

Junta Nacional de Salud



Rendición de Cuentas

Ejercicio 2016

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2016	4
I.1 ACTIVIDAD DE LOS CONSEJOS HONORARIOS DEPARTAMENTALES Y LOCALES DURANTE EL AÑO 2016	5
I.2 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA.....	12
I.3 COMISIONES DE TRABAJO	13
Comisión Cápitás	13
Comisión de Seguimiento de Agenda de Consulta Externa	15
CAPITULO II. BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD	18
II.1 EVOLUCIÓN	18
II.2 MOVILIDAD REGULADA.....	22
CAPITULO III. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA	26
III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2016	26
III.2 INGRESOS	30
III.3 EGRESOS.....	31
III.4 SOBRECUOTA DE INVERSIÓN	33
III.5 METAS ASISTENCIALES	36
Instancias de discusión de las metas.....	37
META 1: Salud del niño, niña y mujer	37
META 2: Médico de referencia y promoción	41
META 4: Cargos médicos de alta dedicación.....	43
META 5: Capacitación y pago de partida variable a trabajadores de la salud	46

INTRODUCCIÓN

La importancia de la Salud en la vida de las personas y su relación con su calidad de vida no necesita demasiada argumentación; si tan solo consideramos que el 8.6 % del Producto Bruto Interno se dedica a este tema, también verificamos la relevancia desde el punto de vista económico. Nuestro país cuenta con un sistema en el cual hay diversos prestadores de salud, integrales y parciales, públicos y privados, instituciones con posibilidades de generar renta e instituciones sin fines de lucro, especializados y generales, y una parte sustancial del mismo depende del Seguro Nacional de Salud.

La responsabilidad de administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, se le otorgó a la Junta Nacional de Salud. Es la misión de un órgano colectivo, participan representantes del Banco de Previsión Social; de los trabajadores (este año han participado representantes de la FUS y del Sindicato Médico del Uruguay); representantes de los distintos grupos de usuarios y prestadores representando a distintas cámaras de Montevideo y del interior; representantes del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública. Esta característica que hemos incorporado y naturalizado, conforma un espacio de intercambio y producción donde se presentan miradas que sin duda enriquecen el dialogo y que se tratan de consensuar.

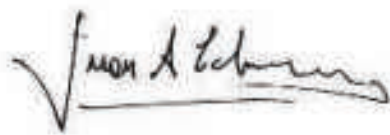
Si bien este colectivo se reúne en régimen quincenal con participación muy significativa de todos sus representantes, también hay un importante trabajo realizado en comisiones; en ellas también hay participación variada y los resultados de su trabajo se traen a esta mesa para su aprobación.

Entre las comisiones podemos nombrar la comisión tecnopolítica de Cápitas, la de Metas Asistenciales, la de Gestión del acceso, etc. También forma parte del trabajo normal el análisis de los diferentes informes elaborados por funcionarios del Ministerio de Salud.

Una vez más debemos cuestionar la utilización en términos estigmatizantes de la palabra “déficit”, para hacer referencia a los aportes que rentas generales hace al FONASA, no desde un punto de vista técnico, sino político, porque si se utiliza para señalar como algo a corregir, eliminar o superar, no estamos entendiendo que el sistema previó su financiamiento con aportes de los trabajadores, de los pasivos, de las empresas y también del Estado a través de rentas generales. Este aporte previsto en concepto y estimado en monto (creciente hasta la incorporación del último contingente de jubilados), cubre las diferencias entre los ingresos que recibe el fondo y los egresos, que fundamentalmente son los ingresos de los prestadores de

salud. Por supuesto que esto no implica no buscar hacer el uso más eficiente de los recursos públicos; hay que defender la sustentabilidad del sistema, que es velar por la sustentabilidad de las instituciones que lo forman y también cuidar el uso eficiente de los recursos públicos para no requerir de rentas generales más recursos de los necesarios.

En las siguientes páginas aparecen relevados solo algunos aspectos significativos del trabajo del año 2016 así como información sobre algunos de los temas manejados en la Junta. No queda más que agradecer a todos los participantes que hacen posible el trabajo realizado e invitarlos a seguir aportando sus valiosos puntos de vista para enriquecer el resultado en los próximos años.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Arturo Echevarría', written over a horizontal line.

Ec. Arturo Echevarría

Presidente

Junta Nacional de Salud

CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2016

En el año 2016 la Junta Nacional de Salud estuvo en condiciones de comenzar a trabajar con varios factores ya consolidados, tanto del punto de vista formal como el sustancial. En primer lugar, se inició el proceso de trabajo con la integración completa de los sectores sociales mediante acuerdos con el Sr. Ministro de Salud: prestadores, trabajadores y usuarios, que definieron sus representantes para todo el quinquenio, zanjando de esa manera las iniciales diferencias que se plantearon en cuanto a la nominación de los mismos. Por otro lado, se contó con la definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales por parte del Ministerio de Salud, herramienta de suma importancia a los efectos de producir en el ámbito de la salud, resultados concretos y medibles que benefician a toda la población, impactando en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos y contemplando las diferencias vinculadas al género y las generaciones así como mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia.

Desde la óptica referida, la Junta Nacional de Salud diseñó una agenda de trabajo teniendo como referencia el alineamiento a los objetivos sanitarios definidos por el organismo rector.

La gestión del acceso a los servicios de salud, la medición del impacto cualitativo de la Sobre cuota de inversión concedida por efecto de lo dispuesto en la Ley 18.922, el fortalecimiento de las Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS) y la participación de éstas en la generación de Acuerdos de complementación de servicios, la creación de una nueva Meta Asistencial acompasando los acuerdos salariales del sector, a fin de , mediante un pago variable por la asunción de determinados compromisos, en este caso la capacitación de los trabajadores de la salud, mejorar la calidad asistencial, fueron algunos de los temas que estuvieron sobre la mesa.

Por otra parte, el año 2016 adquirió especial relevancia al ingresar al Seguro Nacional de Salud, en el mes de julio, el último colectivo previsto en el Artículo 1º Numeral 1º de la Ley 18.731, así como producirse en forma indefectible el ingreso de los pasivos que hicieron uso de la opción de renuncia dispuesta en el Artículo 3º de la misma norma. En esa fecha también se incorporaron los cónyuges/concubinos de todos los pasivos (jubilados y pensionistas) que fueron contemplados por efecto de lo dispuesto en la ley mencionada.

Sobre la finalización del año, adquirió relevancia la constatación de múltiples denuncias por afiliaciones irregulares, lo que, puesto en conocimiento de la misma, ameritó la instrumentación de diversas medidas tanto a nivel administrativo como judicial.

Siguiendo el objetivo de profundizar la participación social y difundir por otra parte los Objetivos Sanitarios Nacionales, la Junta Nacional de Salud tuvo una activa agenda de interacción con los Consejos Honorarios Asesores Departamentales, conocidos generalmente como JUDESAS. Se realizaron cuatro reuniones regionales en el transcurso del año, que comprendieron en su totalidad a las 19 Juntas Departamentales de Salud y abarcó, en el orden temático, la presentación de los Objetivos Sanitarios Nacionales ya referidos, los convenios de complementación como instrumento de construcción de la reforma de la salud, la participación y el control social por parte de los usuarios y trabajadores, así como diferentes temas a elección de cada JUDESA, todo lo cual surge de las Actas que se labraron en cada oportunidad y que se transcriben en el Anexo al Capítulo I.

Durante el año 2016, la JUNASA sesionó en forma ordinaria en 19 oportunidades con el siguiente nivel de asistencia por parte de los sectores representados: Ministerio de Salud Pública asistió a todas las sesiones, igual que el Ministerio de Economía y Finanzas y los Prestadores; el Banco de Previsión Social y los Trabajadores tuvieron 17 asistencias, mientras que los Usuarios comparecieron en 16 sesiones.

Una de dichas sesiones se dedicó especialmente a analizar la situación económica financiera del sector salud, con base en el informe elaborado al respecto por el área Economía de la Salud. En dicha oportunidad, dada la naturaleza del tema a discutir, no solo se contó con la presencia de diversos asesores de los integrantes de la JUNASA, sino que se invitó a concurrir a representantes de la Administración de los Servicios de Salud del Estado; representantes de las Cámaras que nuclean a las instituciones integrales de salud, funcionarios de la Dirección General de la Salud, etc.

1.1 ACTIVIDAD DE LOS CONSEJOS HONORARIOS DEPARTAMENTALES Y LOCALES DURANTE EL AÑO 2016

En el cuadro que se expone a continuación, surge el nivel de asistencia de los diferentes sectores representados en cada Consejo Asesor Honorario o Junta Departamental de Salud (JUDESAS) así como los principales temas tratados por cada una de ellas. Se suministra información además de la actividad desarrollada por las Juntas Locales (JULOSAS) actualmente en funcionamiento.

Cantidad total de sesiones de JUDESA/JULOSA por departamento y representación. Año 2016.													
DEPARTAMENTO	SES	MSP	BPS	PREST.P	PRESTPR	TRAB .NO	TRAB. NO MEDICO	TRAB. MED.	TRAB. MED. SECTOR	USUARIOS SECTOR	USUARIOS SECTOR	INTEND/	

				UBLICO	IV.	MEDICO SECTO R PUBLIC O	SECTOR PRIVADO v.	SECTOR PUBLICO	PRIVADO	PUBLICO	PRIVADO.	Munic.
ARTIGAS	6	6	5	6	4	5	6	0	1	3	5	2
CANELONES	12	12	3	12	7	2	7	0	0	2	9	5
C. LARGO	7	7	5	7	5	7	5	0	0	7	7	6
C.LARGO JULOSA RIO BRANCO	4	4	3	3	3	2	2	0	0	4	2	2
C.LARGO JULOSA TUPAMBAE	3	3	1	2	3	1	2	0	0	2	2	3
COLONIA	10	10	9	4	6	5	9	7	5	10	5	5
COLONIA JULOSA CARMELO	3	3	1	3	2	0	2	0	2	3	3	1
DURAZNO	7	7	5	7	6	6	1	0	4	0	6	5
FLORES	9	9	4	9	5	1	2	0	0	3	3	6
FLORIDA	7	7	4	7	6	5	5	5	4	5	7	4
LAVALLEJA	6	6	5	2	4	4	5	2	1	6	2	2
MALDONADO	10	10	9	8	9	-	9	-	5	9	9	8
MALDONADOJUL OSA JOSE IGNACIA	2	2	-	2	2	-	-	-	-	2	2	1
MONTEVIDEO	5	5	4	4	4	0	5	3	0	3	1	5
PAYSANDÚ	3	3	2	2	3	2	1	3	2	0	0	2
RÍO NEGRO	7	7	3	7	5	2	3	0	3	4	0	3
RIVERA	4	4	4	4	4	4	3	3	0	4	3	2
ROCHA	4	4	3	4	3	0	3	0	0	3	4	2
SALTO	5	5	5	5	4	4	2	2	2	5	5	0
SAN JOSÉ	10	10	10	7	9	10	6	3	0	8	8	8
SAN JOSE JULOSA RODRIGUEZ	6	6	4	6	6	3	4	0	0	6	6	6
DEPARTAMENTO	SES	MSP	BPS	ASSE	PRESTPR IV.	TRAB ASSE	TRAB prest.priv.	TRAB. MED. ASSE	TRAB. MED. prest. priv.	USUARIOS ASSE	USUARIOS prest. priv.	INTEND/ Munic.
SORIANO	4	4	3	3	4	2	2	1	1	2	0	0
SORIANO JULOSA CARDONA	4	4	0	4	4	0	1	0	0	4	3	4

TACUAREMBO	11	11	10	9	7	7	11	7	9	11	11	7
TACUAREMBO JULOSA PASO DE LOS TOROS	11	11	----	7	6	6	0	0	0	6	9	5
TACUAREMBO JULOSA SAN GREGORIO DE POLANCO	9	9	----	8	3	5	4	0	0	4 Re-elección de usuarios agosto 2016	6 Re-elección de usuarios Mayo 2016	5
TACUAREMBO JULOSA ANSINA	3	3	----	1	3	3	3	0	0	3	3	3
T. Y TRES	8	8	8	8	7	3	4	7	7	2	8	3

PRINCIPALES TEMAS TRATADOS EN JUDESA/JULOSA POR DEPARTAMENTO. AÑO 2016.

