

Junta Nacional de Salud



Ministerio
de Salud Pública

Junta Nacional de Salud

Rendición de Cuentas

Ejercicio 2020

Junta Nacional de Salud - Rendición de Cuentas 2020

Capítulo I.- Líneas de acción desarrolladas

La gestión de la Junta Nacional de Salud en el año 2020 estuvo pautada por dos hechos destacados: el cambio de autoridades del órgano y la irrupción de la pandemia Covid-19, que modificó totalmente el escenario de la vida nacional y motivó una respuesta del Gobierno Nacional en la cual el Ministerio de Salud Pública y la Dirección de la Junta Nacional de Salud tuvieron un rol protagónico.

En efecto, el día 13 de marzo el Poder Ejecutivo declaró el estado de Emergencia Sanitaria Nacional como consecuencia de la pandemia por Covid-19, por medio del Decreto No. 93. En este contexto, a los dos días de la declaración de la emergencia, el día 15 de marzo de 2020, la Dirección General de la Junta Nacional de Salud habilitó medidas extraordinarias y transitorias destinadas a orientar el accionar de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, focalizando sus actividades y recursos asistenciales a la respuesta ante la pandemia. Dichas medidas iniciales dispuestas se encuentran incluidas en la Resolución JUNASA Nº 2.

Sin perjuicio de las nuevas funciones impuestas por la emergencia sanitaria, la Junta Nacional de Salud se abocó a varias líneas de acción trascendentes:

- a) Adecuación de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud.
- b) Evaluación y monitoreo de gestión de los prestadores de salud
- c) Nuevo régimen de afiliaciones del Seguro Nacional de Salud

a)- Adecuación de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

Al inicio del período los delegados del Poder Ejecutivo y el Banco de Previsión Social iniciaron actividades preparatorias, en el marco de las cuales se acordaron nuevos criterios para la designación de integrantes de prestadores, trabajadores y usuarios de la Junta Nacional de Salud.

Se promovió la generación de acuerdos que aseguraran la mayor representatividad de los trabajadores y los prestadores. En dicho marco se logró que los trabajadores designaran de común acuerdo representantes de los funcionarios y de los médicos, comprometiendo la comunicación entre todas las organizaciones gremiales: FUS, SMU, SAQ y FEMI. El delegado de FUS ocupa el cargo de titular y el del SMU el cargo de alterno.

A nivel de prestadores de salud, se promovió un acuerdo de representatividad global que derivó en la constitución de la Coordinadora de IAMC, organización de 3º nivel que integra a la CIES (Cámara de Instituciones y Empresas de Salud), UMU (Unión de la Mutualidad del Uruguay), Plenario IAMC,

FEPREMI (Federación de prestadores médicos del interior) y MUCAM. Este nuevo órgano designó representantes comunes ante la JUNASA que se alternan semestralmente.

Respecto a los usuarios, y ante la inexistencia de organizaciones con genuina representatividad, se definió un mecanismo para la designación del representante de los usuarios en la JUNASA a través de un mecanismo de elección de segundo grado entre los representantes de los usuarios en las Comisiones Honorarias Departamentales de Salud, previstas en la Ley 18.211.

A efectos de promover una adecuada participación constructiva de los usuarios a nivel local, se rediseñó la estructura de dichas Comisiones Honorarias, reduciendo el número de integrantes y promoviendo al Director Departamental de Salud como coordinador de las mismas, previendo su implementación durante el año 2021.

Respecto al principal prestador público del país, ASSE, la Junta Nacional de Salud dispuso convocar la participación de un delegado con voz en el órgano, asegurando una comunicación fluida con los prestadores privados.

En el año 2020 el Ministerio de Salud Pública propició el cambio de denominación de la Dirección General de la Junta Nacional de Salud. Desde hace varios años el Director General de la Junta, Director General del Ministerio de Salud Pública, ejerce la Presidencia de la Junta Nacional de Salud, órgano colegiado con participación de delegados del Ministerio de Economía y Finanzas, el Banco de Previsión Social, trabajadores, prestadores y usuarios. Dada la denominación homónima de la Dirección General y el órgano, se han generado interpretaciones equívocas de resoluciones de la Dirección atribuidas al órgano y viceversa, generando confusión para los actores del sistema de salud, no estando bien definidos los roles de ambas instancias.

A efectos de corregir la situación descrita, el Ministerio de Salud Pública propuso y obtuvo en el marco de la Ley de Presupuesto Nacional, la aprobación parlamentaria del cambio de denominación de la Dirección General de la Junta Nacional de Salud, que a partir de enero de 2021 pasó a denominarse Dirección General del Sistema Nacional de Salud.

b).- Evaluación y monitoreo de gestión de los prestadores de salud

La Dirección General de la Junta Nacional de Salud estableció como uno de sus objetivos prioritarios profundizar el conocimiento de la gestión de los prestadores que integran el Sistema Nacional de Salud. Con tal objetivo se procedió a la creación de una nueva área funcional, la Unidad de Monitoreo de Gestión de Prestadores de salud, que integra los aportes de técnicos de la Dirección con consultores especializados altamente calificados en auditoría y gestión.

La unidad desarrolló pautas metodológicas para elaborar diagnósticos de autoevaluación por parte de la totalidad de las IAMC de Montevideo y el interior. Asimismo, promovió la realización de

Diagnósticos Departamentales de Salud, como insumo de trabajo técnico para los Consejos Honorarios Departamentales de Salud que permiten ubicar en contexto geográfico y demográfico la realidad de cada institución de salud..

La realización de las autoevaluaciones institucionales promovió en los prestadores del Sistema Nacional de Salud instancias de revisión de la gestión y reflexiones en cuanto al futuro desarrollo institucional.

Las referidas autoevaluaciones fueron analizadas sistemáticamente por la Unidad de Monitoreo, que realizó una devolución técnica a cada prestador, que sirvió de base para instancias de diálogo individualizado. El proceso fue evaluado en forma muy positiva por las instituciones de salud, ya que no existen antecedentes de este trato personalizado, institución por institución, que permite contemplar las particularidades propias de cada una.

Como conclusión de este proceso, se constató la existencia de realidades diferentes, identificando:

- una institución en situación crítica,
- tres instituciones con importante endeudamiento que accedieron al Fondo de Garantía IAMCs (menos del 10% de las instituciones, que nuclean el 25% del total de usuarios del FONASA)
- otro grupo de instituciones con problemas de endeudamiento que podrían afectar su desarrollo futuro,
- un grupo mayoritario de instituciones (2/3 del total) en situación de desarrollo autosustentable y con resultados satisfactorios.

La Unidad promovió estrategias diferentes para los distintos grupos. Para la institución en situación crítica, se avanzó en promover su intervención. Con relación al segundo grupo, se recomendó al Ministerio de Salud Pública la designación de veedores, a fin asegurar el cumplimiento de los compromisos asumidos e informar a dicho organismo, sobre eventuales desvíos en la ejecución de sus planes de reestructuración acordados.-

Para el tercer grupo de instituciones en las que se identificaron áreas problemáticas, se promovió la generación de planes de desarrollo institucional tendientes a su superación.

c) Nuevo régimen de afiliaciones del Seguro Nacional de Salud

Uno de los objetivos definidos por el Ministerio de Salud Pública y compartido por la Junta Nacional de Salud fue el restablecimiento de la mayor libertad de opción de los usuarios del sistema de salud para la elección de su prestador.

El mecanismo pre-existente de apertura de la movilidad regulada un mes al año se consideró ineficiente, favorecedor de campañas publicitarias de alto costo e incapaz de evitar los procedimientos de intermediación lucrativa.

Con el objetivo de evaluar soluciones alternativas e identificar un mecanismo innovador y más eficiente, se promovió una discusión técnica profunda en el ámbito de la Junta Nacional de Salud, designándose una comisión especial con participación de las instituciones de salud, siendo presidida por el representante del Banco de Previsión Social en la Junta.

En el ámbito de dicha comisión se analizaron diferentes propuestas y se arribó a un importante acuerdo sobre un conjunto de disposiciones que permiten compatibilizar una permanencia razonable en el prestador de salud que favorezca una relación médico-paciente e institucional estable, con la libertad de elección del usuario que puede optar por cambiar de prestador ante su insatisfacción con el actual, o percepción de acceso a mejores servicios en otra institución.

En base a dichos acuerdos, se elaboró y logró la aprobación del Decreto No. 344 de 21 de diciembre de 2020 que establece un nuevo régimen de afiliaciones al Seguro Nacional de Salud. El nuevo régimen constituye un conjunto ordenado, sistemático y que contempla las distintas situaciones que se generan en el relacionamiento del usuario con el Sistema de Salud.

El sistema prioriza la elección que en cualquier momento haya realizado el usuario, habilita cambios luego de una permanencia mínima de 2 años y elimina las asignaciones de oficio a ASSE que generaban una importante insatisfacción.

Otra línea de acción desarrollada en 2020 es el análisis y diseño del Sistema de Información en Salud, concebido como una plataforma interoperable con acceso a las numerosas fuentes de datos disponibles en la Junta Nacional de Salud y el resto del Ministerio de Salud Pública.

Durante el año 2020 se avanzó en la actualización de un relevamiento diagnóstico previo realizado en 2018, así como en el diseño de una plataforma informática accesible y que contemple los requerimientos de los usuarios institucionales, con capacidad de generar retroalimentación con los prestadores de salud, proveedores principales de la información.

1.1- Acciones relacionadas con la respuesta a la pandemia

Si bien no involucran directamente a la Junta Nacional de Salud, cabe consignar que en el marco de la respuesta a la pandemia COVID 19, la Dirección General de la JUNASA debió asumir un conjunto de actividades extraordinarias, que pueden resumirse en 6 líneas de acción:

- -generación de marco normativo para el desarrollo de la telemedicina y la reprogramación de actividades asistenciales
- -generación de mecanismos de adquisición y asignación de equipamiento de CTI a los prestadores de salud
- -generación de normas y reglamentaciones para la cobertura de test diagnósticos COVID-19

- -diseño y gestión de mecanismos de contralor para validación de los test COVID-19
- -procura de recursos de cooperación internacional para el financiamiento del Fondo Coronavirus y la adquisición de equipamiento para CTI
- –monitoreo del desempeño de los prestadores de salud en la implementación de las acciones asistenciales de respuesta a la pandemia.

1.2 Acciones en materia Normativa

Durante el año 2020, caracterizado por el estado de emergencia sanitaria nacional, la Junta Nacional de Salud y la Dirección General tuvieron activa participación en la elaboración de diversas normas, destacándose en particular las siguientes:

- **Decreto No. 118 de 16 de abril de 2020** .Incorpora a los Programas Integrales de Salud y al Catálogo de Prestaciones definidos por el Ministerio de Salud Pública, el procedimiento diagnóstico por PCR-RT de SARS CoV2 (COVID- 19).
- **Decreto No. 146 de 27 de mayo de 2020**.Fija una tasa moderadora aplicable a usuarios que requieran ser inmunizados a domicilio con la vacuna antigripal 2020.
- **Decreto No. 187 de 6 de julio de 2020**.Establece el valor de los copagos que las instituciones de asistencia médica colectiva percibirán por cada tratamiento de inseminación artificial.
- **Decreto No. 217 de 4 de agosto de 2020**.Extiende en forma extraordinaria el amparo del Seguro Nacional de Salud a todos aquellos trabajadores cesados en la actividad que les generaba el derecho a dicha cobertura -salvo despido por notoria mala conducta- o que hayan llegado al término de los beneficios del subsidio por desempleo entre el 1o de agosto de 2020 y el 31 de octubre de 2020, el que cesará si el beneficiario obtiene el mismo amparo por sí o a través de otro generante, atribuyendo el mismo derecho a las personas a su cargo. Esta norma, como se establece en su contenido, brinda respuesta a la solicitud formulada en el mismo sentido por la Junta Nacional de Salud por resolución No. 200 de 20 de julio de 2020.
- **Decreto No. 315 de 1º de diciembre de 2020**. Reglamenta el artículo 27 de la Ley 18.211, relativa a la integración de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales .
- **Decreto No. 344 de 21 de diciembre de 2020**.Reglamenta el derecho de los usuarios del Seguro Nacional de Salud a cambiar de prestador de salud.

Capítulo II.- Beneficiarios del Seguro Nacional de Salud

II.1 Evolución

A partir del mes de **marzo de 2020** se visualiza un descenso en la cantidad de cápitas cubiertas por el Seguro Nacional de Salud, en abril la cobertura cayó en casi 13.000 beneficiarios respecto al mes anterior. Este comportamiento se repitió en los meses subsiguientes, con descensos intermensuales relativamente similares. En agosto de 2020 la cobertura alcanzó su mínimo valor (2.447.871 beneficiarios), representando una disminución de 3,4% respecto la correspondiente a marzo de 2020.

A partir del mes de agosto, debido al restablecimiento de algunas actividades y a la aplicación de políticas de mantenimiento de la cobertura, la cantidad de afiliados al SNS se recuperó hasta alcanzar el nivel descrito al comienzo de este apartado. En síntesis, entre diciembre y marzo se registró una disminución de la cobertura de 30.546, magnitud que si bien está causada por diversos factores y afectada por políticas específicas desarrolladas en el marco de la pandemia, dan un indicio del impacto que esta tuvo sobre la cobertura poblacional del Seguro a través de sus efectos sobre el mercado de trabajo.

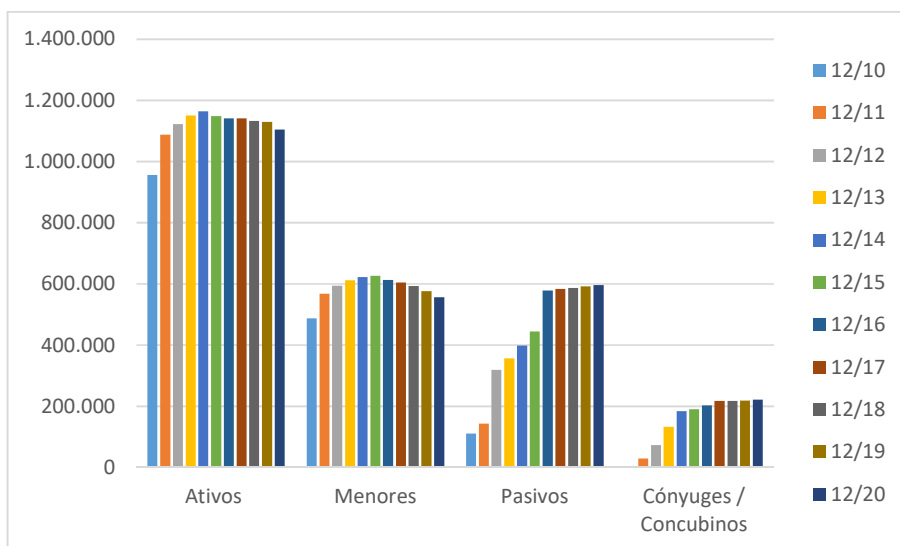
En el mes de **diciembre de 2020**, el 70,2% de la población¹ del país se encuentra cubierta por el Seguro Nacional de Salud, lo que corresponde a 2.477.425 usuarios. La cobertura financiada a través del FONASA decayó levemente, en un 1,6% respecto al mismo mes del año anterior.

El descenso de la cobertura a través del Seguro Nacional de Salud se observa por cuarto año consecutivo, si se toma el año 2017 como referencia, año con más beneficiarios desde la creación del SNS, la caída total representa un 2,7%. No obstante, es necesario destacar que la caída registrada en el último año es más intensa que la verificada en los años previos. En efecto, en 2018 el descenso había sido de 0,6% y en 2019 de 0,5%, lo que implica que en 2020 la tasa de variación negativa prácticamente triplica la de los años anteriores.

La razón de este fenómeno hay que buscarla en los efectos que la emergencia sanitaria generó sobre la dinámica del mercado de trabajo en el último año, si bien ya en años anteriores se observaba una tendencia moderada al descenso de la cobertura, en parte también explicada por la dinámica del mercado de trabajo.

¹ Población estimada y proyectada por año al 30/06/2020: 3.530.912, INE.

Gráfico 1 - Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación



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

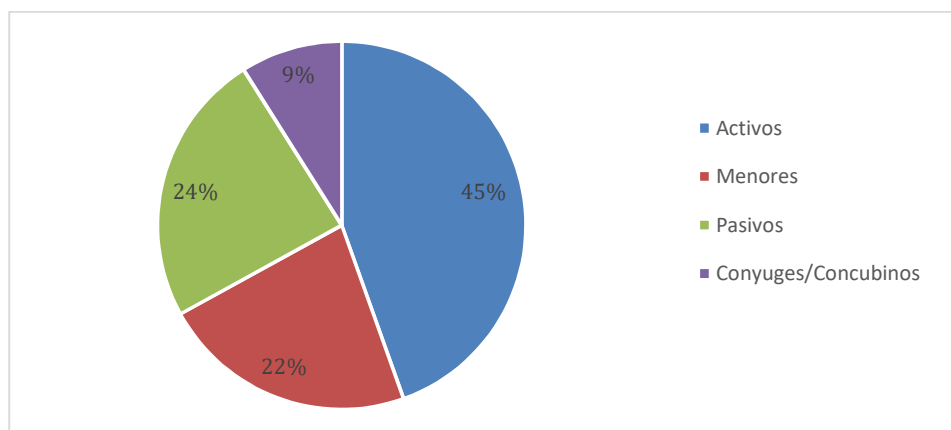
Al analizar la evolución de la cobertura por tipo de afiliación se observa que el descenso está explicado, al igual que en años anteriores, por la **caída de los activos y de los menores**. En efecto, los primeros se reducen en 2,3% y los segundos en 3,5% respecto al año previo.

Estos comportamientos se vieron exacerbados por los impactos comentados en el párrafo previo, dado que son estos colectivos los más afectados por la pérdida de dinamismo en el mercado laboral. De todas formas, la evolución de la cobertura de los menores requiere algunos comentarios adicionales. Tal como se observa en el Gráfico 1, dicha cobertura se ha estado reduciendo desde 2015, incluso en aquellos años en que el total de la población asegurada se ha incrementado. Existen indicios que hacen pensar que esta dinámica se vincula a factores demográficos. En efecto, de acuerdo a las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística, la cohorte que va de 0 a 18 años se está reduciendo a un ritmo anual del entorno de 0,8% lo que hace pensar que la caída observada se debe, en parte, a los vaivenes sufridos por los colectivos generantes de la cobertura (especialmente los Activos), pero también en parte por cambios en la estructura etaria de la población.

Finalmente, los pasivos y cónyuges, por su parte, presentan incrementos de 0,6% y 1,3% respectivamente.

No obstante, los cambios descritos en el párrafo previo no son lo suficientemente significativos como para generar cambios relevantes en la participación relativa de cada colectivo en el total, tal como se aprecia en Gráfico 2.

Gráfico 2 – Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2020



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

En el cuadro 1 se presenta la evolución de los usuarios del seguro por edad y sexo.

En cuanto a la distribución de la cobertura por sexo, el escenario se mantiene incambiado, siendo las mujeres un 52,8% de la población.

