

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

**RENDICION DE CUENTAS
EJERCICIO 2011**

Índice

Índice	1
Introducción	2
Capítulo I: Trabajo de la JUNASA 2011.....	4
I.1. Principales avances en materia de participación social, acuerdos interinstitucionales y avances desde el punto de vista normativo	4
1. Principales avances en materia de participación social	4
2. Acuerdos interinstitucionales	7
Avances desde el punto de vista normativo	9
I.2. Metas Asistenciales.....	14
2. Evolución de los indicadores.....	23
2.1. Implementación de la movilidad regulada.....	23
Resultados 2011.....	23
Capítulo II: Evolución de los Beneficiarios del Fondo Nacional de Salud	25
Capítulo III: Estructura de Ingresos y Gastos del FONASA	30
III.1 Resultado del ejercicio 2011	30
III.2 Ingresos.....	32
III.3 Egresos.....	33
Anexos	36
Anexo I: Movilidad Regulada de los usuarios del Seguro Nacional de Salud por prestador 01/02/2011 – 28/02/2011.....	36
□ Movilidad 01/02/2011 – 28/02/2011	36
Anexo II: Pago por Metas	41
Anexo III: Informe de Revisión Limitada Fondo Nacional de Salud _ BPS.....	87

Introducción

El año 2011 fue innegablemente un año de profundización de la reforma del sistema de salud, destacándose particularmente la consolidación de éste, mediante la incorporación de un importante colectivo de ciudadanos, y la concreción de un nuevo Contrato de Gestión entre la JUNASA y los diversos prestadores de salud integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Como se ha señalado en otras oportunidades, este es un Sistema que se encuentra en permanente construcción, puesto que su principal fundamento o resorte de funcionamiento es la continua interacción entre los agentes involucrados.

Esta circunstancia de permanente interacción le inyecta al Sistema la necesaria dinámica para lograr puntos de equilibrio entre la siempre cambiante realidad y los objetivos específicos de la Reforma.

Corresponde asimismo expresar que el ejercicio 2011 se caracterizó por una activa política de participación social, al efectivizarse la implementación de los Consejos Asesores Honorarios a nivel departamental, previstos en el Art. 27 de la Ley 18.211. En doce departamentos del país, se instalaron dichos organismos, con representación de prestadores, trabajadores médicos y no médicos y usuarios de las instituciones, abarcando los sectores públicos y privados.

El funcionamiento de estos Consejos constituye un factor de afianzamiento de la permanencia y estabilidad de las representaciones de los diversos sectores a nivel local, debiéndose tener en cuenta que la participación social ha sido una estrategia prioritaria en el nuevo modelo de atención a la salud.

En el proceso de integración progresiva de toda la población al Fondo Nacional de Salud, en julio de 2011 se incorporaron al Seguro Nacional de Salud, los trabajadores comprendidos en régimen de

Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales, los amparados en CHASSFOSE y todos aquellos que obtienen ingresos originados en la prestación de servicios fuera de la relación de dependencia, comprendiéndose a los profesionales.

Posiblemente, uno de los logros que implicó un mayor desafío, y que concomitantemente fue altamente demostrativo de la consolidación del nuevo modelo de atención, lo constituyó la firma de un nuevo Contrato de Gestión entre la JUNASA y los diversos prestadores de salud.

El primer Contrato se había otorgado en el año 2008, al comenzar el proceso de reforma, siendo una herramienta estratégica que centraliza las principales exigencias del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El segundo Contrato de Gestión, reafirma la política de rectoría y contralor que le compete a la JUNTA NACIONAL DE SALUD y se definen nuevos compromisos por parte de las instituciones con el cumplimiento de programas sanitarios considerados prioritarios.

En consecuencia, no obstante toda la complejidad que caracteriza un proceso de reforma de la salud, cabe concluir que éste continúa evolucionando mediante la participación responsable de todos los actores públicos, privados y sociales.

