

Junta Nacional de Salud



Rendición de Cuentas

Ejercicio 2019

Contenido

Introducción.....	3
CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2019	5
I.1 PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD	5
Régimen de sesiones	5
Sistema de Urgencia y Emergencia (SUEM).....	5
Afiliaciones.....	6
Sistema de información de personal de la salud.....	6
I.2 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA.....	6
I.3 METAS ASISTENCIALES	7
CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD	9
II.1 EVOLUCIÓN	9
II.2 MOVILIDAD REGULADA.....	13
CAPITULO III – ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD.....	14
III.1 Ejercicio 2019.....	14
III.2 Ingresos.....	17
III.3 Egresos	18
III.4 Sistema de Urgencia y Emergencia	20
III.5 Pagos por Metas Asistenciales.....	22
Meta 1: Salud del niño, niña y mujer.....	22
Resultados.....	25
META 2: Objetivos Sanitarios Nacionales	28
Resultados.....	30
Meta 4: Nuevo Régimen de Trabajo Médico	40
Resultados.....	41
Meta 5: Capacitación y pago variable a los trabajadores de la salud.....	43
Pago por metas.....	46
Informe de Revisión Limitada de BPS.....	48

Cuadros

Cuadro 1- Beneficiarios del SNS según sexo y edad (selección de algunos años)	10
--	-----------

Cuadro 2- Beneficiarios del SNS según prestador (selección de algunos años)	11
Cuadro 3 – Ingresos y Egresos FONASA 2019 (sin transferencias de RG)	14
Cuadro 4 - Transferencias de Rentas Generales al FONASA y Egresos Totales. Millones de pesos a precios constantes 2008. Años seleccionados.	16
Cuadro 5 - Resultado Económico del FONASA 2019 por tipo de afiliación	16
Cuadro 6 - Ingresos del FONASA 2019	18
Cuadro 7 - Egresos del FONASA 2018 según concepto.....	19
Cuadro 8 – Cápitas IAMC y ASSE por edad y sexo.....	19
Cuadro 9 - Egresos del FONASA según prestador.....	20
Cuadro 10 – Pagos, Cobros y Transferencias netas entre instituciones, realizadas dentro del FONASA por servicios de Urgencia y Emergencia. Valores en pesos uruguayos.....	21
Cuadro 11- Período de desempeño y pagos 2019 de la Meta.....	25
Cuadro 12- Distribución de prestadores según resultado Esperado IV: Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras.....	30
Cuadro 13-Período de desempeño y pagos 2019 de la Meta 2.....	31
Cuadro 14- Resultado esperado seleccionado 2017-2019.....	34
Cuadro 15- Cantidad de CAD y FAD contratados a diciembre de 2019.....	41
Cuadro 16- Montos pagados por Meta 5 por prestador integral privado 2019.....	45
Cuadro 17- Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA.....	46

Gráficos

Gráfico 1 - Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación.....	9
Gráfico 2 – Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2019.....	10
Gráfico 3 - Evolución de las transferencias de Rentas Generales al FONASA	15
Gráfico 4 - Meta 1 - Desempeño mediano del 1er y 4º trimestre y su comparación con la mediana de la meta exigida en el 4º trimestre, 2019. Indicadores de control del niño hasta 5 años.....	27
Gráfico 5 - Evolución de líneas de acción comunes a todos los prestadores - Meta 2 2017-2019.....	36
Gráfico 6 - Evolución de dos líneas de acción elegibles - Meta 2 2017-2019.....	37
Gráfico 7 - Porcentajes de pago por Metas sobre el máximo a cobrar 2019.....	47

Introducción

La Junta Nacional de Salud es el organismo regulador del Seguro Nacional de Salud, administrador del Fondo Nacional de Salud y articulador principal del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En esta oportunidad, como integrante de la nueva administración del Ministerio de Salud Pública que asumiera funciones el pasado 1º de Marzo de 2020 y en nuestro carácter de Director General de la Junta Nacional de Salud y a su vez Presidente del órgano desconcentrado homónimo, nos corresponde informar sobre las principales actividades desarrolladas durante el año 2019 por la anterior administración de la JUNASA.

Dentro de las acciones implementadas, destacamos como un importante avance la consolidación del funcionamiento del Sistema de Urgencia y Emergencia, que luego de un año de operativa ha demostrado sus beneficios para los usuarios del Seguro Nacional de Salud generando 21.000 servicios en el año, con mecanismos compensatorios adecuados y satisfactorios para las instituciones.

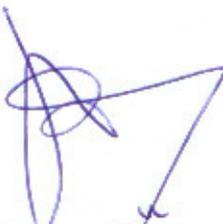
Otro hecho que si bien tuvo lugar en febrero de 2020 correspondió a decisiones del ejercicio anterior y corresponde destacar, fue la apertura de la movilidad regulada de usuarios del sistema de salud, que se había visto inadecuadamente postergada por 2 años. La apertura que permitió la libre opción de cambio de prestador a 80.000 usuarios, fue implementada con base en un nuevo sistema informático que, si bien requiere y admite ajustes y mejoras, implicó un avance importante en el sentido correcto de asegurar la vigencia del derecho de los usuarios.

Con la incorporación de la totalidad de los pasivos al Seguro Nacional de Salud, ha culminado en 2017 la inclusión de los colectivos postergados en el inicio de la reforma. Pese a ello, quedan varias asignaturas pendientes para la plena operativa del Sistema:

- la articulación y complementación efectiva dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud de importantes prestadores como Sanidad Militar, Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y los Servicios Municipales de salud;

- la generación de un Sistema de Información en Salud que sea la base de una regulación inteligente y proactiva del sistema;
- la profundización de la implementación de la historia clínica electrónica nacional;
- la modernización y racionalización del sistema de afiliaciones al Seguro y
- la implementación de medidas tendientes a aumentar la eficiencia y sustentabilidad de los prestadores de salud.

Las líneas de acción referidas ya han sido puestas en marcha a partir de la asunción de la actual administración, iniciando una nueva fase del proceso de reforma del sistema de salud que se inició en el año 2007.



DR. LUIS GONZÁLEZ MACHADO
Presidente
Junta Nacional de Salud
Ministerio de Salud Pública

CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2019

I.1 PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD

Régimen de sesiones

Durante el año 2019, la JUNASA sesionó en forma ordinaria en 21 oportunidades y se realizó una sesión extraordinaria.

La asistencia de los representantes del Ministerio de Salud y Banco de Previsión Social fue total en todas las sesiones, registrándose una inasistencia del Ministerio de Economía.

Los representantes de los prestadores asistieron a todas las sesiones; los correspondientes a los usuarios comparecieron en 20 de ellas y los representantes de los trabajadores estuvieron presentes en 17 sesiones.

Sistema de Urgencia y Emergencia (SUEM)

Durante el año 2019 la JUNASA continuó profundizando la implementación del Sistema de Urgencia y Emergencia comenzado el año anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 145 a 149 de la ley No. 19.535. Por dichas disposiciones se estableció y reconoció el derecho a la asistencia de urgencia y emergencia en todo el territorio nacional, para todos los habitantes residentes.

Dicha normativa se reglamentó por Decreto 211/018, creándose en el ámbito de la Junta una Comisión de Seguimiento, con el cometido de evaluar los aspectos funcionales, asistenciales y económicos financieros resultantes de la aplicación del sistema. Esta Comisión, designada por resolución No. 476/2018 de la Junta, se integra con representantes del Ministerio de Salud Pública, del Ministerio de Economía y Finanzas, del Banco de Previsión Social y con representantes de usuarios, trabajadores y prestadores de Montevideo y del interior del país, incluyendo a ASSE.

Luego de culminar un proceso de modificaciones y ajustes al Sistema desde el punto de vista funcional e informático, el sistema ha funcionado en forma dinámica y fluida.

Afiliaciones

Relacionado con el cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto No. 390/017, se cometió a la JUNASA la redacción de un proyecto de protocolo destinado a garantizar la transparencia del derecho del usuario a la libre e informada elección del prestador de salud. En tal sentido se diseñó conjuntamente con el Banco de Previsión Social como administrador del Fondo Nacional de Salud y el área de Gobierno Electrónico del Ministerio de Salud Pública, un nuevo procedimiento de afiliación denominado MORE (Movilidad regulada).

El referido sistema informático tiene como objetivo principal es procesar las afiliaciones mutuales incorporando componentes de seguridad que permiten una mejor identificación y trazabilidad de los recursos humanos y físicos participantes en el proceso. Una meta de este nuevo mecanismo ha sido minimizar en lo posible todo riesgo de afiliación realizada en forma irregular y/o eventualmente delictiva, garantizando de esa manera el ejercicio libre de todo usuario del derecho a elegir un prestador integral de salud.

Conjuntamente con el diseño de ese nuevo sistema, la Junta profundizó con el Banco de Previsión Social los controles sobre los procesos de afiliación seguidos por las instituciones integrales de salud a nivel nacional, incrementándose las auditorías sobre las mismas.

Asimismo, se generó un Grupo de trabajo con el Banco de Previsión Social a efectos de uniformizar criterios en relación a varios procedimientos que involucran la participación de ambos organismos, como ser tramitación de Cesiones de créditos de cuotas salud, liquidaciones o reliquidaciones de metas asistenciales, etc. Con ello se buscó dinamizar los mecanismos de interrelación entre el BPS y la JUNASA para hacerlos más eficientes y eficaces.

Sistema de información de personal de la salud

La JUNASA impulsó un nuevo Sistema de Información del Personal de Salud (SIPS), a cargo del área División de Evaluación y Monitoreo del Personal de la Salud a efectos de generar indicadores que contribuyan a mejorar la política sanitaria.

I.2 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA

En el año en consideración, la JUNASA tuvo intervención en el asesoramiento y posterior redacción de los siguientes cuerpos normativos:

- Decreto 122/019 reglamentario de los aspectos referidos a la incorporación de las instituciones de salud públicas y privadas y de las personas a la plataforma de la Historia Clínica Electrónica Nacional.
- Decreto No. 267/019 por el cual se dispone que la publicidad proyectada o la contratación de personas físicas o jurídicas con destino a la promoción o captación de usuarios por parte de los prestadores integrales que conforman el Seguro Nacional de Salud no será atendida por ingresos provenientes de la cuota salud regulada en el artículo 55 de la ley 18.211.
- Decreto 319/019 por el que se incorpora a los Programas Integrales de Atención en Salud, en el anexo 3 del Catálogo de Prestaciones que deben brindar y financiar entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, el tratamiento de terapia por infusión continua de insulina subcutánea.

I.3 METAS ASISTENCIALES

Las Metas Asistenciales son un mecanismo de pago por desempeño, que complementa el pago de las cápitas ajustadas por edad y sexo, y por tanto es un componente de la Cuota Salud con cargo al Fondo Nacional de Salud (FONASA). En el año 2019 representó el 6% de los egresos del FONASA¹.

Este mecanismo de pago por desempeño promueve cambios en los procesos y resultados en salud de los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (SNS). Los objetivos de las metas están en línea con las prioridades establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Se focalizan en particular en la atención de la salud del niño, niña y la mujer a través de la Meta 1, el logro de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN) en el caso de la Meta 2, la creación de cargos médicos de alta dedicación con los pagos de Meta 4, y la capacitación de los trabajadores del sector salud a través de la Meta 5. El cumplimiento de las primeras 2 es monitoreado por el Departamento de Control de Prestadores, mientras que la meta 4 y 5 lo son por la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud, pertenecientes a la JUNASA.

La Meta 1 promueve, desde el año 2007, el control de los recién nacidos (RN) y del niño/a en su primera infancia, focalizándose en los últimos años en los recién nacidos de riesgo (RNR). Se

¹ Según liquidaciones de BPS, sin considerar el pago por Meta 5 ni el monto de meta pago a los seguros privados. Fuente AES-JUNASA-MSP

continúa con la pesquisa de Hipoacusia Neonatal y el correcto seguimiento diagnóstico de aquellos recién nacidos que tuvieron su primer examen de Emisiones Otoacústicas (EOA) con alteraciones. Asimismo, se sigue incentivando desde la meta el adecuado control de la mujer embarazada y la prevención y atención de situaciones de violencia doméstica y violencia sexual.

La meta 2 se incorpora en el año 2009 centrándose en el cambio de modelo de atención y principios conceptuales de la atención primaria de salud a partir de la atención del adulto y las enfermedades no transmisibles. A partir de abril del año 2017, la Meta 2 toma como referencia, los Objetivos y Metas Sanitarias definidas para el año 2020 por el Ministerio de Salud Pública. En este marco, se busca contribuir al logro de los objetivos estratégicos y resultados esperados planteados, mediante la puesta en marcha y monitoreo de un conjunto de líneas de acción a desarrollar por parte de los prestadores integrales del SNS. A partir del año 2019, se focalizaron las acciones vinculadas al resultado esperado de reducción de la carga de morbilidad de las enfermedades no transmisibles (ENT) prevalentes en nuestro país.

Desde la Meta 4 se promueve la contratación de cargos de alta dedicación por parte de los prestadores integrales del SNS en las especialidades médicas y quirúrgicas que han sido acordadas en el marco de los Consejos de Salarios.

Los pagos realizados a los Prestadores del SNS en el marco de la Meta 5, que tuvieron lugar en los meses de enero, febrero y diciembre de 2019, corresponden a los pagos variables de salarios de los trabajadores del sector acordados en los Consejos de Salarios, condicionados a la realización de actividades de capacitación pautadas por el Ministerio de Salud Pública.

Las Metas Asistenciales fueron objeto de reformulación durante el año 2019, particularmente las metas 1 y 2 en sus definiciones y criterios de fiscalización.

Durante el primer trimestre de 2019, la Comisión Asesora de Metas Asistenciales continuó con una dinámica de trabajo frecuente iniciada en noviembre de 2018, en el marco de la reformulación de las metas 1 y 2 para el periodo 2019-2021. Como resultado de este proceso, se elaboraron las nuevas definiciones para ambas metas y sus respectivos Instructivos, los cuales fueron aprobados según Resoluciones de la JUNASA Nº 195 y Nº 267 respectivamente.

En el mes de julio de 2019, se convoca nuevamente a la Comisión Asesora de Metas con el objetivo de presentar los criterios operativos a implementar en la fiscalización de la Meta 2 del período octubre 2018-marzo 2019, aplicable a los indicadores de captación y seguimiento de usuarios con Hipertensión Arterial (X1 y X2.1). Asimismo, se realizaron ajustes a las metas a alcanzar en el primer semestre para los indicadores de diabetes, llevando a una modificación del instructivo (Resolución 345/019).