Cuadro 1- Beneficiarios del SNS según sexo y edad

	dic-07	dic-08	dic-11	dic-17	dic-19	dic-20	
SEXO MASCULINO	< 1	0	11.471	14.14	14.956	12.704	11.622
	1 a 4	0	47.821	61.673	66.885	61.586	56.616
	5 a 14	17	126.565	165.409	179.261	173.200	169.951
	15 a 19	14.225	50.478	69.678	68.138	65.214	62.312
	20 a 44	266.76	306.882	384.643	406.391	398.548	386.799
	45 a 64	125.395	162.974	216.831	280.923	285.660	286.324
	65 a 74	19.281	27.110	43.849	105.113	107.146	109.217
	> 74	7.956	11.273	18.404	82.598	84.424	86.212
	Total	433.634	744.573	974.627	1.204.265	1.188.482	1.169.053
SEXO FEMENINO	< 1	0	10.746	13.777	13.95	11.888	11.124
	1 a 4	0	45.751	58.779	63.471	58.091	53.351
	5 a 14	2	121.17	158.101	170.956	164.681	161.669
	15 a 19	6.968	42.643	60.398	63.682	61.093	58.065
	20 a 44	181.726	235.639	338.499	427.7	422.522	408.648
	45 a 64	94.975	137.059	193.814	317.978	323.264	324.430
	65 a 74	20	26.330	43.694	133.799	135.976	137.470
	> 74	11.517	13.833	22.412	149.664	151.680	153.615
	Total	315.188	633.170	889.474	1.341.200	1.329.195	1.308.372
TOTAL	748.821	1.377.743	1.864.101	2.545.465	2.517.677	2.477.425	

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

La estructura de la población por edad se mantiene a diciembre de 2020 muy similar a la de diciembre de 2019. En este sentido, el tramo etario de 20 a 44 continúa siendo el más numeroso, representando el 32,1% del total. Le sigue en volumen el tramo de edad de 45 a 64, que asciende al 24,7% de la población cubierta.

Asimismo, se aprecia una pequeña disminución de la participación de los menores de 5 años como contrapartida del leve incremento de las personas con 65 años o más. Así, el escenario observado parece consolidar las tendencias descriptas en años anteriores.

El cuadro 2 presenta información acerca de la evolución de los beneficiarios del seguro por institución y región. Para el análisis se toma la evolución de los últimos cinco años, así como también algunos años importantes, tales como la creación del seguro, el ingreso de menores, de cónyuges y de pasivos.

En cuanto a la distribución de beneficiarios por tipo de prestador, a diciembre 2020 no se registran grandes cambios respecto a los años recientes:

- el subsector mutual cubre al 78% de la población,
- un 19% elige al prestador público, ASSE y
- casi un 3% corresponde a beneficiarios que eligen un seguro privado.

Se observa una variación negativa de la cobertura brindada a través de las IAMC, que cae un 0,5% respecto al año anterior. Este descenso se explica por lo que sucede con el subsector mutual en Montevideo, que presenta una caída del 1,1%, mientras que las mutualistas del interior presentan variación positiva en 0,4%.

Los seguros privados por su parte, también permanecen casi incambiables, con un pequeño incremento: 0,4%. Esta variación es bastante menor a la tendencia observada en años anteriores.

Mientras tanto, ASSE presenta una caída importante, que asciende al 6,1%. Esta situación rompe con la tendencia al alza observada desde diciembre de 2016.

Dentro de las IAMC de Montevideo, solo la Asociación Española y CUDAM muestran variaciones positivas respecto al año anterior: 3,5% y 1,6% respectivamente. El Círculo Católico muestra una situación de equilibrio (aumenta un 0,02%) mientras el resto de las mutualistas de la capital presentan reducciones en la población cubierta, siendo las más importantes las registradas en GREMCA con una caída del 11,7%, COSEM con una caída de 4,5% y Casa de Galicia con 4,3%. El resto de las instituciones la caída de la cobertura es menor al 3%.

La situación observada para el sector mutual en el interior es algo más diversa pero en el conjunto, las variaciones se compensan. Dentro de las instituciones que presentan caídas en la población cubierta a través del Seguro se destaca COMETT con -35,6%. COMERI y CAMS tienen caídas de 3,4% y 2,3%, respectivamente. En las instituciones con incremento de beneficiarios se destacan CRAME y

COMEFLO: 4,2% y 3,4% respectivamente. El resto de las instituciones varían entre pérdidas de 1,2% (CAMDEL) y ganancias de 1,2% (COMTA). Si bien la situación de los seguros privados es similar a la de diciembre 2019, se observan situaciones dispares cuando se analiza el sector por institución, apreciándose una reducción de la cobertura de COPAMHI en un 8,6%, del HOSPITAL BRITANICO en un 1,1% y del SEGURO AMERICANO con un descenso del 0,7%. Por otro lado, MP presenta un incremento de beneficiarios en un 2,5%, SUMMUM crece 1,1% y BLUECROSS 1%.

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

IAMC – Montevideo	dic-07	dic-08	dic-11	dic-17	dic-19	dic-20
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	124.655	165.981	161.974	167.604
ASOC. EVANGELICA	20.676	33.284	42.927	57.749	56.501	54.977
CASA DE GALICIA	26.218	38.051	43.575	43.361	40.964	39.209
CASMU	73.595	119.173	131.672	175.389	166.697	162.037
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	63.033	86.309	84.651	84.667
CUDAM	29.339	40.971	44.642	84.108	86.616	87.980
COSEM	12.458	24.867	47.575	52.834	52.199	49.834
GREMCA	16.113	31.193	32.184	34.247	32.079	28.341
IMPASA	10.706	17.327	-	-	-	-
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.74	235.227	301.683	298.431	296.446
SMI	28.573	57.462	100.63	122.511	118.521	115.708
UNIVERSAL	22.050	38.097	54.657	57.276	59.142	58.360
Sub total	413.707	704.336	920.777	1.181.448	1.157.775	1.145.163
IAMC – Interior						
AMECOM – MALDONADO	31.160	51.177	62.670	71.077	70.265	70.039
AMEDRIN- RIO NEGRO	5.097	7.487	7.669	8.700	8.499	8.582
AMSJ - SAN JOSE	17.250	30.221	37.650	44.961	44.511	44.632
CAAMEC – ROSARIO	12.445	21.549	25.776	42.094	41.170	41.037
CAAMEPA – PANDO	12.474	22.295	27.309	32.511	31.792	31.601
CAMCEL – CERRO LARGO	10.081	20.824	26.364	39.399	38.663	38.665
CAMDEL – MINAS	11.656	20.713	23.297	26.959	26.294	25.984
CAMEDUR – DURAZNO	8.861	17.608	22.868	29.369	29.020	29.537
CAMOC – CARMELO	8.411	13.865	16.473	19.460	18.950	19.056
CAMS – SORIANO	16.201	30.351	38.104	41.282	39.617	38.718
CAMY – YOUNG	4.525	6.838	6.891	7.477	7.329	7.320
CASMER – RIVERA	9.159	17.590	23.718	31.994	31.843	32.107
COMEFLO – FLORES	4.992	8.481	10.026	11.523	11.343	11.728
COMECA – CANELONES	15.727	29.192	36.607	44.967	44.210	44.555
COMECEL – MELO	2.661	6.052	7.990	-	0	0
COMEF – FLORIDA	12.515	21.862	25.244	28.450	27.466	27.311
COMEPA – PAYSANDU	22.802	38.848	46.609	57.646	56.710	57.706
COMERI – RIVERA	7.305	14.444	17.891	21.068	20.405	19.715
COMERO – ROCHA	12.518	22.508	28.381	36.696	36.504	36.164
COMETT – TREINTA Y TRES	448	998	1.162	1.860	1.863	1.199
COMTA – TACUAREMBÓ	15.023	27.534	30.523	32.242	31.147	31.526
CRAME – MALDONADO	13.267	23.071	30.761	38.981	39.509	41.149

CRAMI - LAS PIEDRAS	11.955	23.864	29.650	33.740	32.838	33.159
GREMEDA – ARTIGAS	9.157	17.514	18.316	21.329	21.039	21.236
IAC - TREINTA Y TRES	8.477	15.306	17.705	17.377	16.765	16.922
ORAMECO – COLONIA	4.622	7.959	8.839	-	-	-
SMQ. SALTO	19.887	35.035	44.438	56.897	55.895	56.750
UMER. – CARDONA	1.389	2.305	2.190	-	-	-
Sub total	310.066	555.491	675.121	798.059	783.647	786.398
Seguros Privados						
HOSPITAL BRITÁNICO		7.464	18.326	23.569	23.860	23.608
BLUECROSS & BLUESHIELD		2.543	5.230	8.818	11.596	11.711
MP		8.424	14.533	18.363	17.984	18.429
SUMMUM		3.680	6.552	9.922	10.356	10.470
COPAMHI		326	561	805	778	711
SEGURO AMERICANO		2.015	3.714	7.339	7.530	7.474
PRIMÉDICA		-	8	-	-	-
Sub total		24.452	48.924	68.816	72.104	72.403
ASSE						
ASSE	25.047	93.462	219.279	497.142	504.151	473.461
TOTAL	748.820	1.377.741	1.864.101	2.545.465	2.517.677	2.477.425

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

II.2 Movilidad Regulada

En los años 2018 y 2019, por decisión del Poder Ejecutivo dispuesta en el Decreto 390/0172 se suspendió la posibilidad de cambio de prestador de salud, vigente según el Decreto 3/0113, que regulaba el cambio de institución.

Al inicio del año 2020 se reabrió el período de movilidad regulada, luego de dos años de suspensión, para aquellos beneficiarios del seguro nacional de salud que cumplieran con los requisitos de antigüedad previstos. De este modo, en el mes de febrero de 2020 aquellos usuarios del Seguro Nacional de Salud que al 31 de enero contaban con tres años o más de afiliación a una misma institución, pudieron cambiarse a otro prestador de salud. Además, pudieron cambiar de institución las personas que habían sido afiliadas de oficio a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) por no haber elegido prestador de salud cuando tuvieron la oportunidad de hacerlo⁴.

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

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

⁴ Existen otros causales de cambio de prestador que requieren tramitación ante el Banco de Previsión Social y aprobación por parte de la Junta Nacional de Salud a lo largo de todo el año. Estos incluyen el cambio de domicilio del beneficiario, dificultades de acceso geográfico, insatisfacción o pérdida de confianza en el prestador de servicios de salud o dificultades económicas para el acceso a las prestaciones de salud, que

Adicionalmente pudieron cambiar de prestador los pasivos incorporados por la ley N° 18.731 (numeral 1 y 2)⁵ con antigüedad mayor o igual a 5 años en el mismo prestador.

A la apertura del período de movilidad regulada se encontraban habilitadas a cambiar de prestador, 1.901.798 personas, lo que representa el 73,3% de la población total cubierta por el Seguro Nacional de Salud, que ascendía a 2.593.819 personas en el mes de enero.

El número de movimientos registrados en el período fue de 82.717 cambios, aumentando significativamente respecto a los registros de los años 2016 (63.130) y 2017 (54.921). En años previos el porcentaje de cambios se había venido reduciendo hasta estabilizarse en torno al 4,1%, para descender al 3,9% en 2016 y 3,4% en 2017. En febrero de 2020 la cifra volvió a ascender a 4,4%, lo que puede atribuirse al período prolongado de no apertura de la movilidad de 3 años.

Cuadro 3 Evolución del número de habilitados a cambiar y cantidad de movimientos. Período 2009-2020

Período	Habilitados	Movimientos	Movimientos/habilitados
feb-09	272.691	20.213	7,4%
feb-10	338.814	22.504	6,6%
feb-11	839.073	53.651	6,4%
feb-12	1.063.632	49.367	4,6%
feb-13	1.194.048	52.134	4,4%
feb-14	1.350.473	55.364	4,1%
feb-15	1.526.872	62.032	4,1%
feb-16	1.606.482	63.130	3,9%
feb-17	1.621.581	54.921	3,4%
feb-20	1.901.798	82.717	4,4%

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

En el cuadro 4 pueden observarse los cambios registrados por institución.

Como ha sucedido en otros períodos de movilidad regulada, ASSE presenta un saldo neto negativo respecto a sus habilitados a cambiar de 6,49% con 4.618 altas y 27.631 bajas.

Entre los prestadores privados de Montevideo que presentaron saldos netos positivos en febrero de 2020 se encuentra la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA con un saldo neto de 7.777 cambios lo que representa un 5,83% respecto a sus habilitados a cambiar, mientras COSEM y MUCAM muestran saldos netos respecto a habilitados a cambiar de 2,29% y 2,15% respectivamente.

permite cambiar desde un prestador privado hacia ASSE en cualquier momento del año. De acuerdo con el Decreto 390/017, las solicitudes de cambio de institución deben ser acompañadas por una declaración jurada del usuario que manifieste que su elección fue realizada de forma libre e informada, sin recibir ningún beneficio económico indebido para el cambio. Del mismo modo, también está habilitada la movilidad desde y hacia los Seguros Privados.

⁵Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18731-2011/3>

GREMCA es la que presenta mayor saldo negativo, con un saldo negativo de 10%. En el entorno del 2% de pérdida se encuentra CUDAM con un saldo negativo de 2,08%, CASA DE GALICIA con 1,86% negativo.

En el interior del país, CRAME presenta en febrero de 2020 un incremento neto de 6,93% respecto a sus habilitados a cambiar, seguida por COMEFLO con 4,72%. Le siguen en importancia CRAMI, IAC y CASMER, con 3,64%, 3,46% y 3,32% respectivamente.

Dentro de las instituciones del interior del país con pérdida de afiliados en febrero de 2020 se destaca COMETT que pierde un 30,35% de su padrón. En niveles cercanos al equilibrio se encuentran COMERI y CAMS con saldos netos negativos de 1,52% y 0,48% respectivamente.

Cuadro 4- Cambios por institución apertura febrero 2020

INSTITUCIÓN	Afiliados FONASA enero 2020	Habilitados	Entradas	Salidas	Neto	Neto/ FONASA (%)	Neto/ habilitados (%)	Salidas/ habilitados (%)
AMEU	56.165	46.302	1.981	2.509	(528)	-0,94	-1,14	5,42
ASOCIACION ESPAÑOLA	160.877	133.360	10.750	2.973	7.777	4,83	5,83	2,23
CASA DE GALICIA	40.688	34.547	1.772	2.413	(641)	-1,58	-1,86	6,98
CASMU	165.517	139.324	5.197	5.833	(636)	-0,38	-0,46	4,19
CIRCULO CATOLICO	84.089	64.474	4.803	4.261	542	0,64	0,84	6,61
COSEM	86.153	66.248	3.965	2.451	1.514	1,76	2,29	3,70
CUDAM	51.773	33.927	3.618	4.322	(704)	-1,36	-2,08	12,74
GREMCA	31.844	25.406	1.211	3.748	(2.537)	-7,97	-9,99	14,75
MUCAM	296.724	235.816	14.072	9.006	5.066	1,71	2,15	3,82
SMI	117.777	93.831	5.321	5.077	244	0,21	0,26	5,41
SOCIEDAD UNIVERSAL	58.720	41.660	3.256	2.929	327	0,56	0,78	7,03
Sub total IAMC Montevideo	1.150.327	914.895	55.946	45.522	10.424			
A MEDICA SAN JOSE	44.252	36.979	1.227	588	639	1,44	1,73	1,59
A. MEDICA MALDONADO	69.323	55.390	1.630	1.136	494	0,71	0,89	2,05
AMEDRIN	8.446	6.941	225	97	128	1,52	1,84	1,40
CAAMEPA	31.599	26.168	1.072	760	312	0,99	1,19	2,90
CAM	55.542	44.620	1.475	274	1.201	2,16	2,69	0,61
CAMCEL	38.447	30.398	799	199	600	1,56	1,97	0,65
CAMDEL	26.134	21.636	443	329	114	0,44	0,53	1,52
CAMEC	40.910	34.134	899	451	448	1,10	1,31	1,32
CAMEDUR	28.823	23.042	695	176	519	1,80	2,25	0,76
CAMOC	18.854	16.157	558	171	387	2,05	2,40	1,06
CAMS	39.330	32.934	404	561	(157)	-0,40	-0,48	1,70
CAMY	7.283	6.058	304	149	155	2,13	2,56	2,46
CASMER	31.640	24.269	1.026	220	806	2,55	3,32	0,91
CO.ME.RO.	36.142	28.019	745	257	488	1,35	1,74	0,92
COMECA	43.949	37.044	1.260	542	718	1,63	1,94	1,46
COMEF	27.272	23.154	418	370	48	0,18	0,21	1,60
COMEFLO	11.272	9.467	534	87	447	3,97	4,72	0,92
COMEPA	56.366	46.372	1.610	240	1.370	2,43	2,95	0,52
COMERI	20.303	15.901	380	621	(241)	-1,19	-1,52	3,91
COMETT	1.839	1.117	-	339	(339)	-18,43	-30,35	30,35
COMTA	30.939	25.842	741	222	519	1,68	2,01	0,86
CRAME	38.911	29.007	2.447	437	2.010	5,17	6,93	1,51

CRAMI	32.656	26.858	1.935	957	978	2,99	3,64	3,56
GREMEDA	20.904	16.776	616	156	460	2,20	2,74	0,93
IAC	16.655	14.002	710	225	485	2,91	3,46	1,61
Sub total IAMC Interior	777.791	632.285	22.153	9.564	12.589			
A.S.S.E.	500.376	354.618	4.618	27.631	(23.013)	-4,60	-6,49	7,79
TOTAL	2.428.494	1.901.798	82.717	82.717	-			

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

El comportamiento de los movimientos entre las distintas instituciones en febrero de 2020 es similar al observado en el año 2017, aunque algo más pronunciado. Así, se aprecia que el 61% de los movimientos se produce entre instituciones privadas, ya sea de Montevideo o el interior.

El 45% de los cambios se realizan entre instituciones con sede principal en Montevideo. Además, en un 12 % de los movimientos participa una IAMC del interior y una de Montevideo. Los movimientos entre instituciones del interior ascienden al 4% del total.

Cuadro 5- Matriz de movimientos entre instituciones

Origen		Destino			
		IAMC Montevideo	IAMC Interior	ASSE	Total
IAMC Montevideo		37.396	5.121	3.005	45.522
IAMC Interior		4.457	3.494	1.613	9.564
ASSE		14.093	13.538	X	27.631
Total		55.946	22.153	4.618	82.717

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

El destino de las personas que optan por cambiarse de ASSE se distribuye de forma bastante similar entre mutualistas del interior y de la capital.

En forma complementaria a la movilidad regulada del mes de febrero, a lo largo del año los usuarios tramitan ante el Banco de Previsión Social solicitudes de cambio de prestador que son autorizados por la Junta Nacional de Salud por otras causales en que el usuario acredita:

- cambio de domicilio,
- dificultades para la accesibilidad geográfica o económica,
- disconformidad con la asistencia recibida.