ARTIGAS	<p>Salud Rural (situación, características y Plan)</p> <p>Situación de Casa Abierta</p> <p>Encuentro Regional de JUDESA</p> <p>Complementariedad de Servicios</p> <p>Consejos Consultivos</p>
CANELONES	<p>Enfermedades transmitidas por Aedes Aegypti</p> <p>Realización de talleres en el Eje Ruta 5, IVE, Diversidad</p> <p>Taller sobre Objetivos Sanitarios Nacionales</p> <p>Solicitud de integración en todo el departamento de los Consejos Consultivos tanto en el sector público como privado</p> <p>Situación de los Servicios de Emergencias Móviles y Servicio 911 en Canelones</p>
C. LARGO	<p>Convenios complementación de servicios</p> <p>Dengue</p> <p>ELEPAM</p> <p>Recursos Humanos en Salud</p> <p>JULOSA</p>
C. Largo JULOSA Río Branco	<p>Convenio complementación ASSE CAMCEL</p> <p>ELEPAM</p> <p>Convenio Lago Merín</p> <p>Derecho de los Usuarios</p>
C. Largo JULOSA Tupambaé	<p>Mamografía</p> <p>Especialistas infantiles</p>

	<p>Adulto Mayor</p> <p>Convenio de complementación Arévalo</p>
COLONIA	<p>Objetivos Sanitarios del MSP 2015-2020</p> <p>Convenios complementación público- privado en el dpto. Maternidades y puertas únicas.</p> <p>Firma de cartas intención en oportunidad del Consejo de Ministros en Carmelo / julio 2016</p> <p>Lanzamiento de las Ferias de Salud Rural en el departamento.</p> <p>Situación sanitaria en zonas que sufrieron distintos eventos climáticos adversos en el departamento de Colonia.</p> <p>Situación de servicios de salud y emergencia móvil en la franja costera del este del departamento (Costa del Inmigrante).</p>
Colonia JULOSA Carmelo	<p>Objetivos Sanitarios 2015-2020</p> <p>Incidencia de Cáncer en Carmelo y zonas aledañas</p> <p>Plan Departamental de Seguridad Vial</p> <p>Situación de la Ancianidad y Residenciales del Adulto Mayor en Carmelo</p> <p>Dengue</p>
DURAZNO	<p>Convenios de complementación</p> <p>Maternidad única</p> <p>Salud rural</p> <p>Campaña Dengue</p> <p>Vacunaciones</p>
FLORES	<p>Complementación de servicios: convenios vigentes e informales</p> <p>Implementación de Rondas Rurales</p> <p>Conformación y ejecución de tareas de la mesa de Inmunizaciones- Planificación de campaña Vacunación.</p> <p>Planes de Contingencia Dengue- Planes de Invierno (prestadores públicos y privados)</p> <p>Recursos Humanos en el departamento</p>
FLORIDA	<p>OSN 2020: Aplicación a nivel departamental</p> <p>Complementación: Evaluación convenio ya existentes (ASSE-COMEF 1º, 2º y 3º nivel), preparación nuevos (maternidad y pediatría únicas y salud rural, rondas preventivas-asistenciales)</p> <p>Gestión de riesgos: protocolización control Aedes Aegypti, plan invierno, vacunación antigripal</p> <p>Seguridad vial. U.DE.SEV, actividades, resultados</p>

	Dispositivo Ciudadela: objetivos, plan de trabajo, dificultades e integración
LAVALLEJA	Problemática medio ambiental Salud rural en Polanco Barriga Negra Vacunación en el interior Policlínicas de diabéticos interinstitucional Puerta de Emergencia única Solís y Mariscal
MALDONADO	Convenios de complementación: Cuidados Paliativos Pediátricos. Aiguá/Convenio TAC/CTI. Complementación Pueblo Garzón Convenio de Salud Rural en el Departamento de Maldonado Necesidades manifiestas y eventuales proyectos o profundización de convenios referente a las poblaciones de: La Capuera, Brio. Hipódromo, José Ignacio , Solís Grande Asistencia de urgencia/emergencia Creación del Comité Departamental de Infecciones Intrahospitalarias
Maldonado JULOSA José Ignacio	Atención a los habitantes de José Ignacio, zonas adyacentes y veraneantes Construcción de un Plan de Complementación para la temporada estival Evaluación del Plan
MONTEVIDEO	Comités Municipales para el control de Aedes Aegypti Cargos de Alta Dedicación (CAD) Participación de la JUDESA en territorio Complementación de servicios en territorio
PAYSANDÚ	Objetivos Sanitarios Nacionales Convenios de Complementación Sobrecuota de Inversión Proyecto Inversión para Chapicuy Falta de Representatividad de Usuarios
RÍO NEGRO	Presentación Objetivos Sanitarios Nacionales Relevamiento de Convenios de Complementación Áreas y temas a Complementar Proyecto CERCA Rio Negro Situación Pediatría Hospital Fray Bentos
RIVERA	Complementación de Servicios // Salud Rural Salud Mental Violencia Doméstica Tiempo Espera

	Salud sexual y reproductiva: IVE
ROCHA	<p>Complementación de servicios</p> <p>Informe Salud Mental: Mesa de Salud Mental Castillos y Rocha</p> <p>Puesta en marcha de Dispositivo Ciudadela</p> <p>Situación de hogares y residenciales de salud a nivel departamental</p> <p>Sistema Nacional de Cuidados</p>
SALTO	<p>Complementación de servicios de salud</p> <p>Falta de participación y nombramiento de algunas representaciones en la JUDESA</p> <p>Consejos Asesores y Consultivos de los prestadores: preocupación por su no funcionamiento, se busca reforzar y jerarquizarlos</p> <p>Objetivos Sanitarios 2020</p> <p>Salud Rural, Adulto Mayor, Cuidados Paliativos, etc.</p>
SAN JOSÉ	<p>Complementación de servicios</p> <p>Salud rural</p> <p>Julosa</p> <p>Municipio saludable</p> <p>Usuarios – metas – vacunación</p>
San José JULOSA Rodríguez	<p>Convenio de Complementación</p> <p>SNIS – Objetivos sanitarios</p> <p>Situación epidemiológica en el departamento en relación a las enfermedades transmitidas por el Aedes –Aegypti - LIRAA- Capacitación</p> <p>Salud rural – Municipio Saludable</p> <p>MOVIMIENTO DE USUARIOS- CAPACITACIÓN</p>
SORIANO	<p>Abordaje de los Objetivos Sanitarios Nacionales</p> <p>Conformación de la unidad ACV departamental en CAMS IAMPP en filial Mercedes</p> <p>Evaluación de la asistencia en el tornado de Dolores</p> <p>Convenios de complementación de 1º, 2º y 3º nivel de asistencia</p> <p>Plan departamental de salud rural para Soriano</p>
Soriano JULOSA Cardona	<p>Convenio de Complementación en Salud Mental entre ASSE Cardona, CAMS IAMPP Cardona, CCOU Filial Cardona y CAMEC Filial Florencio Sánchez abordando especialmente estrategias en prevención de suicidio y tratamiento a usuarios problemáticos de drogas de la localidad y zona de influencia</p> <p>Campaña de prevención contra el dengue. Trabajo de comisiones barriales y difusión de la problemática con docentes de los centros educativos con el objetivo de lograr agentes</p>

	<p>multiplicadores sobre la temática</p> <p>Promoción de la campaña de vacunación antigripal</p> <p>Plan invierno</p> <p>Convenio de Complementación maternidad única en CAMS IAMPP Cardona</p>
TACUAREMBÓ	<p>Complementación de Servicios de Salud</p> <p>Consejo Consultivo de COMTA- Funcionamiento irregular por reiteradas faltas del reprs. de la Institución.</p> <p>Salud mental en el ambiente laboral</p> <p>Situación Departamental de ELEPAM</p> <p>Campaña de Prevención del Dengue a nivel departamental y sobre todo en Paso de los Toros por ser zona Positiva de AEDES.</p>
Tacuarembó JULOSA Paso de los Toros	<p>Traslado de Centro de Salud de ASSE a local de Plaza de Deportes</p> <p>Posible creación de una Puerta Única de Emergencias ASSE_ COMTA en local de ASSE</p> <p>Cobertura de Traslados y Atención Médica en eje de Ruta 5 para accidentes de tránsito</p> <p>Creación y funcionamiento de Comisión local de Prevención del Suicidio</p> <p>Acuerdos verbales para mejoras edilicias y asistenciales en Policlínica de Peralta</p>
Tacuarembó JULOSA San Gregorio de Polanco	<p>Convenio de Complementación ASSE_COMTA para la creación de una Puerta Única de Emergencias en local de ASSE SGP</p> <p>Falta de visitas de médicos especialistas a nivel local (psiquiatra, psicólogo, oftalmólogo, etc.)</p> <p>Insuficientes cupos designados a ASSE SGP para especialistas a nivel central de ASSE TBO</p> <p>Temporada estival – Deudas de varias Instituciones con ASSE por atención de urgencia a usuarios visitantes a esta zona balnearia</p> <p>Falta de saneamiento en SGP</p>
Tacuarembó JULOSA Ansina	<p>Convenio de Complementación ASSE_COMTA para la creación de una Puerta Única de Emergencias en local de ASSE</p> <p>Falta de visitas de médicos especialistas a nivel local e Insuficientes cupos designados a ASSE para especialistas a nivel central de ASSE TBO</p> <p>Alta tasa de siniestralidad de tránsito en eje de Ruta 26 con insuficiente personal médico y de enfermería para cubrir ANSINA y accidentes carreteros. Hay en total 2 médicos residentes en la zona.</p> <p>Necesidad de 1 ambulancia (existe 1 de ASSE) dada la extensión de territorio a cubrir y los accidentes carreteros frecuentes en eje de Ruta 26</p> <p>Falta de conexiones al agua potable en 3 localidades adyacentes a ANSINA (Las ROSAS, Pueblo Heriberto, Rincón de la Laguna, en total 50 familias aprox.). Falta de Saneamiento en ANSINA.</p>

TREINTA Y TRES	<p>Situación del prestador de salud COMETT</p> <p>Puertas únicas en localidades</p> <p>Convenios Salud Rural, CTI, Tomografías, Cuidados Paliativos.</p> <p>Convenio por policlínicas Municipales entre IDTT y ASSE.</p> <p>Convenio entre ASSE- COMETT</p>
----------------	---

1.2 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA

En el año a consideración, la Junta Nacional de Salud tuvo una intervención relevante en la iniciativa y redacción de tres cuerpos de normas. En cada uno de ellos el objetivo primordial fue adecuar la normativa a la realidad imperante. Este fue el caso particular del Decreto Nº 38/016 que modificó el Artículo 9º del Decreto 2/008, a efectos de que los usuarios, cuando se produce una interrupción superior a los 120 días entre una baja y un alta laboral, sean registrados de oficio por el BPS en el prestador que tenían con anterioridad, sin perjuicio de mantener el derecho a elegir otro prestador dentro de los plazos que ya establecía el Decreto 2/008. El mismo criterio se aplica cuando el usuario pasa, de ser beneficiario del Seguro Nacional de salud por su condición de menor de edad a tener dicha calidad por derecho propio, al ingresar por primera vez a una actividad. En la normativa anterior, el beneficiario, que no elegía un prestador en las situaciones descritas, generalmente por desconocimiento, quedaba de oficio en la Administración de los Servicios de Salud del Estado, generándose un expediente de solicitud de cambio. De esta manera el usuario mantiene la cobertura de salud en el prestador de su elección, sin que lo afecte las interrupciones que pueda tener en su actividad.

Ante el ingreso del colectivo de pasivos que ejercieron el derecho a renunciar al Seguro Nacional de Salud en función de lo previsto en el Artículo 3º de la Ley 18.731 (en la redacción dada por la Ley 18.922), se evidenció la necesidad de reglamentar el mismo, así como el de los cónyuges y concubinos a los cuales atribuyen el derecho, por lo que se redactó el proyecto que se transformó posteriormente en el Decreto 187/016. En dicha norma también se tuvo en cuenta como eje primordial, la circunstancia de que el transcurso del tiempo hacía necesario disponer criterios de registro de los beneficiarios en los prestadores de salud acordes al estado de situación actual de dichos usuarios y no los que se consideraron en épocas anteriores.

Por medio del Decreto 285/016 se reglamentó el Artículo 51 de la Ley 18.921 (Ley de Seguridad y Tránsito Nacional), que faculta al conductor del vehículo que haya obtenido resultado positivo de espirometría, solicitar examen de sangre para alcoholemia que ratifique

o rectifique dicho resultado. Por vía reglamentaria se dispuso el mecanismo a seguir para acceder al examen referido, estando habilitados para realizar el mismo únicamente los prestadores integrales de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, siendo obligación del Ministerio de Salud en coordinación con dichos prestadores determinar los lugares donde podrá concurrir el interesado para la extracción respectiva.

Por último, el Decreto 455/016, incorporó a la cuota salud una meta adicional, llamada Meta 5, la que, como está definida en el Artículo 7º de la norma, consiste en cumplir con los compromisos de gestión que se establezcan con los trabajadores de los prestadores integrales que conforman el Seguro Nacional de Salud. Se abonará una vez al año, siendo de cargo del Fondo Nacional de Salud pagar por cada uno de sus beneficiarios un porcentaje determinado de la masa salarial anual de cada prestador privado, debiendo la Junta Nacional de Salud determinar la forma en que se considerará el grado de cumplimiento de la meta.

I.3 COMISIONES DE TRABAJO

Comisión Cápit

La Comisión de Cápit

En junio de 2016 la Comisión culminó su trabajo según fuera acordado en el Memorándum de Entendimiento firmado entre el MSP, el MEF y las IAMC en setiembre de 2015, en el marco de las negociaciones del Consejo de Salarios del Grupo 15. El MSP y el MEF presentaron ante la Comisión una propuesta de metodología de cálculo que no logró ser consensuada con los prestadores, quiénes a su vez presentaron una propuesta alternativa que no resultó aceptada por los representantes del Poder Ejecutivo. A partir de ese momento comienza una etapa de diálogo a nivel político entre el Poder Ejecutivo y las instituciones, tomando como base la metodología planteada por el MSP y el MEF.

La metodología propuesta utiliza para el cálculo de las cápit

Moderada, CTI de Adultos, CTI pediátrico y Block Quirúrgico. Luego se incorpora el Gasto de Administración y Ventas (GAV) y el de Medicamentos, con lo que finalmente se trabaja con 7 productos. Los costos deben entonces distribuirse entre los 16 tramos de edad y sexo definidos de acuerdo a la utilización promedio en cada uno de ellos.

La identificación del costo de proveer las prestaciones previstas en el PIAS a los afiliados propios de cada institución es una de las dificultades que surgen a partir de la información disponible, en la medida en que también se brindan servicios no PIAS o se venden servicios a terceros.

Luego de obtener el gasto esperado por las prestaciones PIAS, la metodología plantea estimar el gasto esperado en cada producto, para cada tramo de edad y sexo. Este procedimiento se realiza para cada uno de los prestadores privados. A continuación deberán definirse, incorporando consideraciones de eficiencia y calidad, 16 valores de cápitas para todo el sistema.

En la medida que las cápitas no son el único instrumento para financiar los costos de provisión del PIAS, a los valores estimados se les debe deducir las otras fuentes de financiamiento con que cuentan las instituciones (metas asistenciales, tasas moderadoras, copagos, entre otros), a efectos de evitar un doble financiamiento.

El 12 de agosto de 2016 se firmó un acuerdo entre el MSP, el MEF y las IAMC de Montevideo e Interior del país. Allí se valoró como muy positivo el trabajo de la Comisión de Cápitas y se estableció que la metodología para el cálculo de las cápitas reseñada anteriormente es correcta y constituye un importante avance, si bien se consideró necesario profundizar la discusión en determinados aspectos particulares de la metodología. Se acordó la no aplicación hasta el 30 de junio de 2017 de los criterios de cálculo derivados de la metodología. Hasta esa fecha se debería trabajar en un ámbito político para considerar:

- a. el valor de los parámetros a utilizar en aplicación de la metodología: rentabilidad de la venta de servicios, criterios para realizar el filtro estadístico (de forma de obtener valores únicos de cápitas para el sistema) y margen de cobertura.
- b. profundizar la discusión de las formas y criterios a utilizar para recoger los aspectos vinculados con la dimensión calidad y eficiencia en las prestaciones de salud.
- c. un cronograma gradual de convergencia al valor de las cápitas resultante, esto es, el horizonte temporal durante el cual se va a ir procesando el ajuste del valor de las cápitas resultante y el momento a partir del cual se comenzará a aplicar.