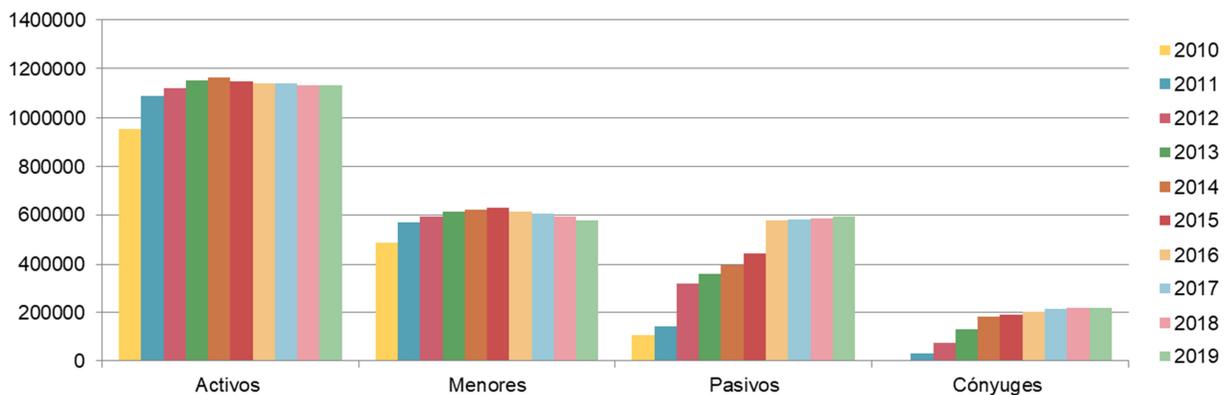
En el mes de setiembre de 2019 se realiza una nueva convocatoria, en esta oportunidad a efectos de valorar la propuesta presentada desde Economía de la Salud sobre la eventual supresión del indicador X4.2: "Porcentaje de reperfusiones medicamentosas y/o mecánicas realizadas en menos de tres horas a usuarios con IAM-ST elevado" correspondiente a Meta 2. Dicha propuesta surgió a punto de partida de la revisión de las bases de datos definidas como fuente por el Instructivo vigente. De su exhaustivo análisis se concluyó que las mencionadas bases comprometían la posibilidad de construir el indicador con la confiabilidad que se requiere a efectos de habilitar o no el pago por desempeño. Dicha propuesta fue elevada a la JUNASA, siendo aprobada según versa en la resolución N° 443.

CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

II.1 EVOLUCIÓN

A diciembre de 2019, la población afiliada al Seguro Nacional de Salud (SNS) asciende a 2.517.677 beneficiarios, lo que representa el 71,5% de la población total del país. Respecto al año anterior ese total representa una caída de 0,5%. Si se observa respecto a 2017, año con más beneficiarios desde la creación del SNS, la caída es de 27.788 personas (1,1%).

Gráfico 1 - Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación

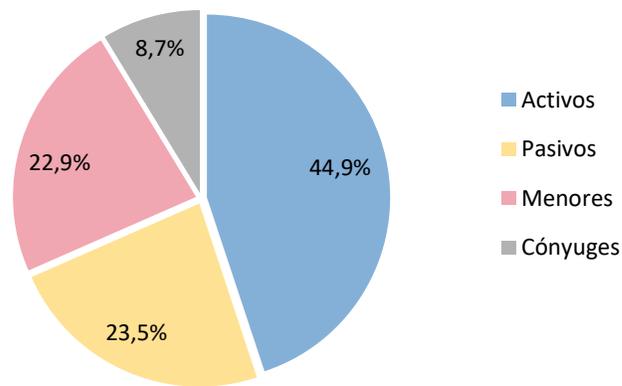


Fuente: Área Economía de la Salud. En base a información de BPS

La caída se explica, como se viene observando en los dos últimos años, por la baja de activos y menores, que fue de 0,2% y 2,7%, respectivamente. En las categorías pasivos y cónyuges, en tanto, se observa un leve crecimiento de 0,9% y 0,5%, respectivamente.

La composición de la población afiliada según tipo de afiliación es prácticamente la misma que la presentada en años anteriores. Las pequeñas variaciones registradas son consistentes con la evolución reseñada más arriba, con pequeños aumentos en la participación de pasivos y cónyuges en detrimento sobretodo de los menores.

Gráfico 2 –



Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2019

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

Considerando la población del SNS distribuida por sexo, se observa que la participación femenina es la misma que la registrada en años anteriores, 53%.

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

	dic-07	dic-08	dic-11	dic-12	dic-16	dic-17	dic-18	dic-19	
SEXO MASCULINO	< 1	0	11.471	14.14	14.325	16.074	14.956	13.754	12.704
	1 a 4	0	47.821	61.673	63.305	67.635	66.885	64.881	61.586
	5 a 14	17	126.565	165.409	171.384	181.622	179.261	176.378	173.200
	15 a 19	14.225	50.478	69.678	70.471	69.421	68.138	66.531	65.214
	20 a 44	266.76	306.882	384.643	390.834	408.453	406.391	401.778	398.548
	45 a 64	125.395	162.974	216.831	227.905	275.843	280.923	282.456	285.660
	65 a 74	19.281	27.110	43.849	61.639	102.303	105.113	105.536	107.146
	> 74	7.956	11.273	18.404	54.378	81.103	82.598	83.490	84.424
	Total	433.634	744.573	974.627	1.054.241	1.202.454	1.204.265	1.194.804	1.188.482

SEXO FEMENINO	< 1	0	10.746	13.777	13.572	15.344	13.95	12.846	11.888
	1 a 4	0	45.751	58.779	60.859	64.148	63.471	61.326	58.091
	5 a 14	2	121.17	158.101	163.775	173.047	170.956	168.139	164.681
	15 a 19	6.968	42.643	60.398	62.592	65.11	63.682	62.440	61.093
	20 a 44	181.726	235.639	338.499	369.413	428.045	427.7	424.707	422.522
	45 a 64	94.975	137.059	193.814	214.166	309.898	317.978	320.089	323.264
	65 a 74	20	26.330	43.694	69.83	130.010	133.799	134.46	135.976
	> 74	11.517	13.833	22.412	100.288	147.542	149.664	150.784	151.680
	Total	315.188	633.170	889.474	1.054.495	1.333.144	1.341.200	1.334.791	1.329.195
TOTAL	748.821	1.377.743	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	2.529.595	2.517.677	

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

Del análisis por tramo etario surge, por un lado, que el tramo de 20 a 44 años continua siendo el más numeroso, 33% del total. En relación a la evolución, todos los tramos de menores se reducen, especialmente los de menos de 5 años, así como también el tramo central que, posiblemente, concentre la mayor parte de los activos. En sentido contrario, todos los tramos mayores a 44 años aumentan en porcentajes relativamente pequeños. Es el mismo comportamiento observado en el año anterior.

Para analizar la evolución de afiliados por institución, a efectos prácticos, se han tomado los años que representaron hitos importantes en el desarrollo del SNS, a saber: creación, ingreso de menores, de cónyuges y de pasivos así como los últimos cuatro años.

La distribución por prestador no presenta cambios relevantes en los últimos años: el 77% de los beneficiarios han optado por una IAMC, el 20% por ASSE y el 3% restante por un Seguro Privado. Cabe recordar que al inicio del SNS más del 90% de los beneficiarios se encontraban en una IAMC.

El subsector mutual presenta en conjunto una reducción de 1,9% respecto a 2017, y de 0,8% en el último año. A excepción de Círculo Católico, CUDAM, Universal, CRAME y COMETT, todas las IAMC sufrieron reducciones en su población de afiliados a través del SNS que varían entre 0,1% y 3,4% (GREMCA).

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

IAMC – Montevideo	dic-07	dic-08	dic-11	dic-12	dic-16	dic-17	dic-18	dic-19
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	124.655	150.233	166.420	165.981	164.006	161.974
ASOC. EVANGELICA	20.676	33.284	42.927	49.300	57.457	57.749	57.379	56.501
CASA DE GALICIA	26.218	38.051	43.575	49.623	45.479	43.361	42.209	40.964
CASMU	73.595	119.173	131.672	166.352	179.105	175.389	170.658	166.697
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	63.033	70.030	86.840	86.309	84.138	84.651
CUDAM	29.339	40.971	44.642	46.582	79.352	84.108	85.550	86.616

COSEM	12.458	24.867	47.575	54.810	50.506	52.834	53.253	52.199
GREMCA	16.113	31.193	32.184	32.721	34.603	34.247	33.219	32.079
IMPASA	10.706	17.327	-	-	-	-	-	
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.74	235.227	256.698	297.335	301.683	300.147	298.431
SMI	28.573	57.462	100.63	108.854	124.296	122.511	119.683	118.521
UNIVERSAL	22.050	38.097	54.657	56.494	57.321	57.276	58.181	59.142
Sub total	413.707	704.336	920.777	1.041.697	1.178.714	1.181.448	1.168.423	1.157.775
IAMC - Interior								
AMECOM - MALDONADO	31.160	51.177	62.670	66.839	70.768	71.077	70.523	70.265
AMEDRIN- RIO NEGRO	5.097	7.487	7.669	8.050	8.599	8.700	8.532	8.499
AMSJ - SAN JOSE	17.250	30.221	37.650	41.001	44.962	44.961	44.687	44.511
CAAMEC - ROSARIO	12.445	21.549	25.776	28.573	41.862	42.094	41.556	41.170
CAAMEPA - PANDO	12.474	22.295	27.309	29.733	32.465	32.511	32.131	31.792
CAMCEL – CERRO LARGO	10.081	20.824	26.364	28.451	39.151	39.399	39.080	38.663
CAMDEL – MINAS	11.656	20.713	23.297	25.248	26.908	26.959	26.659	26.294
CAMEDUR - DURAZNO	8.861	17.608	22.868	24.646	29.057	29.369	29.098	29.020
CAMOC - CARMELO	8.411	13.865	16.473	18.220	19.520	19.460	19.180	18.950
CAMS – SORIANO	16.201	30.351	38.104	39.855	41.836	41.282	40.365	39.617
CAMY – YOUNG	4.525	6.838	6.891	7.040	7.424	7.477	7.357	7.329
CASMER – RIVERA	9.159	17.590	23.718	26.951	31.669	31.994	31.885	31.843
COMEFLO - FLORES	4.992	8.481	10.026	10.685	11.430	11.523	11.432	11.343
COMECA - CANELONES	15.727	29.192	36.607	40.408	44.816	44.967	44.728	44.210
COMECEL – MELO	2.661	6.052	7.990	8.330	-	-	-	0
COMEF – FLORIDA	12.515	21.862	25.244	26.998	28.846	28.450	27.853	27.466
COMEPA - PAYSANDU	22.802	38.848	46.609	49.391	56.952	57.646	57.027	56.710
COMERI – RIVERA	7.305	14.444	17.891	19.415	21.094	21.068	20.675	20.405
COMERO – ROCHA	12.518	22.508	28.381	31.194	36.020	36.696	36.568	36.504
COMETT – TREINTA Y TRES	448	998	1.162	1.264	2.326	1.860	1.758	1.863
COMTA - TACUAREMBO	15.023	27.534	30.523	31.432	32.400	32.242	31.617	31.147
CRAME - MALDONADO	13.267	23.071	30.761	33.406	38.085	38.981	39.043	39.509
CRAMI - LAS PIEDRAS	11.955	23.864	29.650	32.849	34.118	33.740	33.188	32.838
GREMEDA – ARTIGAS	9.157	17.514	18.316	19.231	21.184	21.329	21.093	21.039
IAC - TREINTA Y TRES	8.477	15.306	17.705	18.471	17.388	17.377	16.971	16.765
ORAMECO – COLONIA	4.622	7.959	8.839	9.655	-	-	-	
SMQ. SALTO	19.887	35.035	44.438	47.871	55.762	56.897	55.927	55.895
UMER. – CARDONA	1.389	2.305	2.190	-	-	-	-	
Sub total	310.066	555.491	675.121	725.207	794.642	798.059	788.933	783.647
Seguros Privados								
HOSPITAL BRITÁNICO		7.464	18.326	19.405	22.961	23.569	23.709	23.860
BLUECROSS & BLUESHIELD		2.543	5.230	5.798	8.257	8.818	10.615	11.596
MP		8.424	14.533	15.564	18.252	18.363	17.769	17.984
SUMMUM		3.680	6.552	7.206	9.553	9.922	10.234	10.356

COPAMHI		326	561	679	789	805	804	778
SEGURO AMERICANO		2.015	3.714	4.28	7.121	7.339	7.372	7.530
PRIMÉDICA		-	8	16	-	-	-	
Sub total		24.452	48.924	52.948	66.933	68.816	70.503	72.104
ASSE								
ASSE	25.047	93.462	219.279	288.884	495.309	497.142	501.736	504.151
TOTAL	748.820	1.377.741	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	2.529.595	2.517.677

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

Los Seguros Privados crecieron 2.3% lo que supone un ritmo similar al registrado en los últimos años. BlueCross & BlueShield continúa siendo la institución con mayor crecimiento mientras que COPAMHI es el único que registra una caída de beneficiarios (3,2%). Finalmente, el Hospital Británico continúa siendo el que tiene mayor número de afiliados, representando la tercera parte del total de beneficiarios del SNS afiliados a Seguros Privados.

ASSE, por su parte, creció 0,5%, lo que representa una tasa inferior al incremento de 1% del año anterior. De todas formas, estas tasas reflejan una relativa estabilidad si se comparan con el período previo finalizado en 2016. En ese sentido, hay que tener en cuenta que la mayor parte de esa dinámica fuertemente creciente se debía a la incorporación de nuevos colectivos, proceso que finalizó justamente en 2016. Finalmente, cabe destacar que ASSE continúa siendo el prestador, individualmente considerado, que da cobertura al mayor número de beneficiarios del SNS, 504.151 cuando eran apenas 25 mil en 2007.

II.2 MOVILIDAD REGULADA

Al igual que en 2018, durante 2019 por decisión del Poder Ejecutivo dispuesta en el decreto 390/0172 se resolvió continuar con la suspensión de la apertura del período de movilidad regulada de usuarios vigente según el decreto 3/0113 hasta el año 2017, que regula el cambio de institución durante el mes de febrero para aquellos beneficiarios del seguro nacional de salud que cumplieran con los requisitos de antigüedad previstos.

Por tal motivo, los cambios de institución que se producen durante el año objeto de estudio se reducen a aquellos autorizados por la Junta Nacional de Salud o la Dirección General de la Salud, e incluyen los que se originan en la pérdida de confianza en el prestador de servicios de

² Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/390-2017>

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

salud, los que se deben a dificultades económicas para el acceso a las prestaciones de salud, dificultades de acceso geográficas, cambio de domicilio o afiliaciones irregulares.