Durante el año 2020 se concedieron 7594 por motivos de accesibilidad geográfica. Adicionalmente, se concedieron 1155 cambios de prestador sobre 1588 solicitudes recibidas por motivos asistenciales (59%) u otros motivos debidamente justificados, tales como dificultades de acceso (23%), económicos (3,3%), continuidad de la asistencia (2,8%), oficio ASSE (2,5%), afiliaciones irregulares (1,3%), cambio de domicilio (0,3%), ruptura del vínculo (0,1%).

Capítulo III –Ingresos y egresos del FONASA

III.1 Estado de resultados del ejercicio 2020

El conjunto de pagos realizados por el Fondo Nacional de Salud durante el año 2020 a los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud incluye distintos conceptos:

- cuotas salud (cápitales y metas),
- sustitutivos de tickets,
- sobrecuota de inversión y
- cuotas del Fondo Nacional de Recursos

Los egresos del FONASA, incluyendo además los reintegros de aportes, ascendieron a la suma de \$ **104.769.334.523**

Los aportes personales y patronales recaudados, correspondientes a los generantes activos y pasivos del sistema, incluyendo otros ingresos como la comisiones de los seguros integrales ascendieron a la suma de \$ **78.217.040.041**.

La transferencia complementaria de Rentas Generales en el año 2020 se sitúa en \$ **26.552.294.482**, implicando alrededor del 25% de los egresos totales del FONASA.

Cuadro 6 - Resultado FONASA 2020 sin considerar la asistencia de CGN

INGRESOS	
Recaudación BPS	54.366.608.872
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	11.083.451.087
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	1.460.200.873
Aportes Del Gobierno Central (CGN)	11.180.504.446
TOTAL INGRESOS POR RECAUDACIÓN	78.090.765.278
Comisiones Seguros Integrales	124.067.240
Otros Ingresos	2.207.523
TOTAL OTROS INGRESOS	126.274.763
TRANSFERENCIA DE RENTAS GENERALES	26.552.294.482
TOTAL DE INGRESOS	104.769.334.523
EGRESOS	
Liquidaciones Mutualistas	69.953.544.514
Sobrecuota de Inversión	-109.543
Liquidaciones ASSE	18.779.469.523
Liquidaciones Seguros Integrales	2.067.787.258
Liquidaciones Fondo Nacional de Recursos	8.689.104.571
Liquidaciones Cajas de Auxilio	0
Reintegro de Aportes	5.279.538.200
TOTAL EGRESOS	104.769.334.523

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

El Gráfico 3 muestra la evolución del peso de las transferencias de Rentas Generales respecto a los egresos totales del Fondo desde 2004 a la fecha y se presentan los valores de estos conceptos, a precios constantes de 2008, para algunos años seleccionados (Cuadro 7).

Gráfico 3 - Evolución de las transferencias de RR. GG. al FONASA – Porcentaje sobre egresos



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

Cuadro 7 - 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	2019	2020
Transferencias	1.129	1.002	449	1.025	2.443	6.053	10.543	10.042	11.550
Egresos	6.477	14.134	18.360	20.523	26.250	35.964	42.631	42.437	45.572
% s/Egresos	17%	7%	2%	5%	9%	17%	25%	24%	25%

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

Desde 2017 en adelante, las transferencias de Rentas Generales muestran la situación de financiamiento del Seguro una vez consolidado su proceso de maduración respecto a la cobertura poblacional. En efecto, a partir de 2011 las transferencias complementarias de los aportes volcados al Fondo por los generantes comenzaron a crecer, tanto en términos reales como en su peso relativo en los egresos del Seguro, resultado de la aplicación de las políticas consagradas en la Ley 18.731, aprobada a finales de 2010.

El incremento observado en 2012 puede explicarse por el inicio del régimen de devolución de aportes. En los años subsiguientes, a medida que se concretaba la incorporación de nuevos colectivos a la cobertura (cónyuges de los generantes sin cobertura propia, jubilados y pensionistas) las transferencias crecieron año a año, debido a que el ingreso de dichos colectivos generó un crecimiento de los egresos mayor a los ingresos producidos en los ingresos del FONASA por los generantes. En el caso de los cónyuges 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, los jubilados y pensionistas suelen tener ingresos menores y cápitas asociadas con los valores más altos relacionados con los tramos de edades mayores.

En definitiva, las transferencias de Rentas Generales se han estabilizado a partir de 2017, en aproximadamente una cuarta parte de los egresos del FONASA.

En relación al año anterior, las transferencias crecieron en 2020, tanto en términos reales como en porcentaje de los egresos totales.

Es muy probable que esto se haya debido a los efectos financieros generados por la emergencia sanitaria durante este año. En efecto, durante el período se activaron políticas de mantenimiento de la cobertura en el caso de colectivos de trabajadores que sufrieron impactos en su situación de empleo⁶. El Decreto 217/020 del 4 de agosto de 2020, mantuvo la cobertura del Seguro Nacional de Salud a los trabajadores con cese de la actividad o por finalización del Seguro de Desempleo. Esta medida tiende a mantener o incrementar los gastos del Fondo, al tiempo que lleva a resignar parte de los ingresos por aportes personales y patronales todo lo que, sin considerar otros elementos, genera un efecto negativo en el financiamiento a través de ingresos propios.

El Cuadro 8 muestra los ingresos, egresos y saldos por grandes colectivos de afiliación. La comparación interanual muestra una clara estabilidad en los aspectos estructurales de esta apertura.

El mayor diferencial entre egresos e ingresos se observa en el caso de los *pasivos*, lo que resalta el carácter esencialmente deficitario de este colectivo, lo que resulta consistente con el hecho de que sus requerimientos suelen ser los más altos (los mayores valores de las cápitas se asocian con el primer año de vida y con las edades más avanzadas), al tiempo que sus aportes están vinculados a ingresos, en promedio, no muy altos. Desde 2016 en adelante, la brecha de financiamiento de este colectivo (aproximadamente 24 puntos porcentuales respecto a los egresos totales del Fondo) coincide prácticamente con las necesidades de contribución de Rentas Generales.

Una mirada más enfocada en la evolución del último año muestra una caída en el superávit relativo generado por los activos, como resultado de una caída en la participación en los ingresos del Fondo, en tanto se mantiene el peso sobre los egresos. Seguramente este resultado se encuentre asociado a los efectos sufridos por el mercado de trabajo durante 2020

⁶A través del Decreto 217/020 del 4 de agosto de 2020, se extendió la cobertura del SNS a todos aquellos trabajadores que la hubieran perdido por cese de la actividad (salvo despido por notoria mala conducta), o por finalización del Seguro de Desempleo, entre agosto y octubre de 2020. La extensión antedicha se dispuso inicialmente por un máximo de tres meses, o hasta que el beneficiario recuperara la cobertura, tanto por sí mismo como a través de otro generante. El financiamiento de esta política se estableció por cuenta del Fondo Coronavirus, creado por Ley 19.874 de 8 de abril de 2020.

Complementando este análisis, corresponde consignar una estimación realizada por técnicos del Ministerio de Economía y Finanzas, con el cometido de intentar aislar los efectos sobre los resultados del Fondo de las políticas de extensión de cobertura antes descritas⁷. Con tal fin, se quitan del resultado negativo (se suman) los costos de la extensión de cobertura que se realizaron con cargo al Fondo COVID19. Asimismo, se agrega (se suma) también una estimación de la renuncia de ingresos generada por la pérdida de aportes sobre sueldos de quienes habrían perdido su empleo por la emergencia sanitaria. El cuadro 9 detalla este análisis.

Se supone en la estimación, por tanto, que de no haber mediado dicha emergencia, no habrían perdido su empleo. Por último, se agrega al resultado negativo (se resta), una estimación de los aportes generados por las prestaciones pagadas por el Seguro de Desempleo (SDÉS) y el Seguro por Enfermedad (SENF) como resultado de la emergencia sanitaria.

Cuadro 8 - Resultado Económico del FONASA 2020 por tipo de afiliación

INGRESOS	MONTO	%/EGRESOS 2020	%/EGRESOS 2019	%/EGRESOS 2018	%/EGRESOS 2017
Menores	13.355.808.759	12,7%	13,1%	12,6%	13,1%
Cónyuges	2.145.117.255	2,0%	2,1%	2,0%	2,2%
Pasivos	11.083.451.087	10,6%	10,7%	9,7%	9,9%
Activos	51.506.388.176	49,2%	50,4%	51,4%	50,0%
Otros Ingresos	126.274.763	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Total Ingresos	78.217.040.041	75%	76%	76%	75%
EGRESOS	MONTO	%	%/EGRESOS 2019	%/EGRESOS 2018	%/EGRESOS 2017
Menores	16.751.301.073	16,0%	16,0%	16,0%	16,4%
Cónyuges	8.494.747.030	8,1%	8,1%	8,1%	7,8%
Pasivos	36.170.768.414	34,5%	34,6%	34,5%	33,9%
Activos	38.073.089.349	36,3%	36,4%	36,3%	36,4%
Sobrecuota de Inversión	-109.543	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reintegro de Aportes	5.279.538.200	5,0%	4,9%	5,2%	5,4%
Otros Egresos	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total Egresos	104.769.334.523	100%	100%	100%	100%
RESULTADO	MONTO	%	%/EGRESOS 2019	%/EGRESOS 2018	%/EGRESOS 2017
Menores	-3.395.492.314	-3,2%	-2,9%	-3,3%	-3,3%
Cónyuges	-6.349.629.775	-6,1%	-6,1%	-6,1%	-5,6%
Pasivos	-25.087.317.327	-23,9%	-23,9%	-24,8%	-24,1%
Activos	13.433.298.827	12,8%	14,0%	15,1%	13,6%
Sobrecuota de Inversión	109.543	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reintegro de Aportes	-5.279.538.200	-5,0%	-4,9%	-5,2%	-5,4%
Otros	126.274.763	0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,1%
Total Resultado	-26.552.294.482	-25%	-24%	-24%	-25%

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

⁷Se aclara que en dicho trabajo no participaron técnicos del Área Economía de la Salud del MSP, por lo que simplemente se transcriben los resultados de la estimación realizada por técnicos del MEF

Cuadro 9- Resultado FONASA 2020 con financiamiento FONDO COVID 19 (Estimación MEF)

RESULTADO FONASA	-26.552.294.482
Extensión de cobertura mutual en abril/20 (autorizado por JUNASA)	12.209.382
Extensión de cobertura mutual al amparo del decreto 217/020	183.794.089
Aumento estimado por MEF de aportes sobre SDES y SENF	-1.385.552.170
Resignación estimada por MEF de aportes sobre sueldos	2.692.033.742
RESULTADO FONASA CON FINANCIAMIENTO FONDO COVID19	-25.049.809.439

Fuente: Estimación del MEF incluida en el informe de Rendición de Cuentas FONASA 2020 del BPS

III.2 Ingresos del FONASA

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

Cuadro 10 - Ingresos del FONASA 2020

INGRESOS PROPIOS	MONTO	%
Aportes personales de trabajadores privados	13.196.511.461	16,9%
Aportes personales de trabajadores públicos	4.852.869.907	6,2%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados	11.683.313.095	14,9%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos	3.817.612.919	4,9%
Aportes patronales de trabajadores privados	19.497.482.956	24,9%
Aportes patronales de trabajadores públicos	7.469.531.605	9,5%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	619.969.712	0,8%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	80.085	0,0%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	2.490.581.999	3,2%
Bancos	3.351.622.418	4,3%
Notarial	27.738.034	0,04%
TOTAL APORTES DE ACTIVOS	67.007.314.190	85,7%
RECAUDACIONES PERSONALES SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS	11.083.451.087	14,2%
OTROS INGRESOS	126.274.763	0,2%
TOTAL DE INGRESOS PROPIOS	78.217.040.041	74,7%
ASISTENCIA		
TRANSFERENCIAS DE RENTAS GENERALES	26.552.294.482	25,3%
TOTAL INGRESOS		
INGRESOS TOTALES	104.769.334.523	100,0%

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

Aproximadamente el 43% de los ingresos contributivos del FONASA se explican por los aportes personales realizados por los trabajadores del sector privado y público, a excepción de bancarios, notariales y trabajadores no dependientes.

De estos, 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.

Estos guarismos son prácticamente idénticos a los registrados en 2019, si bien se verifica un pequeño incremento en el peso de los aportes de trabajadores públicos, los cuales compensan la caída de los correspondientes a los trabajadores privados.

Los aportes patronales y complementos de la cuota mutual explican algo más del 35% de los ingresos, en tanto que poco más del 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, así como otros ingresos.

III.3 Egresos del FONASA

A continuación se analiza la información relativa a los egresos del FONASA, sin considerar los reintegros de aportes. Esta opción metodológica se asume considerando 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.

Cuadro 11 - Egresos del FONASA .según concepto

CONCEPTO	MONTO	%
CAPITAS	79.409.626.118	80%
META	5.402.323.677	5.5%
COMPENSACION POR TICKETS	1.896.828.643	1.9%
SEGUROS INTEGRALES	1.886.058.602	1.9%
FNR	8.689.104.571	8.3%
SUB TOTAL CUOTA CUOTA SALUD	97.283.941.611	97.6%
SOBRECUOTA DE INVERSIÓN	-3.891	0%
TOTAL LIQUIDACIONES	97.283.937.720	97.6%
TOTAL EGRESOS FONASA	99.489.796.323⁸	100%

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

En el Cuadro 12 se muestra el detalle del pago del componente cápita de la cuota salud a IAMC y ASSE, con apertura por tramos de edad y sexo.

Cuadro 12 – Cápitas IAMC y ASSE por edad y sexo

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
< 1	1.137.180.547	916.265.883	2.053.446.430
1 a 4	1.540.223.089	1.370.519.112	2.910.742.201
5 a 14	2.702.486.738	2.322.984.127	5.025.470.865
15 a 19	996.090.278	1.235.081.454	2.231.171.732
20 a 44	5.695.782.691	12.726.893.802	18.422.676.493
45 a 64	8.464.280.351	11.622.635.766	20.086.916.117

⁸La 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.

65 a 74	6.139.749.901	6.742.589.366	12.882.339.267
> 74	6.371.826.793	9.425.036.220	15.796.863.013
TOTAL	33.047.620.388	46.362.005.730	79.409.626.118

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

El Cuadro 13 muestra los egresos desagregados por tipo de institución.

Se observa que la mayor parte de los recursos globales (70%) fueron destinados a las IAMC, un 19% a ASSE, al FNR un 9% 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 13- Egresos del FONASA según prestador

	2018		2019		2020	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
IAMC	58.621.715.588	70%	63.427.686.972	70%	68.461.373.605	70%
Seguros Integrales	1.624.909.482	2%	1.749.327.239	2%	1.886.058.602	2%
ASSE	16.202.901.480	19%	17.683.665.830	20%	18.247.400.942	19%
FNR	7.323.312.986	9%	7.676.526.535	8%	8.689.104.571	9%
Otros Egresos	0	0%		0%		
TOTAL	83.772.839.536	100%	90.537.206.576	100%	97.283.937.720	100%

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

III.4 Sistema de Urgencia y Emergencia

El Sistema de Urgencia y Emergencia Nacional consagrado en los Artículos 145 a 149 de la Ley 19.535 estableció que las instituciones *“podrán saldar los montos emergentes de la facturación producto de la atención de urgencia o emergencia, a través de la Junta Nacional de Salud mediante compensaciones del Fondo Nacional de Salud.”* 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 14 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.

Las transferencias se corresponden con 14.685 actuaciones asistenciales verificadas durante 2020, una cifra sensiblemente menor a las 20.708 consideradas en 2019. La merma en este tipo de atenciones puede estar relacionada con la menor movilidad generada por la situación de emergencia sanitaria desencadenada el último año.

Cuadro 14 – 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
COMERO	1.903.632	9.371	1.894.261
CASA DE GALICIA	2.162.470	371.473	1.790.997
CRAME	1.246.305	280.632	965.673
CAMS	980.760	42.217	938.543
COMEF	786.784	10.177	776.607
AMDM	783.465	94.588	688.877
CAMEC	567.161	4.839	562.322
COMTA	374.860	7.192	367.668
GREMEDA	373.414	11.115	362.299
COMEPA	280.957	4.308	276.649
CAMEDUR	277.588	6.886	270.702
SMQS	277.007	16.257	260.750
CAMDEL	222.275	9.922	212.353
CAAMEPA	216.158	36.657	179.501
IAC	173.614	5.361	168.253
CASMER	173.072	28.901	144.171
CAMOC	136.891	4.745	132.146
CRAMI	133.475	10.862	122.613
CAMY	116.353	1.078	115.275
AMSJ	118.850	41.818	77.032
COMECA	77.209	8.488	68.721
CAMCEL	67.779	10.526	57.253
COMEFLO	114.533	75.180	39.353
AMEDRIN	18.655	3.560	15.095
SANATORIO AMERICANO	0	0	0
CUDAM	91.759	95.091	-3.332
COMETT	0	9.472	-9.472
MEDICARE	0	13.992	-13.992
SUMMUM	0	15.863	-15.863
SEGURO AMERICANO	0	27.860	-27.860
SWISS MEDICAL URUGUAY	0	141.298	-141.298
SANIDAD DE LAS FF.AA	0	165.917	-165.917
COMERI	196.409	364.850	-168.441
GREMCA	0	169.363	-169.363
HOSPITAL POLICIAL	0	181.982	-181.982
UNIVERSAL	77.271	294.380	-217.109
MP	0	248.588	-248.588
HOSPITAL EVANGELICO	105.104	436.263	-331.159
CIRCULO CATOLICO	153.936	504.092	-350.156
COSEM	0	594.691	-594.691

MEDICA URUGUAYA	91.281	854.579	-763.298
CASMU	152.990	1.242.906	-1.089.916
HOSPITAL BRITANICO	0	1.186.880	-1.186.880
ASSE	1.946.884	3.233.610	-1.286.726
SMI	13.686	1.597.986	-1.584.300
ASOCIACION ESPAÑOLA	2.037.030	100.259	-1.936.771
TOTAL	14.512.846	14.512.846	0

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

La institución que utilizó en mayor grado este mecanismo es ASSE, pero a diferencia del año anterior, en el que se trataba del mayor cobrador neto, se transformó en uno de los mayores pagadores netos.

Los cobradores netos son en su totalidad instituciones con sede primaria en el interior del país. El mayor cobrador neto es COMERO (Rocha), acompañado por prestadores, de otros departamentos del interior -CRAME y AMDM (Maldonado), COMEF (Florida), CAMS (Soriano) y CAMEC (Colonia). En este ejercicio la única excepción es Casa de Galicia.

Las IAMC de Montevideo, los Seguros Privados, Sanidad Policial y Sanidad Militar son pagadores netos, acompañando el patrón de comportamiento observado en años anteriores.

Capítulo IV - Metas Asistenciales

Las Metas Asistenciales constituyen un mecanismo de pago por desempeño que complementa el pago de la cápita ajustada por edad y sexo, siendo por tanto un componente de la Cuota Salud con cargo al Fondo Nacional de Salud (FONASA). En el año 2020 el pago por Metas Asistenciales representó el 5,5% de los egresos del FONASA⁹.