**Dr. Luís Enrique Gallo Cantera
Presidente de la Junta Nacional de Salud**

Capítulo I: Trabajo de la JU.NA.SA. 2011

Siguiendo con la misma estructura empleada en anteriores rendiciones, se presenta la rendición del trabajo realizado por la JUNASA durante el año 2011. En este capítulo se sistematiza lo trabajado en cuatro áreas fundamentales, exponiéndose los avances que en materia de participación social se han logrado concretar, así como el desarrollo de los acuerdos interinstitucionales concretados oportunamente y los principales cambios introducidos a la normativa durante 2011. Se debe destacar fundamentalmente lo concretado en materia de Contratos de Gestión durante el ejercicio, para luego exponer los cambios que sufrieron las Metas en 2011, y la evolución de indicadores que mostraron las instituciones. En el último apartado de este capítulo, se presenta en forma resumida los resultados del período de movilidad regulada (febrero 2011).

I.1. PRINCIPALES AVANCES EN MATERIA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, ACUERDOS INTERINSTITUCIONALES Y AVANCES DESDE EL PUNTO DE VISTA NORMATIVO

1. Principales avances en materia de participación social

La práctica de la gestión participativa y la apropiación del derecho a la salud requieren necesariamente políticas claras y firmes de los diversos actores en particular del Estado, los usuarios y los trabajadores.

Esto significa generar oportunidades para la participación de la sociedad en la dirección de la defensa de los derechos de ciudadanía.

Es necesario considerar la cultura de participación dentro de los diversos ámbitos de la sociedad y en particular en el sistema de Salud como también de las relaciones interpersonales que se producen o no dentro del Sistema de Salud.

Para el desarrollo de una política de participación en salud necesariamente debe crearse una práctica de formación de los actores sociales; prestadores, usuarios, trabajadores y el propio Estado en la reafirmación de la salud como

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

derecho humano fundamental fomentando la participación en la construcción del Sistema sobre la base de la participación y control social del mismo.

Para que tales procesos sean instrumentos efectivos para la consolidación de la participación activa se deben desarrollar estrategias que amplíen los canales de interacción permanentes entre la gestión, la sociedad y el Estado.

En este proceso quienes gestionan las estructuras del sistema deben actuar con un criterio de escucha permanente respecto a las demandas de la población incluyendo estos aspectos como un componente de la gestión.

Es necesario desarrollar acciones de información y comunicación entre las estructuras del sistema, los representantes de los usuarios y la población.

Acciones en proceso:

Derecho de los usuarios

Durante el año 2011 la JUNASA impulso el cumplimiento de la Ordenanza Ministerial N° 761 de fecha 21/12/2010, vinculada a la difusión de la Cartilla de Derechos de los Usuarios/as de los Servicios de Salud. En el nuevo Contrato de Gestión en el Art. 56 se establece que al 30 de junio del corriente año los Prestadores deberán completar la entrega de la Cartilla de Derechos a todos los Usuarios.

Consejos Departamentales Honorarios de Salud (C.D.H.S)

En el año 2011 dentro de una propuesta general que apunta a la Democratización del Sistema de Salud, a través del desarrollo de los mecanismos de Participación Social que prevén las leyes que estructuran el SNIS, se delineó el proceso de constitución de los Consejos Departamentales Honorarios de Salud (C.D.H.S.).

Estos se enmarcan en la idea de llevar al territorio los procesos de consolidación de los Planes y Programas de Salud de carácter nacional vinculándolos a la región.

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

Las definiciones legales sobre la participación social en el Sistema de Salud establecen los ámbitos en que ésta debe darse y los alcances que debe tener.

En tanto la misma es un proceso, surge un campo de tensiones que exige analizar propuestas que nos aseguren profundizar dicha participación real como parte de la profundización de los cambios tendientes a que la Salud sea un Derecho Humano real dentro de una concepción del Derecho como Derecho Social en contraposición al Derecho Privado que impera aún en esta etapa del desarrollo de los cambios planteados.

La participación de usuarios y trabajadores es uno de los principios fundamentales de la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S.), desde la base hasta la dirección, a nivel local, departamental y central.