Se acordó también promover los cambios reglamentarios que se entiendan necesarios para hacer más eficiente al sistema. Por otra parte, se coincidió en la necesidad de generar las instancias necesarias para lograr mejoras en los sistemas de información, en particular en la planilla ECAS (Estructura de Costos de la Atención en Salud), y para facilitar la identificación de los costos asociados a prestaciones no PIAS.

A partir del mes de setiembre el ámbito político acordado mantuvo reuniones cada tres semanas avanzando en la agenda de temas pendientes.

Comisión de Seguimiento de Agenda de Consulta Externa

Durante el año 2016 el equipo de trabajo de Agenda de Consulta Externa del Ministerio de Salud Pública mantuvo 6 reuniones con representantes de las agrupaciones de trabajadores y de usuarios de la salud; de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y de ASSE, con el objetivo de continuar trabajando en la revisión y análisis del funcionamiento del Sistema de Agenda de Consulta Externa y sus posibles modificaciones.

El trabajo de la Comisión se centró este año en:

- Discusión y modificación de la Ordenanza Nº 603 (de Agenda de Consulta Externa) y posterior aprobación de la Ordenanza Nº 830.
- Discusión de la propuesta de incorporación de otro tipo de sanciones ante el ausentismo de los usuarios en consulta de policlínica.
- Introducción a la reorientación del Sistema de Información de Agenda de Consulta Externa para la gestión del acceso.
- Introducción al tema de gestión del acceso y relevamiento de buenas prácticas.
- Informes de avances Sistema de Agenda 1er. semestre 2016.

A continuación se resumen los principales avances y opiniones vertidas por los diferentes actores en los puntos anteriores.

Aspectos Generales

Sigue siendo un tema señalado por todos los participantes, el conocer cuál es el tiempo de espera para atención médica posible o razonable según las condiciones o necesidades de los usuarios.

Las diferencias entre Montevideo e interior, entre prestadores públicos y privados, la falta de RRHH especializados en algunas regiones del país, los acuerdos alcanzados en el marco del

consejo de salarios tendientes al cambio de modelo de atención y el ausentismo son factores que inciden directamente en los tiempos máximos de espera.

- **Modificación de la Ordenanza N° 603.**

Las discusiones en torno a la Ordenanza N° 603 (1º de marzo de 2013), producto de la necesidad de una actualización, resultó en la puesta en vigencia desde octubre de 2016 de la Ordenanza N° 830, que incorpora como principales cambios los siguientes:

- Apertura de agenda de al menos 45 (cuarenta y cinco) días actualizándose día a día para la asignación de citas de consulta externa.
- Este sistema se aplicara a todas las especialidades médicas que brinden los prestadores a sus usuarios.
- No obligatoriedad de la entrega del comprobante de reserva de cita.
- Las instituciones deberán instaurar un sistema de aviso obligatorio al usuario cuando el médico titular sea sustituido por un médico suplente mediante comunicación telefónica (llamada común, llamada pregrabada, SMS) o correo electrónico. En todos los casos se deberá informar al usuario la forma de comunicarse con la institución para que, en los casos en los que plantee su no concurrencia a la consulta, pueda dar fácilmente aviso y reagendar la misma.
- La Comisión de Seguimiento de Agenda de Consulta Externa será integrada por representantes del MSP, de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, de ASSE y de las agrupaciones de trabajadores de la salud y de los usuarios del sistema de salud, con cinco representantes de cada representación como máximo.

- **Sanciones ante el ausentismo de los usuarios.**

Uno de los temas planteados nuevamente en el ámbito de la Comisión de Seguimiento por parte de los prestadores integrales, fue la necesidad de dar solución al problema del ausentismo de los usuarios, que si bien no surge a partir de la implementación de la Ordenanza de Consulta Externa, genera inconvenientes para el desarrollo del Sistema de Agenda, así como posibles insatisfacciones a los usuarios.

Se retomó el tema de la penalización económica, que fue ampliamente discutido, llegándose a un acuerdo de presentar una propuesta para discusión en el ámbito de la JUNASA y del Gabinete Ministerial, para conocer su posición respecto al mismo.

- **Introducción a la reorientación del Sistema de Información de Agenda de Consulta Externa para la gestión del acceso.**

Se planteó por parte del Ministerio de Salud Pública la discusión en relación a la necesidad y oportunidad de iniciar un proceso de reconfiguración del Sistema de Información de Agenda de Consulta Externa vigente, con miras a transformarlo en un Sistema de Información sobre Gestión del Acceso. Para ello, se entiende necesario poder trascender el objetivo inicial del sistema, vinculado a la estimación de los tiempos de espera, de modo de poder incorporar otras dimensiones involucradas en el acceso, tanto en lo que respecta a la capacidad de oferta de las Instituciones de Salud como a la demanda de atención realizada por los usuarios.

Además luego de un tiempo prudencial de análisis de la información actual de tiempos de espera enviada por las instituciones, se evidencia una serie de problemas en lo que tiene que ver con la definición, calidad y limitaciones de dicha información, así como dificultades vinculadas a la forma en que se reciben los datos. No se cuenta con los registros individuales en formato de base de datos, lo que permitiría un mejor tratamiento de los mismos, y un procesamiento y análisis más ajustado a los objetivos del sistema, lo que reafirma la necesidad de este proceso de reconfiguración.

- **Introducción al tema de gestión del acceso y relevamiento de buenas prácticas.**

Tomando como punto de partida el documento elaborado por el MSP en el año 2014, Gestión del acceso oportuno y de calidad, se propone a la JUNASA un plan de trabajo, que pretende compartir y difundir experiencias exitosas o buenas prácticas de gestión del acceso de diferentes prestadores, así como analizar su aplicabilidad y transferibilidad a otros.

El objetivo es lograr la participación de los diferentes actores del ámbito salud: instituciones prestadoras de servicios de salud, trabajadores, usuarios, Direcciones Departamentales de Salud, instancias de participación social (JUDESAS, Consejos Consultivos, etc.).

Se plantearon cinco ejes temáticos que podrían abarcar el conjunto de las buenas prácticas tendientes a mejorar el acceso y la calidad de la atención: priorización de pacientes, consultas de alta resolución, protocolos/mecanismos de referencia y contrarreferencia, protocolos de atención y guías de práctica clínica, y complementación de acciones y servicios.

- **Informes de avances Sistema de Agenda.**

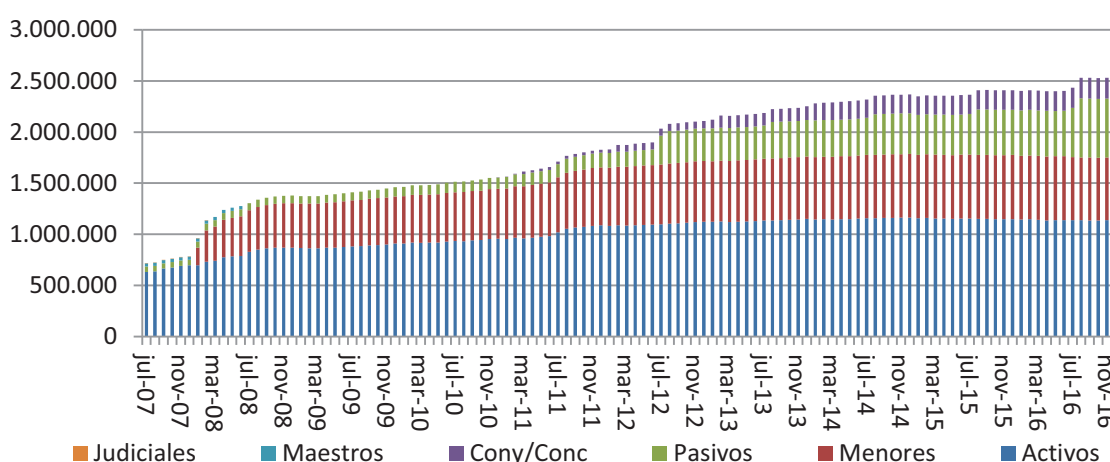
Otra solicitud que surgió en la Comisión de Seguimiento por parte de los prestadores integrales, fue la necesidad de devolución de la información presentada semestralmente por los mismos. Se trabajó por parte del equipo del MSP en la elaboración de los informes de actualización del Sistema de Agenda, correspondientes al 1er. semestre 2016, incluyendo información de tiempos de espera, y acceso a especialistas y mecanismos de referencia-contrarreferencia.

CAPITULO II. BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

II.1 EVOLUCIÓN

En diciembre de 2016 el SNS supera los 2.5 millones de beneficiarios (**2.535.598**), lo que representa alrededor del 73% de la población del país. Respecto a 2007, año de creación del seguro, el número de beneficiarios más que se triplica. El crecimiento anual respecto a 2015, en tanto, fue del 5,2%.

Gráfico 1 – Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación¹



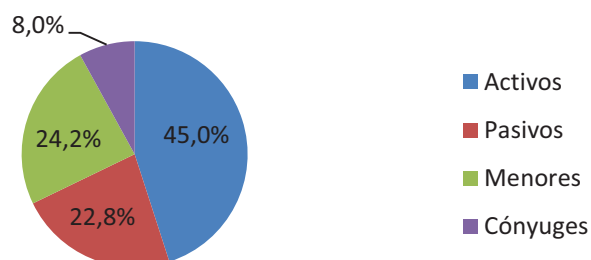
Fuente: Área Economía de la Salud. En base a información de BPS

El 45% de la población asegurada son activos. Este colectivo junto a los menores son los únicos que no crecen respecto a 2015 e incluso caen, un 0,6% y 2,2% respectivamente. Esta situación se vincula con la caída de la actividad observada en el mercado laboral en el período.

Tal como había sucedido el año anterior, el colectivo de pasivos fue el de mayor crecimiento anual, 30% respecto a 2015, alcanzando a representar el 22,8% del total de beneficiarios del SNS. Esto se explica porque a partir del 1° de julio del año 2016, según lo establecido en la Ley N° 18.731, ingresaron al SNS los jubilados y pensionistas que no lo habían hecho hasta el momento (y sus cónyuges), culminando con el proceso gradual de ingreso de este colectivo que comenzó en 2012.

¹ La serie completa de afiliados FONASA por colectivo se encuentra disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/evoluci%C3%B3n-de-afiliados-fonasa>

Gráfico 2 – Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2016



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

La distribución de los afiliados FONASA según sexo y tramo etario se mantiene prácticamente igual a la observada en períodos anteriores. A partir de 2012, la participación femenina supera a la masculina, hecho que puede vincularse al ingreso de los cónyuges al seguro. En 2016 las mujeres son el 53% de los beneficiarios.

Cuadro 1- Beneficiarios del SNS según sexo y edad (selección de algunos años)²

		dic-07	dic-08	dic-11	dic-12	dic-15	dic-16
SEXO MASCULINO	< 1	0	11.471	14.140	14.325	16.708	16.074
	1 a 4	0	47.821	61.673	63.305	66.513	67.635
	5 a 14	17	126.565	165.409	171.384	179.939	181.622
	15 a 19	14.225	50.478	69.678	70.471	76.002	69.421
	20 a 44	266.760	306.882	384.643	390.834	399.602	408.453
	45 a 64	125.395	162.974	216.831	227.905	253.503	275.843
	65 a 74	19.281	27.110	43.849	61.639	92.957	102.303
	> 74	7.956	11.273	18.404	54.378	71.440	81.103
	Total	433.634	744.573	974.627	1.054.241	1.156.664	1.202.454
SEXO FEMENINO	< 1	0	10.746	13.777	13.572	15.814	15.344
	1 a 4	0	45.751	58.779	60.859	63.578	64.148
	5 a 14	2	121.170	158.101	163.775	171.973	173.047
	15 a 19	6.968	42.643	60.398	62.592	77.583	65.110
	20 a 44	181.726	235.639	338.499	369.413	413.758	428.045
	45 a 64	94.975	137.059	193.814	214.166	265.346	309.898
	65 a 74	20.000	26.330	43.694	69.830	114.942	130.010
	> 74	11.517	13.833	22.412	100.288	130.044	147.542
	Total	315.188	633.170	889.474	1.054.495	1.253.038	1.333.144
TOTAL		748.821	1.377.743	1.864.101	2.108.736	2.409.702	2.535.598

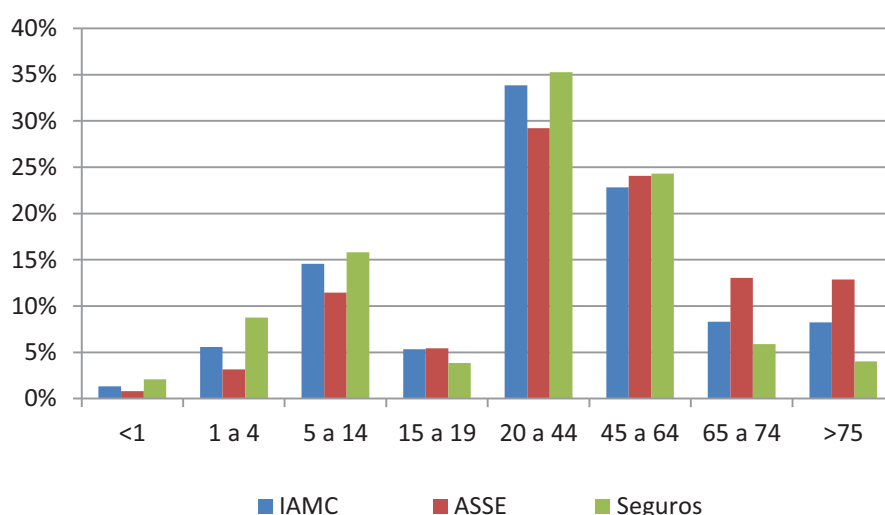
² La serie completa de afiliados FONASA por edad y sexo se encuentra disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/evoluci%C3%B3n-de-afiliados-fonasa>

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

Los afiliados de entre 20 y 44 años continúan siendo el grupo más numeroso, 33% del total. Cabe destacar el aumento del peso relativo de los dos tramos de mayores de 65 años explicado por el ingreso paulatino de los pasivos al SNS. En 2007 estos tramos representaban apenas el 6% de los asegurados, en 2012 aumentan su peso relativo a 14% y en 2016 son el 18% del total.

