuyentes a la seguridad social. El financiamiento público representa dos tercios del gasto total, aumentando el financiamiento a través de la seguridad social, en particular por el FONASA (representando alrededor del 75% de la fuente de financiamiento de la Salud a través de la Seguridad Social). Luego de un importante incremento en el período 2010 – 2018, este rubro del gasto se estabilizó a partir año 2019 (Ver Gráfica 3). No obstante, y como se mencionara anteriormente, la estabilización en el gasto estuvo asociada a una disminución de los afiliados que fueron a Salud Pública (ASSE).

En lo que respecta al financiamiento privado de los hogares se realiza a través del gasto directo en Salud que hacen las personas (estos denominan financiamiento de “Prepago” y “Gastos de Bolsillo”).

Dentro del financiamiento del sector público para la realización de servicios de salud se destacan las contribuciones a la seguridad social, que participan aproximadamente en un 60%. A su vez, ese 60% se subdivide en contribuciones del empleador, del empleado, de pasivos y de transferencias del gobierno a la seguridad social.

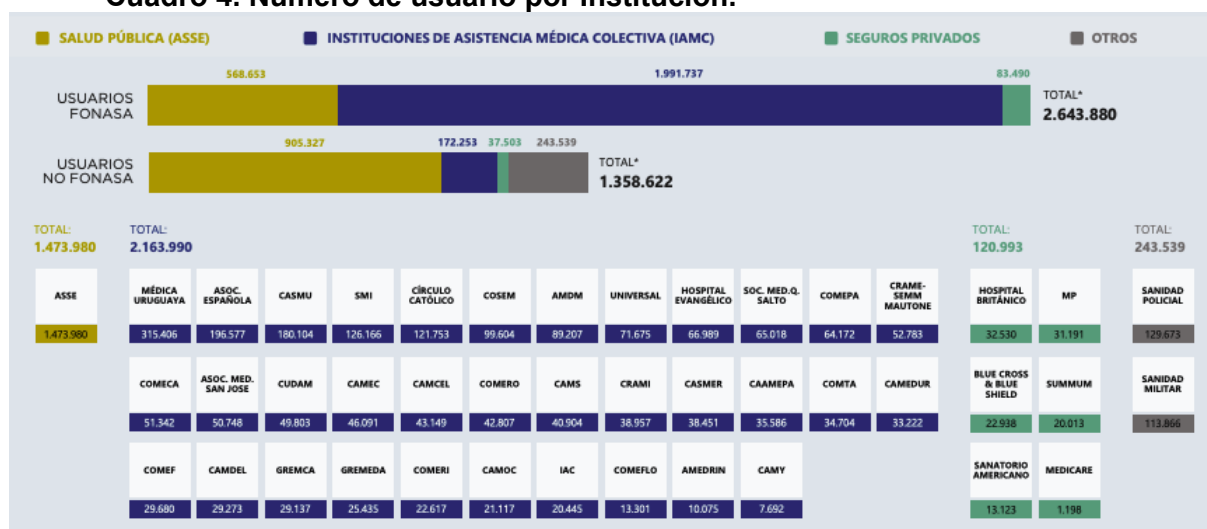
Cuadro 3. Como se financian las instituciones (IAMC, ASSE, Seguros y Otros*)

¿Cómo se financia cada grupo de usuarios?				
	SALUD PÚBLICA (ASSE)	IAMC	SEGUROS PRIVADOS	OTROS
Aportan a Fonasa	Fonasa	Fonasa	Fonasa + Pagos voluntarios	-
NO aportan a Fonasa	Rentas Generales	Pagos voluntarios	Pagos voluntarios	Rentas Generales

*otros refieren al Hospital Militar, Hospital Policial y Hospital Universitario
Fuente: CERES

⁸ También se financia con fondos provenientes del Resto del Mundo, aunque en el Sistema uruguayo este rubro es marginal.

Cuadro 4. Número de usuario por Institución.