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) orientados por las prioridades sanitarias y asistenciales establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Las metas vigentes se focalizan en la atención de:

- la salud del niño, niña y la mujer a través de la Meta 1,
- la reducción de la carga de morbimortalidad por enfermedades no transmisibles prevalentes en población adulta en el caso de la Meta 2,
- la creación de cargos médicos de alta dedicación a través de la Meta 4 y

⁹ Según liquidaciones de BPS, sin considerar el pago por Meta 5 ni el monto de meta pago a los seguros privados. Fuente: Área Economía de la Salud- Dirección General del SNS, MSP.

- la capacitación de los trabajadores del sector salud a través de la Meta 5.

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 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. En total la meta se compone de 19 indicadores.

Los criterios que regulan su implementación están comprendidos en el Instructivo vigente, aprobado por la JUNASA, según Resolución N° 195, con fecha 24 de abril de 2019. El periodo de cumplimiento previsto es trimestral, contemplando 8 trimestres, que se extienden desde abril de 2019 a marzo de 2021. En tanto, el calendario de pago correspondiente se hace efectivo desde agosto de 2019 a julio de 2021. El monto disponible para la Meta 1 fue de \$ 111.38 de enero a junio de 2020 y de \$ 115.59 de julio a diciembre de 2020, por usuario FONASA.

La Meta 2 se incorpora en el año 2009, centrándose en el cambio de modelo de atención y en particular, en la atención de la población adulta y las enfermedades no transmisibles. Desde 2017 la Meta 2 toma como referencia los Objetivos Sanitarios Nacionales definidos para el año 2020 por el Ministerio de Salud Pública. Al igual que en el año 2019, en el año 2020 se focalizaron las acciones vinculadas a la reducción de la carga de morbilidad de las enfermedades no transmisibles (ENT) prevalentes en nuestro país, tomando como referencia los Objetivos Sanitarios Nacionales definidos. La meta se compone de un total de 10 indicadores, 7 comunes (hipertensión, diabetes, reperfusión de IAM y cáncer colo-rectal) y tres opcionales (cáncer de cuello de útero o mama).

Su implementación se enmarca en los criterios establecidos por Instructivo vigente, aprobado por la JUNASA, según Resolución N° 267, con fecha 7 de junio de 2019. Allí se establece un periodo de aplicación semestral que se extiende por cuatro semestres, desde enero de 2019 a diciembre de 2020, en tanto el calendario de pago se hace efectivo desde noviembre de 2019 a octubre de 2021. El monto disponible total para la Meta 2 fue de \$46.13 de enero a junio de 2020 y de 47.87\$ de julio a diciembre de 2020, por usuario FONASA.

Las Metas 4 y 5 refieren a la gestión de los recursos humanos en el sector salud y en rigor reflejan acuerdos laborales acordados en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en el marco de los Consejos de Salarios.

Desde la Meta 4 se promueve la implementación del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) en los prestadores de salud, que se traduce principalmente en la creación de cargos de alta dedicación

(CAD) en las instituciones del sector privado y de las funciones de alta dedicación (FAD) en el caso de ASSE.

La Meta 4 fue creada en el año 2012 por la Resolución JUNASA Nº 391 y se hace extensiva a ASSE en el año 2014 por la Resolución JUNASA Nº884. Actualmente se rige por los criterios establecidos por el instructivo vigente, según Resolución JUNASA Nº1, con fecha 10 de enero de 2020. Se trata de una meta semestral, cuyo periodo de cumplimiento se extiende desde julio de 2014 hasta diciembre de 2021 y el pago correspondiente desde mayo de 2012 a julio de 2022. El monto disponible por usuario FONASA fue de \$51.03 de enero a junio de 2020 y de \$ 52.96 de julio a diciembre de 2020.

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, Geriátrica, 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.

La Meta 5 financia pagos de salarios de los trabajadores del sector acordados en los Consejos 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.

Los pagos de la Meta 5 están condicionados a la realización de actividades de capacitación pautadas por el Ministerio de Salud Pública. Para el año 2020 correspondió a una capacitación virtual autoadministrada con una obligatoriedad de 4 horas.

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 2020, estuvieron condicionados a la realización de actividades de capacitación pautadas por el Ministerio de Salud Pública.

IV.1 Las Metas Asistenciales durante la pandemia

A partir del mes de marzo y a consecuencia de la declaración de la emergencia sanitaria nacional, la Dirección General de la Junta Nacional de Salud habilitó de forma transitoria la adopción de medidas asistenciales extraordinarias. De esta manera, se buscó reorientar las acciones de los Prestadores Integrales de Salud a efectos de hacer frente a las exigencias asistenciales impuestas por la nueva coyuntura.

En el marco de la respuesta a la pandemia generada desde el Ministerio de Salud, alineado con la consigna inicial de “quédate en casa”, se promovió la atención no presencial de los usuarios, a través de acciones de telemedicina. Algunas de las medidas dispuestas por la **Resolución JUNASA N°2**, como la habilitación de la telemedicina y la exhortación a los usuarios a no concurrir a los centros asistenciales afectó en particular la posibilidad de cumplimiento de los controles preventivos y seguimiento del niño sano, incidiendo concretamente en las Metas 1 y 2. Por este motivo, la misma resolución facultó a flexibilizar los criterios de implementación y exigencias establecidas inicialmente para ambas metas.

Sin perjuicio de lo expresado, la Dirección General de la JUNASA ratificó la vigencia del pago por desempeño, y por tanto de las metas asistenciales como componente de las cuotas salud orientador del modelo de atención, lo cual fue transmitido por los representantes del MSP en la Comisión Asesora de Metas. Todo ello, sin perjuicio de procurar la búsqueda de acuerdos que permitieran mantener el esfuerzo por parte de los prestadores en la atención de las poblaciones objetivo de las Metas Asistenciales, contemplando a su vez las exigencias asistenciales que les imponía la situación de pandemia por Covid-19.

En dicho contexto, la JUNASA asumió que el cumplimiento de las Metas Asistenciales podría verse afectado por la pandemia y por las medidas asistenciales extraordinarias adoptadas. En este marco, se promovieron y lograron acuerdos en la Comisión Asesora de Metas Asistenciales, resultando en flexibilizaciones de la evaluación de las Metas 1 y 2 reflejadas en la **Resolución JUNASA N°5** de fecha 30 de marzo de 2020. Dicha resolución dispuso no incrementar los porcentajes de cumplimiento para la Meta 1 para los trimestres enero-marzo y abril-junio de 2020, tomando como referencia el cumplimiento y los pagos aprobados para el trimestre octubre, noviembre, diciembre de 2019, de acuerdo con el Instructivo vigente. La resolución dispuso el pago a los prestadores contra la entrega

de declaraciones juradas con la información de cumplimiento en la meta, abonando un monto similar al generado en el último trimestre del año 2019.

Para la Meta 2, se mantuvo el mismo criterio de pago por cumplimiento para el semestre julio-diciembre de 2019. Al mismo tiempo, se dispuso el pago contra declaración jurada de cumplimiento de la meta por el período enero-junio de 2020, con un monto a pagar acorde al cumplimiento del período julio-diciembre de 2019.

En concordancia con lo habilitado por la Resolución JUNASA N°2, en ambas metas se validaron algunas actividades asistenciales no presenciales, por ejemplo la consulta médica realizada a través de telemedicina o de manera telefónica (con el correspondiente registro en la Historia Clínica), la modalidad virtual para los cursos de preparación del nacimiento y el autocontrol de la presión arterial en el caso de usuarios hipertensos.

En el mes de julio de 2020 se inició un proceso de evaluación del impacto de la pandemia y sus implicancias en el cumplimiento de los indicadores planteados en las Metas Asistenciales. Se evaluaron las consecuencias de la reorientación de los recursos asistenciales realizada por los prestadores para la contención de la pandemia, la limitación de la atención presencial en los servicios de salud, sumado al temor de los usuarios para concurrir a los centros de salud en el marco de la política nacional del *“quédate en casa”*, lo que conspiraba contra el cumplimiento de los controles en salud.

En el marco de la Comisión Asesora de Metas Asistenciales se fueron acordando una serie de ajustes, sopesando la evolución de la situación epidemiológica y sanitaria del país. Las mismas fueron aprobadas por la JUNASA en las resoluciones **N°5 del 30 de marzo de 2020 y la N°205** del 14 de agosto de 2020, cuyos puntos centrales establecen extender la vigencia de Meta 1 hasta setiembre de 2021 y de la Meta 2 hasta junio de 2021. En segundo lugar, se flexibilizaron los valores meta a alcanzar en Meta 1 para los trimestres julio-agosto-setiembre y octubre-noviembre-diciembre de 2020, manteniendo las mismas exigencias que habían sido establecidas para el trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2019, último trimestre previo a la pandemia. En tercer lugar, para Meta 2 se tuvieron en consideración las diversas realidades de cada población, adaptando cada los valores de cada indicador a exigir durante el semestre julio-diciembre 2020.

En el mes de diciembre de 2020 tuvieron lugar nuevas instancias de trabajo de la Comisión Asesora, donde los representantes de la Coordinadora de IAMC reiteraron su preocupación por la situación sanitaria y las consecuentes exigencias asistenciales, viéndose en la necesidad de redireccionar gran parte de los RRHH, incluyendo los equipos de metas asistenciales hacia tareas vinculadas al rastreo y seguimiento de usuarios con Covid 19 y sus contactos directos. En estas instancias se lograron

acuerdos sintetizados en la **Resolución JUNASA Nº 7** de fecha 14 de enero de 2021, con acuerdos para Meta 1 y 2 que afectan periodos de cumplimiento y pago que abarcan parte del ejercicio 2021. Se ha establecido y programado para el segundo semestre de 2021 el desarrollo de instancias de análisis y definición de nuevas metas asistenciales por parte del MSP, siguiendo los lineamientos establecidos por parte de la Dirección General de la Junta Nacional de salud: metas alineadas con objetivos sanitarios nacionales, simplificación en la cantidad de metas e indicadores, compatibles con una mayor fiscalización activa de su cumplimiento por parte del MSP, lo que está siendo programado en forma conjunta con la nueva Dirección General de Fiscalización.

IV.2 Cumplimiento de las Metas Asistenciales

Meta 1. El cumplimiento promedio de Meta 1 asociado a los pagos de enero-diciembre 2020 fue de 91%, mientras que el valor de la mediana indica que al menos la mitad de los Prestadores de Salud alcanzaron un cumplimiento del 100%. Se observan niveles de cumplimiento más bajos en los meses de pago asociados a los periodos de mayor incidencia de las medidas asistenciales y sanitarias adoptadas por la emergencia sanitaria.

Con respecto al cumplimiento por indicador, el valor de la mediana muestra que en todos los indicadores al menos la mitad de los Prestadores de Salud alcanzaron un cumplimiento de 100%. Por lo tanto, la variabilidad en el cumplimiento y pago entre indicadores puede observarse a partir de los valores promedio.

Entre los Indicadores con mayor cumplimiento promedio se destacan los de Captación del recién nacido (X1.1) y el de Realización de la primer EOA (X1.2), con un 96.11 y 96.85 respectivamente. En cambio, el menor cumplimiento promedio corresponde a los indicadores de control de desarrollo y odontológico a los 4 años (X3.3.1 y X3.3.1) y de control oftalmológico a los 5 años, con valores promedio de 84.27, 82.97 y 86.39.

Meta 2. El cumplimiento promedio de Meta 2 asociado a los pagos en el período enero-diciembre fue de 78.67%, mientras que el valor de la mediana indica que al menos la mitad de los Prestadores de Salud alcanzaron un cumplimiento del 100%. Aquí también se puede observar que los niveles de cumplimiento más bajos tienen lugar en noviembre y diciembre, siendo los meses de pago asociados a los periodos de mayor incidencia de las medidas asistenciales y sanitarias adoptadas por la emergencia sanitaria.

En este caso, los valores de la mediana de cada indicador dan cuenta que no en todos, pero sí en su mayoría, al menos la mitad de los Prestadores de Salud alcanzaron un cumplimiento de 100%.

Como es de esperar, dada la naturaleza crítica de la acción asistencial vinculada, el indicador de Reperusión de IAM con ST elevado es el que presenta mayor cumplimiento promedio, con 97,61. En tanto, el menor cumplimiento promedio se observa en los indicadores de seguimiento de diabetes a través de la hemoglobina glicosilada, con valores de 43.90 y 48.57.

En cuanto al componente cáncer, los indicadores de tamizaje muestran un menor cumplimiento promedio en comparación a los indicadores de tratamiento, destacándose el de realización de PAP en mujeres de 21 a 64 años, con un cumplimiento promedio del 52.67%

Meta 4. El cumplimiento de la meta se estructura a partir de tres componentes: 1) Financiación de Costos Permanentes, 2) Esfuerzos en la contratación de Cargos de Alta Dedicación y 3) Cargos de Alta Dedicación. Durante el 2020, aproximadamente el 84% de los prestadores cobraron el componente 1, el 81% el componente 2, mientras que el 63% tuvo un pago total del componente 3, un 16% tuvo un pago parcial y el 21% restante no recibió pago por este último componente.

Meta 5. Para cada institución privada el porcentaje de cumplimiento de la meta se calculó como el cociente entre las partidas salariales variables efectivamente pagas y la masa salarial comprometida al pago de dicha partida por Resolución JUNASA.

En diciembre de 2020 se pagó por concepto de Meta 5 a los Prestadores Privados un total de \$ 1.586.856.890, mientras que por concepto de reliquidación correspondiente a los cursos realizados en 2019 se pagaron en febrero de 2020 la suma de \$ 15.842.245. En el caso de ASSE el pago de meta 5 realizado en abril de 2020 fue de \$ 532.068.581.

Pago por metas. En el año 2020 los prestadores del SNS cobraron por el componente meta el 80.20% 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 pago. Esto significa 6 puntos porcentuales menos de lo cobrado durante 2019.

La Meta 4 sigue presentando un mayor porcentaje de pago (92.39%) y aumenta con respecto al 88.4% observado en 2019. En segundo lugar, se encuentra Meta 1 con un 82.25% no muy distante del 85.5% observado en 2019. Por último y bastante por debajo se encuentra Meta 2 con un 61.75% y con una caída de 25 puntos porcentuales con respecto al 86,2% obtenido en 2019.

Anexo 1 - Metas Asistenciales

META 1: Salud del Niño, Niña Y Mujer

Diseño de la meta según Instructivo vigente

Durante el año 2020 se dio continuidad a las líneas de acción priorizadas por Meta 1 desde sus comienzos en el año 2007: la salud del niño, la niña y la mujer.

Las definiciones y criterios que regulan su implementación están comprendidos en el Instructivo vigente, aprobado por la JUNASA, según Resolución N° 195, con fecha 24 de abril de 2019.

El periodo de cumplimiento previsto es trimestral, contemplando 8 trimestres, que se extienden desde abril de 2019 a marzo de 2021. En tanto, el pago correspondiente al cumplimiento alcanzado se hace efectivo desde agosto de 2019 a julio de 2021.

Para el periodo 2019-2021, la Meta 1 se estructuró a partir de los siguientes *componentes temáticos*, cada uno con su correspondiente conjunto de indicadores.

- 1) Captación y seguimiento del Recién Nacido (tres indicadores)
- 2) Captación y seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (seis indicadores)
- 3) Control del desarrollo del niño y la niña (cinco indicadores)
- 4) Control de la mujer embarazada (cuatro indicadores)
- 5) Violencia basada en género y generaciones (un indicador)

La Tabla 1 describe los indicadores que integran cada componente de la Meta 1. Se detallan los *Valores Meta*, entendido como el nivel de desempeño definido como objetivo a alcanzar por el Prestador en cada trimestre, pudiéndose tratar de un valor meta fijo o un valor de crecimiento (reducción de brecha).

Finalmente, se presenta el *Monto Disponible* (en pesos) vigente entre julio y diciembre de 2020, siendo el pago que se efectúa por usuario FONASA cuando se alcanza el 100% del cumplimiento del indicador¹⁰.

¹⁰Cuando el prestador no logra alcanzar el 100%, pero su cumplimiento se encuentra por encima del valor definido como valor piso obtiene un pago proporcional. Por debajo del valor piso, no corresponde pago alguno.

Tabla 1: Descripción de indicadores de Meta 1. Periodo 2019-2021

COMPONENTE	INDICADOR	VALOR META	MONTO DISPONIBLE
Captación del Recién Nacido	X1.1) Porcentaje de recién nacidos afiliados con primer control médico en los primeros 10 días de vida	100%	14.45
	X1.2) Porcentaje de recién nacidos afiliados con EOA realizada antes del alta hospitalaria o antes de los 7 días posteriores al alta	100%	7.22
	X2.2.4) Porcentaje de niños que cumplieron 1 año en el trimestre con primera EOA alterada y cuentan con la aplicación del Protocolo diagnóstico de hipoacusia neonatal según pauta del Ministerio de Salud	100%	14.45
Captación y seguimiento del Recién Nacido de Riesgo	X2.1) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que fueron dados de alta y que tienen visita domiciliaria dentro de los 7 días posteriores al alta.	100%	3.62
	X2.2.1) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen tres meses en el trimestre con control pediátrico.	100%	3.62
	X2.2.2) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen seis meses en el trimestre con control pediátrico	100%	3.62
	X2.2.3) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen doce meses en el trimestre con control pediátrico	100%	3.62
	X2.2.5) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen 18 meses en el trimestre con control pediátrico	100%	3.62
	X2.2.6) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen 24 meses en el trimestre con control pediátrico	100%	3.62
Control de desarrollo del niño y la niña	X3.1) Porcentaje de niños que cumplieron 1 año en el trimestre con el control de desarrollo en el 4º mes de vida.	100%	7.22
	X3.2) Porcentaje de niños que cumplieron 2 años en el trimestre con el control de desarrollo del 18º mes de vida	100%	7.22
	X3.3.1) Porcentaje de niños que cumplieron 4 años en el trimestre con el control de desarrollo a los 48º meses de vida	Cubrir 80% de la brecha	7.22
	X3.3.2) Porcentaje de niños que cumplieron 4 años en el trimestre con control odontológico entre los 36 y 48 meses	Cubrir 80% de la brecha	3.62
	X3.4) Porcentaje de niños que cumplieron 5 años en el trimestre con control oftalmológico entre los 36 y 60 meses	Cubrir 80% de la brecha	3.62
Control de la mujer embarazada	X4.1) Porcentaje de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre con análisis de VDRL y HIV en el 1º, 2º y 3º trimestre de embarazo	100%	7.22
	X4.2) Porcentaje de mujeres afiliadas a la institución que presentan su 1er parto o segunda cesárea en el trimestre con Curso de preparación para el nacimiento realizado por la institución según pauta del MSP	70%	7.22
	X4.3a) Porcentaje de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre cuya HCPB fue volcada al sistema informático SIP y enviada en forma completa	100%	7.22
	X4.3b) Porcentaje de falta de llenado de base volcada al SIP menor al 5%	< 5%	

Violencia basada en Género y Generaciones	Este indicador se compone de los siguientes ítems: a) Reporte de información trimestral sobre nuevos casos de violencia doméstica y/o sexual fuera del ámbito doméstico detectados en el trimestre o aquellos casos cuya última consulta por violencia doméstica y/o sexual fuera del ámbito doméstico haya sido previa a los últimos 15 meses (abril de 2019 a marzo de 2021). b) Capacitación en protocolos institucionales para el abordaje de violencia doméstica y violencia sexual a lo largo del ciclo vital (desde abril de 2019 a junio de 2020). c) Participación y realización de actividades trimestrales de promoción en salud en la comunidad, en coordinación con alguna institución educativa, deportiva, social o cultural (desde julio de 2020 a marzo de 2021).	Cumplimiento aprobado por Programa de VBG-DIGESA, MSP	7.22
---	---	---	------

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

El monto disponible para la Meta 1 en su conjunto fue de \$ 111.38 de enero a junio de 2020 y de \$ 115.59 de julio a diciembre de 2020, por usuario FONASA.