A continuación se presenta la estructura de edad de los beneficiarios del SNS por tipo de prestador. Una de las principales lecturas que surge del gráfico es que en ASSE la población mayor de 65 años tiene un peso relativo bastante mayor al que tienen en las IAMC y Seguros privados. Por otro lado, los tramos de menores de 14 años son más relevantes en términos relativos en los Seguros privados.

Gráfico 3 – Estructura de edad beneficiarios SNS por tipo de prestador 2016



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

A los efectos de analizar el crecimiento por institución se presenta una selección de años que se corresponde con algunos hitos importantes en la conformación del SNS (creación, ingreso de menores, ingreso de cónyuges e ingreso de pasivos) y los dos últimos años.

El 77,8% de los beneficiarios han optado por una IAMC, el 19,5% por ASSE y el 2,6% restante por un Seguro Privado.

ASSE creció un 11,5% respecto al año anterior, ubicándose entre los prestadores con mayor crecimiento en 2016, y con **495.309** afiliados FONASA sigue siendo la institución que brinda cobertura a más beneficiarios del SNS.

Cuadro 2- Beneficiarios del SNS según prestador (selección de algunos años)³

IAMC - Montevideo	dic-07	dic-08	dic-11	dic-12	dic-15	dic-16	Variación 2015/2016
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	124.655	150.233	155.771	166.420	6,8%
ASOC. EVANGELICA	20.676	33.284	42.927	49.300	55.694	57.457	3,2%
CASA DE GALICIA	26.218	38.051	43.575	49.623	45.840	45.479	-0,8%
CASMU	73.595	119.173	131.672	166.352	172.735	179.105	3,7%
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	63.033	70.030	77.854	86.840	11,5%
CUDAM	29.339	40.971	44.642	46.582	73.804	79.352	7,5%
COSEM	12.458	24.867	47.575	54.810	49.094	50.506	2,9%
G.R.E.M.C.A.	16.113	31.193	32.184	32.721	33.781	34.603	2,4%
IMPASA	10.706	17.327	-	-	-		
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.740	235.227	256.698	288.922	297.335	2,9%
SMI	28.573	57.462	100.630	108.854	120.314	124.296	3,3%
UNIVERSAL	22.050	38.097	54.657	56.494	58.742	57.321	-2,4%
Sub total	413.707	704.336	920.777	1.041.697	1.132.551	1.178.714	4,1%
IAMC - Interior							
AMECOM - MALDONADO	31.160	51.177	62.670	66.839	68.891	70.768	2,7%
AMEDRIN- RIO NEGRO	5.097	7.487	7.669	8.050	8.274	8.599	3,9%
AMSJ - SAN JOSE	17.250	30.221	37.650	41.001	44.564	44.962	0,9%
CAAMEC - ROSARIO	12.445	21.549	25.776	28.573	40.765	41.862	2,7%
CAAMEPA - PANDO	12.474	22.295	27.309	29.733	31.824	32.465	2,0%
CAMCEL - CERRO LARGO	10.081	20.824	26.364	28.451	38.815	39.151	0,9%
CAMDEL - MINAS	11.656	20.713	23.297	25.248	25.741	26.908	4,5%
CAMEDUR - DURAZNO	8.861	17.608	22.868	24.646	28.006	29.057	3,8%
CAMOC - CARMELO	8.411	13.865	16.473	18.220	19.152	19.520	1,9%
CAMS - SORIANO	16.201	30.351	38.104	39.855	40.994	41.836	2,1%
CAMY - YOUNG	4.525	6.838	6.891	7.040	7.289	7.424	1,9%
CASMER - RIVERA	9.159	17.590	23.718	26.951	30.858	31.669	2,6%
CO.ME.FLO. - FLORES	4.992	8.481	10.026	10.685	11.226	11.430	1,8%
COMECA - CANELONES	15.727	29.192	36.607	40.408	43.402	44.816	3,3%
COMCEL - CERRO LARGO	2.661	6.052	7.990	8.330	-	-	-
COMEF - FLORIDA	12.515	21.862	25.244	26.998	28.323	28.846	1,8%
COMESA - PAYSANDU	22.802	38.848	46.609	49.391	54.349	56.952	4,8%
COMERI - RIVERA	7.305	14.444	17.891	19.415	21.032	21.094	0,3%
COMERO - ROCHA	12.518	22.508	28.381	31.194	34.279	36.020	5,1%
COMETT - TREINTA Y TRES	448	998	1.162	1.264	856	2.326	171,7%
COMTA - TACUAREMBÓ	15.023	27.534	30.523	31.432	31.572	32.400	2,6%
CRAME - MALDONADO	13.267	23.071	30.761	33.406	36.801	38.085	3,5%

³ La serie completa de afiliados FONASA por prestador se encuentra disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/evoluci%C3%B3n-de-afiliados-fonasa>

CRAMI - LAS PIEDRAS	11.955	23.864	29.650	32.849	33.837	34.118	0,8%
GREMEDA - ARTIGAS	9.157	17.514	18.316	19.231	20.201	21.184	4,9%
IAC - TREINTA Y TRES	8.477	15.306	17.705	18.471	17.677	17.388	-1,6%
ORAMECO - COLONIA	4.622	7.959	8.839	9.655	-	-	-
SMQ.DE SALTO	19.887	35.035	44.438	47.871	53.005	55.762	5,2%
U.ME.R. - CARDONA	1.389	2.305	2.190	-	-	-	-
Sub total	310.066	555.491	675.121	725.207	771.733	794.642	3,0%
Seguros Privados							
HOSPITAL BRITÁNICO		7.464	18.326	19.405	21.370	22.961	7,4%
BLUECROSS & BLUESHIELD		2.543	5.230	5.798	7.563	8.257	9,2%
MP		8.424	14.533	15.564	16.958	18.252	7,6%
SUMMUM		3.680	6.552	7.206	8.903	9.553	7,3%
COPAMHI		326	561	679	729	789	8,2%
SEGURO AMERICANO		2.015	3.714	4.280	5.652	7.121	26,0%
PRIMÉDICA		-	8	16	-	-	-
Sub total		24.452	48.924	52.948	61.175	66.933	9,4%
ASSE							
ASSE	25.047	93.462	219.279	288.884	444.243	495.309	11,5%
TOTAL	748.820	1.377.741	1.864.101	2.108.736	2.409.702	2.535.598	5,2%

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

Dentro del subsector mutual, el conjunto de instituciones con sede principal en Montevideo creció 4,1%, mientras que las del interior del país crecieron 5,2% (igual al crecimiento total de beneficiarios del SNS). Por último, los Seguros Privados Integrales en conjunto aumentaron 9,4% sus usuarios.

Se observan algunos comportamientos individuales que vale la pena destacar. COMETT casi triplica sus usuarios FONASA entre 2015 y 2016, pasando de 856 a 2326. Cabe comentar que en el período de movilidad regulada esta institución tuvo un saldo neto positivo de 959 usuarios (Ver Anexo Movilidad Regulada). El Seguro Americano, en tanto, crece un 26%, casi mil quinientos nuevos afiliados. Por último cabe mencionar al Círculo Católico que crece 11,5%, casi 9 mil nuevos afiliados.

II.2 MOVILIDAD REGULADA

El siguiente capítulo tiene como objetivo presentar la información de movilidad de las personas entre los distintos prestadores de salud para el período enero – diciembre de 2016. Comprende tanto el período de movilidad regulada correspondiente al mes de febrero (contemplado por el decreto 03/2011) como aquellos cambios que han sido autorizados por la Junta Nacional de Salud por motivos oportunamente justificados en cualquier momento del

año. Estos incluyen el cambio de domicilio del afiliado, la solicitud por disconformidad con la atención recibida o por problemas de acceso económico. La movilidad hacia ASSE, así como para entrar o salir de un Seguro Privado, no requiere autorización salvo algunas excepciones.

Los pasivos que ingresaron al Seguro Nacional de Salud por efecto de lo dispuesto en la Ley 18.731, tienen un plazo de permanencia mínimo obligatorio de 5 años en el prestador en el cual resulten registrados a partir de la fecha en que se produce dicho registro. A diferencia de los activos o de los pasivos incorporados por la Ley 18.211, la movilidad de este colectivo hacia los seguros integrales y/o la Administración de los Servicios de Salud del Estado, depende de la autorización de la Junta Nacional de Salud. De todas maneras, a este colectivo se le aplica las reglas generales de movilidad.

El Decreto 03/2011 regula la movilidad de aquellos usuarios amparados bajo el Seguro Nacional de Salud que al 31 de enero tengan tres años o más de afiliación a una misma institución de asistencia médica. Estas personas podrán cambiarse a otro prestador de los que integran el Seguro Nacional de Salud, en el período comprendido entre el 1º y el 28 de febrero de cada año. El decreto también regula el cambio de institución para aquellas personas que hayan sido afiliadas de oficio a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) por no haber elegido prestador cuando tuvieron oportunidad de hacerlo.

En febrero de 2016 el total de personas habilitadas a cambiar de prestador ascendió a **1.606.482** de una población cubierta por el Seguro Nacional de Salud igual a 2.447.557, lo que implica casi al **66%** de la población. Esta cifra representa un porcentaje algo mayor al registrado para el año 2015, donde este valor ascendió al 63% de la población cubierta por el seguro.

Así, la cantidad de habilitados a cambiar continuó con su tendencia creciente, al igual que la cantidad de movimientos registrados en el período, que pasaron de 62.032 en el año 2015 a **63.130** en febrero de 2016. Si se observa el total de movimientos respecto a los habilitados a cambiar de institución, se aprecia un leve descenso respecto a años anteriores. Este porcentaje se había estabilizado en torno al 4.1%, mientras que este año esa cifra descendió al **3.93%**. De esta manera y tal como puede apreciarse en el Cuadro 3, se consolida la estabilidad de los movimientos respecto a los habilitados a cambiar que se observa desde el año 2013, en aproximadamente 4%.

Cuadro 3- Evolución del número de habilitados y cantidad de movimientos. Período 2009-2016

Período	Habilitados	Movimientos	Movimientos /habilitados
feb-09	272.691	20.213	7,4%
feb-10	338.814	22.504	6,6%
feb-11	839.073	53.651	6,4%

feb-12	1.063.632	49.367	4,6%
feb-13	1.194.048	52.134	4,4%
feb-14	1.350.473	55.364	4,1%
feb-15	1.526.872	62.032	4,1%
feb-16	1.606.482	63.130	3,93%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

Si se observan los movimientos registrados según tipo de afiliación al SNS que da derecho al cambio de prestador en relación a los habilitados por categoría, se aprecia que la mayor movilidad se produce dentro de la categoría de *cónyuges y concubinos* (ver Cuadro 4), en donde el 4.74% de los habilitados a cambiar efectivamente lo hacen, seguido de los trabajadores *activos* (4.2%) y los *menores* (3.68%). Los pasivos por su parte, son el grupo que presenta un menor porcentaje de movilidad respecto a sus habilitados (2.6%), a pesar de ser el segundo grupo en términos de crecimiento respecto al año anterior, presentando una variación de casi 12%.

Cuadro 4- Habilitados y movimientos según tipo de afiliación.

	MAS DE 3 AÑOS	OFICIO A ASSE	TOTAL	Movimientos	Movimientos /habilitados
ACTIVOS	776.630	109.256	885.886	37.232	4,20%
MENORES	413.070		413.070	15.217	3,68%
CONY-CONC	72.096	53.937	126.033	5.969	4,74%
PASIVOS	181.493		181.493	4.712	2,60%
			1.606.482	63.130	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

La categoría de *cónyuges y concubinos* es la que más se incrementa respecto al 2015, presentando un crecimiento del 15.59%. Dentro de este grupo se destaca el cambio en su composición. Mientras en el 2015 más del 70% de los habilitados eran afiliados de oficio a ASSE, este porcentaje descendió al 48.2% en el 2016. Adicionalmente, de los 5.969 movimientos registrados, cerca del 70% representan egresos de ASSE.

Si se realiza un análisis similar para los activos se aprecia que es el grupo de menor crecimiento respecto al 2015 (2.26%). De los 37.232 movimientos que hubo en febrero de 2016, casi el 43% son salidas de ASSE. Este comportamiento no presenta grandes diferencias respecto a lo sucedido en años anteriores.

Si se analizan los movimientos acontecidos en el período de movilidad regulada según el prestador sea público o privado, desde el punto de vista de los egresos, se observa un patrón

muy similar al ocurrido en años anteriores⁴. Así, se aprecia que los usuarios deciden desvincularse de ASSE para afiliarse a una Institución de Asistencia Médico Colectiva (IAMC). El total de egresos registrados en el presente período para ASSE ascendió a 26.030 personas, lo que representa un 41.23% del total de salidas registradas en el período. Cabe recordar que gran parte de estos movimientos vienen explicados por la movilidad de aquellos usuarios que fueron asignados de oficio a dicha institución.

Cuadro 5- Movimientos según tipo de prestador

Tipo de prestador	Cantidad de movimientos			% total de movimientos	
	Ingresos	Egresos	Neto	Ingresos	Egresos
IAMC Montevideo	43.925	29.698	14.227	69,58	47,04
IAMC Interior	16.001	7.402	8.599	25,35	11,73
ASSE	3.204	26.030	-22.826	5,08	41,23
Total	63.130	63.130	0	100,00	100,00

Fuente: elaboración propia en base a datos del BPS

En el Cuadro 5 se aprecia asimismo, que la mayoría de los ingresos se producen en mutualistas de Montevideo, instituciones que logran captar casi el 70% de las entradas.

El Cuadro 6 recoge de manera resumida los movimientos ocurridos entre las distintas instituciones del sistema. Nuevamente se aprecia un comportamiento de los movimientos muy similar al registrado para años anteriores, en particular para el 2015.

Cuadro 6- Matriz de movimientos entre instituciones

		Destino			
		IAMC Montevideo	IAMC Interior	ASSE	Total
Origen	IAMC Montevideo	24.962	2.771	1.965	29.698
	IAMC Interior	3.498	2.665	1.239	7.402
	ASSE	14.854	11.176	X	26.030
	Total	43.314	16.612	3.204	63.130

Fuente: elaboración propia en base a datos del BPS

Si se analizan los movimientos entre prestadores surge que aproximadamente el 54% de los mismos se producen entre instituciones privadas mientras que casi el 40% de los movimientos ocurren entre IAMC de Montevideo. Por otro lado, del total de salidas registradas en ASSE, casi un 60% terminan eligiendo una mutualista de Montevideo.