*otros refieren al Hospital Militar, Hospital Policial y Hospital Universitario
Fuente: CERES

El FONASA es deficitario, lo que implica que año tras año, Rentas Generales debe de realizar transferencias para equilibrar las cuentas. El déficit del año 2025 fue de 38.838 millones de pesos (ver Cuadro 5), verificando un incremento del cociente transferencias/egresos.

Cuadro 5. Transferencias de Rentas Generales al Fonasa

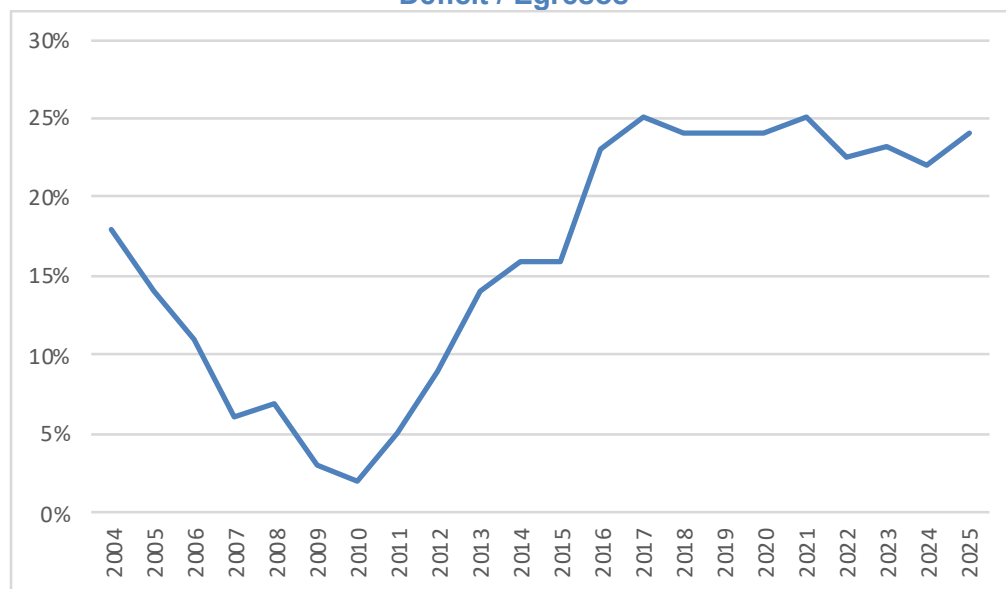
Cuadro 5. Transferencias de Rentas Generales al FONASA y Egresos Totales. Millones de pesos											
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Egresos	72805	83361	90292	97563	103744	112207	122499	137199	147692	162773	
Transferencias	-16808	-20637	-21825	-23086	-24217	-27641	-27504	-31874	-32339	-38838	
%s/Egresos	-23%	-25%	-24%	-24%	-24%	-25%	-22%	-23%	-22%	-24%	

Fuente: CARE en base a información del BPS

Como se describió en informes anteriores, los egresos aumentaron fuertemente en la década pasada debido a que año tras año se fueron incorporando personas en tramos de edad que generan más gastos que ingresos, especialmente los pasivos. Dicho colectivo evidencia requerimientos de salud más intensivos, donde los valores de las cápitas son superiores al resto de los grupos etarios, con excepción de los recién nacidos.

- Como fuera mencionado anteriormente, el Poder Ejecutivo modificó la metodología de cálculo del Costo Promedio Equivalente (CPE) incrementando la recaudación del sistema. Como consecuencia, es de esperar a partir de 2027, una reducción gradual del déficit estructural en los próximos ejercicios en aproximadamente 80 millones de dólares anuales.