El ejercicio del derecho a la salud debe concebirse como un instrumento de ciudadanía activa. La participación en este caso es un objetivo que implica un proceso de desarrollo de una conciencia crítica, y de gestación - adquisición de poder.

La comunidad en tanto, sociedad civil organizada, tiene un enorme potencial de participación. Debe tenerse presente que aún, el actual modelo hegemónico en salud, es excluyente respecto a la participación de los usuarios, como de la comunidad.

Concebir la participación como una de las claves implica construir un nuevo modelo de organización de las prácticas de salud.

Rescatar la tradición del país en torno a una concepción solidaria y humanista en el terreno de la salud, es un elemento importante para enfrentar los problemas estructurales que existen y aún no es posible transformar en el corto plazo.

Para ello es imprescindible incluir a todos los actores en el análisis y debate, y que en su desarrollo genere participación y acción concreta.

En esta dirección hasta el momento se constituyeron 12 C.D.H.S. (San José, Maldonado, Tacuarembó, Florida, Río Negro, Durazno, Lavalleja, Soriano, Colonia, Salto, Paysandú, Cerro Largo), hasta el presente mes de abril. Estando previsto la constitución de los 6 restantes en los próximos meses. Es de

destacar que estas instancias deberán constituirse en una apoyatura fundamental para el gobierno del SNIS.

2. ACUERDOS INTERINSTITUCIONALES

En base al Acuerdo Interinstitucional celebrado en diciembre de 2009 entre el Banco de Previsión Social (BPS) y la JUNASA, con el fin de facilitar la ejecución de los procesos de la administración del SNS, se continúa llevando adelante trabajos coordinados sobre la base de la conformación de Grupos de trabajo o Comisiones. Esto ha propiciado un flujo ágil de la información, resultando mayor fluidez y eficiencia en los diversos procedimientos. Se integró una Comisión Operativa entre ambos organismos, a la que se sumó el Ministerio de Economía y Finanzas, dando lugar a la conformación tres grupos de trabajo:

1. Grupo de trabajo abocado al estudio de los nuevos ingresos de colectivos y redacción de las normas respectivas;
2. Grupo de trabajo entre la JUNASA y el BPS exclusivamente, tendiente a una mejor coordinación entre ambos en la operativa de los trámites administrativos en los que intervienen en conjunto (cambios de domicilio, expedientes de débitos, etc.);
3. Grupo de trabajo de sistemas de información del Seguro Nacional de Salud y Fondo Nacional de Salud (aportes, pagos y beneficiarios), conformado entre el BPS y Economía de la Salud.

El **Grupo de trabajo Normativo** ha tenido durante el transcurso del año 2011 una actividad permanente, señalándose como primer objetivo la reglamentación de las Leyes 18.731 y 18.732, que culminó en la redacción del Decreto 221/011 de 27 de junio de 2011. Asimismo, ante el ingreso de cónyuges y /o concubinos con dos o más hijos menores a cargo o mayores con discapacidad, se elaboró una norma que contemplara no solo dichas incorporaciones, sino las que se produzcan en el futuro de acuerdo al cronograma establecido en la Ley

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

18.211. El proyecto elaborado por el grupo y elevado a las autoridades, se concretó en el Decreto N° 407/011 de 28 de noviembre de 2011.

El **Grupo de trabajo Operativo** se conformó ante la necesidad de entablar un relacionamiento fluido y cotidiano con el BPS que permitiera agilizar y perfeccionar los procedimientos relativos al SNIS y el SNS, promoviendo el aprovechamiento eficaz y eficiente de los recursos con los que se cuenta en beneficio directo del usuario.

Su objetivo se trazó en primera instancia en la detección de problemáticas generalizadas y búsqueda de soluciones coordinadas. El trabajo de esta comisión se desarrolla tanto en forma presencial, con reuniones fijadas a requerimiento de la problemática a tratar, o vía informática por correo electrónico diariamente, entre las dependencias de ambos organismos (Gerencia de Prestaciones, Afiliaciones Mutuales, Sección de Gestión de mantenimientos de procesos, entre otros del BPS y Secretaria General y Jurídica de la JUNASA).