⁴ El detalle de los movimientos por prestador se encuentra en el ANEXO I.-

Por último, cabe presentar la información correspondiente a los cambios de prestador para aquellos casos en los cuales está prevista la ruptura del vínculo asistencial en cualquier momento del año ya sea por motivos de accesibilidad geográfica, disconformidad con la asistencia recibida y/o accesibilidad económica.

En el año 2016 fueron 8.782 las solicitudes recibidas por la JUNASA por motivo de cambio de domicilio del usuario. Por esta razón, sólo fueron denegados 116 casos. Se recibieron además 1.041 solicitudes por el resto de los motivos, de las cuales fueron concedidas 703. Casi el 42% de las solicitudes aprobadas fueron por motivo asistencial. Le siguen en importancia los argumentos “económico”, “afiliación irregular” y “dificultad de acceso” con 21.8%, 18% y 7.5% respectivamente. El resto de las solicitudes procesadas (70 casos) fueron debido a asignaciones de oficio en ASSE y la categoría residual “otros”. Adicionalmente, fueron 16 los cambios de prestador efectuados por motivo de interrupción voluntaria del embarazo. Estos casos se encuentran amparados por la Ley 18.987 de interrupción voluntaria del embarazo, que permite el cambio de institución a las usuarias que manifiesten disconformidad con la atención recibida en el actual prestador de salud.

CAPITULO III. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA

III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2016

El saldo de ingresos y egresos del FONASA fue negativo en \$16.807.568.980 durante el ejercicio 2016. Este monto representa aproximadamente 23% de los egresos del fondo en dicho ejercicio.

Como se describe en el Cuadro 7, el resultado indicado más arriba implica que la suma de aportes personales y patronales recaudados, correspondientes a los generantes activos y pasivos del sistema, fue inferior al conjunto de pagos realizados a los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (SNS) por concepto de cuota salud (cápitales y metas), sustitutivos de tickets, sobrecuota de inversión y cuotas del Fondo Nacional de Recursos. Esta diferencia es cubierta por aportes de Rentas Generales.

Cuadro 7- Resultado FONASA 2016 sin considerar la asistencia de CGN

Ingresos	
Recaudación BPS	41.427.122.408
Ajuste Recaudación BPS	0
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	6.517.220.608
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	661.109.473

Aportes Del Gobierno Central (CGN)	7.316.187.058
Total Ingresos por recaudación	55.921.639.547
Comisiones Seguros Integrales	75.497.209
Otros Ingresos	254.837
Total otros ingresos	75.752.046
Total de ingresos	55.997.391.593
Egresos	
Liquidaciones Mutualistas	49.587.943.673
Sobrecuota de Inversión	253.310.145
Liquidaciones ASSE	12.556.828.278
Liquidaciones Seguros Integrales	1.258.286.728
Liquidaciones Fondo Nacional de Recursos	5.617.566.568
Liquidaciones Cajas de Auxilio	11.289
Reintegro de Aportes	3.531.013.892
Total egresos	72.804.960.573
Resultado operativo FONASA	
Total	-16.807.568.980
Otros movimientos financieros	
Ingresos por cobro de adelantos financieros	0
Egresos por adelantos financieros	0
Total otros movimientos financieros	0
Resultado final	
Resultado final FONASA	-16.807.568.980

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

Poco más de una quinta parte del diferencial entre egresos e ingresos es explicado por los reintegros de aportes, cuyo régimen fuera establecido por la Ley 18.731 de diciembre de 2010. A continuación se refleja la evolución de dichas transferencias a precios constantes de 2008, así como su peso relativo en los gastos totales del Fondo, para el período 2004 – 2016.

Cuadro 8- Transferencias de Rentas Generales al FONASA y Egresos Totales a precios constantes 2008.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Transferencias	1.129	937	896	472	1.002	538	449	1.025	2.443	4.217	5.609	6.053	9.149
Egresos	6.477	6.956	7.820	8.288	14.134	16.307	18.360	20.523	26.250	30.766	34.473	35.964	39.632
% s/Egresos	17%	13%	11%	6%	7%	3%	2%	5%	9%	14%	16%	17%	23%

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

Gráfico 4- Evolución de las transferencias de Rentas Generales al FONASA



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

Como puede observarse en el Cuadro 8, las transferencias medidas en términos reales crecieron significativamente en 2016 respecto al año anterior (algo más de 50%), tras un año en el que se habían mantenido relativamente estables, retomando de este modo la senda creciente que han mostrado desde 2011 en adelante. Uno de los componentes más importantes del diferencial entre ingresos y egresos del FONASA lo constituyen, como ya fue dicho, los reintegros de aportes. Sin embargo, cuando analizamos el peso de estos en la totalidad de las erogaciones del Fondo encontramos que se mantiene en los últimos dos años en cifras que oscilan entre el 4,7% y el 4,8%. Por lo tanto, dichos reintegros no son el factor que explica el crecimiento entre 2016 y 2015 de las transferencias requeridas.

Cuadro 9 – Composición Reintegro de aportes 2016.

	AÑO DE EMISIÓN					TOTALES
	2011	2012	2013	2014	2015	
Personas	703	3.195	4.875	16.982	116.242	141.997
Montos en \$	3.243.752	16.541.600	38.644.552	116.779.826	3.355.804.161	3.531.013.892

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

El análisis anterior permite concluir que el aumento de las transferencias se debe a que se ensanchó, de un año a otro, la brecha entre los ingresos por aportes y los recursos que han de volcarse hacia las instituciones prestadoras para dar cobertura a la población asegurada. Este incremento se debe, fundamentalmente, a que en julio de 2016 finalizó el proceso de incorporación de jubilados y pensionistas al SNS que fuera establecido en la Ley 18.731. En concreto, en el mes señalado ingresaron al Seguro todos los jubilados y pensionistas que a diciembre de 2010 poseían una cobertura en un prestador público y que no habían sido incorporados en las etapas anteriores. Asimismo, se completó la cadencia de aportes y pagos referida a los jubilados y pensionistas que a diciembre de 2010 poseían una cobertura en un prestador privado y que ya habían sido incorporados en julio de 2012. En este caso, la Ley

establecía un proceso paulatino de disminución en los aportes al FONASA de estos generantes, concomitante con un proceso de incremento de los pagos que el Fondo realizaba a los prestadores en los que poseen cobertura. Por lo tanto, esto ha tenido el doble efecto de disminuir la recaudación e incrementar los egresos. Finalmente, fueron incorporados al SNS aquellos jubilados y pensionistas que a diciembre de 2010 poseían cobertura en un prestador privado y que, amparados en el régimen establecido por la Ley 18.731, habían suspendido su incorporación. En este caso, la norma establecía que la mencionada suspensión finalizaba en julio de 2016, cuando todos los jubilados y pensionistas debían ser ingresados a la cobertura.

Cuadro 10 - Resultado Económico del FONASA 2016 por tipo de afiliación

Ingresos	Monto	%/Egresos 2016	%/Egresos 2015	%/Egresos 2014
Menores	8.352.965.612	11,5%	13,5%	13,8%
Cónyuges	1.585.161.209	2,2%	2,5%	2,8%
Pasivos	6.517.220.608	9,0%	8,8%	8,5%
Activos	39.466.292.118	54,2%	58,1%	58,5%
Otros Ingresos	75.752.046	0,1%	0,3%	0,1%
Total Ingresos	55.997.391.593	77%	83%	84%
Egresos	Monto	%/Egresos 2016	%/Egresos 2015	%/Egresos 2014
Menores	12.779.919.270	17,6%	18,5%	18,9%
Cónyuges	5.486.550.868	7,5%	7,5%	7,4%
Pasivos	23.022.482.661	31,6%	27,8%	25,5%
Activos	27.731.683.737	38,1%	40,3%	42,0%
Sobrecuota de Inversión	253.310.145	0,3%	1,2%	1,6%
Reintegro de Aportes	3.531.013.892	4,8%	4,7%	4,3%
Otros Egresos	0	0,0%	0,0%	0,3%
Total Egresos	72.804.960.573	100%	100%	100%
Resultado	Monto	%/Egresos 2016	%/Egresos 2015	%/Egresos 2014
Menores	-4.391.413.700	-6,0%	-5,0%	-5,1%
Cónyuges	-3.936.929.616	-5,4%	-5,0%	-4,6%
Pasivos	-16.505.262.053	-22,7%	-18,9%	-17,0%
Activos	11.734.608.381	16,1%	17,8%	16,5%
Sobrecuota de Inversión	-253.310.145	-0,3%	-1,2%	-1,6%
Reintegro de Aportes	-3.531.013.892	-4,8%	-4,7%	-4,3%
Otros	75.752.046	-0,1%	-0,3%	-0,4%
Total Resultado	-16.807.568.980	-23%	-17%	-16%

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

El Cuadro 10 muestra los ingresos, egresos y saldos por grandes colectivos de afiliación. Una observación detallada de los datos reseñados permite confirmar algunos de los extremos señalados en párrafos anteriores. En efecto, los requerimientos de recursos de Rentas Generales se incrementaron, como porcentaje de los egresos totales, en 6 puntos

porcentuales entre 2016 y 2015. De esta variación, casi 4 puntos porcentuales son explicados por el aumento interanual en la brecha entre aportes y pagos a nivel de los Pasivos. Por otra parte, se observa un incremento del déficit en menores, así como un declive en el superávit de activos. Los factores que pueden explicar este tipo de fenómeno se vinculan al comportamiento de salarios promedio respecto a los costos del sistema, así como a la evolución de las variables relativas al mercado de trabajo, pero un análisis más profundo y detallado escapa a los objetivos de este trabajo.

III.2 INGRESOS

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

Cuadro 11 - Ingresos del FONASA 2016

Ingresos Propios	Monto	%
Aportes personales de trabajadores privados	9.694.385.012	17,3%
Aportes personales de trabajadores públicos	3.082.874.504	5,5%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados	8.826.245.430	15,8%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos	1.111.881.391	2,0%
Aportes patronales de trabajadores privados	15.875.134.919	28,3%
Aportes patronales de trabajadores públicos	4.747.684.258	8,5%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	456.127.840	0,8%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	1.059.330.653	1,9%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	1.898.607.407	3,4%
Bancos	2.474.320.015	4,4%
Notarial	177.827.509	0,32%
Total aportes de activos	49.404.418.939	88,2%
Recaudaciones personales sobre prestaciones económicas	6.517.220.608	11,6%
Otros Ingresos	75.752.046	0,1%
Total de Ingresos Propios	55.997.391.593	76,9%
Asistencia		
Aporte de Rentas Generales	16.807.568.980	23,1%
Total Ingresos		
Ingresos Totales	72.804.960.573	100,0%

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

Algo menos del 41% de los ingresos propios del FONASA se explica por los aportes personales realizados por los trabajadores del sector privado y público, a excepción de bancarios, notariales y trabajadores no dependientes que se presentan por separado. Aproximadamente 23% se corresponde con los aportes personales básicos, en tanto que otro 18% lo constituyen los adicionales a partir de los que el generante activo atribuye cobertura a menores y/o discapacitados a cargo y a cónyuges y concubinos. Por otra parte, cerca de 37% de los ingresos

propios se corresponden con los aportes patronales correspondientes a trabajadores dependientes públicos y privados, en tanto que 11,6% se explica por los aportes personales realizados por jubilados y pensionistas. El resto lo constituyen los aportes personales y patronales de los trabajadores no dependientes, los aportes personales de bancarios y notariales y otros ingresos.

III.3 EGRESOS

A continuación se analiza la información relativa a los egresos del fondo, sin considerar los reintegros de aportes. Como fuera explicado en oportunidad de otras rendiciones de cuentas, esta opción metodológica se asume partiendo de la base de que los reintegros no constituyen gastos realizados en la consecución de los objetivos del seguro. En este sentido, se asimilan a una “renuncia de ingresos”, más que a una erogación del FONDO.

El Cuadro 12 ilustra que el 78% de las erogaciones del FONASA se explican por el pago de cápitas correspondientes a los asegurados a las IAMC y ASSE. Los pagos por componente metas de la cuota salud y por sustitutos de tickets a estas instituciones suman otro 8%, en tanto que las cuotas pagadas al Fondo Nacional de Recursos constituyen un 7,7%. Los pagos por concepto de cápitas y metas a los Seguros Integrales se presentan agregados y por separado⁵, constituyendo 1,7% de los egresos totales.

Cuadro 12 - Egresos del FONASA 2016 según concepto

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
< 1	1.161.185.856	1,6%	945.158.107	1,3%	2.106.343.963	2,9%
1 a 4	1.314.188.644	1,8%	1.178.075.008	1,6%	2.492.263.652	3,4%
5 a 14	2.124.003.475	2,9%	1.832.563.849	2,5%	3.956.567.324	5,4%
15 a 19	805.672.058	1,1%	1.007.953.914	1,4%	1.813.625.972	2,5%
20 a 44	4.363.521.509	6,0%	9.653.850.206	13,3%	14.017.371.715	19,3%
45 a 64	5.849.730.317	8,0%	7.685.097.619	10,6%	13.534.827.936	18,6%
65 a 74	4.020.383.556	5,5%	4.332.759.049	6,0%	8.353.142.605	11,5%
> 74	4.089.871.986	5,6%	6.163.802.022	8,5%	10.253.674.008	14,1%
CAPITAS	23.728.557.401	32,6%	32.799.259.774	45,1%	56.527.817.175	77,6%
META					4.427.795.363	6,1%
TICKET	480.318.219	0,7%	728.508.303	1,0%	1.208.826.522	1,7%

⁵ Los pagos del FONASA a los Seguros Integrales se presentan de esta forma debido a la peculiaridad del mecanismo a partir del cual se establecen. En efecto, debe recordarse que el SNS paga a este tipo de prestador, por cada beneficiario, un monto que se ubica en el menor valor entre la cápita correspondiente al tramo de riesgo y el aporte realizado al Fondo. Por lo tanto, beneficiarios del mismo tramo de riesgo generan pagos totalmente disímiles. Es por este motivo que no es posible reconstruir la parte de los fondos volcados que corresponde a cápitas de los diferentes tramos de riesgo y la parte que corresponde a otros conceptos.