Cabe mencionar que un usuario puede cambiarse desde un prestador privado hacia ASSE en cualquier momento del año así como también está habilitada la posibilidad de moverse desde y hacia los Seguros Privados.

Durante el 2019 se concedieron 11.398 cambios por motivo de cambio de domicilio o dificultad geográfica para el acceso y se denegaron 33 solicitudes.

Se recibieron, además, 2.721 solicitudes por motivos asistenciales, de las que se concedieron 2.089, se denegaron 503, 64 aún permanecen pendientes, se archivaron 16 y el resto o no correspondía su presentación o se solicitó mayor información para continuar con el trámite. De las solicitudes aprobadas, casi el 100% se deben a motivos asistenciales (menos del 1% argumenta pérdida de confianza en la institución de origen). El 8% restante (166 casos) son por motivo de dificultad de acceso o cambio de domicilio. Le siguen en importancia los motivos “otros” con 25%, cambios por estar afiliados de oficio a ASSE (19%) y 6% por afiliación irregular. No se procesó ninguna solicitud por motivos económicos en este período.

CAPITULO III – ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD

III.1 Ejercicio 2019

Como se describe en el Cuadro 3, el conjunto de pagos realizados a los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud por concepto de cuota salud (cápitas y metas), sustitutivos de tickets, sobrecuota de inversión y cuotas del Fondo Nacional de Recursos superó a la suma de aportes personales y patronales recaudados, correspondientes a los generantes activos y pasivos del sistema, por lo que la brecha presentada más arriba debió ser cubierta por aportes de Rentas Generales en un monto de \$23.085.542.157, lo que implica aproximadamente 24% de los egresos del FONASA durante el ejercicio 2019.

Cuadro 3 – Ingresos y Egresos FONASA 2019 (sin transferencias de RG)

INGRESOS	
Recaudación BPS	53.687.503.064
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	10.406.384.608
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	9.462.694.059
Aportes Del Gobierno Central (CGN)	807.242.597

TOTAL INGRESOS POR RECAUDACIÓN	74.363.824.328
Comisiones Seguros Integrales	113.160.353
Otros Ingresos	0
TOTAL OTROS INGRESOS	113.160.353
TOTAL DE INGRESOS	74.476.984.681
EGRESOS	
Liquidaciones Mutualistas	65.098.780.323
Sobrecuota de Inversión	-4.130.743
Liquidaciones ASSE	18.134.347.691
Liquidaciones Seguros Integrales	1.886.005.930
Liquidaciones Fondo Nacional de Recursos	7.676.526.535
Liquidaciones Cajas de Auxilio	0
Reintegro de Aportes	4.770.997.103
TOTAL EGRESOS	97.562.526.839
DIFERENCIA INGRESOS vs. EGRESOS	-23.085.542.157

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

Cabe destacar que cerca del 20% de la diferencia entre egresos e ingresos está explicada por el régimen de reintegro de aportes que fuera creado por la Ley 18.731 de diciembre de 2010. Esta proporción se mantiene relativamente estable desde 2016. En rendiciones anteriores se aportaba un desglose del monto total de dichos reintegros, por año en el que fueron devengados o generados. En la presente edición, no fue posible completar la compilación de esa información, por el impacto que la emergencia sanitaria COVID-19 generó en los procesos habituales de trabajo.

Por su parte, el Gráfico 4 muestra la evolución del peso de las transferencias de Rentas Generales respecto a los egresos totales del Fondo desde 2004 a la fecha y se presentan los valores de estos conceptos, a precios constantes de 2008, para algunos años seleccionados (Cuadro 5).

Gráfico 3 - 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

Cuadro 4 - Transferencias de Rentas Generales al FONASA y Egresos Totales. Millones de pesos a precios constantes 2008. Años seleccionados.

	2004	2008	2010	2011	2012	2015	2017	2018	2019
Transferencias	1.129	1.002	449	1.025	2.443	6.053	10.543	10.328	10.042
Egresos	6.477	14.134	18.360	20.523	26.250	35.964	42.631	42.727	42.437
% s/Egresos	17%	7%	2%	5%	9%	17%	25%	24%	24%

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

Las transferencias de Rentas Generales comenzaron a crecer en 2011, tanto en términos reales como en términos de su peso relativo en los egresos del Fondo, como consecuencia del inicio del régimen de reintegros de aportes establecido en la Ley 18.731. A partir del año siguiente, comenzaron a reflejarse en el resultado del Fondo el resto de las políticas incluidas en la norma antes mencionada. En particular, la incorporación paulatina a la cobertura del Seguro de los cónyuges de los generantes que no contaran con cobertura propia, así como los jubilados y pensionistas.

Estos colectivos generaron un crecimiento de los egresos mayor al que producen en los ingresos del FONASA. En el caso de los cónyuges porque el aporte de 2% adicional que realizan los generantes, en general no alcanza a cubrir los gastos por cápitas y metas del nuevo beneficiario. En el segundo caso, porque los jubilados y pensionistas suelen tener ingresos moderados y cápitas asociadas a los tramos de edades mayores, que son las que presentan los valores más altos.

Dado que la cadencia de incorporaciones referida culminó a mediados de 2016, los resultados actuales ofrecen una imagen razonable de la situación esperable para los próximos años en relación a las necesidades de financiamiento a través de Rentas Generales, si bien hay otros factores que inciden en este resultado, tales como la evolución de los valores de cuota salud, las variaciones de los salarios y el dinamismo del empleo formal. En efecto, puede observarse que las transferencias de Rentas Generales se mantienen relativamente estables en el periodo 2017 - 2019, tanto en términos reales como en su participación relativa en los gastos totales del FONASA.

Cuadro 5 - Resultado Económico del FONASA 2019 por tipo de afiliación

INGRESOS	MONTO	%/EGRESOS 2019	%/EGRESOS 2018	%/EGRESOS 2017	%/EGRESOS 2016
Menores	12.819.825.827	13,1%	12,6%	13,1%	11,5%
Cónyuges	2.004.237.779	2,1%	2,0%	2,2%	2,2%
Pasivos	10.406.384.608	10,7%	9,7%	9,9%	9,0%
Activos	49.133.376.114	50,4%	51,4%	50,0%	54,2%
Otros Ingresos	113.160.353	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%

Total Ingresos	74.476.984.681	76%	76%	75%	77%
EGRESOS	MONTO	%/EGRESOS 2019	%/EGRESOS 2018	%/EGRESOS 2017	%/EGRESOS 2016
Menores	15.624.178.488	16,0%	16,0%	16,4%	17,6%
Cónyuges	7.923.172.249	8,1%	8,1%	7,8%	7,5%
Pasivos	33.736.993.877	34,6%	34,5%	33,9%	31,6%
Activos	35.511.315.865	36,4%	36,3%	36,4%	38,1%
Sobrecuota de Inversión	-4.130.743	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Reintegro de Aportes	4.770.997.103	4,9%	5,2%	5,4%	4,8%
Otros Egresos	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total Egresos	97.562.526.839	100%	100%	100%	100%
RESULTADO	MONTO	%/EGRESOS 2019	%/EGRESOS 2018	%/EGRESOS 2017	%/EGRESOS 2016
Menores	-2.804.352.660	-2,9%	-3,3%	-3,3%	-6,0%
Cónyuges	-5.918.934.470	-6,1%	-6,1%	-5,6%	-5,4%
Pasivos	-23.330.609.269	-23,9%	-24,8%	-24,1%	-22,7%
Activos	13.622.060.248	14,0%	15,1%	13,6%	16,1%
Sobrecuota de Inversión	4.130.743	0,0%	0,0%	0,0%	-0,3%
Reintegro de Aportes	-4.770.997.103	-4,9%	-5,2%	-5,4%	-4,8%
Otros	113.160.353	-0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,1%
Total Resultado	-21.825.393.425	-24%	-24%	-25%	-23%

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

El Cuadro 6 muestra los ingresos, egresos y saldos por grandes colectivos de afiliación. En primer término se constata que el mayor diferencial entre egresos e ingresos se observa en el caso de los Pasivos. En efecto, sus aportes financian casi el 11% de los egresos totales, al tiempo que explican más de la tercera parte de los gastos totales del Seguro. A partir de 2016, cuando se consolidó el proceso de ingreso de este colectivo al SNS, se puede observar que su brecha de financiamiento prácticamente coincide con las necesidades de contribución de Rentas Generales.

En segundo lugar, se puede observar que el peso de los reintegros de aportes en la brecha negativa global se ha mantenido relativamente estable.

III.2 Ingresos

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

Cuadro 6 - Ingresos del FONASA 2019

INGRESOS PROPIOS	MONTO	%
Aportes personales de trabajadores privados	12.914.234.980	17,3%
Aportes personales de trabajadores públicos	4.386.109.006	5,9%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados	11.392.402.751	15,3%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos	3.431.660.855	4,6%
Aportes patronales de trabajadores privados	18.968.397.851	25,5%
Aportes patronales de trabajadores públicos	6.753.435.902	9,1%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	520.697.258	0,7%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	299.656	0,0%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	2.440.527.344	3,3%
Bancos	3.122.030.425	4,2%
Notarial	27.643.692	0,04%
TOTAL APORTES DE ACTIVOS	63.957.439.720	85,9%
RECAUDACIONES PERSONALES SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS	10.406.384.608	14,0%
OTROS INGRESOS	113.160.353	0,2%
TOTAL DE INGRESOS PROPIOS	74.476.984.681	76,3%
ASISTENCIA		
APORTE DE RENTAS GENERALES	23.085.542.157	23,7%
TOTAL INGRESOS		
INGRESOS TOTALES	97.562.526.839	100,0%

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

Algo más del 43% 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. De estos, 23 puntos porcentuales se corresponden con los aportes personales básicos, en tanto que los restantes los constituyen los adicionales a partir de los que los generantes activos atribuyen cobertura a menores y/o discapacitados a cargo y a cónyuges. Asimismo, los aportes patronales explican algo más del 35% de los ingresos propios, en tanto que el 14% 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

En el análisis de la información referida a los egresos del Fondo, no se consideran los reintegros de aportes. 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.

Tal como se muestra en el Cuadro 8, el 80% de los egresos del FONASA se corresponden con el pago de cápitas correspondientes a los beneficiarios del SNS que obtienen cobertura en las IAMC y en ASSE, mientras que los pagos por componente metas de la cuota salud y por sustitutos de tickets a estas instituciones suman 7.4%. Por su parte, las cuotas pagadas al Fondo Nacional de Recursos constituyen un 8.3%. Los pagos por concepto de cápitas y metas a los Seguros Integrales se presentan agregados y por separado⁴, constituyendo casi 2% de los egresos totales.

Cuadro 7 - Egresos del FONASA 2018 según concepto

CONCEPTO	MONTO	%
CAPITAS	74.250.447.851	80%
META	5.108.988.923	5.5%
TICKET	1.750.791.831	1.9%
SEGUROS INTEGRALES	1.749.327.239	1.9%
FNR	7.676.526.535	8.3%
SUB TOTAL CUOTA CUOTA SALUD	90.536.082.379	97.6%
SOBRECUOTA DE INVERSIÓN	1.124.197	0%
TOTAL LIQUIDACIONES	90.537.206.576	97.6%
TOTAL EGRESOS FONASA	92.791.529.736 ⁵	100%

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

Por su parte, el Cuadro 9 muestra la apertura por tramos de edad y sexo del pago por el componente cápita de la cuota salud a IAMC y ASSE.

Cuadro 8 – Cápitas IAMC y ASSE por edad y sexo

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
< 1	1.166.731.344	927.024.652	2.093.755.996
1 a 4	1.533.521.828	1.367.890.294	2.901.412.122

⁴ 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.

⁵ La diferencia ente el monto total de las liquidaciones y el total de egresos se debe, especialmente, a los pagos realizados por la Meta 5 a IAMC, ASSE y Seguros, así como a reliquidaciones. En ejercicios anteriores el informe contenía una explicación desglosada de la diferencia, pero para el presente la actual situación sanitaria no ha permitido completar los procesos de trabajo que permitan explicar detalladamente la cifra.

5 a 14	2.563.796.542	2.202.317.642	4.766.114.184
15 a 19	960.800.211	1.196.402.116	2.157.202.327
20 a 44	5.407.494.119	12.083.291.859	17.490.785.978
45 a 64	7.814.936.869	10.732.397.030	18.547.333.899
65 a 74	5.604.167.262	6.197.282.673	11.801.449.935
> 74	5.817.704.883	8.674.688.527	14.492.393.410
TOTAL	30.869.153.058	43.381.294.793	74.250.447.851

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

Por su parte, el Cuadro 10 muestra los egresos desagregados por tipo de institución. Se observa que la mayor parte de los recursos globales (70%) fueron destinados a las IAMCs, un 20% a ASSE, al FNR un 8% y el restante 2% a los Seguros Integrales. Puede observarse, adicionalmente, que la participación relativa de los diferentes prestadores en el total de los egresos del FONASA se mantiene relativamente estable en los últimos años.

Cuadro 9 - Egresos del FONASA según prestador

	2017		2018		2019	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
IAMC	54.576.990.275	71%	58.621.715.588	70%	63.427.686.972	70%
Seguros Integrales	1.446.460.930	2%	1.624.909.482	2%	1.749.327.239	2%
ASSE	14.497.317.860	19%	16.202.901.480	19%	17.683.665.830	20%
FNR	6.772.678.138	9%	7.323.312.986	9%	7.676.526.535	8%
Otros Egresos	0	0%	0	0%		0%
TOTAL	77.293.447.203	100%	83.772.839.536	100%	90.537.206.576	100%

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

III.4 Sistema de Urgencia y Emergencia

Los Artículos 145 a 149 de la Ley 19.535 establecen y reconocen el derecho de los habitantes residentes en el país a la atención de urgencia y emergencia en todo el territorio nacional. Esto permite acceder a este tipo de atención a personas que se encuentren fuera de la localidad en la que residen, incluso en aquellos casos en que el prestador en el que poseen sus derechos asistenciales no cuente con una sede propia o con un convenio con alguna institución de la localidad.

En este marco, el Artículo 21 del Decreto 211/018, que reglamentó los artículos de la Ley mencionados en el párrafo anterior, determinó que las instituciones incorporadas al SNS *“podrán saldar los montos emergentes de la facturación producto de la atención de urgencia o emergencia, a través de la Junta Nacional de Salud mediante compensaciones del Fondo Nacional de Salud.”* De esta forma, el FONASA opera como cámara compensatoria permitiendo

que cada prestador del Seguro le cobre a los restantes los servicios de atención de urgencia y emergencia brindados en este contexto, a través de transferencias de parte de los fondos que les correspondería cobrar por el aseguramiento de los beneficiarios del SNS.