Los pagos efectuados por concepto de Meta 1 para el periodo enero-diciembre 2020 se corresponden a los desempeños alcanzados en los siguientes trimestres de cumplimiento del periodo 2019-2021, tal como se detalla en la tabla siguiente.

Tabla 2: Esquema de cumplimiento y pago 2020 de la Meta 1

BIANUALIDAD	TRIMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (mes)
2019-2021	Julio-agosto-setiembre 2019	Enero 2020
2019-2021	Octubre-noviembre-diciembre 2019	Febrero-marzo-abril 2020
2019-2021	Enero-febrero-marzo 2020	Mayo-junio-julio 2020
2019-2021	Abril-mayo-junio 2020	Agosto-setiembre-octubre 2020
2019-2021	Julio-agosto-setiembre 2020	Noviembre-diciembre 2020

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

Flexibilización de Meta 1 en contexto de emergencia sanitaria por COVID 19

En el marco de las medidas extraordinarias habilitadas con motivo de la emergencia sanitaria por COVID 19, a partir de marzo de 2020 se flexibilizaron los criterios de implementación y los niveles de exigencia inicialmente previstos por Instructivo de Meta 1.

Para los periodos de cumplimiento previos al inicio de la emergencia sanitaria se mantuvieron los criterios y niveles de exigencia establecidos por el Instructivo vigente, concretamente los trimestres

julio-agosto-setiembre 2019 (JAS2019) y octubre-noviembre-diciembre de 2019 (OND2019) correspondientes a los pagos efectuados entre enero y abril de 2020.

A continuación, se detalla el conjunto de flexibilizaciones adoptadas para los trimestres de cumplimiento contemplados, según resoluciones N°5 y N°205 del año 2020, y que se corresponden con los pagos efectuados de mayo a diciembre de 2020.

Trimestre de cumplimiento enero-febrero-marzo 2020 (EFM2020)

El trimestre *enero-febrero-marzo de 2020* fue el primer periodo de cumplimiento contemplado por el conjunto de flexibilizaciones dispuestas por la Resolución N°5 del 2020, siendo coincidente con el inicio de la emergencia sanitaria por COVID 19.

Para este trimestre se modificaron las exigencias establecidas para hacer efectivo el pago, disponiendo que el mismo se realizara contra la entrega de la información correspondiente a cada uno de los indicadores de la meta.

En caso de cumplir con esta exigencia, el monto a pagar por este concepto quedaba establecido por el cumplimiento y pago obtenido en el último trimestre previo a la declaración de la emergencia sanitaria: octubre-noviembre-diciembre de 2019.

Por otro lado, en concordancia con lo habilitado por la **Resolución JUNASA N°2**, se validó como alternativa la consulta médica realizada a través de telemedicina o de manera telefónica, con el correspondiente registro en la Historia Clínica.

Trimestre de cumplimiento abril-mayo-junio 2020 (AMJ2020)

Se reiteraron los criterios y exigencias establecidas para el primer trimestre sujeto a flexibilización (enero-febrero-marzo 2020). El pago se hizo efectivo contra la entrega de la información de cada indicador de Meta 1 y de acuerdo con el cumplimiento y pago obtenido en el trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2019. Se siguió tomando como actividad asistencial válida la realizada en el marco de la telemedicina o consulta telefónica con registro en Historia Clínica.

Trimestre de cumplimiento julio-agosto-setiembre 2020 (JAS2020)

En este caso, se retornó a un mayor nivel de exigencia para el cumplimiento de la meta 1, si bien esto no implicó alcanzar los objetivos establecidos inicialmente para este trimestre, según Instructivo vigente.

Para este periodo se establecieron las mismas exigencias correspondientes al trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2019. Por lo tanto, a efectos de estimar el pago se tendría en consideración el Valor Meta y el Valor Piso exigido en ese trimestre.

En cuanto a los criterios de implementación, se establecieron las siguientes tolerancias:

- Se habilitó la modalidad virtual para los cursos de preparación del nacimiento exigidos en el indicador X4.2

- Se concedió un trimestre de prórroga para la capacitación de trabajadores de la salud en los protocolos institucionales para el abordaje de situaciones de violencia doméstica y violencia sexual, correspondiente al indicador X5.
- Se validó la consulta médica realizada a través de telemedicina o de manera telefónica, con el correspondiente registro en la Historia Clínica.

Resultados de Meta 1

En este apartado se presentan medidas resumen (mediana, promedio, mínimo y máximo) de los *cumplimientos* de Meta 1 que originaron los pagos efectuados desde enero a diciembre de 2020, según se detalla en el esquema de cumplimiento y pago presentado en la tabla 2.

Es importante destacar que estos datos no pueden ser interpretados como desempeño asistencial propiamente dicho sino como el porcentaje de cumplimiento de la meta. Este valor pone en relación determinado desempeño asistencial (numerador/denominador) respecto a un valor piso (desempeño mínimo por debajo del cual no se paga la meta) y un valor meta (desempeño asistencial definido como objetivo a alcanzar).

La importancia de analizar el *cumplimiento* alcanzado, en un contexto de ejercicio de rendición de cuentas del FONASA, es que el mismo refleja el porcentaje del monto disponible en pesos que finalmente se paga por esta meta y para cada uno de sus indicadores.

En tanto, el *valor alcanzado* (numerador/denominador) da cuenta del desempeño asistencial¹¹ logrado por el Prestador en cada indicador de la Meta (dato disponible en Anexo).

Sobre esto último corresponde plantear la siguiente excepción que surge de la aplicación de las flexibilizaciones detalladas anteriormente. Los datos correspondientes a los periodos de pago mayo-julio y agosto-octubre 2020 (**) informan sobre el cumplimiento efectivamente alcanzado y calculado en base a la información entregada por los Prestadores, si bien el pago realizado en ambos casos fue igual al cumplimiento presentado para el periodo de pago febrero-abril 2020 (*), según habilita la Resolución JUNASA N°5.

El cuadro 15 muestra que el cumplimiento promedio de Meta 1 para el total del período (enero-diciembre 2020) fue de 91%, mientras que el valor de la mediana indica que al menos la mitad de los Prestadores de Salud alcanzaron un cumplimiento del 100%.

Se puede observar que los niveles de cumplimiento más bajos tienen lugar en los meses de pago asociados a los periodos de mayor incidencia de las medidas asistenciales y sanitarias adoptadas por la emergencia sanitaria. Los pagos que hubieran correspondido de mayo a octubre 2020, de acuerdo

¹¹ Corresponde aclarar que el desempeño asistencial de Meta 1 habilita el uso de Protocolos de Actuación que justifica en determinadas circunstancias no realización de la actividad asistencial, los cuales se contabilizan como cumplimiento.

con el cumplimiento alcanzado en los trimestres de EFM2020 y AMJ2020, sería de 89.27% y 88.59% del monto disponible, en promedio. Sin embargo, flexibilización mediante, el pago efectivamente realizado fue de 93.88% en promedio.

Cuadro 15- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Meta 1

META 1				
Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
ENE-DIC 20	91.00	100	0	100
ENERO 20	90.81	100	0	100
FEB-ABR 20*	93.88	100	0	100
MAY-JUL 20**	89.27	100	0	100
AGO-OCT 20**	88.59	100	0	100
NOV-DIC 20	92.47	100	0	100

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

A continuación, se detallan valores de cumplimiento alcanzado para cada uno de los 19 indicadores de la Meta 1. El valor de la mediana permite afirmar que en todos los indicadores al menos la mitad de los Prestadores de Salud alcanzaron un cumplimiento de 100%. Por lo tanto, la variabilidad en el cumplimiento y pago entre indicadores puede observarse a partir de los valores promedio.

- *Componente Recién Nacido*

En este componente temático cabe destacar el alto cumplimiento promedio alcanzado para todo el periodo en los indicadores de Captación del Recién Nacido (X1.1) y Realización de la primer EOA (X1.2). Ambos alcanzan 96.11 y 96.85 respectivamente, siendo de los indicadores de Meta 1 con mejor desempeño. En tanto, el indicador de seguimiento de la EOA alterada (X2.2.4) muestra un cumplimiento promedio de 89.03

Cuadro 16- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente Recién Nacido

COMPONENTE: RECIÉN NACIDO					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X1.1	ENE-DIC 20	96.11	100	0	100
	ENERO 20	93.18	100	0	100
	FEB-ABR 20*	97.62	100	0	100
	MAY-JUL 20**	94.64	100	0	100
	AGO-OCT 20**	97.62	100	0	100
	NOV-DIC 20	97.62	100	0	100
X1.2	ENE-DIC 20	96.85	100	0	100
	ENERO 20	94.48	100	0	100
	FEB-ABR 20*	97.62	100	0	100
	MAY-JUL 20**	97.02	100	0	100
	AGO-OCT 20**	97.62	100	0	100
	NOV-DIC 20	97.62	100	0	100

X2.2.4	ENE-DIC 20	89.03	100	0	100
	ENERO 20	86.36	100	0	100
	FEB-ABR 20*	90.48	100	0	100
	MAY-JUL 20**	87.31	100	0	100
	AGO-OCT 20**	83.52	100	0	100
	NOV-DIC 20	97.62	100	0	100

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

- *Componente Recién Nacido de Riesgo*

Cuadro 17- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente Recién Nacido de Riesgo

COMPONENTE: RECIÉN NACIDO DE RIESGO					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X2.1	ENE-DIC 20	87.85	100	0	100
	ENERO 20	93.18	100	0	100
	FEB-ABR 20*	97.62	100	0	100
	MAY-JUL 20**	71.43	100	0	100
	AGO-OCT 20**	83.90	100	0	100
	NOV-DIC 20	92.86	100	0	100
X2.2.1	ENE-DIC 20	91.64	100	0	100
	ENERO 20	92.55	100	0	100
	FEB-ABR 20*	95.24	100	0	100
	MAY-JUL 20**	84.43	100	0	100
	AGO-OCT 20**	90.71	100	0	100
	NOV-DIC 20	95.24	100	0	100
X2.2.2	ENE-DIC 20	92.92	100	0	100
	ENERO 20	90.91	100	0	100
	FEB-ABR 20*	95.24	100	0	100
	MAY-JUL 20**	90.48	100	0	100
	AGO-OCT 20**	92.86	100	0	100
	NOV-DIC 20	95.24	100	0	100
X2.2.3	ENE-DIC 20	91.17	100	0	100
	ENERO 20	90.91	100	0	100
	FEB-ABR 20*	95.24	100	0	100
	MAY-JUL 20**	86.67	100	0	100
	AGO-OCT 20**	90.48	100	0	100
	NOV-DIC 20	92.60	100	0	100
X2.2.5	ENE-DIC 20	91.51	100	0	100
	ENERO 20	90.91	100	0	100
	FEB-ABR 20*	95.24	100	0	100
	MAY-JUL 20**	90.48	100	0	100
	AGO-OCT 20**	85.71	100	0	100
	NOV-DIC 20	95.24	100	0	100
X2.2.6	ENE-DIC 20	90.61	100	0	100
	ENERO 20	90.91	100	0	100
	FEB-ABR 20*	92.86	100	0	100

	MAY-JUL 20**	88.10	100	0	100
	AGO-OCT 20**	90.70	100	0	100
	NOV-DIC 20	90.48	100	0	100

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

Sobre este componente temático, que reúne los indicadores vinculados a la captación y seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, sobresale el descenso significativo en el cumplimiento promedio del indicador de visita domiciliaria del recién nacido de riesgo (X2.1), donde se observa una caída de más de 25 puntos si se compara los pagos asociados a los trimestres previos a la pandemia.

En tanto, el resto de los indicadores muestra un comportamiento promedio similar al observado para toda la meta 1 y su caída en los meses de mayor incidencia de la pandemia no es tan significativa como la destacada anteriormente.

- *Componente Control del niño y la niña*

Cuadro 18- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente Control del niño y la niña

COMPONENTE: CONTROL DEL NIÑO/A					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X3.1	ENE-DIC 20	90.49	100	0	100
	ENERO 20	86.11	100	0	100
	FEB-ABR 20*	92.86	100	0	100
	MAY-JUL 20**	90.48	100	0	100
	AGO-OCT 20**	92.74	100	0	100
	NOV-DIC 20	90.48	100	0	100
X3.2	ENE-DIC 20	89.10	100	0	100
	ENERO 20	86.00	100	0	100
	FEB-ABR 20*	90.48	100	0	100
	MAY-JUL 20**	90.48	100	0	100
	AGO-OCT 20**	89.14	100	0	100
	NOV-DIC 20	89.57	100	0	100
X3.3.1	ENE-DIC 20	84.27	100	0	100
	ENERO 20	91.68	100	0	100
	FEB-ABR 20*	88.48	100	0	100
	MAY-JUL 20**	81.36	100	0	100
	AGO-OCT 20**	73.79	100	0	100
	NOV-DIC 20	85.71	100	0	100
X3.3.2	ENE-DIC 20	82.97	100	0	100
	ENERO 20	88.64	100	0	100
	FEB-ABR 20*	89.07	100	0	100
	MAY-JUL 20**	82.93	100	0	100
	AGO-OCT 20**	74.64	100	0	100
	NOV-DIC 20	79.29	100	0	100
X3.4	ENE-DIC 20	86.39	100	0	100
	ENERO 20	86.11	100	0	100

	FEB-ABR 20*	94.31	100	0	100
	MAY-JUL 20**	93.12	100	0	100
	AGO-OCT 20**	73.55	100	0	100
	NOV-DIC 20	84.88	100	0	100

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

Este componente temático reúne tres de los indicadores con menor desempeño alcanzado en el periodo dentro de la Meta. Los indicadores de control de desarrollo y odontológico a los 4 años (X3.3.1 y X3.3.1) y de control oftalmológico a los 5 años (X3.4) muestran un cumplimiento promedio de 84.27, 82.97 y 86.39 respectivamente.

A su vez, estos mismos indicadores muestran un descenso significativo durante el periodo de mayor afectación por la emergencia sanitaria, comportamiento que no se observa de manera tan pronunciada en los otros dos indicadores que integran este componente: control del niño y la niña al 4to. y 18vo. mes de vida (X3.1 y X3.2).

- *Componente Control de la mujer embarazada*

Los cuatro indicadores que integran este componente muestran un cumplimiento promedio superior al observado para toda la meta y el mismo no se ve afectado en los periodos de mayor incidencia de la pandemia. Destaca particularmente la muy buena performance del indicador sobre control de VIH y VDRL en la mujer embarazada (X4.1), con un cumplimiento promedio de 96.01.

Cuadro 19- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente control mujer embarazada

COMPONENTE: CONTROL DE MUJER EMBARAZADA					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X4.1	ENE-DIC 20	96.01	100	0	100
	ENERO 20	99.05	100	0	100
	FEB-ABR 20*	93.38	100	0	100
	MAY-JUL 20**	96.19	100	0	100
	AGO-OCT 20**	95.57	100	0	100
	NOV-DIC 20	95.71	100	0	100
X4.2	ENE-DIC 20	93.12	100	0	100
	ENERO 20	92.59	100	0	100
	FEB-ABR 20*	92.55	100	0	100
	MAY-JUL 20**	92.52	100	0	100
	AGO-OCT 20**	92.02	100	0	100
	NOV-DIC 20	95.93	100	0	100
X4.3a	ENE-DIC 20	91.90	100	0	100
	ENERO 20	88.10	100	0	100
	FEB-ABR 20*	92.86	100	0	100
	MAY-JUL 20**	92.86	100	0	100
	AGO-OCT 20**	92.86	100	0	100

	NOV-DIC 20	92.86	100	0	100
X4.3b	ENE-DIC 20	92.38	100	0	100
	ENERO 20	90.48	100	0	100
	FEB-ABR 20*	92.86	100	0	100
	MAY-JUL 20**	92.86	100	0	100
	AGO-OCT 20**	92.86	100	0	100
	NOV-DIC 20	92.86	100	0	100

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

- *Componente Violencia basada en género y generaciones*

El pago de este indicador, desde enero a octubre de 2020, estuvo asociado a la capacitación en los protocolos institucionales de abordaje de situaciones de violencia doméstica y sexual. No se observa una caída significativa del desempeño en los meses de mayor afectación de la pandemia, considerando que en este caso se concedió un trimestre de prórroga para realizar las actividades de capacitación.

En tanto, los pagos de noviembre y diciembre exigían la realización de actividades de promoción en salud en la comunidad con relación a la temática, donde se observa un cumplimiento promedio de 95.24.

Cuadro 20- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente VBG

COMPONENTE: VIOLENCIA DE GÉNERO Y GENERACIONES					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X5	ENE-DIC 20	94.75	100	0	100
	ENERO 20	93.18	100	0	100
	FEB-ABR 20*	99.67	100	0	100
	MAY-JUL 20**	92.86	100	0	100
	AGO-OCT 20**	92.86	100	0	100
	NOV-DIC 20	95.24	100	0	100

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

META 2: OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2020- ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Diseño de la meta según Instructivo vigente

Durante el año 2020 se abordaron las líneas de acción priorizadas por los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, vinculadas a las enfermedades no transmisibles -en población adulta- prevalentes a nivel país. Su implementación en el marco de la Meta 2 se enmarca en las definiciones y criterios establecidos por Instructivo vigente, aprobado por la JUNASA, según Resolución N° 267, con fecha 7 de junio de 2019. Allí se establece un periodo de aplicación semestral que se extiende por cuatro semestres, desde enero de 2019 a diciembre de 2020. En tanto, el pago correspondiente al cumplimiento alcanzado se hace efectivo desde noviembre de 2019 a octubre de 2021.

Para el periodo 2019-2020, la Meta 2 se focaliza en las siguientes temáticas sanitario-asistenciales priorizadas por Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, siendo los cuatro *componentes* que finalmente la conforman, cada uno con sus respectivos *indicadores*.

- 1) Disminución de las complicaciones asociadas a la **hipertensión arterial** (dos indicadores)
- 2) Reducción de la mortalidad precoz por **enfermedades cardiovasculares** (un indicador)
- 3) Disminución de las complicaciones crónicas de la **diabetes** (dos indicadores)
- 4) Reducción de la mortalidad por **cáncer**, con énfasis en las muertes prematuras (ocho indicadores)

La meta cuenta con un total de trece indicadores, si bien los Prestadores deben adherirse a diez, de acuerdo con el siguiente esquema:

- Siete indicadores comunes: dos indicadores de hipertensión, uno de reperfusión de IAM con ST elevado, dos de diabetes y dos de cáncer colo-rectal.
- Tres indicadores optativos vinculados a la temática cáncer de cuello de útero o cáncer de mama.