Esta Comisión continúa su trabajo en el 2011, detectando e individualizando todo elemento, tanto a nivel del sistema que desenvuelve el BPS, como de la gestión práctica en expedientes, que depurándose redunde en beneficio del usuario y/o beneficiario del SNIS.

Algunas de las temáticas tratadas fueron primordialmente respecto de las nuevas incorporaciones de beneficiarios del Seguro de acuerdo a la Ley 18.211 y 18.731 y 18.732, afiliaciones mutuales, determinación del derecho al SNS, pérdida o rehabilitación del mismo, agilización de expedientes, aplicación de la normativa, trámites administrativos o cualquier otra temática del trabajo diario de la cual se desprenda que requiere perfeccionamiento o unificación de criterios para su ejecución eficiente y coherente.

Así, el trabajo llevado adelante ha determinado importantes modificaciones que mediante acciones casi imperceptibles han generado cambios altamente favorables para sus destinatarios.

El **Grupo de trabajo de Sistemas de Información del SNS y el FONASA** ha avanzado con dificultades en la búsqueda de mejorar la calidad y

especificidad de la información relativa a beneficiarios del SNS y sus aportes. La información de pagos FONASA ha tenido importantes avances.

Avances desde el punto de vista normativo

A fines del año 2010, con los datos recabados de la aplicación e implementación de los decretos sobre Movilidad Regulada N° 65 de fecha 29 de enero de 2009 y el Decreto N° 14 de fecha 18 de enero de 2010, se encaminaron los trabajos para la redacción de lo cual resultó el Decreto N° 3/11 de fecha 5 de enero de 2011, donde se plasmaron las reglas generales que con una perspectiva de estabilidad regirán los procedimientos de cambios de prestador de salud para los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

Como se expusiera, en el año 2011 se logró plasmar la reglamentación de las Leyes 18.731 y 18.732, mediante la elaboración del Decreto N° 221/011.

Asimismo se elaboró el Decreto 407/011 por el cual se reguló el ingreso de los cónyuges y /o concubinos con dos o más hijos menores a cargo o mayores con discapacidad.

Habiéndose puesto como objetivo la instalación de los Consejos Honorarios Asesores a nivel departamental, se redactó el Decreto 237/011 por el cual se reglamentó todo lo referente a la integración y requisitos de funcionamiento de dichos organismos.

El artículo 7º de la Ley 18.731 dispone que los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2011, solo podrán estar registrados en un prestador de salud, que haya suscrito con la JUNASA un anexo al Contrato de Gestión que contemple las modalidades de dicha incorporación. En base a lo mencionado, se elaboraron dos anexos al Contrato, uno aplicable a las instituciones de asistencia médica colectiva y otro a los seguros integrales de salud, atendiendo a las particularidades de cada uno, lo que fue aprobado por la JUNASA mediante Resolución 377 de 9 de junio de 2011. Todos los prestadores integrantes del SNIS suscribieron el anexo correspondiente en julio de 2011.

Contralor de cumplimiento de las obligaciones contractuales

En el año 2011 la JUNASA procedió a controlar el cumplimiento de varias de las obligaciones asumidas por los prestadores de salud, tanto contractual como legalmente establecida.

Así, la cláusula cuadragésima del Contrato de Gestión estipula que los prestadores integrales de salud, deben mantener vigente las habilitaciones sanitarias. El Ministerio de Salud Pública, mediante la Ordenanza 742 del 8 de diciembre de 2010 estableció un nuevo procedimiento para la tramitación de las habilitaciones de los diversos servicios de los prestadores de salud, mediante la confección y presentación de Cronogramas, elaborados de acuerdo a determinados requisitos técnicos.

Por lo tanto, en concordancia con la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, la JUNASA, mediante la Resolución 419/010 solicitó a todos los prestadores la presentación de los respectivos Cronogramas.

El cumplimiento de dicha presentación, fue controlado durante el año 2011.