**Gráfica 5. Evolución de las transferencias de Rentas Generales al FONASA
Déficit / Egresos**



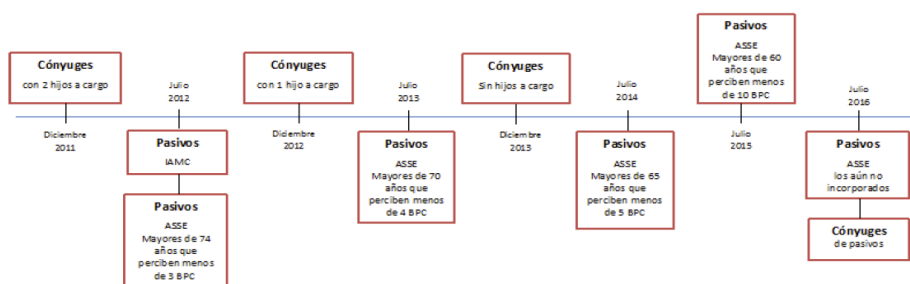
Fuente: MSP

Desde la implementación del Sistema, los colectivos incorporados han sido los siguientes:

- Trabajadores amparados al antiguo sistema de salud
- Trabajadores formales de la actividad privada y sus hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad
- Trabajadores de la actividad pública sin cobertura
- Trabajadores y pasivos bancarios
- Trabajadores que desarrollan su actividad como Servicios Personales,
- Trabajadores de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales y afiliados a Caja Notarial de Seguridad Social.
- Cónyuge o concubino del aportante con o sin hijos menores de 18 años a cargo
- Jubilados que se desempeñaron como dependientes con ingresos menores a 9954 pesos uruguayos del 1 de enero de 2014.
- Jubilados que se desempeñaron como no dependientes con ingresos de hasta 2.5 BPC e integren hogares cuyo promedio de ingresos por todo concepto por persona no supere las 2.5 BPC
- Nuevos Jubilados que en situación de actividad tuvieran amparo en el SNIS
- Jubilados por incapacidad física con ingresos de hasta 4 BPC, jubilados de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales cuya afiliación mutual está financiada íntegramente por dichos seguros y jubilados de Caja Notarial de Seguridad Social.
- Jubilados y Pensionistas IAMC y Pasivos ASSE mayores de 74 años y con ingresos de hasta 3 BPC
- Jubilados y Pensionistas mayores de 70 años con ingresos hasta 4 BPC

En la Gráfica 6 se describe a la evolución de las incorporaciones realizadas.

Gráfica 6. Evolución de los incorporados al FONASA.



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud

En lo que respecta al financiamiento de la salud a través del sistema financiero, resulta especialmente pertinente considerar el endeudamiento bancario que tiene el sector. En base a dicha consideración, en este sentido y como se comentó párrafos arriba, se introdujo el seguimiento del endeudamiento sectorial en el sistema bancario reportado por el BCU.

Para estimar el nivel de endeudamiento se tomaron los créditos a los tres sectores directamente relacionados con la salud. Estos son: “Actividades de hospitales”, “Actividades de médicos” y “Otras actividades relacionadas con la salud humana”⁹. Se tomó en cuenta el nivel de créditos del sistema bancario consolidado y los créditos en moneda nacional y en moneda extranjera.

El endeudamiento bancario sectorial se describe en la gráfica 5. En valores constantes continúa manteniendo una tendencia de crecimiento levemente positiva. Su cuantía no es relevante – equivalente a 230¹⁰ millones de dólares- ya que representa menos del 2% del gasto en salud. Igualmente es importante realizar un monitoreo periódico ya que podría ser un indicador que brindara señales de alerta sectoriales. Otras dos fuentes de endeudamiento que podrían impactar en la solvencia del sistema serían: el endeudamiento con proveedores (básicamente Laboratorios) y dilaciones en el pago de retribuciones a los Recursos Humanos de las instituciones. CARE no cuenta con información estadística sobre estos indicadores de endeudamiento.