Cabe mencionar que el componente temático cáncer cuenta con dos fases de ejecución. Durante el primer semestre (enero-junio 2019) se aplicó un indicador cuyo objetivo era medir el nivel de avance en la implementación de la Historia Clínica Electrónica Oncológica, de acuerdo con los siguientes hitos:

- i) Agenda interoperable con la HCEO,
- ii) Configuración de la HCEO según parámetros del prestador,
- iii) Capacitación Recursos Humanos y iv) Puesta en funcionamiento y uso.

A partir del segundo semestre (julio-diciembre 2019) se aplicaron los indicadores comunes y opcionales antes mencionados.

A continuación, la Tabla 3 describe los indicadores que integran cada componente de la Meta 2. Se detallan los *Valores Meta*, es decir, el nivel de desempeño definido como objetivo a alcanzar por el Prestador en cada semestre, pudiéndose tratar de un valor meta fijo o un valor de crecimiento (reducción de brecha).

Finalmente, se presenta el *Monto Disponible* (en pesos) vigente entre julio y diciembre de 2020, siendo el pago que se efectúa por usuario FONASA cuando se alcanza el 100% del cumplimiento del indicador. Cabe señalar que cuando el prestador no logra alcanzar el 100%, pero su cumplimiento se encuentra por encima del valor definido como valor piso obtiene un pago proporcional. Por debajo del valor piso, no corresponde pago alguno.

El monto disponible total para la Meta 2 fue de \$46.13 de enero a junio de 2020 y de 47.87\$ de julio a diciembre de 2020, por usuario FONASA.

De acuerdo con el calendario de cumplimiento y pago definido para Meta 2, los pagos efectuados durante el periodo enero-diciembre 2020 se corresponden a los desempeños alcanzados en los semestres de cumplimiento que se detallan en la tabla 4.

Tabla 3: Descripción de indicadores de Meta 2. Periodo 2019-2020

COMPONENTE	INDICADOR	VALOR META	MONTO DISPONIBLE
Hipertensión arterial	X1) Porcentaje de usuarios de 25 a 64 años en tratamiento para hipertensión	Cubrir 36% de la brecha	5.9838
	X2.3) Porcentaje de usuarios hipertensos de 25 a 64 años con consulta médica vigente.	Cubrir 60% de la brecha	5.9838
Enfermedades cardiovasculares	X4.1) Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por IAM con ST elevado	90%	11.9675
Diabetes	X5.2.1) Porcentaje de usuarios con diabetes con relación al total de usuarios de 25 a 64 años	Grupo 1: 32% brecha Grupo 2: 60% brecha	5.9838
	X5.2.2) Porcentaje de usuarios con diabetes que se realizaron hemoglobina glicosilada en el último año.	Cubrir 80% de la brecha	5.9838
	X5.2.3) Porcentaje de usuarios con diabetes con resultado de hemoglobina glicosilada menor a 8%.	Cubrir 100% de la brecha	5.9838
Cáncer colorrectal (común)	X5.1.4) Tasa de cobertura en tamizaje de cáncer colorrectal en usuarios de 60 - 70 años	Grupo 1: 35% brecha Grupo 2: 55% brecha	2.3935
	X5.1.5) Porcentaje de usuarios con test de sangre oculta positivo que se realizaron fibrocolonoscopia.	75%	2.3935
Cáncer de cuello de útero (optativo I)	X5.1.1) Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años	Grupo 1: 55% brecha Grupo 2: 75% brecha	2.3935
	X5.1.2) Porcentaje de mujeres con PAP patológico que se realizan colposcopías	Grupo 1: 65% brecha Grupo 2: 90% brecha	2.3935
	X5.1.3) Porcentaje de usuarias con biopsia H-SIL y más del semestre que inician tratamiento	80%	2.3935
Cáncer de mama (optativo II)	X5.1.6) Tasa de cobertura de tamizaje con mamografías en mujeres de 50 a 69 años	Cubrir 50% de la brecha	2.3935
	X5.1.7) Porcentaje de mujeres con resultado de mamografía BIRADS IV y V con informe de anatomía patológica	50%	2.3935
	X5.1.8) Porcentaje de usuarias con confirmatorio por anatomía patológica que inician tratamiento	80%	2.3935

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

Tabla 4: Período de cumplimiento y pago 2020 de la Meta 2

BIANULIDAD	SEMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (mes)
2019-2020	enero-junio 2019	enero-abril 2020
2019-2020	julio-diciembre 2019	mayo-octubre 2020
2019-2020	enero-junio 2020	noviembre-diciembre 2020

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

Flexibilización de Meta 2 en contexto de emergencia sanitaria por COVID 19

Con motivo de la emergencia sanitaria que comenzara en marzo de 2020, fue necesaria la aplicación de una serie de flexibilizaciones con relación a los criterios y niveles de exigencia de la Meta 2. En este caso, se procuró articular la priorización y focalización de los recursos asistenciales que requería la atención por COVID-19, sin descuidar el tratamiento oportuno que requieren algunas de las patologías prevalentes abordadas por esta meta.

Los periodos de cumplimiento previos al inicio de la emergencia sanitaria mantuvieron los criterios y niveles de exigencia establecidos por el Instructivo vigente, concretamente los semestres enero-junio 2019 y julio-diciembre 2019, correspondientes a los pagos efectuados entre enero y octubre de 2020.

Cabe puntualizar que para el semestre julio-diciembre 2019, la Resolución JUNASA N°5 otorgó una prórroga de un mes para la entrega de la información por parte de los Prestadores, en tanto la misma estaba inicialmente prevista por instructivo para el 20 de marzo de 2020.

La misma resolución establece para el semestre de cumplimiento enero-junio 2020, asociado a las erogaciones de noviembre y diciembre de 2020, el pago contra entrega de información de los indicadores de la Meta 2 y su monto sería equivalente al pago obtenido en el último semestre de cumplimiento efectivo (julio-diciembre 2019).

Por otro lado, se aprobó el registro de la auto-toma de presión arterial para el indicador X2.3, referido al porcentaje de usuarios hipertensos de 25 a 64 años con consulta médica vigente.

Resultados de Meta 2

En este apartado se presentan medidas resumen (mediana, promedio, mínimo y máximo) de los *cumplimientos* de Meta 2 que originaron los pagos efectuados desde enero a diciembre de 2020, según se detalla en el esquema de cumplimiento y pago presentado en la tabla 4.

Tal como se planteó anteriormente, los datos aquí presentados no pueden ser interpretados como desempeño asistencial efectivo sino como el porcentaje de cumplimiento de la meta, en tanto éste pone en consideración el desempeño asistencial alcanzado (numerador/denominador) con respecto a un valor piso (desempeño mínimo por debajo del cual no se paga la meta) y un valor meta (desempeño asistencial definido como objetivo a alcanzar).

Cabe reiterar la pertinencia de analizar el *cumplimiento* alcanzado en el marco del ejercicio de rendición de cuentas del FONASA durante el 2020, siendo que el mismo da cuenta del porcentaje del monto disponible en pesos que finalmente se paga. En tanto, el *valor alcanzado* (numerador/denominador) da cuenta del desempeño asistencial logrado por el Prestador en cada indicador de la Meta (dato disponible en Anexo).

Nuevamente, corresponde explicitar la excepción que surge de la aplicación de las flexibilizaciones detalladas anteriormente. Los datos correspondientes al período de pago noviembre-diciembre 2020(**) informan sobre el cumplimiento efectivamente alcanzado y calculado en base a la información entregada por los Prestadores, si bien el pago realizado fue igual al cumplimiento presentado para el periodo de pago mayo-octubre 2020(*), según habilita la Resolución JUNASA N°5.

El cuadro 21 muestra que el cumplimiento promedio de Meta 2 para el total del período (enero-diciembre 2020) fue de 78.67%, mientras que el valor de la mediana indica que al menos la mitad de los Prestadores de Salud alcanzaron un cumplimiento del 100%.

Se puede observar que los niveles de cumplimiento más bajos tienen lugar en noviembre y diciembre, siendo los meses de pago asociados a los periodos de mayor incidencia de las medidas asistenciales y sanitarias adoptadas por la emergencia sanitaria. Los pagos que hubieran correspondido a noviembre y diciembre 2020, de acuerdo con el cumplimiento alcanzado en el semestre enero-junio 2020 sería de 68.3% del monto disponible, en promedio. Sin embargo, flexibilización mediante, el pago efectivamente realizado fue de 77.5% en promedio.

Cuadro 21- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Meta 2

META 2				
Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
ENE-DIC 20	78.67	100	0	100
ENE-ABR 20	91.3	100	0	100
MAY-OCT 20*	77.5	100	0	100
NOV-DIC 20**	68.3	100	0	100

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

A continuación, se detallan valores de cumplimiento alcanzado para cada uno de los 13 indicadores que integran la Meta 2. El valor de la mediana permite afirmar que en la mayoría de los indicadores

al menos la mitad de los Prestadores de Salud alcanzaron un cumplimiento de 100%. Por lo tanto, la variabilidad en el cumplimiento y pago entre indicadores puede observarse a partir de los valores promedio.

- *Componente Disminución de complicaciones asociadas a la Hipertensión Arterial*

Este componente reúne dos indicadores: el de captación de usuarios de 25 a 64 años con hipertensión y la consulta médica vigente en los usuarios de 25 a 64 años hipertensos.

Con relación al primero se puede observar que su cumplimiento fue sostenido durante todo el período, con un 84.59% de cumplimiento en promedio. Notándose inclusive un aumento de este (87.60%) en los meses de pago relacionados al semestre de mayor incidencia de la emergencia sanitaria.

Respecto al segundo indicador alcanza un cumplimiento promedio de 71.39% para todo el año. Si se observa el porcentaje por períodos, destaca la baja de casi 30 puntos porcentuales entre el primer período de pago: enero-abril 2020 relacionado al cumplimiento del semestre enero-junio 2019 y el último período de pago (nov-dic 2020) relacionado al cumplimiento del semestre enero-junio 2020. Aun habiendo validado medidas alternativas como fueron la telemedicina y la auto-toma de la presión arterial, se constata la dificultad de mantener los niveles de cumplimiento alcanzado durante el semestre afectado por la pandemia.

Cuadro 22- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente Hipertensión arterial

COMPONENTE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X1	ENE-DIC 20	84.59	100	0	100
	ENE-ABR 20	84.00	100	0	100
	MAY-OCT 20*	82.25	100	0	100
	NOV-DIC 20**	87.60	100	0	100
X2.3	ENE-DIC 20	71.39	100	0	100
	ENE-ABR 20	81.40	100	0	100
	MAY-OCT 20*	79.02	100	0	100
	NOV-DIC 20**	53.34	65.325	0	100

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

- *Componente Disminución de las complicaciones crónicas de la Diabetes*

Este componente reúne 3 indicadores: uno vinculado al diagnóstico y captación de usuarios con diabetes, y dos al tratamiento y seguimiento de la patología. A su vez, se conforman dos grupos de instituciones. Mientras que el indicador de diagnóstico y captación (X5.2.1) es común para los dos grupos, para el indicador de tratamiento y seguimiento se plantean dos posibilidades (X5.2.2 o 5.2.3), dependiendo de si el prestador había optado por el tema diabetes en el bienio anterior o no.

En la captación se observa un cumplimiento promedio del 95.67%, manteniéndose durante los tres periodos del año. Sin embargo, en ambos indicadores de seguimiento se observa un cumplimiento promedio de 43.90% y 48.57% respectivamente; si se mira el comportamiento por período se puede observar una baja importante hacia el semestre de inicio de la emergencia sanitaria. Marcando 43 y 61 puntos porcentuales respectivamente de descenso.

Cuadro 23- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente Diabetes

COMPONENTE: DIABETES					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X5.2.1	ENE-DIC 20	95.67	100	0	100
	ENE-ABR 20	95.15	100	0	100
	MAY-OCT 20*	96.76	100	0	100
	NOV-DIC 20**	95.09	100	0	100
X5.2.2	ENE-DIC 20	43.90	17.945	0	100
	ENE-ABR 20	58.62	100	0	100
	MAY-OCT 20*	56.15	66.17	0	100
	NOV-DIC 20**	15.98	0	0	99.96
X5.2.3	ENE-DIC 20	48.57	45.2	0	100
	ENE-ABR 20	76.49	100	0	100
	MAY-OCT 20*	53.62	68.72	0	100
	NOV-DIC 20**	15.24	0	0	100

- *Componente Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares*

En este componente se monitorea el porcentaje de reperfusiones medicamentosas y/o mecánicas de egresos por Infarto Agudo de Miocardio con ST elevado con respecto a número total de egresos por IAMST. La meta exigida para este período fue del 90% y el cumplimiento promedio alcanzado fue del 97.61%, con una mediana de 100%.

Cuadro 24- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente Reperusión IAM-ST elevado

COMPONENTE: REPERFUSIÓN IAM-ST					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X4.1	ENE-DIC 20	97.61	100	0	100
	ENE-ABR 20	96.75	100	0	100
	MAY-OCT 20*	97.20	100	0	100
	NOV-DIC 20**	98.92	100	0	100

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

- *Componente Reducción de la mortalidad por cáncer*

Fase 1: Historia Clínica Electrónica Oncológica

Para la Fase 1 de este componente se monitoreó el nivel de avance en la implementación de la Historia Clínica Electrónica Oncológica, de acuerdo con los 4 hitos definidos: i) Agenda interoperable

con la HCEO, ii) Configuración de la HCEO según parámetros del prestador, iii) Capacitación Recursos Humanos y iv) Puesta en funcionamiento y uso.

Esto se aplicó específicamente durante el primer semestre (enero-junio 2019); logrando un cumplimiento del 100 % para la totalidad de los prestadores.

Fase 2: Indicadores comunes y optativos sobre Cáncer

La fase 2 se comienza a aplicar a partir del segundo semestre (julio-diciembre 2019). Para esta fase se reúnen una serie de indicadores: comunes y optativos. Los comunes a todos los prestadores son los que abordan la temática del cáncer colo-rectal. Enfocados en un primer indicador de tamizaje de cáncer colo-rectal en usuarios de 60 a 70 años de edad y un segundo indicador que refiere a diagnóstico, a través de la realización de fibrocolonoscopia en usuarios de 60 a 70 años con test positivo de sangre oculta en materias fecales.

Cabe aclarar que para los indicadores de cáncer se definieron 2 grupos de instituciones, un primer grupo con aquellas que no habían trabajado esta temática en el periodo precedente de Meta 2 (2017-2019) y un segundo grupo que ya venían trabajando el tema desde 2017. En función de esta realidad se definieron los valores meta a alcanzar para cada grupo.

Para el indicador de tamizaje de cáncer de colon se puede observar un cumplimiento del 60.16% en promedio para todo el 2020. Por período se puede notar una baja en el cumplimiento promedio en los meses de pago noviembre y diciembre 2020 a 57.15%, esto se puede relacionar al período de cumplimiento el cual hace referencia a enero-junio 2019, momento de mayor incidencia de la pandemia.

Lo mismo sucede para el indicador de diagnóstico, el cual presenta un cumplimiento promedio de 66.76%. Notándose una baja de 12 puntos porcentuales entre los dos períodos: pre y pos inicio de emergencia sanitaria. El cumplimiento descendió de un 72.70% en el semestre julio-diciembre 2019 a un 60.68% en enero-junio 2020.

Cuadro 25- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente Cáncer Colo-rectal

COMPONENTE: CÁNCER COLO-RECTAL					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X5.1.4	MAY-DIC 20	60.16	77.5	0	100
	<i>MAY-OCT 20*</i>	63.10	78.5	0	100
	<i>NOV-DIC 20**</i>	57.15	67.19	0	100
X5.1.5	MAY-DIC 20	66.76	79.35	0	100
	<i>MAY-OCT 20*</i>	72.70	100	0	100
	<i>NOV-DIC 20**</i>	60.68	66.13	0	100

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

Dentro de los indicadores optativos se encuentra el de prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino. Este indicador fue elegido por 27 prestadores. En relación con la realización de PAP en mujeres de 21 a 64 años se observa un cumplimiento promedio del 52.67%, observándose un descenso entre ambos semestres de 13 puntos porcentuales vinculado a las dificultades de las consultas presenciales por la emergencia sanitaria. En relación al indicador de diagnóstico se observa un cumplimiento promedio del 71.48%, con un descenso de casi 10 puntos porcentuales para el periodo de mayor incidencia de la pandemia.

El indicador de tratamiento muestra un cumplimiento promedio de 81.05%, no reflejando una baja entre los semestres más allá de los efectos de la pandemia.

Cuadro 26- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente Cáncer de Cuello Uterino

COMPONENTE: CÁNCER DE CUELLO UTERINO					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X5.1.1	MAY-DIC 20	52.67	59.41	0	100
	<i>MAY-OCT 20*</i>	59.05	100	0	100
	<i>NOV-DIC 20**</i>	46.04	22.58	0	100
X5.1.2	MAY-DIC 20	71.48	100	0	100
	<i>MAY-OCT 20*</i>	76.94	100	0	100
	<i>NOV-DIC 20**</i>	65.81	100	0	100
X5.1.3	MAY-DIC 20	81.05	100	0	100
	<i>MAY-OCT 20*</i>	80.66	100	0	100
	<i>NOV-DIC 20**</i>	81.45	100	0	100

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

El segundo indicador optativo es el de prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. El mismo fue elegido por 16 prestadores. En cuanto al indicador de tamizaje (X5.1.6) se observa un cumplimiento promedio del 71.39%, pudiéndose ver reflejado el impacto negativo de la emergencia sanitaria en los 20 puntos porcentuales que disminuye el cumplimiento de un semestre a otro.

En relación con la confirmación del diagnóstico (X5.1.7) se observa un cumplimiento promedio del 93.75% y no refleja una baja en el cumplimiento con el inicio de la emergencia sanitaria. Por el contrario, el cumplimiento mejora de 87.50% a 100% de un semestre a otro.

Sobre el indicador de inicio de tratamiento (X5.1.8) se logró un 83.43% de cumplimiento promedio. El cumplimiento entre ambos semestres mejoró en casi 6 puntos porcentuales.

Cuadro 27- Cumplimiento asociado al pago enero-diciembre 2020, Componente Cáncer de mama

COMPONENTE: CÁNCER DE MAMA					
	Periodo	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X5.1.6	MAY-DIC 20	71.39	100	0	100

	MAY-OCT 20*	81.25	100	0	100
	NOV-DIC 20**	61.54	85.985	0	100
X5.1.7	MAY-DIC 20	93.75	100	0	100
	MAY-OCT 20*	87.50	100	0	100
	NOV-DIC 20**	100.00	100	0	100
X5.1.8	MAY-DIC 20	83.43	100	0	100
	MAY-OCT 20*	80.50	100	0	100
	NOV-DIC 20**	86.36	100	0	100

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

META 4: NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO

Diseño de la meta según Instructivo vigente

Se presentan a continuación un cuadro resumen que refleja las principales variables que contempla la meta 4 para el período considerado.