SEGUROS INTEGRALES					1.238.230.094	1,7%
FNR	2.681.539.415	3,7%	2.936.027.153	4,0%	5.617.566.568	7,7%
SUB TOTAL LIQUIDACIONES					69.020.235.722	94,8%
SOBRECOTA DE INVERSIÓN					259.981.324	0,4%
TOTAL LIQUIDACIONES					69.280.217.046	95,2%
EGRESOS						
TOTAL SEGÚN INFORME EGRESOS E INGRESOS					72.804.960.573	100%
TOTAL EGRESOS - SIN REINTEGROS DE APORTES NI PAGOS A CAJAS DE AUX.					69.273.935.392	95,2%
DIFERENCIA					-6.281.654	-0,01%

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

La última fila del Cuadro 12 recoge la diferencia existente entre el monto total que se informa en las Liquidaciones y el total de los egresos, una vez que se restan los reintegros de aportes a los generantes y a Cajas de Auxilio. Esta diferencia se debe a que las liquidaciones mensuales no recogen las devoluciones que debe realizar Casa de Galicia por concepto de sobrecota de inversión (\$6.305.928). Asimismo, existe un monto de reliquidaciones realizadas a las instituciones (\$24.274) que tampoco son recogidas en las liquidaciones mensuales. Cuando al monto de las liquidaciones le restamos lo primero y le agregamos lo segundo, se arriba al total de egresos sin reintegros.

Por su parte, el Cuadro 13 muestra los egresos desagregados por tipo de institución. Se observa que la participación relativa de los diferentes prestadores en el total de los egresos del FONASA se mantiene relativamente estable respecto a los ejercicios anteriores, siendo las IAMCs destinatarias de algo más del 70% de los recursos globales.

Cuadro 13 - Egresos del FONASA según prestador

	2014	2015	2016	
	%	%	Monto	%
IAMC	75%	74%	49.847.535.472	72%
Seguros Integrales	2%	2%	1.258.286.727	2%
ASSE	16%	17%	12.556.828.278	18%
FNR	7%	7%	5.617.566.568	8%
OTROS EGRESOS	0%	0%	11.289	0%
Total	100%	100%	69.280.228.335	100%

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

Si bien los Otros Egresos no constituyen una categoría significativa en cuanto a los montos, la evolución en los últimos tres años muestra una tendencia decreciente que se explica por el régimen que la Ley 18.731 estableció para los aportes que realizan los trabajadores que antiguamente se encontraban cubiertos por Cajas de Auxilio. En efecto, la norma estableció una cadencia por la que el FONASA debía reintegrar una cuota parte de los aportes básicos personales a las Cajas de Auxilio. Esta cuota parte decrecía año a año hasta eliminarse

completamente en 2015. Por tal motivo, este rubro no registra información en el ejercicio analizado.

III.4 SOBRECUOTA DE INVERSIÓN

En el cierre del año 2016 y luego de 4 años del comienzo del pago de la sobrecuota de inversión, son solo 3 las instituciones que todavía perciben este ingreso. Sin embargo, a lo largo del año fueron 28 las instituciones que cobraron por este concepto resultando en un monto total de \$259.981.324. El desembolso acumulado entre enero de 2013 y diciembre de 2016 es de \$2.334.080.357. Este monto ha financiado hasta el momento el 54,1% del total de los proyectos⁶.

Cuadro 14 - Desembolsos anuales por sobrecuota de inversión

	Monto anual Sobrecuota inversión
2013	466.169.067
2014	867.521.087
2015	740.408.878
2016	259.981.324
Acumulado	2.334.080.357

Cuadro 15 - Montos en \$ percibidos por sobrecuota de inversión por prestador

Institución	Monto percibido en el ejercicio	Monto acumulado hasta diciembre 2016	Fin del cobro
ASESP	90.723.190	246.619.950	ago-16
EVANGELICO	1.614.542	67.628.755	jul-15
CASA DE GALICIA	0	33.296.637	devolución
CASMU	36.013.658	258.354.362	mar-16
CCOU	14.957.570	100.524.294	mar-16
CUDAM	10.965.076	55.765.989	feb-16
COSEM I	1.000	64.364.633	ene-15
COSEM II	8.464.657	8.464.657	feb-16
GREMCA	20.949.362	42.803.996	cobrando
MUCAM	816	319.236.765	jun-15
SMI	3.626	135.843.903	abr-15
UNIVERSAL	747	70.698.480	sep-15
GREMEDA	15.915.047	29.579.737	nov-16
CAAMEPA	6.455.994	40.270.140	abr-15

⁶ La normativa establece que la sobrecuota puede financiar hasta el 70% de cada uno de los proyectos.

CRAMI	15.854.647	37.334.793	cobrando
COMECA I	67	30.640.129	jul-14
COMECA II	390	21.630.011	may-15
CAMCEL	0	46.588.083	oct-15
COMECCEL	0	1.427.017	absorbida por CAMCEL
ORAMECO	0	12.868.216	jul-15
CAMEC	1.103	33.766.451	ene-15
CAMOC	0	23.708.010	mar-15
CAMEDUR	0	31.723.183	mar-15
COMEFLO	0	7.354.656	nov-14
COMEF	1.756.590	37.034.086	ene-16
CAMDEL	6.680.975	35.986.258	abr-16
AMECOM	2.762	86.662.182	sep-15
CRAME	3.950	42.714.281	ago-15
COMEPA I	0	28.502.585	ene-14
COMEPA II	-93	29.093.761	jun-15
COMEPA III	7.150.685	7.150.685	jul-16
AMEDRIN	0	5.488.571	oct-14
CAMY	3.958	8.206.050	dic-15
CASMER	0	31.389.539	may-15
COMERI	2.517.416	24.901.315	feb-16
COMERO	8.969.296	47.505.728	abr-16
SMQS	231	67.501.442	dic-15
AMSJ	59	55.316.328	jul-15
CAMS	0	48.663.263	mar-15
COMTA	2.702.244	37.758.830	ene-16
IAC	8.271.759	19.712.610	cobrando
Total	259.981.324	2.334.080.357	

De las 28 instituciones que percibieron ingresos por sobrecuota a lo largo del 2016, 17 fueron las que recibieron el 3,35% de sus cápitas mensuales. De las 11 restantes, 9 cobraron pequeños montos vinculados a reliquidaciones de meses anteriores ya que habían finalizado con el cobro de la sobrecuota. En el caso del Hospital Evangélico⁷ y CAAMEPA⁸ recibieron pagos durante 2016 porque le fueron autorizadas por JUNASA modificaciones a sus proyectos

⁷ Le fue autorizada la cancelación del proyecto de generar un área de admisión sanatorial en el hall del edificio central y se sustituyó por la ampliación del Servicio de Emergencia Pediátrica del Sanatorio de Montevideo; esta modificación habilitó el pago en el mes de junio de 2016 de \$1.574.106.

⁸ Le fue autorizada por la JUNASA la incorporación al proyecto original de la construcción y equipamiento del Data Center lo que incrementó el monto total de la inversión y habilitó el pago de 3 meses más de sobrecuota (de octubre a diciembre de 2016) con las que se alcanzaron las 24 autorizadas por normativa.

originales que implicaron que se habilitara el pago de cuotas adicionales hasta alcanzar las 24 máximas que establece la normativa.

De las 17 instituciones antes mencionadas, 9 dejaron de cobrar durante el año 2016 por haber alcanzado los 24 meses máximos establecidos por la normativa y 3 porque los ingresos percibidos llegaron a representar el 70% de sus proyectos (máximo que se autoriza a financiar con sobrecuota de inversión).

Casa de Galicia continuó con el reintegro de los fondos no ejecutados como lo estableció la Resolución N° 885/2014 de JUNASA. Según información proporcionada por BPS se devolvieron hasta diciembre 2016 22 cuotas, por un total de \$11.560.868 (\$6.305.928 en 2016). Todavía resta el reintegro de 35 cuotas de las 57 establecidas. El monto que aparece en el cuadro anterior, \$33.296.637⁹ corresponde a lo cobrado por Casa de Galicia hasta el momento de la suspensión.

La ejecución financiera de los proyectos, tal como era de esperar, aumentó considerablemente respecto a la observada en el año anterior. Mientras en 2015 se habían ejecutado, en promedio, el 60% de los fondos cobrados, en 2016 la ejecución alcanza el 82%. La situación es distinta al comparar las instituciones por región; en el interior se han ejecutado el 94% de los fondos percibidos mientras que en Montevideo el promedio alcanza el 73%.

Cuadro 16 - Ejecución financiera de los proyectos

TOTAL PAÍS	MONTO PRESUPUESTADO (en \$)	MONTO EJECUTADO (en \$)	EJECUTADO/ PRESUPUESTADO
Obra Civil	3.739.289.630	3.076.796.470	82,28%
Equipamiento	352.939.962	253.345.980	71,78%
Desarrollo informático	54.822.713	51.131.190	93,27%
Historia Clínica Electrónica Desarrollo e Implementación	128.610.421	121.933.154	94,81%
TOTALES	4.275.662.726	3.503.206.794	81,93%

Al cierre de 2016 las siguientes instituciones han culminado con la ejecución financiera de los fondos percibidos y por lo tanto con el proceso de rendición de cuentas trimestral: COSEM (Proyecto 1), COMECA (Proyectos 1 y 2), CAMCEL, CAMOC, CAMEDUR, COMEFLO, CRAME, COMEPA (Proyectos 1 y 2), CASMER, y CAMS.

Continúan percibiendo ingresos por sobrecuota de inversión sólo 3 instituciones: GREMCA, CRAMI y IAC.

En el ANEXO II se presenta el detalle de los proyectos financiados por sobrecuota por institución así como el avance de la ejecución financiera de los mismos. A los efectos de

⁹ No se corresponde con el monto que debe devolverse en tanto este resultó de la diferencia entre lo cobrado y lo ejecutado por la institución.

facilitar el control, en el caso de COSEM, COMECA y COMEPA se presentan por separado los distintos proyectos financiados.

Por último, cabe mencionar que la JUNASA ha solicitado a las instituciones la elaboración y presentación de una Memoria de los proyectos financiados con sobrecuota de inversión que ha sido presentada en tiempo y forma por la mayoría de los prestadores.

III.5 METAS ASISTENCIALES

En el año 2016 el pago correspondiente al componente metas de la Cuota Salud continúa representando el 6% de los egresos del FONASA, tal como ha sucedido desde el año 2008. Este mecanismo de pago busca incentivar cambios en los modelos de atención y gestión de los prestadores integrales, contribuyendo al logro de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN 2020).

La Meta 1 creada en el año 2007, promueve el control de los recién nacidos y del niño/a en su primera infancia, focalizándose en los últimos años en los recién nacidos de riesgo. Incentiva también el adecuado control del embarazo y la prevención y atención de situaciones de violencia.

Hasta junio de 2016 la Meta 2 continuó centrada en el incentivo al control de la población con médico de referencia en los tramos de 12 a 19 años y en adultos a partir de los 45 años, así como se continúa impulsando la realización de actividades de promoción en salud dirigidas a la población adolescente en instituciones educativas y sociales. A partir del segundo semestre comenzó una etapa de transición en relación a esta meta, que se extendió hasta marzo de 2017. Continuó el trabajo de control según pauta para los adultos y adultos mayores referenciados y con los talleres de promoción de salud dirigidos a adolescentes. A su vez, se promovió la evaluación de la estrategia de médico de referencia. En este semestre, a través de la Comisión Asesora de Metas, el Ministerio de Salud inicia un intercambio con representantes de los prestadores de servicios para redefinir los contenidos de la Meta 2, que se centrará en el impulso del logro de los Objetivos Sanitarios Nacionales.

El financiamiento de la Meta 3, centrada en el control de los adultos mayores, se traslada a la Meta 4 en el mes de julio, según lo acordado en el Consejo de Salarios.

La Meta 4 busca impulsar la contratación de cargos de alta dedicación por parte de las instituciones en las especialidades que han sido acordadas en el marco de los Consejos de Salarios.

En el mes de diciembre el FONASA pagó a los prestadores privados, a través de la Meta 5 creada por la JUNASA, el monto necesario para realizar los pagos variables de salarios de los trabajadores del sector acordados en los Consejos de Salarios. Estos pagos salariales están condicionados a la realización de actividades de capacitación pautadas por el Ministerio de Salud.

Instancias de discusión de las metas

Durante el año 2016 la Comisión Asesora de Metas se reunió en diversas oportunidades. En el mes de marzo se inició un intercambio sobre diferentes aspectos relacionados al diseño de las metas, su vínculo con los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), y en particular acerca de la posibilidad de establecer metas diferenciadas por prestador según los problemas específicos priorizados en cada uno de ellos. En ese marco se acordaron los nuevos instructivos para las Metas 1 y 2 que comenzaron a regir en julio de 2016 y lo hicieron hasta marzo de 2017, un periodo considerado como de transición hacia una redefinición de las metas, en particular de la Meta 2.

En el segundo semestre, los prestadores fueron convocados individualmente por el Ministerio de Salud para presentarles un conjunto de indicadores relacionados con los OSN que permitían identificar las áreas más problemáticas de cada institución. Sobre la base de un diagnóstico realizado a partir de esos indicadores, se definieron las metas específicas por prestador que se incorporan al diseño de la nueva Meta 2, que comenzará a regir a partir de abril de 2017.

META 1: Salud del niño, niña y mujer

Diseño

En julio de 2016 comenzó a regir un nuevo instructivo de Meta 1, que continuará hasta marzo de 2017. Sin embargo los cambios en el contenido de esta meta no han sido significativos y se han orientado fundamentalmente por los OSN 2020 propuestos por el MS, en donde se contemplan los resultados institucionales que indican que el incentivo buscado con el pago ya ha logrado su objetivo.

En el caso de la atención a la niñez, los esfuerzos se orientan al seguimiento del recién nacido de riesgo, y al monitoreo del crecimiento y el desarrollo en la primera niñez. A su vez, continúa el monitoreo de los niveles de hemoglobina en el primer año de vida para la detección temprana de anemia y su tratamiento oportuno.

Para continuar avanzando en el correcto control del embarazo, se extiende al segundo trimestre la solicitud de controles de HIV y VDRL (se pedían en el primero y en el tercero), así como informes sobre los casos positivos. También se procede a la capacitación en algoritmos de atención para esos casos.