En lo que respecta al uso del Fondo de Garantías de las IAMC¹¹, el Fondo de Garantía atendió la situación de tres IAMC: CASMU, Asociación Española y Casa de Galicia. En los tres casos las garantías respaldaron emisiones en el mercado de valores para financiar procesos de transformación empresarial y en algunos casos para reperfilar pasivos. Como fuera mencionado párrafos arriba, el CASMU gestionó un nuevo uso del Fondo ante un empeoramiento de su situación financiera.

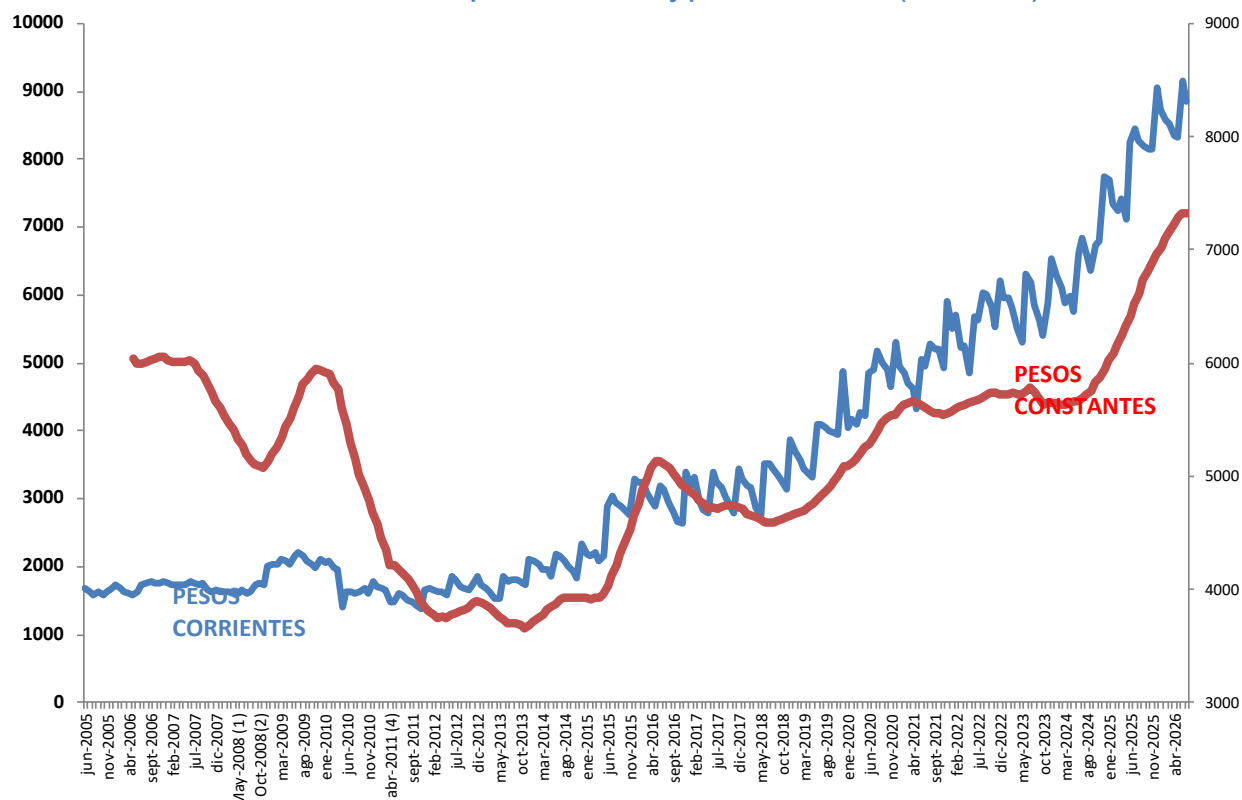
⁹ Sector CIU revisión 3, código 85110, 85120 y 85190

¹⁰ El incremento del endeudamiento en dólares respecto a la calificación pasada responde a que los créditos (en su mayoría) están expresados en pesos uruguayos y/o UI. La importante apreciación del peso uruguayo en 2025, explica el incremento de los créditos expresados en dólares.