Cuadro 28 – Cumplimiento y pagos generados Meta 4

El cumplimiento al mes de:	Exigencia. Cantidad de cargos cada 7.000 ¹² afiliados FONASA. ¹³	Generará pagos para:	% de CAD < a 40 horas semanales que valen como 1	% de CAD AQ en el total de CAD
Jun-19	4,22	Enero 2020	35%	1%
Dic-19	4,37	Febrero-Julio 2020	30%	2%
Jun-20	4,52	Agosto-Diciembre 2020	30%	3%

La meta 4 se basa en el cumplimiento de tres componentes que se describen a continuación.

- Componente 1: Financiación de Costos Permanentes
- Componente 2: Esfuerzos en la contratación de Cargos de Alta Dedicación
- Componente 3: Cargos de Alta Dedicación

El componente 1 se cobra independientemente de la cantidad de CAD o FAD contratados. Las Instituciones que a la fecha de entrega no cuenten con ningún CAD o FAD no cobran este componente.

El componente 2 lo cobran aquellas instituciones que hayan demostrado los esfuerzos realizados en contratar los cargos, hayan o no alcanzado el porcentaje de cumplimiento exigido en el componente 3. Las Instituciones que a la fecha de entrega no cuenten con ningún CAD o FAD no cobran este componente.

¹²Para el caso de ASSE se consideran funciones cada 7.776 afiliados (Resolución nº884 JUNTA NACIONAL DE SALUD – noviembre 2014).

¹³Estos valores se aplican a todos los prestadores con excepción de Blue Cross, Hospital Británico y Medicina Personalizada, por no entrar en la flexibilización establecida en la resolución Nº 486 de la Junta Nacional de Salud. La exigencia para esos tres prestadores es de 5,08 cargos cada 7.000 afiliados FONASA.

El componente 3 mide el cumplimiento de la exigencia de CAD o FAD estipulado por la Junta Nacional de Salud. Se cobra de forma total únicamente si la institución alcanza la cantidad de CAD o FAD exigida. De no alcanzar la totalidad de los cargos exigidos, aquellas instituciones que avancen en la contratación entre un período y otro, o que en el período anterior hayan contratado CAD o FAD por encima de las exigencias, cobran la proporción que corresponda del componente 3. El pago se hace de manera proporcional entre los CAD o FAD contratados hasta ese semestre y los exigidos para el mismo, siguiendo las fórmulas que se establecen en el instructivo.

Para el caso de las especialidades médicas, aquellos CAD o FAD con una carga horaria menor a 175 horas mensuales, se computan para la meta 4 como 1 CAD o FAD siempre que no superen los porcentajes del total de CAD o FAD contratados por la institución de acuerdo al esquema que se presentó en el cuadro anterior. Por encima de los umbrales definidos, cada CAD o FAD adicional de menos de 175 horas mensuales se computa para la meta en un porcentaje calculado dividiendo la cantidad de horas semanales promedio del total de cargos de menos de 40 horas semanales entre 44 horas semanales. Para el cómputo de la meta 4, se multiplica dicho porcentaje por el total de CAD o FAD de menos de 175 horas mensuales que quedan por encima de los umbrales.

A su vez, a partir de junio de 2019 se agregó la exigencia de un porcentaje mínimo de CAD o FAD de especialidades anestésico-quirúrgicas (AQ) que surge del acuerdo de consejo de salarios de octubre de 2018 y se incorpora al instructivo de la meta 4. Se muestra en el cuadro el porcentaje de cargos AQ exigido en cada período.

Para el cálculo del cobro del componente 3, a aquellas instituciones que no alcanzan la meta mínima de cargos AQ y no presentan llamados tal como se establece en el instructivo, se descuenta la cantidad de cargos AQ exigidos al total de cargos contratados. En caso de que la institución haya contratado un total de CAD o FAD por encima de los exigidos, el descuento de los cargos AQ se realiza sobre el total de cargos exigidos, y es ese valor el que se computa para el cálculo del cumplimiento del componente 3.

Adicionalmente, la meta 4 también contempla la contratación de CAD o FAD con posterioridad al cierre del informe. Estas contrataciones pueden generar cambios totales o parciales en el cumplimiento de la meta y podrán informarse en actualizaciones a entregar cada mes, tomándose en cuenta para el cálculo de pago de la misma, desde el mes siguiente de cuando fuera informada y para los meses que resten hasta que se acabe el semestre de pago.

Resultados de Meta 4

Como se detalló previamente, los pagos realizados por la Meta 4 para el 2020, corresponden a desempeños de tres semestres (enero-junio 2019, julio-diciembre 2019 y enero-junio 2020).

Enero 2020

En enero 2020 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a junio 2019. Tal cual lo establece el instructivo, para el caso de 2 instituciones también se tuvieron en cuenta la contratación de 2 CAD en el mes de agosto y 1 CAD en el mes de octubre, dado que generaron cambios en el cumplimiento de la meta y el correspondiente pago.

Cuadro 29- Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Enero 2020.

	Componente 1		Componente 2		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro	No cobro	Cobro		No cobro
					total	parcial	
Sector mutual	35	1	34	2	26	7	3
ASSE	1	0	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	6	0	0	6

De las 26 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 19 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 7 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 7 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 83%. Dos de ellas están únicamente afectadas por el descuento correspondiente a la exigencia de cargos AQ.

Por su parte, ASSE cobró la totalidad del componente 3 y contrató FAD por encima de las exigencias. Los seguros integrales no cobraron ninguno de los componentes de la meta.

Cuadro 30- Cantidad de CAD/FAD que se computaron para el pago de la meta 4. Enero 2020.

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento Promedio
Sector mutual	1.163	1.074,89	92%
ASSE	272	362	133%
Seguros integrales	46	0	0%

La cantidad de CAD/FAD contabilizados para el pago de la meta 4 puede no coincidir estrictamente con la cantidad de CAD/FAD contratados por las instituciones. Las diferencias radican en los posibles descuentos realizados por el no cumplimiento de la cantidad de CAD/FAD AQ exigidos y/o por el cómputo proporcional de los CAD/FAD de menos de 40 horas semanales que superen el 35% de los CAD/FAD contratados.

A junio 2019 la exigencia de CAD/FAD de especialidades AQ fue del 1% de los CAD/FAD contratados, lo que afectó a 3 instituciones del sector mutual y a ASSE.

Para el sistema mutual, las 3 instituciones se vieron exigidas a contratar 3 CAD AQ en total, ninguna de las instituciones que debía contratar CAD AQ lo hizo, ni presentaron llamados realizados, lo que llevó a descuentos en la cantidad de CAD que se computan para la meta.

En el caso de ASSE, debía contratar 3 FAD AQ y contrató 19 (7 de anestesia y 12 de ginecología), superando las exigencias.

En cuanto a los CAD/FAD con menos de 40 horas semanales, las instituciones del sector mutual contrataron 127 cargos que fueron computados para meta 4 como 125,89, debido a que en una institución dichos cargos superaron el 35% del total de CAD contratados y se aplicó la proporcionalidad establecida en el instructivo. Por su parte ASSE contrató 99 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron considerados en su totalidad para la meta dado que no superaron el porcentaje establecido como umbral.

Febrero – Julio 2020

Para los meses de febrero a julio 2020 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a diciembre de 2019. En este período las instituciones no presentaron cambios que generaran modificaciones en los cumplimientos, por lo que los pagos realizados se corresponden con lo informado a diciembre 2019.

Cuadro 31-Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Febrero a Julio 2020

	Componente 1		Componente 2		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro	No cobro	Cobro		No cobro
					total	parcial	
Sector mutual	35	1	34	2	25	8	3
ASSE	1	0	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	6	0	0	6

De las 25 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 18 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 7 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 8 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 87%. Tres de ellas están únicamente afectadas por el descuento correspondiente a la exigencia de cargos AQ.

Por su parte, ASSE cobró la totalidad del componente 3 y contrató FAD por encima de las exigencias. Los seguros integrales no cobraron ninguno de los componentes de la meta.

Cuadro 32- Cantidad de CAD/FAD que se computaron para el pago de la meta 4. Febrero a Julio 2020.

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento promedio
Sector mutual	1.195	1.129,36	95%
ASSE	282	374	133%
Seguros integrales	47	0	0%

La cantidad de CAD/FAD contabilizados para el pago de la meta 4 puede no coincidir estrictamente con la cantidad de CAD/FAD contratados por las instituciones. Las diferencias radican en los posibles

descuentos realizados por el no cumplimiento de la cantidad de CAD/FAD AQ exigidos y/o por el cómputo proporcional de los CAD/FAD de menos de 40 horas semanales que superen el 30% de los CAD/FAD contratados.

A diciembre 2019 la exigencia de CAD/FAD de especialidades AQ fue del 2% de los CAD/FAD contratados o exigidos, según corresponda, lo que afectó a 6 instituciones del sector mutual y a ASSE.

Para el sistema mutual, las 6 instituciones se vieron exigidas a contratar 10 CAD AQ en total, ninguna de las instituciones que debía contratar CAD AQ lo hizo, y sólo una institución realizó llamados, lo que llevó a aplicar descuentos en la cantidad de CAD que se computan para la meta a 5 de las 6 instituciones implicadas.

En el caso de ASSE, debía contratar 5 FAD AQ y contrató 24 (9 de anestesia, 12 de ginecología y 3 de cirugía general), cumpliendo con las exigencias.

En cuanto a los CAD/FAD con menos de 40 horas semanales, las instituciones del sector mutual contrataron 147 cargos que fueron computados para meta 4 como 145,36, 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. Por su parte ASSE contrató 100 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron considerados en su totalidad para la meta dado que no superaron el porcentaje establecido como umbral.

Agosto – Diciembre 2020

Para los meses de agosto a diciembre 2020 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a junio de 2020. Adicionalmente, para algunos meses se tuvieron en cuenta cambios realizados con posterioridad al cierre del informe. En este sentido, tres instituciones incorporaron cargos que fueron aprobados, y por tanto impactaron en el pago de algunos meses. Para el caso de CAAMEPA y CAMS alcanzan el 100% del cumplimiento del componente 3 a partir de setiembre 2020, en agosto no cobraron dicho componente.

Para el caso del SMI, la incorporación de un cargo adicional en el mes de octubre, implica un aumento del cumplimiento del componente 3 que pasó de ser un 72% en agosto y setiembre a un 74% a partir de octubre. Los valores presentados en los cuadros incorporan los cambios de esas tres instituciones.

Cuadro 33- Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Agosto-diciembre 2020.

	Componente 1		Componente 2		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro	No cobro	Cobro		No cobro
					total	parcial	
Sector mutual	35	1	34	2	25	8	3

ASSE	1	0	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	6	0	0	6

De las 25 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 18 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 7 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 8 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 88%. Tres de ellas están únicamente afectadas por el descuento correspondiente a la exigencia de cargos AQ.

Por su parte, ASSE cobró la totalidad del componente 3 y contrató FAD por encima de las exigencias. Los seguros integrales no cobraron ninguno de los componentes de la meta.

Cuadro 34- Cantidad de CAD/FAD que se computaron para el pago de la meta 4. Agosto-diciembre 2020.

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento promedio
Sector mutual	1.234	1.164,55	94%
ASSE	293	354 ¹⁴	121%
Seguros integrales	48	0	0%

La cantidad de CAD/FAD contabilizados para el pago de la meta 4 puede no coincidir estrictamente con la cantidad de CAD/FAD contratados por las instituciones. Las diferencias radican en los posibles descuentos realizados por el no cumplimiento de la cantidad de CAD/FAD AQ exigidos y/o por el cómputo proporcional de los CAD/FAD de menos de 40 horas semanales que superen el 30% de los CAD/FAD contratados.

A junio 2020 la exigencia de CAD/FAD de especialidades AQ fue del 3% de los CAD/FAD contratados o exigidos, según corresponda, lo que afectó a 10 instituciones del sector mutual y a ASSE.

Para el sistema mutual, las 10 instituciones se vieron exigidas a contratar 17 CAD AQ en total, 3 de ellas cumplen con las exigencias, 2 presentan llamados y las restantes 5 no contrataron CAD AQ. De las 3 instituciones que contrataron CAD de especialidades AQ, 2 lo hicieron por encima de las exigencias contratando 8 CAD AQ (5 de ginecología y 3 de cirugía general) y una institución contrató la cantidad exigida (1 CAD de ginecología). Para las 5 instituciones que no cumplieron con la exigencia se aplicaron descuentos en la cantidad de CAD que se computan para la meta.

En el caso de ASSE, debía contratar 8 FAD AQ y contrató 25 (10 de anestesia, 12 de ginecología y 3 de cirugía general), cumpliendo con las exigencias.

¹⁴ Cabe aclarar que si bien ASSE informa nuevas FAD a junio 2020, la cantidad de FAD considerados para la meta 4 es menor a la informada para el período anterior debido a que informa varias renunciaciones y a que varias FAD de neonatología que estaban aprobadas pasan a estar observadas por cambios en la composición de una de las unidades de CTI neonatal.

En cuanto a los CAD/FAD con menos de 40 horas semanales, las instituciones del sector mutual contrataron 164 cargos que fueron computados para meta 4 como 162,55, 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. Por su parte ASSE contrató 100 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron considerados en su totalidad para la meta dado que no superaron el porcentaje establecido como umbral.

META 5: CAPACITACIÓN Y PAGO VARIABLE A LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

En el año 2020 se continúa con la aplicación de la meta 5 que financia 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 al nivel de cumplimiento con el pago FONASA correspondiente al mes de diciembre de 2020.

Asimismo, dado en el mes de febrero de 2020 se realizó un pago complementario como ajuste de lo adelantado en el mes de diciembre 2019, dado que al momento de la liquidación de diciembre la información sobre la masa salarial del año tiene los meses de octubre, noviembre y diciembre estimados.

Para el caso de ASSE el pago realizado en 2020 se corresponde con lo devengado en 2019. El correspondiente al año 2020 se paga en 2021.

Para obtener la partida anual variable cada trabajador debía realizar una capacitación virtual auto administrada que para el año 2020 fue de 4 horas obligatorias que habilitan el cobro de la partida. La reducción de la carga horaria en este año estuvo motivada por la situación de emergencia sanitaria. En el caso del subsector privado el trabajador debía realizar el curso “Aprendizajes de la pandemia y desafíos ante los nuevos escenarios sanitarios” y en el caso de ASSE la partida que se paga en 2020 es contra el curso de 2019 denominado “Curso actualización 2020” o contra el curso que se realizó ese año para el subsector privado denominado “El cuidado de nuestra persona. Práctica clave para una buena salud”.

Para cada institución privada el porcentaje de cumplimiento de la meta se calculó como el cociente entre las partidas salariales variables efectivamente pagas 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 2020 fue calculado el 3.5% de la masa salarial devengada en el período enero 2020 - octubre 2020 y de la estimada para los meses de noviembre y diciembre de 2020. A su vez se le aplica un tope de 62.114 pesos nominales si el 3,5% de la masa salarial real y estimada del 2020 superaba dicho monto. Únicamente los cargos CAD están exentos del tope. Fueron consideradas las provisiones de cuota-partes de aguinaldo y salario vacacional generados en período. Esto se aplicó a los trabajadores que culminaron los cursos al 13 de diciembre de 2020 o se encontraban exonerados de realizarlos.

A continuación, se presentan los montos pagados por meta 5 en el 2020 para cada prestador integral privado.

Cuadro 35 - Pagos Meta 5 Año 2020

Prestador	Reliquidación 2019 pago 02/ 2020	Pago Meta 5 - 12/2020
AMEDRIN	23.165,45	7.275.286,24
AMSI	559.328,78	33.248.032,22
ASESP	1.588.671,90	165.713.021,80
CAAMEPA	1.040,08	26.058.052,39
CAMCEL	84.317,69	22.999.017,58
CAMDEL	46.870,69	20.101.528,01
CAMEC	35.206,29	35.630.375,34
CAMEDUR	428.900,69	23.295.081,56
CAMOC	170.131,30	15.342.816,97
CAMS	267.992,37	33.217.851,32
CAMY	224.398,81	4.490.626,53
CAGAL	152.368,67	49.093.752,77
CASMER	269.320,90	22.980.274,46
CASMU	2.502.427,00	175.220.306,70
CCOU	545.938,27	61.886.621,40
COMECA	238.906,92	33.429.026,30
COMEF	104.487,37	23.470.410,42
COMEFLO	24.350,41	7.165.909,20
COMPEA	236.338,69	47.837.403,51
COMERI	244.038,15	11.299.698,63
COMERO	93.867,29	29.478.703,93
COMETT	2.053,92	162.742,48
COMTA	504,90	22.644.757,09
COSEM	695.419,07	26.115.849,48
CRAME	523.306,87	26.022.518,91
CRAMI	208.523,49	24.597.800,98
CUDAM	16.190,71	26.960.043,77
GREMCA	1.350.381,60	10.650.928,33
GREMEDA	153.987,52	17.366.041,60
HOSPITAL BRITANICO	161.873,28	48.720.077,82

HOSPITAL EVANGELICO	680.017,70	53.045.700,19
IAC	244.527,71	13.147.269,84
MEDICA URUGUAYA	335.608,80	202.093.600,00
MEDICARE	5.375,84	831.715,52
MP	530.367,24	9.212.935,63
SEGURO AMERICANO	587.261,81	34.457.207,91
SMI	96.827,51	91.443.990,90
SMQS	76.259,23	31.710.520,71
SUMMUM	968.772,85	257.536,29
SWISS MEDICAL	21.364,56	3.407.416,38
UNIVERSAL	533.816,86	38.865.522,61

En el caso de ASSE el pago de meta 5 realizado en abril de 2020 fue de \$532.068.581 y correspondió a la aplicación de la meta para el año 2019.

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 esta.

Pago por metas

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

Cuadro 36- Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA

PAGO POR AFILIADO FONASA (\$)	META 1	META 2	META 4
Enero - julio 2020	111.38	46.13	51.03
Julio- diciembre 2020	115.59	47.87	52.96

Fuente: Área Economía de la Salud

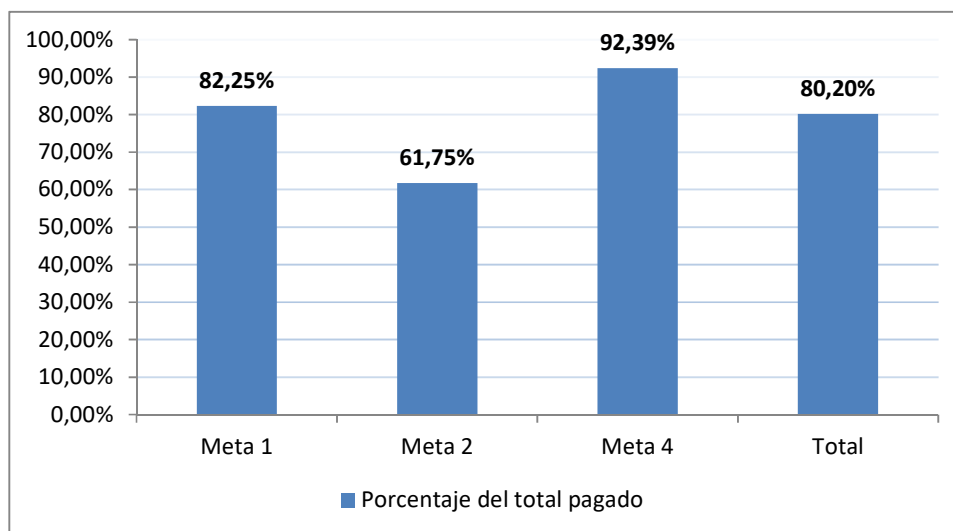
En el año 2020 los prestadores del SNS cobraron por el componente meta el 80.20% del máximo posible, lo que puede considerarse como un indicador del cumplimiento o desempeño global en las acciones promovidas a través de este mecanismo de pago¹⁵. Esto significa 6 puntos porcentuales menos de lo cobrado durante 2019.