Por otra parte se prioriza la capacitación de los trabajadores de forma de mejorar las estrategias de abordaje de las situaciones de violencia basada en género y generaciones (VBGG), con énfasis en las situaciones de violencia sexual aguda y violencia doméstica. A su vez se promueve la elaboración, difusión e implementación de protocolos institucionales para la asistencia de estas situaciones.

Resultados

Los resultados sobre la evolución de los indicadores de la Meta 1 se muestran por separado para el sector privado y para ASSE. Los indicadores que se consideran para evaluar el cumplimiento de la meta y su pago asociado son los siguientes¹⁰:

1. Captación del recién nacido
2. 1. Visita domiciliaria para RN de riesgo
- 2.2.1. Control de Rn de riesgo que cumple 3 meses en el trimestre
- 2.2.2. Control de Rn de riesgo que cumple 6 meses en el trimestre
- 2.2.3. Control de Rn de riesgo que cumple 12 meses en el trimestre
- 2.2.4. Control de Rn de riesgo que cumple 18 meses en el trimestre
- 2.2.5. Control de Rn de riesgo que cumple 24 meses en el trimestre
- 3.1.1. Control de desarrollo en el primer año de vida.
- 3.1.2. Determinación de hemoglobina en el primer año de vida
- 3.2. Control de desarrollo en el segundo año de vida
- 3.3.1. Control de desarrollo en el cuarto año de vida
- 3.3.2. Control odontológico en el cuarto año de vida
- 3.3.3. Control oftalmológico en el cuarto y quinto año de vida
- 4.1. Control obstétrico en el embarazo
- 4.2. Control odontológico en el embarazo
- 4.3. Controles de HIV-VDRL
- 4.4. Capacitación en algoritmos de atención en casos positivos de VDRL y HIV
5. HCPB completas y volcadas al SIP
6. Violencia Basada en Género y Generaciones

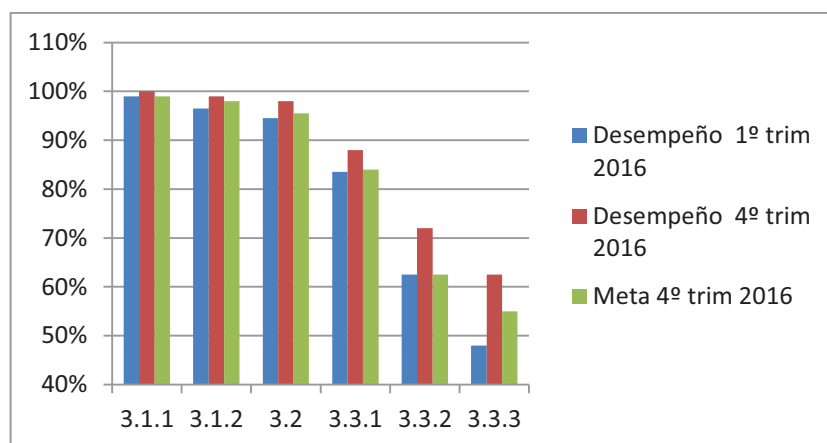
¹⁰ El desempeño de cada prestador se presenta en el Anexo III. Las definiciones de cada uno de los indicadores se encuentran en los Instructivos de Meta 1 correspondientes al período analizado, disponibles en <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/sistema-nacional-integrado-de-salud-snis/metas-asistenciales>

7. Pesquisa de Violencia Doméstica

Para los indicadores de Captación del recién nacido, Visita domiciliaria y Controles hasta los 24 meses de los recién nacidos de riesgo, la meta a alcanzar para todos los prestadores es del 100%. La mediana del desempeño de los prestadores privados ha sido del 100% en todo el año 2016, y sólo algunos seguros privados presentan valores menores al 95%.

En el resto de los indicadores referidos al control del niño hasta los cuatro años, las metas a alcanzar se definen en términos de crecimiento respecto a la línea de base. En el siguiente gráfico se presentan la mediana de desempeño de los prestadores privados para el primer y cuarto trimestre del año y la mediana de la meta a alcanzar por los diferentes prestadores¹¹.

Gráfico 5 - Meta 1 - Sector privado – Desempeño mediano del 1er y 4º trimestre y su comparación con la mediana de la meta exigida en el 4º trimestre. 2016.



Fuente: Área Economía de la Salud

Para los seis indicadores, el desempeño mediano de los prestadores privados al final del período superó los valores exigidos. Se destacan especialmente las mejoras en los desempeños asociados a los controles odontológicos y oftalmológicos en el cuarto año de vida.

En los indicadores asociados a los controles del embarazo en los prestadores privados, el desempeño es mayoritariamente del 100%. Lo mismo ocurre con la completitud de las Historias Clínicas Perinatales Básicas y su volcado al Sistema Informático Perinatal.

El indicador 4.4 tiene por objetivo fortalecer las estrategias para disminuir la transmisión vertical de HIV y VDRL, y muestra si los prestadores cumplieron con la capacitación del personal vinculado a la temática sobre el adecuado diagnóstico y asistencia en casos positivos. Estas actividades tuvieron lugar en el segundo semestre del año. Fueron 36 los prestadores

¹¹La mediana es el valor medio de un conjunto de valores ordenados. De acuerdo con esta definición el conjunto de datos menores o iguales que la mediana representarán el 50% de los datos, y los que sean mayores que la mediana representarán el otro 50% del total de datos de las instituciones.

privados de un total de 42, que cumplieron con el objetivo de capacitar al menos a tres referentes institucionales a través del curso de capacitación dictado por el Ministerio de Salud sobre algoritmos de atención e intervenciones para disminuir la transmisión vertical de sífilis y VIH. Tres seguros privados y tres IAMC del interior del país no cumplieron esta meta.

En relación a la capacitación y sensibilización para el abordaje de las situaciones de Violencia se trabajó en el segundo semestre en la elaboración de protocolos institucionales para la atención a las situaciones de violencia doméstica hacia la mujer mayor de 15 años y a las situaciones de violencia sexual aguda. En este caso 34 prestadores privados de un total de 42 cumplieron con la meta establecida. Cinco seguros privados y tres IAMC del interior del país no lograron el objetivo.

Por otra parte se continuó incentivando la pesquisa para detectar situaciones de violencia doméstica. Al final del primer semestre la mediana de desempeño indicaba que al menos la mitad de los prestadores privados habían pesquisado al 30% de las mujeres que concurrían a consultas, superando ampliamente la meta del 18%. Para el segundo semestre se cambia la definición del indicador pasando a medirse el total de mujeres con pesquisa vigente respecto al total de afiliadas de 15 o más años de la institución. En este caso entonces la meta a alcanzar pasa a ser de 1% de aquellas mujeres en donde no se había indagado la situación de violencia con anterioridad de 24 meses en cada trimestre. La mediana de desempeño de los prestadores privados en el cuarto trimestre fue de 2%, aunque se destacan los casos de cinco instituciones que no cumplieron con la meta (4 de ellas son seguros privados), y ocho prestadores que lograron porcentajes superiores al 5%.

Para analizar el desempeño de ASSE en relación al cumplimiento de la Meta 1, es importante tener presente que hasta los dos primeros trimestres de año, ASSE informaba el cumplimiento de las metas por departamento, mientras que para el segundo semestre la información comenzó a presentarse en forma agregada, es decir, información correspondiente a todo el organismo. Este cambio responde a la situación de los sistemas de información de ASSE, para los cuales muchas veces no es posible la apertura de los datos a nivel departamental. Por esta razón el Ministerio de Salud consideró adecuado asimilar la situación del prestador público a la de los prestadores privados a quienes no se les solicita apertura por departamento a pesar de que en muchos casos poseen sedes secundarias y usuarios en departamentos diferentes al de su sede principal.

A partir de los datos presentados en el Anexo III, se puede apreciar que en los indicadores “Control de desarrollo en el cuarto año de vida” y “Controles de HIV-VDRL” el desempeño alcanzado supera la meta del último trimestre del año. A su vez, en “Control obstétrico en el embarazo”, “Control oftalmológico en el cuarto año de vida” y en el indicador de atención a las

situaciones de violencia doméstica hacia la mujer mayor de 15 años y a las situaciones de violencia sexual aguda (VBGG), el nivel de cumplimiento es igual o similar a la meta del cuarto trimestre. En el caso del indicador de captación del recién nacido y control de desarrollo en el primer año de vida, el nivel de cumplimiento informado superó el 75% de la meta. En los demás indicadores, el nivel de cumplimiento estuvo bastante por debajo de la meta del cuarto trimestre.

Al igual que en las rendiciones de cuentas anteriores, es relevante considerar, al evaluar el desempeño de ASSE, las características diferenciales de este prestador tanto por su complejidad organizacional, desarrollo de sistemas informáticos y especificidades de su población afiliada. En particular, y más allá de la adhesión del principal prestador público a las metas asistenciales por las cuáles paga el FONASA, el desarrollo de los sistemas de información no permite en muchos casos reportar los datos en los formatos y tiempos en que son exigidos por el Ministerio de Salud. Sin embargo son evidentes los esfuerzos para lograr mejoras en los reportes y en los resultados.

META 2: Médico de referencia y promoción

Diseño

Durante el año 2016 se continuó con el trabajo de control según pauta por parte del médico de referencia a la población adulta y adulta mayor, así como con los talleres de promoción de salud dirigidos a la población adolescente en instituciones sociales, culturales y deportivas.

El control en salud de la población con 65 años o más, que daba lugar a pagos a partir de la Meta 3, se incorpora a la Meta 2 a partir del segundo semestre. A su vez, los integrantes del espacio adolescente de cada institución debieron realizar un diagnóstico con la finalidad de identificar los riesgos de salud prevalentes en la población adolescente, y posteriormente elaborar protocolos institucionales de atención para dicha población.

También a partir del segundo semestre se realizaron informes de análisis y evaluación de la estrategia de médico de referencia impulsada por el Ministerio de Salud, luego de seis años de iniciada.

Resultados

Son dos los indicadores de Meta 2 que se mantienen durante todo el 2016: actividades de promoción con adolescentes y controles según pauta para la población adulta de entre 45 y 64 años.

En relación a las actividades que debían realizar los prestadores en instituciones educativas, deportivas o sociales, para un mínimo de 80 adolescentes en cada trimestre, el cumplimiento ha sido similar al de períodos anteriores. Para el último trimestre del año 2016 fueron 36 del total de 42 los prestadores privados los que cumplieron con esta meta. El prestador público, ASSE, también cumplió con este objetivo. Cinco seguros privados y una IAMC del interior del país no cumplieron.

El desempeño de los prestadores privados respecto a el control según pauta de la población referenciada adulta superó ampliamente la meta fijada en 10%, alcanzando un valor mediano de 15% para el último trimestre del año. Para este indicador ASSE reporta a partir de la información de los usuarios de este tramo etario con Historia Clínica Electrónica, por lo que el valor es de 1.4% en el 4° trimestre.

Respecto al indicador que refiere al porcentaje de adolescentes que concurrieron a su médico de referencia o a la policlínica del adolescente y que contaban con la hoja SIA vigente, se exigió su reporte en los dos primeros trimestres, siendo luego sustituido por un nuevo indicador. La mediana de desempeño para los prestadores privados fue en este caso de 97% superando la meta planteada de 95%. En el caso de ASSE, el reporte que surge a partir de las HCE, arroja un valor de 20% para este indicador. En el segundo semestre se exigió a los prestadores la elaboración de protocolos de atención a adolescentes a partir de un diagnóstico de las dos principales problemáticas que afectan a esta población en cada una de las instituciones. Tanto ASSE como 39 prestadores privados cumplieron con la exigencia.

El indicador de capacitación de médicos de referencia de adolescentes e integrantes de los espacios adolescentes se mantiene hasta el tercer trimestre de 2016.

El control según pauta de la población referenciada mayor de 65 años se realizó hasta el segundo trimestre del año vinculado al pago de la Meta 3. En el segundo semestre este indicador pasa a ser parte de la Meta 2. Los resultados muestran que la mitad de los prestadores privados alcanzaron un valor de 16% o más en el último trimestre, mientras que el valor exigido era del 10%. ASSE reportó un indicador de 1.3% en el mismo trimestre, en base a los datos de la población con HCE.

La estrategia de referenciación de la población con médicos de referencia, a partir del pago asociado a indicadores de proporción de población referenciada para diferentes tramos

etarios, llega a su fin en el año 2016. En los dos últimos trimestres del año y en el primero del año 2017 los prestadores realizaron una evaluación de esta estrategia de acuerdo a pautas establecidas desde el Ministerio de Salud. Los reportes de análisis del perfil de los médicos de referencia y perfil y uso de la población referenciada fueron entregados en el tercer trimestre por 36 prestadores privados y ASSE, y por 35 prestadores privados y ASSE en el cuarto trimestre.

META 4: Cargos médicos de alta dedicación

Diseño

La Meta 4 continúa incentivando la implementación del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) en las instituciones de salud, lo cual tiene como correlato principal la creación de los cargos de alta dedicación (CAD). Las especialidades comprendidas en el NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos marco firmados en Consejo de Salarios.

Para los prestadores integrales del sector privado, dentro del NRTM se encuentran los Médicos Generales, y las siguientes especialidades: Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Ginecotocología, Medicina Intensiva de Adultos, Medicina Intensiva Pediátrica, Neonatología, Medicina Interna, Psiquiatría de Adultos, Psiquiatría Pediátrica, Cirugía General, Emergentología de Adultos, Emergentología Pediátrica; con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales, con presencia en la institución a lo largo de toda la semana. También están comprendidas dentro del NRTM otras especialidades médicas¹²; con un régimen de trabajo de 20 o 30 a 48 horas semanales, dependiendo la especialidad.

Para la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), dentro del NRTM se encuentran los Médicos Generales y las siguientes especialidades: Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Medicina Interna, Medicina Intensiva de Adultos, Medicina Intensiva Pediátrica y Neonatología; con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales, con presencia en la institución a lo largo de toda la semana.

¹²Se incluyen en este grupo: Alergología, Laboratorio de Patología Clínica, Microbiología y parasitología y micología médica, Anatomía Patológica, Medicina del Deporte, Cardiología, Nefrología, Dermatología, Neumología, Endocrinología y Metabolismo, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Neuropediatría, Gastroenterología, Oncología Médica, Genetista, Oncología radioterápica, Geriatria, Rehabilitación y Medicina Física, Hematología, Reumatología, Hemoterapia y Medicina Transfusional.