El Cuadro 10 muestra los montos cobrados y pagados a través del mecanismo recién descrito, así como las transferencias netas. En el cuadro los prestadores se ordenan de acuerdo a este último concepto, de mayor a menor. Los valores negativos de las transferencias netas indican que la institución en cuestión es pagadora neta, mientras que el valor positivo indica lo contrario. Dichas transferencias se corresponden con 20.708 actuaciones asistenciales verificadas durante 2019.

Cuadro 10 – Pagos, Cobros y Transferencias netas entre instituciones, realizadas dentro del FONASA por servicios de Urgencia y Emergencia. Valores en pesos uruguayos.

INSTITUCION	COBRADAS	PAGADAS	NETO
ASSE	3.838.930	1.258.771	2.580.159
COMERO	1.934.188	30.528	1.903.660
CRAME	1.628.925	284.002	1.344.923
COMEF	1.269.752	6.138	1.263.614
CAMS	830.623	10.581	820.042
CAMEC	606.373	12.871	593.502
SMQS	614.316	59.275	555.041
AMDM	709.309	167.533	541.776
COMEPA	400.156	13.624	386.532
COMTA	263.949	8.664	255.285
CAMEDUR	274.209	21.424	252.785
CAMDEL	282.609	39.047	243.562
CAMY	234.769	5.564	229.205
IAC	216.253	8.508	207.745
CAMCEL	214.470	7.131	207.339
GREMEDA	186.629	8.688	177.941
CASMER	182.153	12.497	169.656
COMEFLO	157.359	14.888	142.471
AMSJ	150.948	17.204	133.744
CAMOC	118.839	8.968	109.871
COMECA	114.830	12.560	102.270
CRAMI	93.517	28.743	64.774
COMERI	249.895	193.526	56.369
AMEDRIN	69.034	26.720	42.314
CAAMEPA	60.789	29.771	31.018
SUMMUM	0	0	0
COMETT	0	27.922	-27.922
C. de G	391.890	432.967	-41.077

MEDICARE	0	48.057	-48.057
SWISS	0	149.596	-149.596
CUDAM	10.139	213.479	-203.340
S. AMERICANO	0	247.038	-247.038
C. CATÓLICO	245.588	563.782	-318.194
GREMCA	0	341.812	-341.812
FF.AA	0	363.073	-363.073
UNIVERSAL	16.245	388.459	-372.214
H. EVANGELICO	84.084	462.414	-378.330
POLICIAL	19.195	433.832	-414.637
MP	0	438.524	-438.524
COSEM	0	688.604	-688.604
H. BRITANICO	0	1.332.823	-1.332.823
CASMU	219.018	1.637.801	-1.418.783
SMI	15.312	1.732.349	-1.717.037
MUCAM	103.019	1.876.721	-1.773.702
A. ESPAÑOLA	69.416	2.210.251	-2.140.835
TOTAL	15.876.730	15.876.730	0

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

La institución que utilizó en mayor medida este mecanismo es ASSE, que explica por sí sola casi la cuarta parte de la facturación y prácticamente duplica en monto a COMERO (Rocha), que le sigue en importancia. Estos dos prestadores, conjuntamente con otros seis -CRAME (Maldonado), COMEF (Florida), CAMS (Soriano), CAMEC (Colonia), SMQS (Salto) y AMDM (Maldonado) – representan el 72% de los montos facturados.

Finalmente, se observa que las IAMC de Montevideo, así como los Seguros Privados, Sanidad Policial y de las Fuerzas Armadas son pagadores netos, en tanto ASSE y las instituciones del interior del país, a excepción de COMETT, son cobradoras netas.

III.5 Pagos por Metas Asistenciales

Meta 1: Salud del niño, niña y mujer.

A partir de abril de 2019 comenzó a regir un nuevo instructivo de Meta 1 que se aplicará hasta marzo de 2021 con objetivos y mediciones trimestrales⁶. Los cambios realizados no han sido significativos e históricamente se mantienen dentro de los mismos lineamientos iniciales.

⁶ Meta 1- Instructivo (Resolución Nº 195 de la JUNASA). <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/meta-1-instructivos>

En el caso del indicador de Captación del Recién Nacido, éste se separa de la Pesquisa de Hipoacusia Congénita a través de la realización de emisiones otoacústicas antes del egreso hospitalario. Este es uno de los cambios con respecto a la edición anterior (2017-2019), en donde ambos aspectos se medían en un solo indicador. A su vez, se estimula el seguimiento diagnóstico de niños con primer EOA alterada, con adhesión a la pauta ministerial. Se continúa incentivando la visita domiciliaria del recién nacido de riesgo dentro de los siete días posteriores al alta, y su seguimiento hasta los 24 meses de vida. El componente de control del niño de la Meta 1 apunta al control del desarrollo durante la primera infancia, y el control odontológico y oftalmológico, a los 4 y 5 años respectivamente.

Con relación al control del embarazo se priorizan los controles de HIV y VDRL al igual que en años anteriores. También se da continuidad al indicador que promueve la preparación de la mujer para el parto, en el entendido de que un adecuado nivel de conocimiento de la mujer sobre el embarazo, parto y cuidados del recién nacido minimizan las posibles complicaciones del parto y del recién nacido. Hasta el período pasado, las clases que componían el curso se realizaban solamente en forma presencial. En este período (2019-2021) se agrega la posibilidad de realizar cursos en una modalidad mixta (con una exigencia mínima de sesiones presenciales y el resto de las sesiones de forma virtual).

La Meta 1 propone también continuar avanzando en las respuestas del sector salud a las situaciones de violencia doméstica y violencia sexual a lo largo del ciclo de vida, priorizando el acceso, la oportunidad y la calidad de la respuesta. En este sentido, se propuso avanzar en la validación de un Protocolo Institucional basado en los siguientes documentos y adaptándolos a sus particularidades institucionales:

- Protocolo para el abordaje a situaciones de abuso sexual hacia niñas, niños y adolescentes (NNA) en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
- Protocolo para el abordaje a situaciones de maltrato hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del SNIS.
- Manual clínico: Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual.

Este Protocolo fue analizado y validado por el Área Programática de Violencia Basada en Género y Generaciones (VbGG) del Ministerio de Salud Pública. Juntamente con el Protocolo, los prestadores de salud debieron entregar un plan de capacitación sobre el mencionado protocolo dirigido a los trabajadores de la institución. La misma debe alcanzar al menos a un 35% de los trabajadores con el siguiente perfil: médicos generales, internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, psiquiatras, licenciados en enfermería, auxiliares de

enfermería, licenciados en trabajo social, parteras y licenciados en psicología, que sean titulares y suplentes fijos de los servicios de urgencia/emergencia, policlínica y servicios de internación. Aparte de esta etapa, también se exigió el reporte de casos detectados en el trimestre discriminando si fue violencia doméstica o violencia sexual fuera del ámbito doméstico, con detalle de edad, servicios en donde se diagnosticó y derivación a Equipos de referencia.

Para el periodo 2019-2021 se realizaron cambios con respecto a los Protocolos de Actuación, que son herramientas con que cuentan los prestadores cuando el control no se efectiviza debido a razones ajenas a su voluntad. Para ello se realizó un análisis retrospectivo sobre el uso de los protocolos en cada indicador y por cada prestador, relacionándolos con el tamaño de población. De allí surgió la necesidad de codificar los protocolos según causa y, en algunos grupos de causas, se estableció un tope de utilización con la finalidad de que se realice un uso racional de los mismos.

Otro cambio en este período fue la estandarización de los formatos y controles según los cuales los Prestadores de Salud deben entregar la información. Los prestadores y el departamento de Control de Prestadores - Metas Asistenciales cuentan con un sistema informático de Recepción y Control de Información Externa (RCIE), el cual habilita la entrega de la planilla nominalizada, los informes de VbGG y las planillas de Protocolos de actuación en carpetas o instancias específicas para los distintos tipos de información.

En cuanto a la automatización del cálculo de cumplimiento y su visualización por parte de los Prestadores, se encuentra en fase de desarrollo el componente de Meta 1 de la herramienta de *Business Intelligence* "PANEL". En paralelo, el Dpto. de Control de Prestadores avanzó en la automatización del cálculo de cumplimiento de Meta 1 a partir del software de procesamiento estadístico *R*, brindando los resultados de cumplimiento, pago y detalle de los casos informados con error y que no son aceptados.

Para permitir la utilización correcta del sistema, sobre todo en lo que respecta a la planilla nominalizada, se crearon los siguientes documentos:

- Diccionario de variables: constituido por una serie de instrucciones y códigos para completar la planilla nominalizada, cuya finalidad es permitir una homogeneización de la declaración de los datos.
- Documento de controles de formato de la planilla nominalizada: complementa al diccionario de variables y explicita los controles de formato de la planilla nominalizada realizados por RCIE.

- Documento de control de datos en planilla nominalizada: describe las reglas de cálculo que permiten obtener el cumplimiento y monto a pagar para cada uno de los indicadores.

Por último, se mantiene actualizada toda la documentación referida a Meta 1 en la página web del MSP, incluyendo instructivos, los documentos arriba mencionados, así como comunicaciones con detalles operativos y un espacio de preguntas frecuentes donde se sistematizan las consultas realizadas por los Prestadores.

En la fase inicial de implementación del nuevo período a su vez, se han realizado reuniones presenciales a solicitud de prestadores, así como instancias virtuales mediante videoconferencia con la finalidad de despejar dudas y mejorar los procesos de declaración de la meta.

Resultados

Los pagos realizados por la Meta 1 para el periodo enero-diciembre de 2019, corresponden a desempeños de dos bi-anualidades de la meta: abril 2017-marzo 2019 y abril 2019-marzo 2021, tal como se detalla en el siguiente cuadro

Cuadro 11- Período de desempeño y pagos 2019 de la Meta 1

BIANUALIDAD	TRIMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (mes)
2017-2019	Julio- setiembre 2018	Enero 2019
2017-2019	Octubre- diciembre 2018	Febrero-abril 2019
2017-2019	Enero-marzo 2019	Mayo-julio 2019
2019-2021	Abril-junio 2019	Agosto-octubre 2019
2019-2021	Julio- setiembre 2019	Noviembre-diciembre 2019

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

El monto en pesos asignado para la meta 1 en el año 2019 se modificó en 4,14 puntos porcentuales, presentando una evolución de \$103,26 en enero a \$ 107,53 en julio.

Los indicadores vigentes para el año 2019 fueron los siguientes:

- Captación del recién nacido
 - Realización de EOA al RN antes del alta hospitalaria
- 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. Seguimiento de niños con primer EOA alterada a los 12 meses de edad
- 2.2.5. Control de RN de riesgo que cumple 18 meses en el trimestre
- 2.2.6. Control de RN de riesgo que cumple 24 meses en el trimestre
- 3.1.1. Control de desarrollo en el primer año de vida.
- 3.2. 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
- 3.4. Control oftalmológico de niños de 5 años
- 4.1. Controles de HIV-VDRL
- 4.2. Preparación para el nacimiento
- 4.3 HCPB completas y volcadas al SIP
- 5. Indicadores referidos a VbGG

Para los indicadores de Captación del recién nacido, Realización de EOA, Seguimiento de los de recién nacidos de riesgo (visita domiciliaria y seguimiento hasta los 24 meses) y Control de desarrollo de niños de uno y dos años la meta a alcanzar para todos los prestadores fue del 100%.

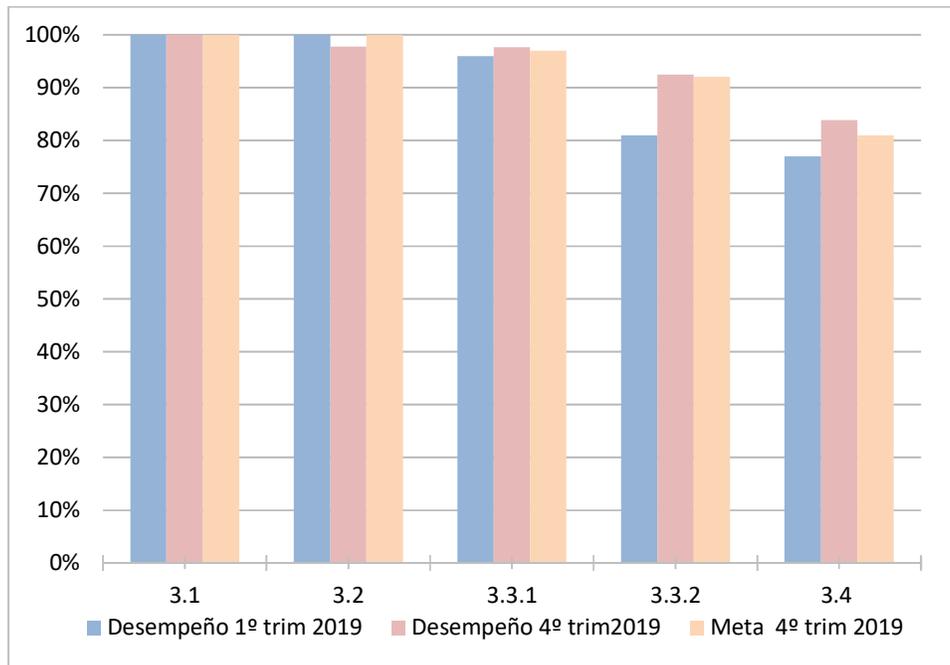
La mediana de desempeño para los indicadores referentes a recién nacido y niños de riesgo fue de 100% en todos los trimestres, y el promedio osciló entre 93% y 99%. Para los indicadores de Control de desarrollo del niño de un año y de dos años también la mediana de desempeño fue de 100%, siendo los promedios 96% y 95% respectivamente.

Con relación al indicador de Seguimiento del niño con primer EOA alterada, presentó una mediana de desempeño para todos los trimestres de 100% y un promedio de 93%.

En los indicadores de control de desarrollo y odontológico de cuatro años y el oftalmológico de cinco años, las metas a alcanzar se definen en términos de tasas de crecimiento, ya que estos indicadores presentan mayores márgenes de mejora. Los resultados de las medianas del año 2019 son de 96%, 89% y 84% y sus respectivos promedios de 90%, 83% y 82%.

En el siguiente gráfico se presentan la mediana de desempeño de los prestadores para el primer y cuarto trimestre del año y la mediana de la meta a alcanzar por los diferentes prestadores.