¹¹ Ley 18.439. Creación del Fondo de Garantías destinado a garantizar el repago del financiamiento que obtuvieron aquellas IAMC integrantes del SNIS que se encontraran en situación de insolvencia.

Gráfica 7. Endeudamiento del sector salud

Créditos al sector salud en millones de pesos corrientes y pesos constantes (enero 2023)



Fuente: elaborado por CARE en base a datos del BCU

4. Precios Relativos

Los principales precios del Mercado de la Salud refieren a los que impactan en los ingresos y los que impactan con mayor ponderación en los costos. Por ese motivo, CARE realiza un seguimiento de los precios relativos (relación entre los precios que inciden en el ingreso y precios que inciden en los costos). En lo que refiere a los ingresos, el precio más relevante del Sistema es la cuota “salud¹²”. En lo que refiere a los precios que inciden en los costos, los precios más relevantes en la función de producción de servicios de salud son: (a) el precio del factor trabajo (salario “sectorial”) y (b) el precio de medicamentos e insumos médicos. Según detalla el cuadro 6, “la remuneración de los recursos humanos” representa entre el 66% y el 68% de los costos de los “prestadores de salud”, “otros suministros y servicios” y “medicamentos” representan entre el 26% y 33%. De esta forma, CARE realiza un seguimiento de la evolución histórica de los cocientes entre el precio y los costos más relevantes.

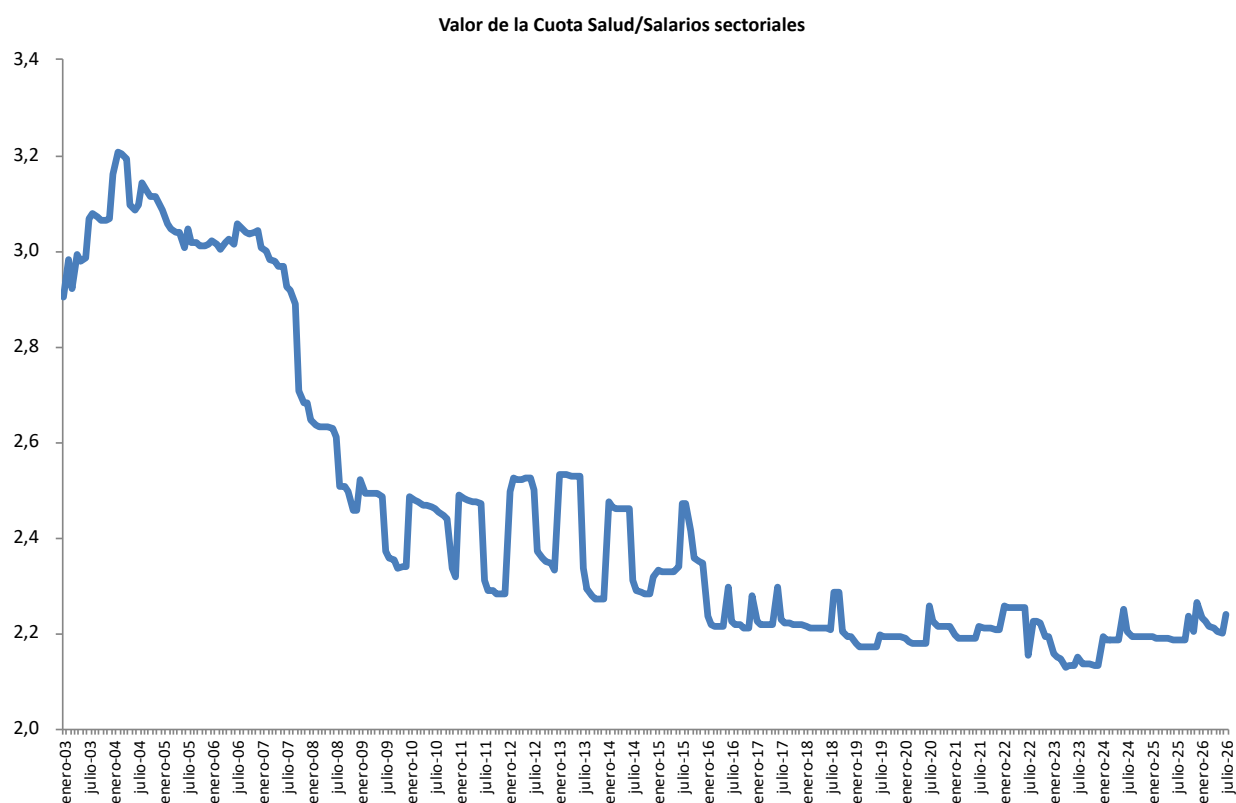
¹² Es un precio administrado por el Poder Ejecutivo que contempla la variación en los costos según una paramétrica definida. Corresponde al precio por cápita descrito en el punto 1.2 del presente informe.