Resultados

A diciembre 2016, 35 instituciones de asistencia médica colectiva (11 de Montevideo y 24 del interior) realizaron contrataciones de cargos de alta dedicación, totalizando 591 cargos contratados.

En el subsector público ASSE realizó en el marco de la Meta 4, contrataciones para 12 Unidades Ejecutoras totalizando 22 cargos de alta dedicación.

Por lo tanto, a diciembre de 2016 se han creado 613 cargos financiados por Meta 4 que se desagregan en especialidades de acuerdo a la tabla siguiente.

Cuadro 17- Cargos de Alta Dedicación contratados a diciembre de 2016

Especialidad	Regiones				Mdeo. Interior		Total
	Norte	Este	Oeste	Sur			
Anatomía Patológica	1				1		1
Cardiología			2	3	1	4	5
Cirugía	2	1			3		3
Dermatología			1	4	4	1	5
Endocrinología	1	2	1		4		4
Enfermedades Infecciosas				2	2		2
Fisiatría	1				1		1
Gastroenterología			1	2	2	1	3
Geriatría	2	1			3		3
Ginecología	6	3			9		9
Hematología	1	2	1		4		4
Medicina Familiar	4		1	16	16	5	21
Medicina General	17	25	19	96	86	71	157
Medicina General-Interna				4	1	3	4
Medicina Intensiva Adultos	3	10	13	33	31	28	59
Medicina Intensiva Pediátrica		2	1	17	16	4	20
Medicina Interna	4	13	14	40	36	35	71
Medicina de Emergencia				1	1		1
Medicina de Emergencia MG			1	12	12	1	13
Medicina de Emergencia MI			1			1	1
Medicina de Emergencia MIA				1		1	1
Medicina de Emergencia PE			1	1	1	1	2
Nefrología			2	4	4	2	6
Neonatología		1	4	19	17	7	24
Neumología	1					1	1
Neurología	1	1		2	2	2	4
Neuropediatria				6	6		6
Oncología Médica	1		1	2	2	2	4
Pediatría	20	16	18	110	97	67	164

Pediatría Internista	1				1		1
Psiquiatría	4	3	1	4	3	9	12
Reumatología	1				1		1
Total	69	81	84	379	340	273	613

Norte: Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Tacuarembó

Sur: Montevideo, Canelones

Este: Maldonado, Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres, Cerro Largo

Oeste: Río Negro, Soriano, Colonia, Durazno, Florida, Flores, San José

En el semestre enero-junio 2016, las IAMC informaron 90 nuevos CAD contratados y 4 nuevos CAD proyectados a ser contratados en los próximos años para las unidades de CTI Adultos, CTI Pediátrico y CTI Neonatal que han cambiado su régimen de trabajo. A su vez, se informó la baja de 12 CAD que estaban contratados, las razones fueron por renuncia, cese por parte de la Institución o jubilación.

En el semestre julio-diciembre 2016, las IAMC informaron 83 nuevos CAD y contrataron 4 de los cargos que estaban proyectados.

A diciembre de 2016, los prestadores integrales del sector privado cuentan con 50 cargos de las especialidades médicas contempladas en el acuerdo de “Especialidades Médicas” firmado en diciembre de 2015, 15 de los cuales tienen una carga horaria semanal de 40 a 48 horas y 35 tienen una carga horaria promedio de 24,31 horas semanales. Los cargos con menos de 40 horas semanales fueron computados para meta 4 de la siguiente manera: 27 cargos se computaron de forma completa y 8 de ellos de forma proporcional a la cantidad de horas contratadas.

En el sector privado, para el cómputo de la meta, los 591 cargos de alta dedicación contratados y aprobados representan 587,42 cargos. A diciembre de 2016 se cuenta con 28 cargos proyectados¹³, lo que totaliza 615,42 cargos aprobados para meta 4. A su vez hay 2 CAD de Medicina Intensiva Adultos que están observados por no cumplir con algún aspecto del acuerdo correspondiente, dichos CAD están en proceso de evaluación.

Las IAMC, de acuerdo al cronograma acordado, debían contar con 691 CAD en total a diciembre de 2016. A la fecha, considerando los CAD contratados y los CAD proyectados se llega a un 89% de la exigencia. Si solo se tiene en cuenta la cantidad de CAD contratados, se alcanza el 85% de exigencia.

Por su parte, ASSE debía contar con 142 CAD a diciembre de 2016. Desde los inicios de la meta a diciembre de 2016, ASSE presentó 76 CAD de las especialidades contempladas en los acuerdos, 22 de los cuales están aprobados, el resto tienen observaciones pendientes de aclaración. A la fecha, considerando los CAD aprobados, ASSE llega a un 15% de la exigencia.

¹³ 6 de Medicina Intensiva Pediátrica, 10 de Neonatología, 12 de Medicina Intensiva de Adultos.

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

Se crea la Meta 5 con el objetivo de financiar la partida salarial variable anual establecida en los Acuerdos de Consejo de Salarios del Grupo 15 entre los prestadores integrales del subsector privado que tienen financiamiento del FONASA y sus trabajadores, así como en los respectivos acuerdos celebrados entre ASSE y los sindicatos de trabajadores médicos y no médicos.

Esta Meta se pagó a cada prestador privado del SNS, en función del grado de cumplimiento de la misma, conjuntamente con el pago FONASA del mes de diciembre de 2016. En el caso del subsector privado la partida salarial anual variable debía pagarse con el salario devengado en diciembre y abonado en enero de 2017. En ASSE, el financiamiento de la partida se efectivizó en el año 2017.

Para obtener la partida salarial variable, cada trabajador debía realizar un curso virtual auto administrado de 6 horas, que incluyó las siguientes unidades temáticas: a) Uso del Entorno virtual de aprendizaje; b) Fundamentos del SNIS; c) Aspectos básicos de la bioética; d) Uso racional de recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; e) Seguridad del Paciente; f) Cultura del trabajo.

El porcentaje de cumplimiento de la meta para cada institución privada se calculó como el cociente entre las partidas salarial variable efectivamente pagadas y la masa salarial comprometida al pago de dicha partida en cada prestador, de conformidad con lo establecido en los respectivos acuerdos del Consejo de Salarios y el “Reglamento cursos de capacitación y pago variable 2016”. Dicha fórmula de cálculo garantiza el pago de la meta a los prestadores conforme a los pagos que por dicho concepto fueron efectivizados por éstos.

En base a la declaración jurada presentada por las empresas en el mes de noviembre de 2016 se calculó el 1.5% de la masa salarial devengada para el período enero 2016 – octubre 2016 y estimada para el período noviembre 2016- diciembre 2016. Asimismo, se consideraron las correspondientes previsiones de la cuota-parte del aguinaldo y el salario vacacional generado a partir del cobro de dicha partida. Esto se aplicó a aquellos trabajadores que culminaron el curso al 7 de diciembre de 2016 o se encontraban exonerados de realizarlo de acuerdo a la cláusula 24 del “Reglamento cursos de capacitación y pago variable 2016”. Luego en el mes de febrero de 2017 se re-liquida la meta considerando la masa salarial devengada en el período enero 2016 – diciembre 2017.

A continuación se presentan el monto global de la meta 5 del mes de diciembre de 2016 de cada prestador.

Cuadro 18- Monto pagado por Meta 5- diciembre de 2016

prestador	pago meta 5
AMDM	18,885,924
AMEDRIN	1,945,063
AMERICANO	1,583,916
AMSJ	12,387,610
ASESP	59,051,013
BLUECROSS	1,249,708
BRITANICO	14,083,426
CAAMEPA	7,733,032
CAGAL	13,395,425
CAMCEL	10,084,112
CAMDEL	8,002,249
CAMEC	13,907,451
CAMEDUR	7,776,474
CAMOC	5,666,340
CAMS	11,218,128
CAMY	1,577,255
CASMER	6,994,337
CASMU	55,533,576
CCOU	16,541,253
COMECA	12,532,740
COMEF	7,587,653
COMEFLO	2,793,745
COMEPA	15,783,319
COMERI	3,762,626
COMERO	10,231,082
COMETT	76,492
COMTA	8,347,958
COSEM	6,614,119
CRAME	8,370,639
CRAMI	7,768,051
CUDAM	7,268,916
GREMCA	6,178,033
GREMEDA	6,325,631
HE	16,213,696
IAC	5,070,672
MEDICARE	280,020
MP	2,774,489
MUCAM	74,791,749
SMI	29,602,196
SMQS	9,721,661
SUMMUN	85,075

UNIVERSAL	11,063,383
-----------	------------

Pago por metas

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

Cuadro 19 - Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA

Pago por afiliado FONASA (\$)	Meta 1	Meta 2	Meta 3	
			(valor base)	Meta 4
Enero – Junio 2016	82.02	33.98	8.95	28.03
Julio ¹⁴ - Diciembre 2016	85.73	35.52	No corresponde	39.28

Fuente: Área Economía de la Salud

En el caso de la meta 3, el valor máximo por afiliado FONASA varía por institución. El cálculo se realiza de la siguiente manera:

Meta

= *Valor base*

Cantidad de afiliados mayores de 65 años de la institución *Cantidad de Afiliados FONASA de la institución*

*

El cumplimiento de las metas en un trimestre genera un pago en un trimestre posterior, como muestra el siguiente esquema:

Cuadro 20 - Cronograma cumplimiento – pago de Metas

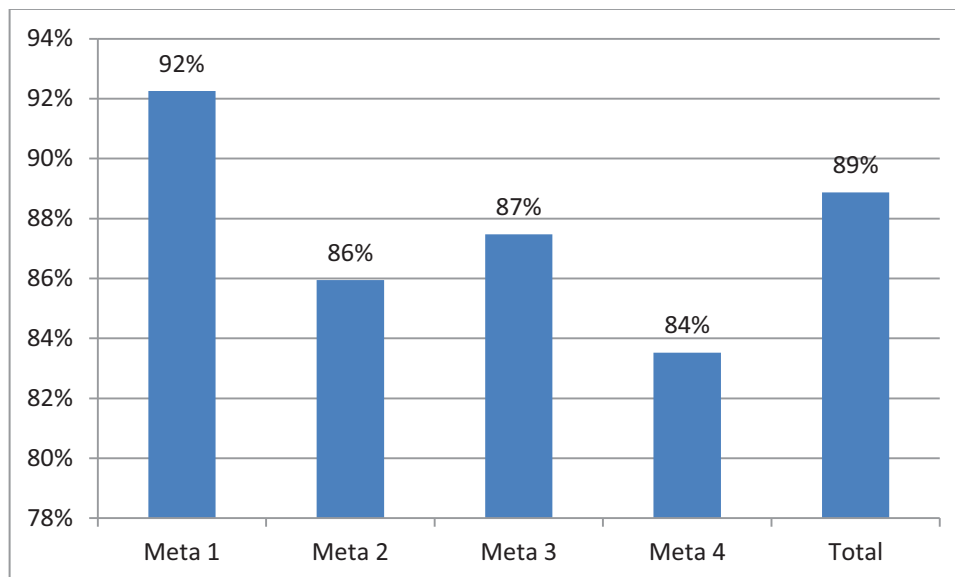
Meses de pago (2016)	Período de cumplimiento (Metas 1, 2 y 3)	
	Enero	Jul-Ago-Set 2015
	Febrero	Oct-Nov-Dic 2015
	Marzo	
	Abril	
	Mayo	Ene-Feb-Mar 2016
	Junio	
	Julio	
	Agosto	Abr-May-Jun 2016
	Septiembre	
	Octubre	
	Noviembre	Jul-Ago-Set 2016
	Diciembre	

Fuente: Área Economía de la Salud

¹⁴ En el mes de julio, se pagó por última vez la Meta 3 y su valor base fue de 9.98.

En el 2016, el sector privado recibió, en promedio, el 89% del pago por meta del total máximo a cobrar. En el gráfico siguiente se discrimina el porcentaje promedio de pago por cada una de las metas. La Meta 1 continúa siendo la que presenta un mayor porcentaje promedio de cobro llegando al 92%.

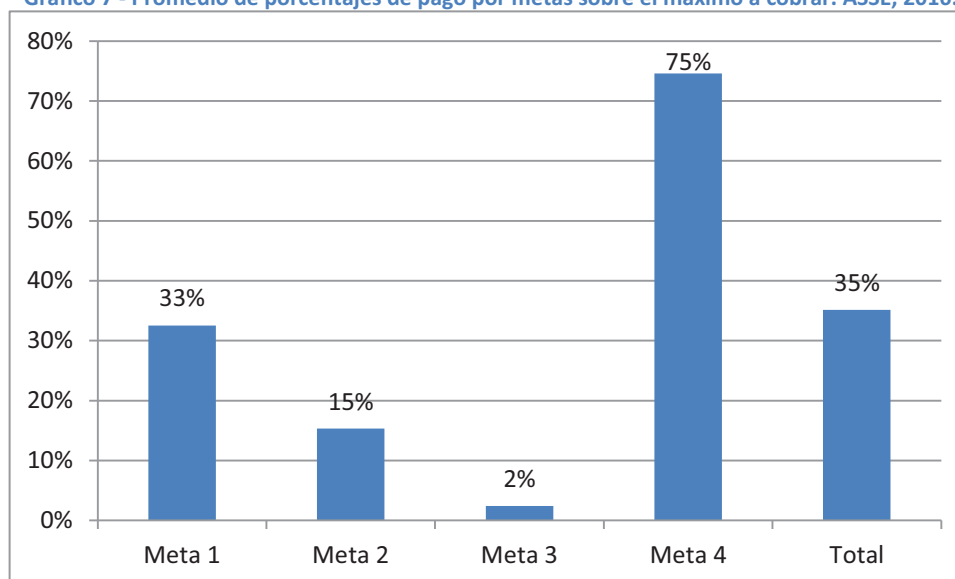
Gráfico 6 - Promedio de porcentajes de pago por metas sobre el máximo a cobrar. SECTOR PRIVADO, 2016.



Fuente: Área Economía de la Salud

En el caso de ASSE el monto liquidado es el 35% del cobro potencial o máximo por concepto de metas asistenciales.

Gráfico 7 - Promedio de porcentajes de pago por metas sobre el máximo a cobrar. ASSE, 2016.



Fuente: Área Economía de la Salud