Gráfico 4 - Meta 1 - Desempeño mediano del 1er y 4º trimestre y su comparación con la mediana de la meta exigida en el 4º trimestre, 2019. Indicadores de control del niño hasta 5 años



Fuente: Área Economía de la Salud

En casi todos los casos, el desempeño mediano de los prestadores al final del período superó los valores exigidos. A excepción del indicador de Control del Desarrollo en el segundo año de vida (3.2) donde se ve una leve diferencia entre el desempeño del 4º trimestre y la meta a alcanzar.

Los indicadores asociados a los controles de HIV y VDRL, por un lado, y al correcto llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) y volcado al Sistema Informático Perinatal (SIP) por otro, presentan medianas del 100% y promedios de 98% y 94% respectivamente.

En el indicador referente a la preparación para el nacimiento la mediana de cumplimiento reportada fue de 77% para el último trimestre del año, con un promedio de 76%.

La exigencia relacionada a los indicadores de VbGG en los meses comprendidos entre setiembre de 2018 a marzo 2019, sufrió una serie de modificaciones debido a que aún no estaba disponible a nivel internacional el Protocolo para el abordaje a situaciones de maltrato hacia niñas, niños y adolescentes (NNA) necesarios para aplicar lo inicialmente planteado en el instructivo correspondiente a 2017-2019. Por dicho motivo, se tuvieron que modificar las exigencias en los siguientes trimestres;

- Setiembre 2018: Evaluación por parte de los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica y Violencia sexual (ERVDyVS) de la difusión e implementación que se realizó dentro de las instituciones del Manual Clínico de la OMS. La totalidad de los prestadores cumplieron con dicha exigencia.
- Octubre-noviembre-diciembre 2018: Asistencia de los ERVDyVS de los prestadores a la capacitación en el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia NNA y réplica institucional. Cumplieron con el indicador el 95 % de las instituciones.
- Enero-febrero-marzo 2019: Asistencia de los ERVDyVS de los prestadores a la capacitación del Manual de abordaje a las situaciones de maltrato a NNA. El 91% de los prestadores concurrieron a dicha instancia cumpliendo el indicador. En relación con el período que va desde abril 2019 a agosto 2019, el Protocolo Institucional para el abordaje de las situaciones de Violencia doméstica y violencia sexual fuera del ámbito doméstico fue presentado por todos los prestadores con excepción de una IAMC. La mayoría de ellos fueron validados por el Área Programática competente del MSP dentro del trimestre donde debían informar (abril-mayo-junio de 2019), con excepción de un seguro privado que fue validado con posterioridad a dicho trimestre.

En cuanto a la implementación de la capacitación y/o difusión del uso del protocolo a los trabajadores, solamente se consideran los datos de julio y agosto de 2019 y en promedio 93% de los prestadores cumplieron con el porcentaje exigido para este trimestre que fue de 10% del personal con el perfil requerido.

Con relación al reporte obligatorio de nuevos casos de violencia doméstica y/o sexual fuera del ámbito doméstico, los prestadores integrales de salud reportaron un total de 703 nuevos casos para el trimestre abril, mayo y junio 2019 y 1064 nuevos casos en el trimestre julio, agosto y setiembre 2019. Esto implica un incremento de nuevos casos reportados del 51%. Vale destacar que ASSE, prestador con mayor cantidad de afiliados y mayor presencia territorial, no informó estos datos para ninguno de los dos trimestres, lo que hubiese modificado estos valores al menos en términos absolutos.

META 2: Objetivos Sanitarios Nacionales⁷

Los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) buscan la obtención de resultados concretos y medibles que benefician al conjunto de la población y están dirigidos a los problemas críticos

⁷ Meta 2- Instructivo (Resolución Nº 267 de la JUNASA). <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/meta-2-instructivos>

desde una perspectiva de derechos, buscando mejorar la atención integral de las patologías de mayor prevalencia.

Para el período comprendido entre enero 2019 a diciembre 2020, la Meta 2 mantiene como referencia a los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 del Ministerio de Salud Pública⁸, pero centrándose en el objetivo estratégico de Reducción de la carga de morbimortalidad de las enfermedades no transmisibles (ENT) prevalentes. Este diseño disminuyó significativamente la variabilidad y los tipos de líneas de acción a ser monitoreados, de manera de impulsar acciones que promovieran la mejora de los resultados de salud en hipertensión, cardiopatía isquémica, diabetes y cáncer en todos los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud.

El criterio de evaluación semestral del desempeño se mantuvo ya que en este período de reporte se evaluó como adecuado a los procesos de atención que se pretenden monitorear. Los semestres de información a reportar se acompañan a los del calendario, manteniendo los pagos en iguales períodos. Esta modalidad permite obtener información de salud anualizada al mismo tiempo que genera brechas beneficiosas para distintos tipos de procesos como la sistematización de la información por parte de los prestadores o al proceso de consistencia de las bases de datos utilizadas como fuentes por el Departamento de Control de Prestadores.

En esta edición de la Meta 2 se tuvo como premisa la de introducir la menor cantidad de modificaciones a los indicadores ya existentes, teniendo en cuenta la importancia de la estabilidad del sistema de monitoreo. La anterior bianualidad (2017-2019) supuso un período de dos semestres de aprendizaje y adecuación de los sistemas de información por parte de los prestadores y el MSP, para lograr la calidad del dato que posibilita la evaluación de desempeño, constituyéndose en un resultado complementario que generó fortalezas para posteriores desarrollos.

En ese sentido gran parte de las líneas de base consideradas en este diseño, como los valores piso establecidos para el cálculo de cumplimiento de las metas a alcanzar, fueron las ya construidas en la bianualidad anterior abril 2017-marzo 2019⁹.

Para el período enero 2019 a diciembre 2020 la Meta 2, se estructura en base a cuatro resultados esperados (RE) comunes a todos los prestadores, según se detalla:

- i) Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial.
- ii) Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.
- iii) Disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes.

⁸ <http://www.msp.gub.uy/noticia/presentaci%C3%B3n-de-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

⁹ Los instructivos de esta bianualidad se encuentran disponibles: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/meta-2-2017-2019>

- iv) Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras.

El resultado esperado IV, comprende 2 fases de implementación:

- Fase 1 – Implantación y monitoreo de la Historia Clínica Electrónica Oncológica (HCEO)
- Fase 2 – Indicadores de cáncer. Este RE consta de una línea temática común a todos los prestadores referida a los indicadores de cáncer colo-rectal, y dos líneas de acción elegibles que son cáncer de cuello uterino o cáncer de mama.

Cuadro 12- Distribución de prestadores según resultado Esperado IV: Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras.

RESULTADO ESPERADO	Líneas de acción seleccionadas	Nro. de Prestadores involucrados	Prestadores
RE 4: Reducción de la mortalidad por Cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras	Opcional 1: Cáncer de Cuello Uterino	27	AMDM, AMEDRIN, ASOC. EVANGELICA, ASSE, CAMDEL, CAMEDUR, CAMOC, CAMS, CAMY, CASA DE GALICIA, CASMER, CIRCULO CATOLICO, COMECA, COMEF, COMEFLO, COMEPA, COMERO, COMETT, CRAMI, CUDAM, IAC, MEDICARE, MUCAM, SEGURO AMERICANO, SMI, SMQS, UNIVERSAL.
	Opcional 2: Cáncer de Mama	16	AS. ESPAÑOLA, AS. MEDICA SAN JOSE, CAAMEPA, CAMCEL, CAMEC, CASMU, COMERI, COMTA, COSEM, CRAME, GREMCA, GREMEDA, HOSPITAL BRITÁNICO, MEDICINA PERSONALIZADA, SUMMUM, BLUE CROSS.
	Común: Cáncer colo-rectal	43	AMDM, AMEDRIN, AS. ESPAÑOLA, AS. MEDICA SAN JOSE, ASOC. EVANGELICA, ASSE, CAAMEPA, CAMCEL, CAMDEL, CAMEC, CAMEDUR, CAMOC, CAMS, CAMY, CASA DE GALICIA, CASMER, CASMU, CIRCULO CATOLICO, COMECA, COMEF, COMEFLO, COMEPA, COMERI, COMERO, COMETT, COMTA, COSEM, CRAME, CRAMI, CUDAM, GREMCA, GREMEDA, HOSPITAL BRITANICO, IAC, MEDICARE, MEDICINA PERSONALIZADA, MUCAM, SEGURO AMERICANO, SMI, SMQS, SUMMUM, BLUE CROSS, UNIVERSAL.

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

Resultados

Los pagos realizados por la Meta 2 para el 2019, corresponden a desempeños de dos bianualidades (abril 2017- marzo 2019 y enero 2019-diciembre 2020), tal como se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro 13-Período de desempeño y pagos 2019 de la Meta 2

BIANUALIDAD	SEMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (mes)
2017-2019	Abril-setiembre 2018	enero-abril 2019
2017-2019	octubre 2018- marzo 2019	mayo-octubre 2019
2019-2020	enero-junio 2019	noviembre-diciembre 2019

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

El monto en pesos asignado para la meta 2 en el año 2019 se modificó en 4.14 puntos porcentuales, presentando una evolución de 42,72\$ en enero a 44,54\$ en julio.

Enero – abril 2019

En los primeros cuatro meses de 2019 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales según las metas propuestas para el semestre abril-setiembre 2018 de la meta 2 (bianualidad 2017-2019). Dicho diseño e implementación contribuyó a monitorear 52 líneas de acción de los OSN 2020, expresadas por indicadores.

En este semestre la entrega y validación de toda la información de indicadores cualitativos y cuantitativos, se realizó a través del sistema de RCIE. Se logra el reporte global de datos de calidad cuya consistencia permitió que fueran utilizados como referencia para el diseño de Meta 2 bianualidad enero 2019-diciembre 2020. También en este semestre estuvo disponible el cumplimiento y la vista descriptiva de los casos que no cumplían con los requerimientos de los indicadores reportados por planilla nominalizada a través de herramienta de *Business Intelligence* (Panel) desarrollada por el MSP. Dicho desarrollo permite la visualización por parte de los prestadores de los valores alcanzados y porcentaje de cumplimiento por indicador, restando el desarrollo de la vista de los pagos a los que acceden.

Mediante la resolución N°230/2018 se introducen modificaciones en un grupo de indicadores, resultado del trabajo de evaluación asociado al cumplimiento de las metas desde Ministerio de Salud Pública en el marco de la Comisión Asesora de Metas Asistenciales. Los RE se monitorean a través un grupo de indicadores cualitativos y cuantitativos.

Por la extensión del pool de indicadores considerados, se describe el grupo de indicadores de los RE compartidos en ambas bianualidades de Meta 2 que implican pagos en el 2019. Se

muestra, para cada uno de los indicadores el porcentaje global¹⁰ alcanzado por el sistema considerando a los prestadores integrales del SNS en conjunto que notifican; así como también se presenta la mediana y promedio de los valores alcanzados en cada semestre por institución.

El resultado esperado **“Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial”**, se compone de tres líneas de acción que pretenden evaluar la captación de hipertensos en población de 25 a 64 años por parte de las instituciones, el control y seguimiento de los pacientes hipertensos a través de la vigencia de exámenes de laboratorio; y la calidad del proceso de atención de los usuarios con hipertensión a través de auditorías predefinidas de las historias clínicas.

Para el semestre abril- setiembre 2018 la totalidad de las instituciones (43) lograron un porcentaje global en identificación de hipertensos de 16,1%, siendo el valor global de la línea de base de octubre 2016-marzo 2017 (LB) de 11,7% y el valor de referencia 36,6% (ENFRENT¹¹). Para el control de hipertensos con exámenes paraclínicos vigentes, el porcentaje global alcanzado es de 56,1%, con una Línea de Base (LB) global de 29,4%. Los resultados para ambos indicadores mantienen la dispersión observada en semestres anteriores con un valor de mediana de 16,6%, un rango que va desde 2,1% a un máximo de 24,7% y promedio de 16,73% para la identificación de los hipertensos; y una mediana de 76%, rango de 8,1% a 90,6% y promedio de 72,48% para control de hipertensos. En este período se completa la 2da. auditoría de procesos de atención de los usuarios con hipertensión arterial, realizada por el total de las instituciones y validada por el Área Programática de Enfermedades no Transmisibles del MSP.

El resultado esperado **“Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares”** desarrolla en este período dos de sus tres líneas de acción con el propósito de conocer la disponibilidad de médicos capacitados en la detección y tratamiento oportuno del síndrome coronario agudo y evaluar la adhesión al curso en línea organizado por el MSP a tales fines; de mejorar el acceso al tratamiento de reperfusión miocárdica de los pacientes cursando un IAMST.

¹⁰ El porcentaje global refiere a la sumatoria de los numeradores alcanzados por los prestadores que reportan información a metas asistenciales sobre la sumatoria de los denominadores de los prestadores, por cien. Por lo general reportan los 43 prestadores del SNS.

¹¹ Valor de la prevalencia estimada de hipertensión arterial en la población general. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles.

Respecto a la capacitación, la meta a alcanzar para esta segunda edición del curso “Reperusión del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMST)” fue de 90% de la nómina de médicos que cumplieran con el perfil definido en instructivo. La mediana del porcentaje alcanzado de las 42 instituciones que participaron fue de 94% con un promedio de 90%. El curso estuvo monitoreado por la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA) de la JUNASA, e implementado a través de la plataforma moodle del MSP. La población objetivo del curso fue de 5385 médicos a capacitar de los servicios de urgencia, emergencia y cuidados moderados de todo el SNS. Los que completaron la capacitación fueron 4009 profesionales (74,4%)¹².

El otro indicador monitoreado es el porcentaje de reperusiones medicamentosas y/o mecánicas de egresos por Infarto Agudo de Miocardio con ST elevado con respecto a número total de egresos por IAMST. La modificación introducida para este indicador se refirió a la identificación de los IAMST en el total de egresos del semestre por IAM de las instituciones y al diseño de las metas a alcanzar que pasaron a ser porcentuales. La meta exigida para este período fue del 80% y el promedio alcanzado fue del 95%, con una mediana de 100%.

Durante este período se mantuvo el cumplimiento alcanzado por el informe de auditoría de casos con Síndrome Coronario Agudo, ya que este indicador estuvo previsto para ser monitoreado antes (segundo semestre) y después (cuarto semestre) de la capacitación en reperusión de IAM.

Además de estos resultados esperados comunes a todos los prestadores, el diseño de la meta 2 incluyó 15 RE específicos elegibles con dos o tres líneas de acción cada una como trazadores de monitoreo. En el cuadro siguiente se describen los indicadores específicos y el número de prestadores que adhirieron a cada Resultado Específico (RE).

¹² Es importante destacar que el total de médicos a capacitar y capacitados del sistema en su conjunto es menor que la suma de profesionales a capacitar y capacitados de los 43 prestadores del SNIS debido a los casos de médicos que trabajan en más de un prestador.