Cuadro 6. Estructura del gasto de la producción de los servicios de Salud		
Gasto	ASSE	IAMCS
Remuneración de Asalariados	51	64
Remuneración de Profesionales autónomos	15	4
Materiales y servicios	33	26
Otros Gastos	1	6
Total	100	100

Fuente: CARE en base al Informe de Cuentas Nacionales de Salud (MSP-OPS/OMS)

Los ingresos y los gastos, en tendencia, deberían moverse de forma similar en el largo plazo. Salario sectorial e insumos podrían complementarse, o sea, cuando uno aumenta el otro pueda disminuir y viceversa. Lo que no es sustentable en mediano y largo plazo, es que estos aumenten y que el valor de la cuota no lo haga en la misma proporción. La persistencia de aumentos de salarios y costos de insumos no reflejadas en el precio de la cuota deberían verse aparejados en un aumento del endeudamiento bancario, con proveedores o con empleados.

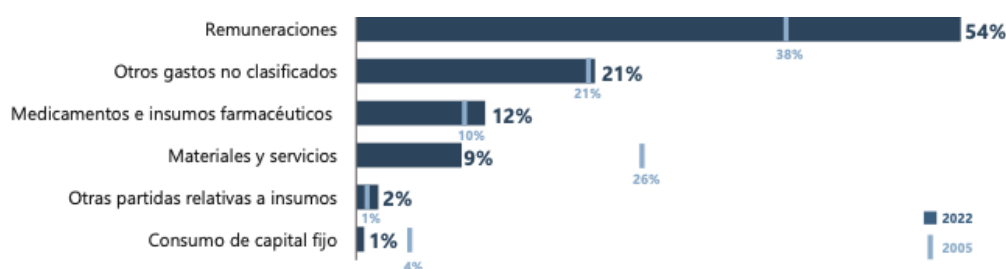
Gráfica 8. Relación valor de la cuota salud y los salarios sectoriales
(Cuota/Salario).



Fuente: CARE en base a información del INE

Se observa como los salarios aumentaron más que la cuota en el año 2007, coyuntura de ajuste de precios relativos post crisis de 2002. Este aumento se estabilizó a partir del 2009, manteniéndose en guarismos entre 2,2 y 2,4 hasta la fecha (Gráfica 7). Esta realidad es consistente con la situación del empleo y de los ingresos del país. Cuando el país experimentó aumentos en el salario real, este cociente aumentó. La Gráfica 8 describe la recomposición de precios relativos de los últimos 20 años. Note el lector que en 2005, el componente salarial evidenciaba un peso relativo sensiblemente menor que el que tiene actualmente (38% versus 54%).