En el gráfico siguiente se detalla el porcentaje de pago por cada una de las metas con relación al valor máximo para el año 2020. Un primer dato es que aumentan las diferencias en los porcentajes alcanzados comparando entre las metas con respecto al 2019, donde el escenario era más homogéneo.

¹⁵ 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.

La Meta 4 sigue presentando un mayor porcentaje de pago (92.39%) y aumenta con respecto al 88.4% observado en 2019. En segundo lugar, se encuentra Meta 1 con un 82.25% no muy distante del 85.5% observado en 2019. Por último y bastante por debajo se encuentra Meta 2 con un 61.75% y con una caída de 25 puntos porcentuales con respecto al 86,2% obtenido en 2019.

Gráfico 4- Porcentaje de pago por Metas sobre el máximo a cobrar 2020



Fuente: Área Economía de la Salud



N° Expediente **2021-28-1-037331**

Tipo de Expediente	Informes Financieros
Oficina origen	Banco de Previsión Social / 336 Gerencia Finanzas - GFIN / 338 Contaduría - GFIN
Prioridad	Normal
Acceso restringido:	No

Asunto

INFORME DE RENDICION DE CUENTAS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA) EJERCICIO 2020

Tipo de Titular	OFICINA
Datos Titular	Nombre Oficina: 338 Contaduría - GFIN

Fecha iniciado	22/04/2021 13:27:59
Fecha valor	22/04/2021
Clasificación	Público
Elemento físico	No

Resumen de actuaciones clasificadas

Nro. Actuación	Oficina	Usuario	Clasificación	Fecha	Folio Inicio	Folio Fin
-----------------------	----------------	----------------	----------------------	--------------	---------------------	------------------

Lista de vinculaciones del expediente

Relación	Dependencia	Nro expediente	Fecha Vinculación
-----------------	--------------------	-----------------------	--------------------------



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS
FONDO NACIONAL DE SALUD 2020

He realizado la Rendición de Cuentas correspondiente a los fondos recibidos y aplicados por el Banco de Previsión Social (BPS) en el Ejercicio 2020 en atención al Fondo Nacional de Salud (FONASA) de acuerdo a la normativa vigente aplicable. De la misma surge que, antes de considerar los efectos de la emergencia sanitaria y el financiamiento del Fondo Solidario Covid19 (Ley 19.874), el FONASA presentó un **déficit de \$ 26.552.294.482**.

Los principales rubros de egresos considerados son:

- Cuotas de Salud (art. 55 – Ley 18.211); cápitales y metas. Incluye las extensiones de la cobertura mutual autorizadas por la JUNASA en abril/2020 y las realizadas al amparo del decreto del Poder Ejecutivo 217/020.
- 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, que se vieron afectadas por una disminución de aportes vía sueldos debido a la situación de pandemia.
- Las retenciones efectuadas sobre las prestaciones liquidadas por el Banco de Previsión Social (art. 60 – Ley 18.211) incrementadas por una mayor transferencia desde BPS debido al aumento de los subsidios por desempleo y enfermedad operados en el 2020 a raíz de la emergencia sanitaria.
- El 6% de costo de administración cobrado a los Seguros Integrales de Salud (art. 22 – Ley 18.211).
- Otros ingresos financieros.
- Los ingresos provenientes del Fondo Solidario Covid19 por la diferencia entre el costo de las extensiones de la cobertura mutual y el aumento de los ingresos de aportes personales y patronales derivados del incremento de los subsidios por desempleo y enfermedad.

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

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

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



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

CUADRO 1: RESULTADO FINANCIERO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD 2020

	<u>2020</u>	<u>2019</u>
INGRESOS		
Recaudación Directa B.P.S.	54.366.608.872	53.687.503.064
Recaudación sobre Prestaciones Económicas B.P.S.	11.083.451.087	9.462.694.059
Aportes Patronales Prestaciones B.P.S.	1.460.200.873	807.242.597
Comisiones Seguros Integrales	124.067.240	113.160.353
Otros Ingresos	2.207.523	0
TOTAL INGRESOS	67.036.535.595	64.070.600.073
EGRESOS		
Liquidaciones Mutualistas	69.953.544.514	65.098.780.323
Cesiones a ASSE Ley 19.535 arts. 145 a 149	703.552	-2.148.713
Fondo de Inversiones Mutualistas	-109.543	-4.130.743
Liquidaciones a Seguros Integrales	2.067.787.258	1.886.005.930
Liquidaciones F.N. Recursos	8.689.104.571	7.676.526.535
Devoluciones de aportes a contribuyentes	5.279.538.200	4.770.997.103
Otros Egresos	0	0
TOTAL EGRESOS	85.990.568.552	79.426.030.435
RESULTADO FINANCIERO (INGRESOS – EGRESOS)	-18.954.032.957	-15.355.430.362
MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS		
Recaudación del Gobierno Central (CGN) compensada	11.180.504.446	10.406.384.608
Transferencias a ASSE	-18.778.765.971	-18.136.496.404
RESULTADO MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS	-7.598.261.525	-7.730.111.796
REDONDEO	0	1
ASISTENCIA FINANCIERA FONASA 2020	-26.552.294.482	-23.085.542.157

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



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

CUADRO 2: RESULTADO CONTABLE DEL FONDO NACIONAL DE SALUD 2020

	<u>2020</u>	<u>2019</u>
INGRESOS		
Recaudación Directa B.P.S.	54.366.608.872	53.687.503.064
Recaudación sobre Prestaciones Económicas B.P.S.	12.543.651.960	10.269.936.656
Comisiones Seguros Integrales	124.067.240	113.160.353
Recaudación del Gobierno Central	11.180.504.446	10.406.384.608
Otros Ingresos	2.207.523	0
TOTAL INGRESOS	78.217.040.041	74.476.984.681
EGRESOS		
Cuotas de Salud Prestaciones Mutuales y ASSE	88.733.014.037	83.233.128.014
Cuotas de Salud Seguros Integrales	2.067.787.258	1.886.005.930
Cuotas de Inversión Prestadores	-109.543	-4.130.743
Cuotas Fondo Nacional de Recursos	8.689.104.571	7.676.526.535
Devoluciones de aportes a contribuyentes Ley 18.731	5.279.538.200	4.770.997.103
Otros Egresos	0	0
TOTAL EGRESOS	104.769.334.523	97.562.526.839
REDONDEO	0	1
RESULTADO DEL EJERCICIO (INGRESOS - EGRESOS)	-26.552.294.482	-23.085.542.157

EFFECTOS DE LA EMERGENCIA SANITARIA Y DEL FONDO SOLIDARIO COVID 19

Las cifras anteriormente presentadas no tienen en cuenta los impactos de la emergencia sanitaria, ni el posible financiamiento de dichos impactos mediante el fondo creado por la Ley 19.874. A continuación se muestran los probables resultados de considerar estos efectos sobre el resultado del FONASA:

CUADRO 3: RESULTADO CONTABLE DEL FONDO NACIONAL DE SALUD 2020 LUEGO DE CONSIDERAR LOS EFECTOS DEL FINANCIAMIENTO DEL FONDO SOLIDARIO COVID19

	<u>2020</u>	<u>2019</u>
RESULTADO FONASA SIN IMPACTO FONDO COVID19	-26.552.294.482	-23.085.542.157
Extensión de cobertura mutual en abril/20 (autorizado por JUNASA)	12.209.382	0
Extensión de cobertura mutual al amparo del decreto 217/020	183.794.089	0
Aumento <u>estimado por MEF</u> de aportes sobre SDES y SENF	-1.385.552.170	0
Resignación <u>estimada por MEF</u> de aportes sobre sueldos	2.692.033.742	0
RESULTADO FONASA CON FINANCIAMIENTO FONDO COVID19	-25.049.809.439	-23.085.542.157



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

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.

Se deja constancia que la rendición de cuentas no abarca las proyecciones realizadas por el MEF incluidas en el cuadro 3, ya que éstas no coinciden con las efectuadas por BPS y, además, a la fecha del presente informe aún no cuentan con la aprobación formal para su financiamiento a través del Fondo Solidario COVID-19 (Ley 19.874). Por lo tanto, el cuadro 3 se presenta simplemente a modo informativo.

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

Montevideo, 20 de abril de 2021.




Cra. Julia Brown
Gerencia Área Contaduría
Finanzas- BPS



Banco de Previsión Social
GERENCIA DE FINANZAS – ÁREA CONTADURÍA

ANEXO
PRONUNCIAMIENTO N° 20

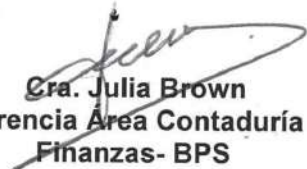
FONDO NACIONAL DE SALUD
Ejercicio 2020

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	\$ 67.036.535.595
+ Transferencias de Rentas Generales	\$ 15.312.500.000
+ Transferencias de Asistencia BPS al FONASA	3.641.532.957
- Egresos FONASA	\$ 85.990.568.552
Saldo final del período	\$ 0

Se expide en la ciudad de Montevideo el 20 de abril de 2021.


Gra. Julia Brown
 Gerencia Area Contaduría
 Finanzas- BPS



Montevideo, 20 de abril de 2021 .

Declaración Jurada de los representantes legales del Organismo responsable de la administración del FONDO NACIONAL DE SALUD – EJERCICIO 2020

Quienes suscriben, **Ing. Hugo Odizzio**, Presidente del Banco de Previsión Social, y **Dr. Javier Sanguinetti**, Secretario General del Banco de Previsión Social, con facultades suficientes y bajo la responsabilidad que determinan los arts. 132, 133 y 159 del T.O.C.A.F. y la Ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la República, CERTIFICAN:

- 1) Que la rendición de cuentas presentada representa integral y fielmente los ingresos y egresos del Fondo Nacional de Salud para el Ejercicio 2020.
- 2) Que al cierre del Ejercicio 2020, antes de considerar los efectos de la emergencia sanitaria y su financiamiento por el Fondo Solidario COVID-19 (Ley 19.874), el FONASA arrojó un déficit de **\$ 26.552.294.482**.
- 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.

Ing. Hugo Odizzio
Presidente

Dr. Javier Sanguinetti
Secretario General

BPS	EXPEDIENTE N° 2021-28-1-037331
Oficina Actuante:	338 Contaduría - GFIN
Fecha:	22/04/2021 13:49:39
Tipo:	Elevar

Se realizó la Rendición de Cuentas del Ejercicio 2020 del Fondo nacional de Salud (FONASA) y su correspondiente Informe de Revisión Limitada y Anexo según Pronunciamiento No.20 del Colegio de Contadores, Economistas y Adminsitadores del Uruguay.

Se adjunta Declaración Jurada que corresponde ser firmada por los Representantes Legales del BPS, para su posterior envío a la Junta Nacional de Salud (JUNASA).

Se eleva a la Gerencia Finanzas a su consideración.

Archivos Adjuntos		
#	Nombre	Convertido a PDF
1	2021-28-1-037331- _Rendición Fondo Nacional de Salud Ejercicio 2020.pdf	Sí
2	2021-28-1-037331- _Anexo P 20 Fondo Nacional de Salud Ejercicio 2020.pdf	Sí
3	2021-28-1-037331- _DJ RENDICION FONASA 2020.pdf	Sí

Firmante: Julia Brown, Cra.

BPS	EXPEDIENTE N° 2021-28-1-037331
Oficina Actuante:	336 Gerencia Finanzas - GFIN
Fecha:	22/04/2021 14:29:57
Tipo:	Elevar

De conformidad se eleva a **Secretaría General**, informe de Revisión de Cuentas del Fondo Nacional de Salud, correspondiente al ejercicio 2020 para recabar las firmas de los representantes legales del organismo y su posterior envío a la Junta Nacional de Salud.

Actuante:
Maria Stephanie Milano Rodriguez
Pase a Firma
Daniel Fernandez, Cr.

BPS	EXPEDIENTE N° 2021-28-1-037331
Oficina Actuante:	336 Gerencia Finanzas - GFIN
Fecha:	22/04/2021 14:33:30
Tipo:	AUTO- Constancia de Pase a Firma

AG - Constancia de Firma.

Pase a Firma		
Daniel Fernandez, Cr.	22/04/2021 14:33:29	Avala el documento

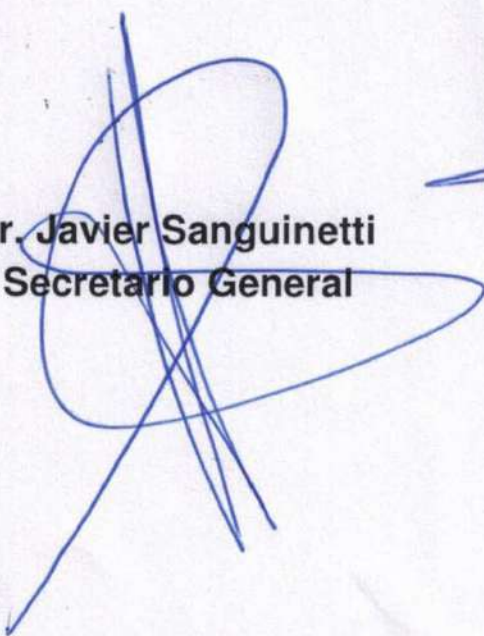


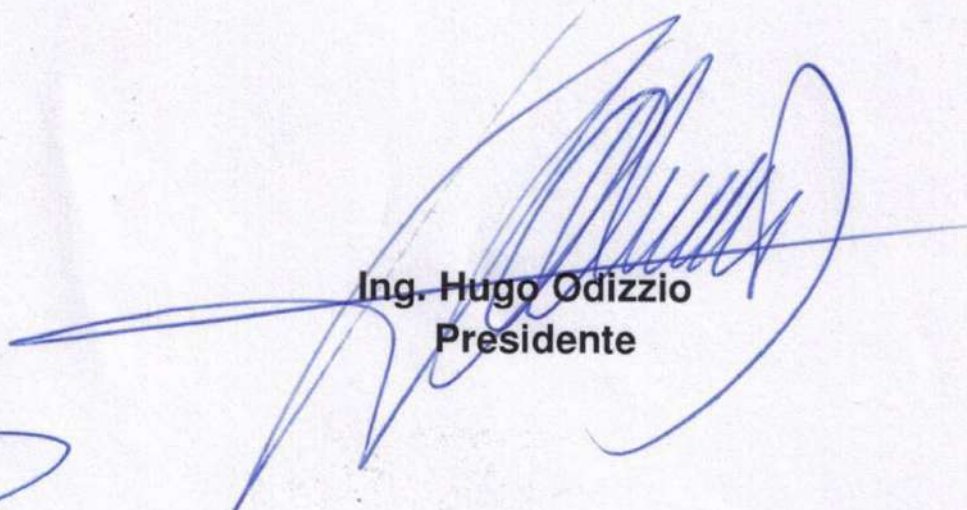
Montevideo, 20 de abril de 2021 .

Declaración Jurada de los representantes legales del Organismo responsable de la administración del FONDO NACIONAL DE SALUD – EJERCICIO 2020

Quienes suscriben, **Ing. Hugo Odizzio**, Presidente del Banco de Previsión Social, y **Dr. Javier Sanguinetti**, Secretario General del Banco de Previsión Social, con facultades suficientes y bajo la responsabilidad que determinan los arts. 132, 133 y 159 del T.O.C.A.F. y la Ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la República, CERTIFICAN:

- 1) Que la rendición de cuentas presentada representa integral y fielmente los ingresos y egresos del Fondo Nacional de Salud para el Ejercicio 2020.
- 2) Que al cierre del Ejercicio 2020, antes de considerar los efectos de la emergencia sanitaria y su financiamiento por el Fondo Solidario COVID-19 (Ley 19.874), el FONASA arrojó un déficit de \$ 26.552.294.482.
- 3) Que existe documentación de todas las operaciones realizadas, disponible para su revisión o consulta en cualquier momento y sobre la cual se realizaron los registros correspondientes, siguiendo criterios uniformes.


Dr. Javier Sanguinetti
Secretario General


Ing. Hugo Odizzio
Presidente

BPS	EXPEDIENTE N° 2021-28-1-037331
Oficina Actuante:	50 Mesa Entrada - SGED
Fecha:	23/04/2021 14:12:05
Tipo:	Comunicar

Remítase a la **Junta Nacional de Salud**, con la constancia de que a foja 10 fue firmado de manera autógrafa por el **Sr. Presidente del Banco de Previsión Social, Ing. Hugo Odizzio** y por el **Sr. Secretario General, Dr. Javier Sanguinetti** con facultades suficientes y bajo la responsabilidad que determinan los art. 132, 133, y 159 del T.O.C.A.F. y la ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la Republica.

Dese cuenta en la próxima sesión de **Directorio**.

Recibido el acuse de recibo, archívese.

cp

Archivos Adjuntos		
#	Nombre	Convertido a PDF
1	2021-28-1-037331-_Firma RL.pdf	Sí

Firmante:
Carlos Alejandro Perinetti Machado

Índice

Capítulo I.- Líneas de acción desarrolladas	pág. 1
I.1 Acciones relacionadas con la respuesta a la pandemia	pág. 4
I.2 Acciones en materia Normativa	pág. 5
Capítulo II.- Beneficiarios del Seguro Nacional de Salud	pág. 6
II.1 Evolución	pág. 6
II.2 Movilidad Regulada	pág. 11
Capítulo III –Ingresos y Gastos del FONASA	pág. 15
III.1 Estado de resultados del ejercicio 2020	pág. 15
III.2 Ingresos del FONASA	pág. 19
III.3 Egresos del FONASA	pág. 20
III.4 Sistema de Urgencia y Emergencia	pág. 21
Capítulo IV - Metas Asistenciales	pág. 23
IV.1 Las Metas Asistenciales durante la pandemia	pág. 26
IV.2 Cumplimiento de las Metas Asistenciales	pág. 28
Anexo 1 - Metas Asistenciales	pág. 30
META 1: Salud del Niño, Niña Y Mujer	pág. 30
META 2: OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2020- ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	pág. 39
META 4: Nuevo Régimen de Trabajo Médico	pág. 48
META 5: Capacitación y pago variable a los trabajadores de la salud	pág. 54
Anexo 2 – Informe de Revisión Limitada BPS	pág. 58