Cuadro 14- Resultado esperado seleccionado 2017-2019

RESULTADO ESPERADO SELECCIONADO	Nº DE PRESTADORES INVOLUCRADOS	PRESTADORES
Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras	24	GREMEDA, CAAMEPA, COMECA, CAMOC, CAMEC, CAMEDUR, COMEF, COMEFLO, CAMDEL, AMDM, CAMY, CAMS, COMTA, COMETT, CASA DE GALICIA, CASMU, CCOU, CUDAM, GREMCA, MUCAM, SMI, MP, S. AMERICANO, SMQS
Disminuir las complicaciones crónicas de la diabetes.	15	CAAMEPA, CRAMI, CAMEC, COMEF, CRAME, COMEPA, CAMY, COMERO, CAMS, AMSJ, COMETT, Casa de Galicia, CCOU, MUCAM, S. AMERICANO.
Reducción de la morbimortalidad por VIH/SIDA.	8	GREMEDA, COMECA, CAMDEL, COMEPA, COMERI, AMSJ, COSEM, CASMU
Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población	6	AESP, H. EVANGELICO, BLUE CROSS, MEDICARE, H. BRITANICO, SUMMUM
Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad – paternidad en adolescentes	6	ASSE, CAMEDUR, CRAMI, COMEFLO, CRAME, IAC
Disminución de la incidencia de Suicidios	6	CAMCEL, AESP, UNIVERSAL, CASMER, COSEM, GREMCA
Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	5	SMQS, BLUE CROSS, MEDICARE, H. BRITANICO, SUMMUM
Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental.	5	AMDM, AMEDRIN, CASMER, H. EVANGELICO, MP
Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH	3	ASSE, CUDAM, SMI
Humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas	3	COMERO, COMTA, UNIVERSAL
Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física	2	AMEDRIN, COMERI.
Disminución de la morbimortalidad vinculada a la Violencia basada en Género y Generaciones	1	CAMCEL.
Reducción de la Prematurez a expensas del componente prevenible	1	CAMOC
Reducción de la prevalencia de la anemia y del retraso del crecimiento en la primera infancia.	1	IAC

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

El RE para las áreas de intervención relacionadas con diabetes fue la opción de 15 prestadores. Propone la “**disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes**” teniendo como objetivos aumentar la captación precoz de usuarios con diabetes en la población de 24 a 64 años y conocer la proporción de usuarios controlados, a través de hemoglobina glicosilada anual de dicha población. Como valor de referencia del porcentaje de población con diabetes se tomó la prevalencia nacional de 7,6% (ENFRENT 2013). La identificación de usuarios con diabetes en los 15 prestadores que eligieron este RE fue de 5,76% de la población a 25 a 64 años, partiendo de una LB de 4,1%. La mediana alcanzó un 6,13%, con un rango de 0,89% a 8,21% y valor promedio de 5,65%. Respecto al control de diabéticos conocidos, cuyo ideal es aproximarse al 100%, se observó que el cumplimiento global fue de 73,75% en el semestre abril- setiembre 2018 con relación a un valor de línea de base de 47,91% en relación con el total de usuarios identificados con diabetes en los 15 prestadores. La mediana de

cumplimiento del indicador se situó en 72,5% con valores en un rango de 45,6% a 88% y promedio de 68,83%.

Con el objetivo sanitario de **“Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras”** se propuso monitorear qué proporción de la población usuaria de 60 a 70 años de los prestadores que eligieron este RE realizan las medidas de prevención secundaria para cáncer de colon, mediante las siguientes líneas de acción: tamizaje realizado y seguimiento de los usuarios con estudios positivos en el semestre. El valor global de abril-setiembre 2018 para los 23 prestadores que reportaron¹³ fue de 37,7%, con una Línea de base global de 23,1%. Alcanzando una mediana de 35,15%, con un rango desde 6,4% a 72,7% y promedio de 34.1% en los valores reportados. En tanto que la mediana de los prestadores que realizaron estudio de seguimiento a los casos de usuarios que identificaban con tamizaje positivo fue de 78% para los 23 prestadores, presentando una distribución muy heterogénea en los valores alcanzados por prestador con un valor promedio de 67,26%.

La meta 2, además de los indicadores por RE con metas a alcanzar, incluyó un segundo componente que implicó el reporte de numeradores y denominadores de una batería fija de 10 indicadores por los 43 prestadores.

Mayo –octubre 2019

El pago ejecutado en el semestre mayo-octubre 2019 corresponde al cumplimiento del semestre octubre 2018-marzo 2019, de la Meta 2 Bianualidad 2017-2019. A continuación, se resumen los resultados de los RE priorizados en la bianualidad 2019-2020.

Para el resultado esperado **“Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial”**, en el caso de la identificación de la población hipertensa en tratamiento en las instituciones el valor global para el semestre se situó en 17,3% del total de la población, la mediana del valor alcanzado por institución es de 18,3% y el valor promedio por institución es de 18%. Sin embargo, al igual que en semestres anteriores los valores alcanzados por las instituciones presentan una gran dispersión con un rango que va desde 6,3% a un máximo de 26%. La dispersión también es una característica que resalta en los indicadores respecto a la población identificada como hipertensa con controles vigentes, cuya mediana fue de 78,5% y el promedio de 75%. Si se mira el porcentaje global de los prestadores del SNS, el 61,5% de los usuarios con hipertensión identificados tienen control vigente.

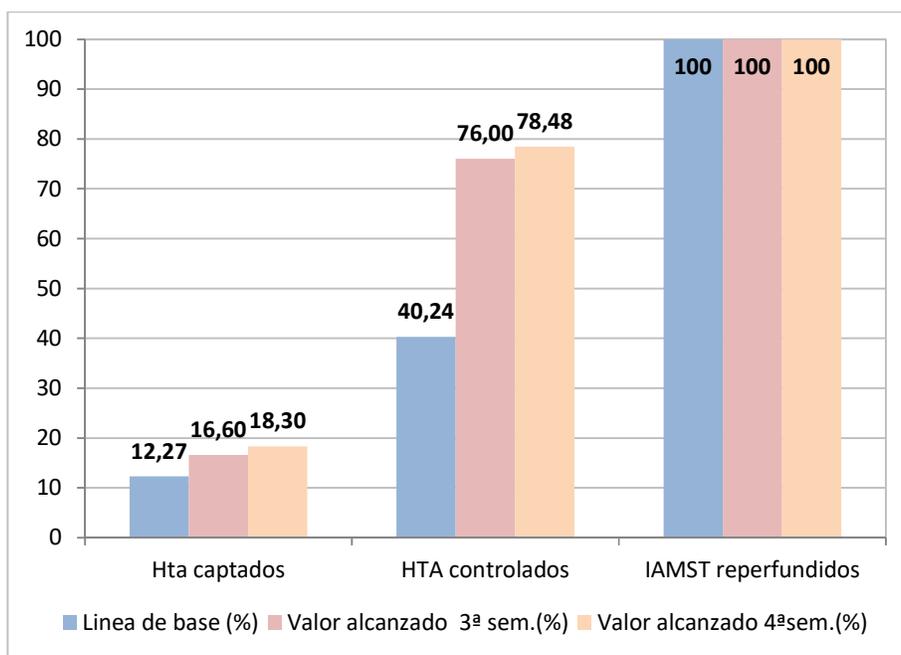
¹³ Un prestador no reportó.

Finalmente, en lo que respecta a esta línea temática de los OSN 2020, la auditoría de aplicación de Guía de atención en HTA fue completada con éxito por casi la totalidad de las instituciones (41 en 43).

Para el resultado esperado **“Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares”**, la meta exigida para este período fue del 90% de los egresos por infarto agudo de miocardio ST reperfundidos y el promedio alcanzado se mantuvo en el 98%, en tanto que la mediana en 100%. En este semestre octubre 2018- marzo 2019 se realizó la auditoría de todos los casos de infarto agudo de miocardio con segmento ST elevado del año 2018. De las 43 instituciones a 42 de ellas se les validó el informe de auditoría.

En el siguiente gráfico se puede observar un resumen de los porcentajes alcanzados en los indicadores comunes, expresado en la mediana de los 43 prestadores de salud del SNS.

Gráfico 5- Evolución de líneas de acción comunes a todos los prestadores - Meta 2 2017-2019



Fuente: Control de Prestadores-Economía de la Salud

Nota: Períodos considerados - Línea de base -octubre 2016-marzo 2017; 3er sem. -abril-setiembre 2018 y 4to sem.- octubre 2018-marzo 2019

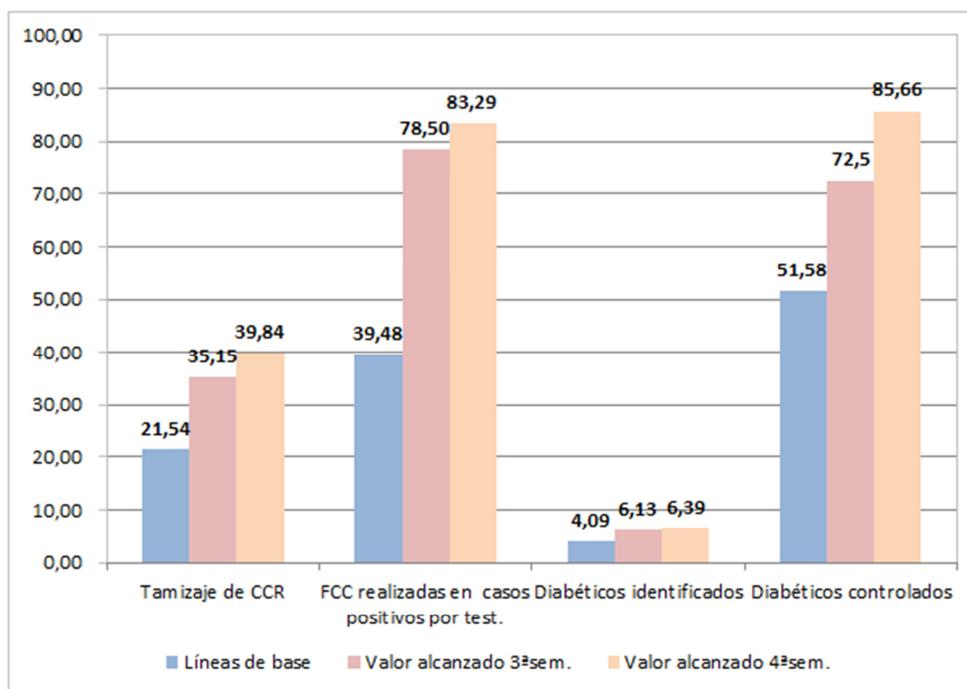
En tanto los RE elegibles presentaron los siguientes resultados: el RE **“disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes”**, en usuarios diabéticos captados y/o identificados a través de farmacia y otros registros auditables alcanzó un valor global de 6,1%, con una línea de base de 4,1%. La mediana del semestre octubre 2018- marzo 2019 se situó en 6,4% (rango 2,5%-8,6%). El valor global del sistema para el control de dichos usuarios con hemoglobina glicosilada anual fue de 82,9%. La mediana se situó en 85.6% (rango de 30.4%-91.8%).

Las líneas de acción en cáncer colo rectal (CCR) vinculadas al RE “Reducción de la mortalidad por cáncer, con énfasis en las muertes prematuras”, para el tamizaje en población de 60 a 70 años los prestadores integrales mostraron un porcentaje global de 40,1% en las 23 instituciones que reportaron información. En tanto que la mediana de desempeño de los valores alcanzados al final de la bianualidad fue de 41,2% considerando a los 24 prestadores, con valores en una rango de 7,74% a 64,8%. El promedio fue de 37,8%.

Para el indicador que monitorea a los usuarios con tamizaje positivo para CCR a ser controlados con fibrocolonoscopia (FCC), se alcanza un porcentaje global para los 24 prestadores de 65% con relación a una línea de base correspondiente a octubre 2016-marzo 2017 de 22,9%. El promedio de los valores alcanzados por las instituciones es de 76,6% y la mediana de 83,2%, con valores de dispersión que se mantienen también atribuibles a instituciones con bajo desempeño.

A continuación, se presenta la evolución del porcentaje alcanzado en los indicadores vinculados a diabetes y CCR, expresados en la mediana de las instituciones que lo eligieron.

Gráfico 6- Evolución de dos líneas de acción elegibles - Meta 2 2017-2019



Fuente: Control de Prestadores-Economía de la Salud
 Nota: Periodos considerados - Línea de base -octubre 2016-marzo 2017; 3er sem. -abril-setiembre 2018 y 4to sem.- octubre 2018-marzo 2019

Noviembre -diciembre 2019

Estos dos últimos meses de la anualidad del pago por desempeño de la Meta 2 corresponden al cumplimiento de Meta 2-bianualidad 2019-2020, semestre enero –junio 2019.

Esta bianualidad se centró en 4 RE y 14 líneas de acción de los OSN 2020, que se presentan sus resultados a continuación.

RE 1: “Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial”. El indicador de captación de hipertensos no sufrió modificaciones en sus definiciones operativas. Mantuvo la línea de base octubre 2016 –marzo 2017 y el valor de referencia de 36,6%, pero las metas de crecimiento propuestas fueron menores, ya que según lo analizado en el ámbito de Comisión Asesora de Metas Asistenciales en este período dicho crecimiento dependería de la captación de usuarios con hipertensión no conocidos.

El valor global alcanzado por el SNS en el primer semestre del 2019 fue de 18,11%, superado por varias instituciones. La mediana de los valores alcanzados de las 42 instituciones que notificaron información en el primer semestre de 2019 es de 19,36% de hipertensos identificados; valor superior al del valor global. 28 instituciones superaron la meta del 1er semestre 2019, mientras que 5 estuvieron muy cerca de alcanzarla. Para el control de los usuarios con hipertensión en la bianualidad 2019-2020 el trazador que pretende medirlo cambia, definiéndose como los HTA identificados con al menos una consulta médica realizada con control de PA vinculado a dicha consulta y registrada en historia clínica. Para el primer semestre enero-junio 2019, de los 42 prestadores que notificaron, alcanzaron un valor global del 44,61%, una mediana de 59,32%, un mínimo de 10% y un máximo de 90%. Siendo el valor de referencia es 80%.

En cuanto al **RE 2 “Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares”** los porcentajes globales alcanzados superan desde hace varios semestre el valor de referencia del 90%. La mediana se mantiene en 100%.

En esta bianualidad no se pudo implementar el indicador de resultado, complementario al de cobertura en esta temática, por metas asistenciales 4.2) Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas realizadas en menos de tres horas a usuarios con IAMST, sin embargo, se continúa el trabajo colaborativo con el FNR para este indicador.