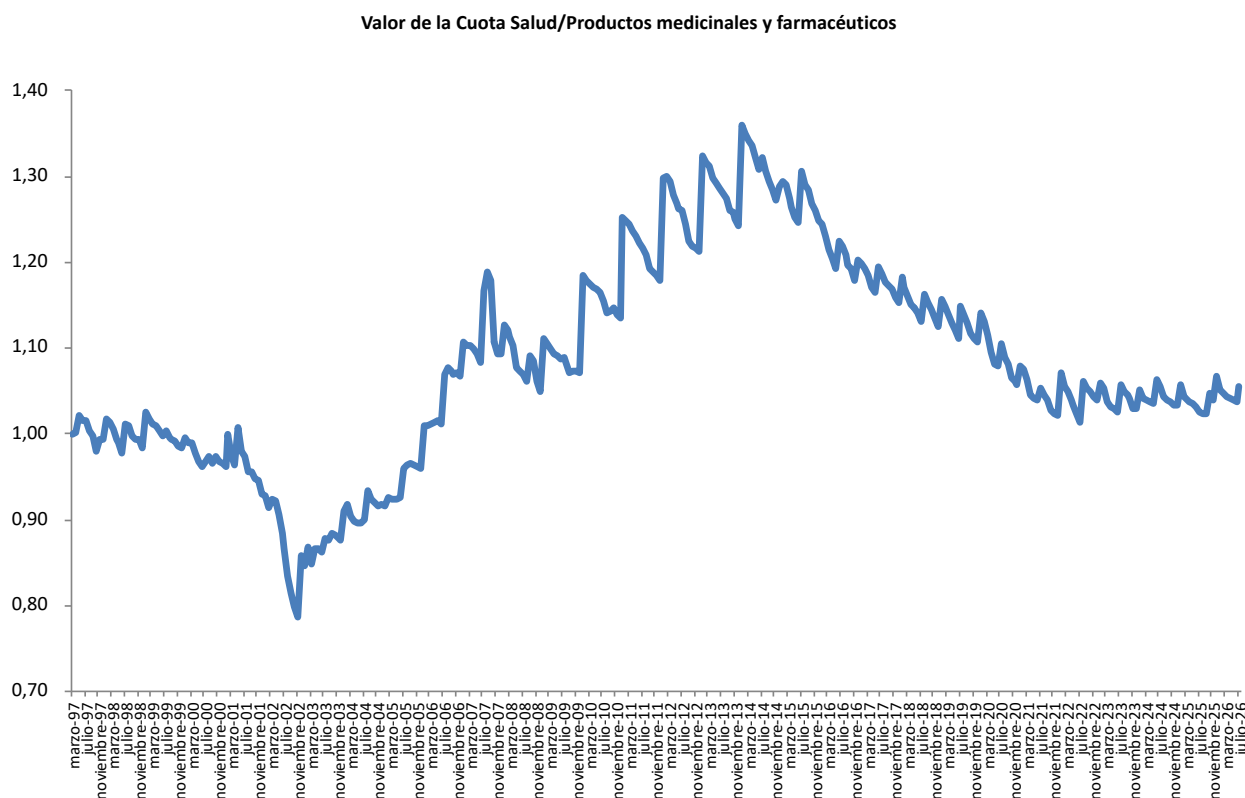
Gráfica 9. Distribución del Gasto en Salud (2005 versus 2022)



Fuente: Ceres y MSP

En sentido contrario al índice de los salarios, el índice de precio de los productos medicinales y farmacéuticos ha exhibido una disminución en términos de precio de la cuota salud (Gráfica 9). En la estructura de costos, los precios mencionados anteriormente son los segundos en importancia después de los salarios y sus precios de equilibrio están asociados a la paridad de exportación e importación. Por este motivo, ante escenarios macroeconómicos de “atraso cambiario”, disminuyen su participación relativa en los costos.

Gráfica 10. Relación valor de la cuota salud y los productos medicinales y farmacéuticos. (Cuota/Productos).



Fuente: CARE en base a información del INE

De acuerdo a lo descripto párrafos arriba, las relaciones de precios, así como los indicadores sectoriales describen una nueva “estabilidad” post pandemia.