El **RE 3: “Disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes”**, se convirtió en un RE común por lo que para este período se sumaron 28 prestadores al tema (Grupo 1) a los 15 que ya lo reportaban (Grupo 2). Para el primero de los grupos se consolida la línea de base a partir del reporte realizado en la bianualidad anterior del semestre abril-setiembre 2018 y el

segundo grupo continuó con la línea de base octubre 2016-marzo 2017. El valor de referencia es la prevalencia estimada de diabetes por tramo etario para cada prestador¹⁴.

El porcentaje global alcanzado por ambos grupos en el semestre es similar: 6,14% (Grupo 1) con línea de base de 5,32% y 6,29% (Grupo 2) partiendo de un porcentaje de línea de base de 4,07. La mediana de los valores alcanzados por el grupo de prestadores que comenzaron con esta área temática es de 5,98% y el promedio se sitúa en 6,19%. En tanto el grupo que ya venía reportando alcanza una mediana de 6,62% y el promedio se sitúa en 6,44% en 14 de las instituciones que reportan. De acuerdo con el valor de referencia estimado para cada institución, 5 de las 28 del grupo 1 ya han captado al 100% de sus diabéticos estimados, mientras que de las 14 del grupo 2 lo han hecho 3.

El control de los usuarios con diabetes identificados se mantuvo a través del registro de laboratorio de las hemoglobinas glicosiladas con una vigencia anual. Para el Grupo 1 el indicador se mantiene de proceso en tanto que se refiere a la realización y reporte del valor de laboratorio; en tanto el Grupo 2 posee un indicador de resultado, debiendo reportar los controlados con hemoglobina glicosilada menores a 8 %. Las 28 instituciones del grupo 1 alcanzan un valor global de 37,75%, una mediana de 48% y el valor promedio se sitúa en igual porcentaje. Los usuarios con diabetes controlados con valores de hemoglobina glicosilada menor a 8% del Grupo 2, alcanzó un valor global de 45,47%, una mediana de 73,14% y promedio de 61%.

En este primer semestre del 2019 para el **RE de “reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras”** se llevó a cabo la fase 1, que tuvo como objetivo el desarrollo y monitoreo de la implantación de la Historia clínica oncológica (HCEO) en los prestadores a diciembre de 2019. Requirió del cumplimiento de los siguientes hitos:

1. **Agenda interoperable con la HCEO.** Refiere a la Integración del sistema de agenda institucional del prestador con la HCEO.
2. **Configuración de la HCEO** según parámetros del prestador. Refiere a la puesta a punto de tareas técnicas y funcionales para el correcto funcionamiento de la HCEO.
3. **Capacitación Recursos Humanos.** Refiere a la preparación de los aspectos funcionales para el uso y monitoreo de la HCEO.
4. **Puesta en funcionamiento.** Refiere a la puesta en marcha y comienzo del uso de HCEO en la institución.

¹⁴ ENFRENT 2013. Prevalencia nacional de diabetes 7,6%

El cumplimiento fue validado por AGESIC, agencia que al 15 de diciembre de 2019 reportó a Metas Asistenciales un informe sobre cada prestador, determinando el cumplimiento de los hitos.

Todas las instituciones del SNS cumplieron las 4 fases de la implementación de HCEO.

Meta 4: Nuevo Régimen de Trabajo Médico

a Meta 4 estimula la implementación del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) en las instituciones de salud, que se traduce principalmente en la creación de los cargos de alta dedicación (CAD) en las instituciones del sector privado y de las funciones de alta dedicación (FAD) en el caso de ASSE¹⁵. Las especialidades comprendidas en el NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos marco firmados en Consejo de Salarios.

Para los prestadores integrales del subsector privado y para ASSE, dentro del NRTM se encuentran los Médicos Generales y las siguientes especialidades: Medicina Familiar, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Medicina Intensiva de adultos y pediátrica, Neonatología, Psiquiatría de adultos y pediátrica, Cirugía General y Medicina de Emergencia; con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales, con presencia en la institución a lo largo de toda la semana. También están comprendidas dentro del NRTM otras especialidades médicas: Alergología, Laboratorio de patología clínica, microbiología y parasitología y micología médica, Anatomía Patológica, Medicina del Deporte, Cardiología, Nefrología, Dermatología, Neumología, Endocrinología y Metabolismo, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Neuropediatría, Gastroenterología, Oncología Médica, Genetista, Oncología radioterápica, Geriatria, Rehabilitación y Medicina Física, Hematología, Reumatología, Hemoterapia y Medicina Transfusional; con un régimen de trabajo de 20 o 30 a 48 horas semanales, dependiendo la especialidad, e Imagenología con un régimen de trabajo de 30 a 48 horas semanales. Para ASSE se suma Anestesia y Medicina Rural con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales.

¹⁵ El instructivo de meta 4 se encuentra disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/meta-4-reforma-del-modelo-de-recursos-humanos>

Resultados

A diciembre 2019, 35 instituciones del Seguro Nacional de Salud del subsector privado (11 de Montevideo y 24 del interior) realizaron contrataciones de cargos de alta dedicación, totalizando 1147 cargos contratados. En el sector público ASSE realizó, en el marco de la Meta 4, contrataciones para 45 Unidades Ejecutoras totalizando 374 funciones de alta dedicación.

Por lo tanto, a diciembre de 2019 estaban ejerciendo 1521 cargos y funciones de alta dedicación que se desagregan por región y especialidades de acuerdo a la siguiente tabla.

Cuadro 15- Cantidad de CAD y FAD contratados a diciembre de 2019.

	NORTE	ESTE	OESTE	CENTRO-SUR	MDEO	TOTAL
Medicina General	33	36	24	26	152	271
Medicina General en el Servicio de Emergencia	0	10	0	1	29	40
Medicina Familiar	4	6	1	8	28	47
Pediatría	33	30	27	38	149	277
Pediatría en el Servicio de Emergencia	0	0	0	1	8	9
Cirugía General	3	4	0	0	3	10
Ginecología	11	9	4	4	1	29
Cardiología	6	8	4	8	35	61
Dermatología	2	2	0	6	13	23
Emergentología	0	2	0	1	3	6
Endocrinología	2	5	1	2	9	19
Fisiatría	2	2	1	1	5	11
Gastroenterología	2	5	2	1	7	17
Geriatría-Gerontología	2	1	0	1	1	5
Hematología	2	3	2	1	5	13
Infectología	2	0	0	2	11	15
Medicina Intensiva Adultos ADL	2	0	2	6	51	61
Medicina Intensiva Adultos ADM	4	11	3	4	1	23
Medicina Intensiva Adultos ADT	2	4	0	12	55	73
Medicina Intensiva Pediátrica ADL	0	0	0	0	9	9
Medicina Intensiva Pediátrica ADM	0	2	0	1	2	5
Medicina Intensiva Pediátrica ADT	0	0	0	0	20	20
Medicina Interna	9	20	14	16	89	148
Medicina Interna en el Servicio de Emergencia	0	0	0	1	10	11
Nefrología	3	2	1	2	14	22
Neumología	1	0	1	2	9	13
Neonatología ADL	3	0	0	0	15	18
Neonatología ADM	0	2	0	5	3	10

Neonatología ADT	3	0	0	6	31	40
Neurología	3	4	0	0	12	19
Neuropediatría	1	1	0	0	14	16
Oncología	3	1	0	2	31	37
Psiquiatría	9	10	4	3	18	44
Psiquiatría Pediátrica	0	1	0	0	8	9
Reumatología	0	1	1	2	16	20
Anestesia	2	4	3	0	0	9
Anatomía Patológica	3	1	1	2	12	19
Laboratorio de patología clínica	1	1	0	3	17	22
Imagenología	1	1	1	4	2	9
Hemoterapia	1	1	0	2	7	11
Total	155	190	97	174	905	1521

Norte: Artigas, Salto, Paysandú, Rivera y Tacuarembó.

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

Oeste: Colonia, Río Negro y Soriano.

Centro-Sur: Canelones, Durazno, Flores, Florida y San José.

A los valores presentados en la tabla anterior, se deben agregar 2 cargos de alta dedicación transversal de medicina intensiva adultos que se computan para la meta sin haberse contratado, de acuerdo a lo que establece el convenio vigente.

En el semestre enero-junio 2019, los prestadores del subsector privado informaron 95 nuevos CAD contratados, y ASSE informó 56 nuevas FAD. A su vez, se informó la baja de una FAD y 25 CAD que estaban contratados; las razones fueron por renuncia, jubilación o cambios en el tipo de CAD.

En el semestre julio-diciembre 2019, los prestadores del subsector privado informaron 83 nuevos CAD, y ASSE informó 18 nuevas FAD. A su vez, se informó la baja de 17 CAD que estaban contratados; las razones fueron por renuncia, jubilación o cambios en el tipo de CAD.

A diciembre de 2019, los prestadores integrales del subsector privado cuentan con 230 cargos de las especialidades contempladas en el acuerdo de "Especialidades Médicas" firmado en diciembre de 2015, 84 de los cuales tienen una carga horaria semanal de 40 a 48 horas y 146 tienen una carga horaria promedio de 25,64 horas semanales. A su vez, se contrataron 7 CAD de imagenología, 5 de ellos con una carga horaria semanal igual o superior a las 40 horas y 2 con una carga horaria promedio de 32,50 horas semanales. Los 148 cargos con menos de 40 horas semanales fueron computados para meta 4 como 146,36 cargos, debido a que en una institución dichos cargos superaron el 30% del total de CAD contratados y se aplicó la proporcionalidad establecida en el instructivo.

En el caso de ASSE, cuenta con 119 funciones de las especialidades contempladas en el acuerdo de “Especialidades Médicas” firmado en junio de 2017, 20 de los cuales tienen una carga horaria semanal de 40 a 48 horas y 99 tienen una carga horaria promedio de 27,31 horas semanales. A su vez, se contrataron 2 CAD de imagenología, 1 de ellos con 40 horas semanales de trabajo y el otro con 36 horas semanales. Las 100 funciones con menos de 40 horas semanales fueron computadas para meta 4 sin aplicar proporcionalidad dado que representan menos del 30% del total de FAD contratadas.

Los prestadores del sistema mutual, de acuerdo al cronograma acordado, debían contar con 1195 CAD en total a diciembre de 2019 y cuentan a esa fecha con 1147 CAD aprobados. Considerando los CAD contratados se llega a un 95,98% de los que se esperaban tener.

Los seguros integrales privados debían contar con 47 CAD en total a diciembre de 2019 y no tienen ningún CAD contratado.

Por su parte, ASSE debía contar con 282 FAD a diciembre de 2019 y cuenta con 374 FAD aprobados a esa fecha, con un cumplimiento superior al 100%.

Cabe mencionar que en 2019 se comienza a exigir un mínimo de cargos de especialidades anestésico-quirúrgicas (AQ), dicha exigencia surge del acuerdo de consejo de salarios de octubre de 2018 y se incorpora al instructivo de la meta 4. A diciembre de 2019, la exigencia de CAD de especialidades AQ fue del 2% de los CAD o FAD contratados o exigidos, según el caso.

Para el sistema mutual, el acuerdo implicó que 6 instituciones se vieran exigidas a contratar 10 CAD AQ en total, ninguna de las instituciones que debía contratar CAD AQ lo hizo. Igualmente, otras 10 instituciones del sistema mutual contrataron 24 CAD AQ (17 de ginecología y 7 de cirugía general). En el caso de ASSE, debía contratar 5 FAD AQ y contrató 24 (9 de anestesia, 12 de ginecología y 3 de cirugía general).

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

En el año 2019 se continuó con la aplicación de la meta 5 a efectos de financiar la partida salarial variable anual según lo dispuesto en los Acuerdos de Consejo de Salarios del Grupo 15 entre los prestadores integrales del subsector privados financiados a través del FONASA y trabajadores, así como en los acuerdos realizados entre ASSE y los sindicatos de trabajadores médicos y no médicos.

Al igual que en los años anteriores en el caso de los prestadores privados esta meta se pagó de acuerdo con el nivel de cumplimiento con el pago FONASA correspondiente al mes de diciembre de 2019.

Así mismo y dado que para estos prestadores está prevista una reliquidación que permita que el monto pagado cuente con el nivel de precisión que difícilmente se logre con la información obtenida al mes de diciembre es que en febrero de 2019 se procedió realizar un pago complementario como ajuste de lo adelantado en el mes de diciembre 2018.

Para el caso de ASSE el pago realizado en 2019 se corresponde con lo devengado en 2018. El correspondiente al año 2019 se paga en el 2020

Para obtener la partida anual variable cada trabajador debía realizar un curso virtual auto administrado que para el año 2019 fue de 9 horas obligatorias que habilitan el cobro de la partida. y 5 horas opcionales. En el caso del subsector privado el trabajador debía realizar el curso *“El cuidado de nuestra persona”* y en el caso de ASSE la partida que se paga en 2019 es contra el curso de 2018 denominado *“Pertener a ASSE”* o contra el curso que se realizó ese año para el subsector privado denominado *“Avance para una calidad de atención superior”*.

Para cada institución privada el porcentaje de cumplimiento de la meta se calculó como el cociente entre las partidas salariales variables efectivamente pagadas y la masa salarial comprometida al pago de dicha partida de acuerdo con lo establecido en la resolución de la Junta correspondiente. Esta fórmula de cálculo es la que permite inequívocamente efectuar el pago a los prestadores en función de los pagos realizados por estos.

En función de las declaraciones juradas presentadas por los prestadores privados en noviembre de 2019 fue calculado el 3.5% de la masa salarial devengada en el período enero 2019 - octubre 2019 y de la estimada para los meses de noviembre y diciembre de 2019. A su vez se le aplica un tope de 54.000 pesos nominales a valores de diciembre 2018 si el 3,5% de la masa salarial real y estimada del 2019 supera dicho monto. Únicamente los cargos CAD están exentos del tope. Fueron consideradas las previsiones de cuota-partes de aguinaldo y salario vacacional generados en período. Esto se aplicó a los trabajadores que culminaron los cursos al 12 de diciembre de 2019 o se encontraban exonerados de realizarlos. En base a la se define un porcentaje de incremento sobre la partida topeada, que surge de la redistribución de la

diferencia que se genera entre el 3,5% de la masa salarial y la partida con tope. El monto generado se distribuye de manera proporcional para todos los trabajadores dependientes que estén en condiciones de cobrar la partida. La reliquidación final será realizada en febrero de 2020.

A continuación, se presentan los montos pagados por meta 5 en el 2019 para cada prestador integral privado:

Cuadro 16- Montos pagados por Meta 5 por prestador integral privado 2019

PRESTADOR	RELIQUIDACION META 5 2018 PAGO enero 2019	RELIQUIDACION META 5 2018 PAGO febrero 2019	RELIQUIDACION META 5 2017 PAGO junio 2019	PAGO META 5 15/12/2019
AMDM		4.230.829		59.692.696
AMEDRIN		102.278	229.129	7.812.258
AMERICANO		276.729	2.409.070	6.289.752
AMSJ		490.165		35.797.569
ASESP		1.784.737		185.083.976
BLUECROSS		231.728		3.424.647
BRITANICO		81.163		48.097.351
CAAMEPA		254.282		27.577.271
CASA DE GALICIA		923.577		56.389.180
CAMCEL		112.483	837.475	25.295.652
CAMDEL		-72.989		22.429.408
CAMEC		173.012	671.938	37.834.703
CAMEDUR		191.690	442.860	24.629.012
CAMOC		177.827		16.965.389
CAMS		154.728	721.028	35.222.247
CAMY		230.192	117.709	4.612.094
CASMER		-173.716	538.178	23.616.636
CASMU		1.913.796		188.344.594
CCOU		502.383		65.146.087
COMECA		337.552		36.211.903
COMEF		131.692	442.252	2.6258.106
COMEFLO		25.170	543.352	8.299.964
COMEPA		383.495		50.343.031
COMERI		-20.805		14.472.468
COMERO		410.139		31.554.172
COMETT		217		364.850
COMTA		80.032	529.058	26.412.260
COSEM		129.681	7.018.509	27.919.745
CRAME		20.926		29.180.762

CRAMI		-106.713		28.995.690
CUDAM		28.914		28.330.050
GREMCA		-179.673		19.661.385
GREMEDA		-41.569	568.014	19.458.620
HE		391.364		56.014.603
IAC		-22.149	403.408	15.388.285
MEDICARE		-1.615		895.863
MP	8.071.194	412.968		9.137.930
MUCAM		2.037.113		235.934.385
SMI		368.146		99.438.088
SMQS		207.832	896.188	32.816.226
SUMMUM		1.208		183.568
UNIVERSAL		336.203		4.0147.565

En el caso de ASSE el pago de meta 5 realizado en enero de 2019 fue de \$450.681.861 y correspondió a la aplicación de la meta para el año 2018.

El monto que se abona a ASSE por concepto de Meta 5 surge a partir del valor de la meta para los prestadores privados (cociente entre la masa salarial que figura en las declaraciones juradas de los prestadores privados y los afiliados FONASA) y del grado de cumplimiento de la misma.

Pago por metas

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

Cuadro 17- Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA

PAGO POR AFILIADO FONASA (\$)	META 1	META 2	META 4
Enero - Julio 2019	103,26	42,72	47.31
Julio- Diciembre 2019	107,53	44,54	49.27

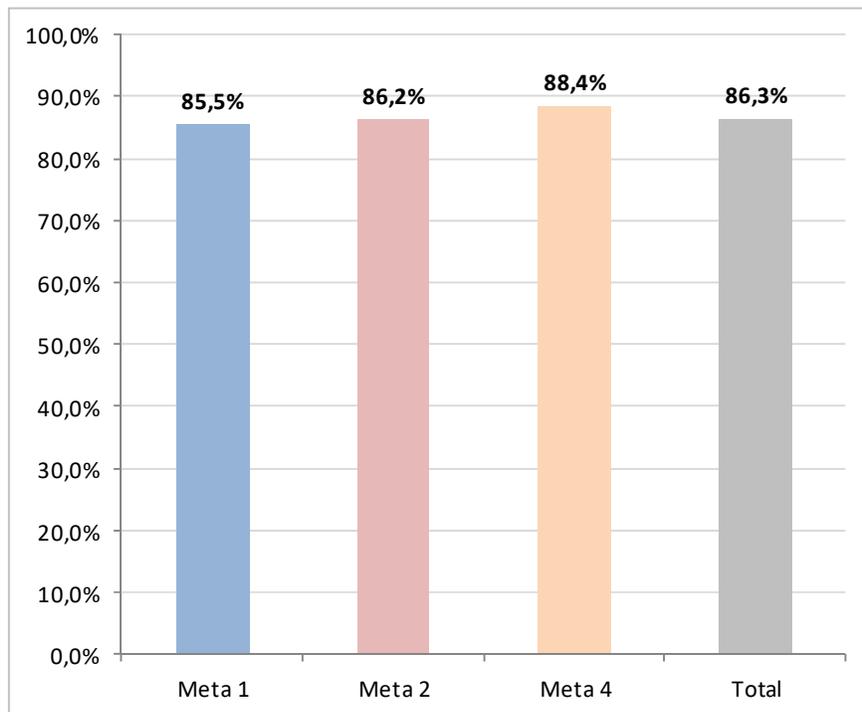
Fuente: Área Economía de la Salud

En el año 2019 los prestadores del SNS cobraron por el componente meta el 86,3% del máximo posible, lo que puede considerarse como un indicador del cumplimiento o desempeño global en las acciones promovidas a través de este mecanismo de pago¹⁶.

¹⁶ No se incluye en este cálculo el pago de la meta 5 por sus características, destinado al pago de salario variable de los trabajadores en función de su capacitación.

En el gráfico siguiente se discrimina el porcentaje de pago por cada una de las metas con relación al valor máximo para el año 2019, los que tuvieron menores diferencias entre sí que los alcanzados en el año anterior. La Meta 4 presenta un mayor porcentaje de pago (88,4%), seguido de Meta 2 (86,2%). Ambas han aumentado el porcentaje de pago respecto al año pasado (70,9% y 80,9% respectivamente para el 2018). En tercer lugar, se encuentra Meta 1 con un porcentaje de pago de 85,5%. En este caso, el porcentaje de pago se redujo, siendo 94,6% en 2018.

Gráfico 7- Porcentajes de pago por Metas sobre el máximo a cobrar 2019



Fuente: Área Economía de la Salud

Tipo de Expediente: Informes a Organismos Externos

Oficina origen:

Banco de Previsión Social / 336 Gerencia Finanzas - GFIN / 339 Contabilidad y Contralor - GFIN
--

Asunto:

RENDICIÓN DE CUENTAS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA) - EJERCICIO 2019
--

Tipo de Titular OFICINA
Datos Titular Nombre Oficina: 339 Contabilidad y Contralor - GFIN

Fecha iniciado: 23/03/2020 15:43:20 Fecha valor: 23/03/2020

Prioridad: Normal Acceso restringido: No

Clasificación: Público

¿Tiene elemento físico? No

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS FONDO NACIONAL DE SALUD 2019

He realizado la Rendición de Cuentas correspondiente a los fondos recibidos y aplicados por el Banco de Previsión Social (BPS) en el Ejercicio 2019 en atención al Fondo Nacional de Salud (FONASA) de acuerdo a la normativa vigente aplicable. De la misma surge un déficit del FONASA de \$ 23.085.542.157 que tuvo que ser financiado con partidas de Rentas Generales.

Los principales rubros de egresos considerados son:

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

Los principales rubros de ingresos considerados son:

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

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

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

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

CUADRO 1: RESULTADO FINANCIERO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD 2019

INGRESOS	
Recaudación Directa B.P.S.	53.687.503.064
Recaudación sobre Prestaciones Económicas B.P.S.	9.462.694.059
Aportes Patronales Prestaciones B.P.S.	807.242.597
Comisiones Seguros Integrales	113.160.353
TOTAL INGRESOS	64.070.600.073
EGRESOS	
Liquidaciones Mutualistas	65.098.780.323
Cesiones a ASSE Ley 19.535 arts. 145 a 149	-2.148.713
Fondo de Inversiones Mutualistas	-4.130.743
Liquidaciones a Seguros Integrales	1.886.005.930
Liquidaciones F.N. Recursos	7.676.526.535
Devoluciones de aportes a contribuyentes	4.770.997.103
Devoluciones Cajas de Auxilio	0
TOTAL EGRESOS	79.426.030.435
RESULTADO FINANCIERO (INGRESOS – EGRESOS)	-15.355.430.362
MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS	
Recaudación del Gobierno Central (CGN) compensada	10.406.384.608
Transferencias a ASSE	-18.136.496.404
RESULTADO MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS	-7.730.111.796
REDONDEO	1
ASISTENCIA FINANCIERA FONASA 2019	-23.085.542.157

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

CUADRO 2: RESULTADO CONTABLE DEL FONDO NACIONAL DE SALUD 2019

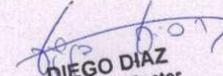
INGRESOS	
Recaudación Directa B.P.S.	53.687.503.064
Recaudación sobre Prestaciones Económicas B.P.S.	10.269.936.656
Comisiones Seguros Integrales	113.160.353
Recaudación del Gobierno Central	10.406.384.608
TOTAL INGRESOS	74.476.984.681
EGRESOS	
Cuotas de Salud Prestaciones Mutuales y ASSE	83.233.128.014
Cuotas de Salud Seguros Integrales	1.886.005.930
Cuotas de Inversión Prestadores	-4.130.743
Cuotas Fondo Nacional de Recursos	7.676.526.535
Devoluciones de aportes a contribuyentes Ley 18.731	4.770.997.103
Liquidaciones Cajas de Auxilio	0
TOTAL EGRESOS	97.562.526.839
REDONDEO	1
RESULTADO DEL EJERCICIO (INGRESOS - EGRESOS)	-23.085.542.157

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

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

Mi relación con BPS es de profesional dependiente y realizo el informe en mi calidad de Contador Público.

Montevideo, 23 de marzo de 2020


DIEGO DIAZ
Gerente de Sector
Contabilidad y Contralor



**ANEXO
PRONUNCIAMIENTO N° 20**

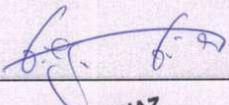
**FONDO NACIONAL DE SALUD
Ejercicio 2019**

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

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

Saldo inicial del período	\$ 0
+ Ingresos FONASA	\$ 64.070.600.073
+ Transferencias de Rentas Generales	\$ 16.299.680.000
- Egresos FONASA	\$ 79.426.030.435
- Transferencias de RR.GG imputadas como A. Financiera a BPS	\$ 944.249.639
+ Redondeo	\$ 1
Saldo final del período	\$ 0

Se expide en la ciudad de Montevideo el 23 de marzo de 2020.



DIEGO DIAZ
 Gerente de Sector
 Contabilidad y Contralor

Montevideo 23 de marzo de 2020

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

Quienes suscriben, **Heber Galli Maristán**, Presidente del Banco de Previsión Social, y **Omar Maurente**, Pro Secretario General del Banco de Previsión Social, con facultades suficientes y bajo la responsabilidad que determinan los arts. 132, 133 y 159 del T.O.C.A.F. y la Ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la República, CERTIFICAN:

- 1) Que la rendición de cuentas presentada representa integral y fielmente los ingresos y egresos del Fondo Nacional de Salud para el Ejercicio 2019.
- 2) Que al cierre del Ejercicio 2019 este fondo arrojó un déficit de **\$ 23.085.542.157**.
- 3) Que existe documentación de todas las operaciones realizadas, disponible para su revisión o consulta en cualquier momento y sobre la cual se realizaron los registros correspondientes, siguiendo criterios uniformes.

Omar Maurente
Pro Secretario General

Heber Galli Maristán
Presidente

BPS	EXPEDIENTE N°
	2020-28-1-032087
Oficina Actuante:	339 Contabilidad y Contralor - GFIN
Fecha:	23/03/2020 16:11:45
Tipo:	Elevar

Se remite la Rendición de Cuentas correspondiente al Fondo Nacional de Salud (FONASA) para el ejercicio 2019, a efectos de su comunicación a la Junta Nacional de Salud.

Archivos Adjuntos		
#	Nombre	Convertido a PDF
1	2020-28-1-032087-FONASA_comprimido.pdf	Sí
2	2020-28-1-032087-DJ RENDICION FONASA 2019.pdf	Sí

Firmante:
Diego Sebastián Díaz Espíndola

BPS	EXPEDIENTE N° 2020-28-1-032087
Oficina Actuante:	336 Gerencia Finanzas - GFIN
Fecha:	23/03/2020 17:24:50
Tipo:	Elevar

Se eleva a **SECRETARÍA GENERAL (50)** informe de Revisión Limitada (período 1/1/2019 al 31/12/2019 - Fonasa) que debe ser suscrita por Presidente y Secretario General del Organismo para su remisión a Junta Nacional de Salud.

Firmante:
Elena Romero, Cra.

Montevideo 23 de marzo de 2020

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

Quienes suscriben, **Heber Galli Maristán**, Presidente del Banco de Previsión Social, y **Omar Maurente**, Pro Secretario General del Banco de Previsión Social, con facultades suficientes y bajo la responsabilidad que determinan los arts. 132, 133 y 159 del T.O.C.A.F. y la Ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la República, CERTIFICAN:

- 1) Que la rendición de cuentas presentada representa integral y fielmente los ingresos y egresos del Fondo Nacional de Salud para el Ejercicio 2019.
- 2) Que al cierre del Ejercicio 2019 este fondo arrojó un déficit de \$ **23.085.542.157**.
- 3) Que existe documentación de todas las operaciones realizadas, disponible para su revisión o consulta en cualquier momento y sobre la cual se realizaron los registros correspondientes, siguiendo criterios uniformes.


Omar Maurente
Pro Secretario General


Heber Galli Maristán
Presidente

BPS	EXPEDIENTE N°
	2020-28-1-032087
Oficina Actuante:	50 Mesa Entrada - SGED
Fecha:	24/03/2020 11:06:53
Tipo:	Pase a conocimiento

Pase a conocimiento de Directorio.

ml

Archivos Adjuntos		
#	Nombre	Convertido a PDF
1	2020-28-1-032087-scan.pdf	Sí

Firmante:
Maira Alejandra Lamadrid Ballesteros

BPS	EXPEDIENTE N°
	2020-28-1-032087
Oficina Actuante:	46 Actas y Resoluciones - SGED
Fecha:	26/03/2020 17:03:09
Tipo:	Comunicar

Habiendo tomado conocimiento el Directorio en sesión N° 9, de fecha 26.03.2020, con el repartido N° 547, pase a Mesa de Entrada para su remisión a la Junta Nacional de Salud.

Firmante:
Carlos Sebastian Pereyra Muñoz

BPS	EXPEDIENTE N°
	2020-28-1-032087
Oficina Actuante:	50 Mesa Entrada - SGED
Fecha:	27/03/2020 12:03:44
Tipo:	Comunicar

Remítase a la **Junta Nacional de Salud**.

ml

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

Firmante:
Maira Alejandra Lamadrid Ballesteros