Luego que el área respectiva se expidiera sobre la pertinencia de dichos Cronogramas, la JUNASA aprobó los mismos.

Por otra parte, el Decreto 293/010 de 30 de setiembre de 2010, reglamentó la Ley 18.426 de 1º de diciembre de 2008, de Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

Dicha norma atribuye a la Junta Nacional de Salud en ejercicio de sus cometidos de administración del Seguro Nacional de Salud, el control en cuanto a que los prestadores que integran dicho Seguro, brinden las prestaciones sobre salud sexual y reproductiva respectivas de conformidad con la normativa vigente.

En base a ello, durante el año 2011, la JUNASA controló la implementación de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en cada prestador de salud, solicitándoles los datos identificatorios de los responsables de cada servicio y su ubicación física, datos que luego fueron derivados al Programa respectivo (Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP).

CONTRATOS DE GESTIÓN

El Artículo 15 de la Ley 18.211 que crea el SNIS establece que la Junta Nacional de Salud, suscribirá un Contrato de Gestión con cada uno de los Prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la ley referida.

El primer Contrato de Gestión firmado en el mes de Octubre del año 2008 finalizó, luego de ser prorrogado por la JU.NA.SA., por razones de oportunidad, en el mes de Octubre del año 2011.

En el mes de Setiembre de ese año comenzó a discutirse una nueva propuesta de Contrato de Gestión realizada por el Poder Ejecutivo y trasladada a los restantes integrantes de la JUNASA y a todos los Prestadores. Luego de dos meses de intensas negociaciones finalmente se firma el 11 de noviembre un nuevo Texto que fuera homologado por el Poder Ejecutivo Decreto 81/2012 del 13 de marzo de 2012, y que regirá hasta el 11 de noviembre de 2014.

Los contratos de gestión que firma la Junta Nacional de Salud (JUNASA) con los prestadores integrales del SNIS, se enmarcan en una relación de agencia en donde el principal de dicha relación es la Junta Nacional de Salud (contrata Servicios mediante un pago) y el agente es el prestador integral contratado por la misma (vende Servicios mediante un pago y ciertas obligaciones por los Servicios). Asimismo otra relación de agencia se manifiesta entre los Usuarios y la JUNASA, donde el Usuario es el principal y la JUNASA el agente.

Los contratos de gestión deben explicitar: qué se compra, incluyendo cantidad, calidad y disponibilidad, a quién se compra y cómo se paga.

En el actual Contrato de Gestión se prioriza, la calidad, el acceso y el cambio de modelo de atención como objetivos a impulsar utilizando esta herramienta de trabajo.

Estos objetivos, exigen un seguimiento continuo para su mantenimiento en el tiempo y profundización de acuerdo a las crecientes demandas o cambios culturales operados en la población. Es de destacar que junto con el contenido

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

de los Contratos, se articula un sistema de contralor de los mismos a través de: Fiscalizaciones, División Economía de la Salud (DES) y la JUNASA.

Se debe consolidar una estructura de monitoreo de los Contratos de Gestión en el departamento de Control de Prestadores, que en coordinación con la JUNASA realice el seguimiento del mismo elaborando informes regulares a los efectos que se considere necesario como también llevando un registro de los resultados en un programa informático, desarrollado con recursos propios y diseñado para estos contratos.

Al mismo tiempo, los Contratos se respaldan en una normativa que establece sanciones por incumplimientos de los prestadores. La normativa clasifica los incumplimientos en menores, mayores y graves, al tiempo que considera la reiteración de la falta como un agravante de incumplimiento. Las sanciones que se prevén son temporales o definitivas, parciales o totales, según surge de la combinación de los dos elementos mencionados anteriormente (gravedad del incumplimiento y reiteración del mismo).

Desde la perspectiva de la política sanitaria el trabajo fundamental de esta segunda etapa de la reforma debe hacer especial énfasis en el cambio del Modelo de Atención y proceso de cambio en la Gestión de los Prestadores.

El MSP definió entre sus prioridades para la segunda etapa de la reforma, profundizar en cuestiones de Calidad Asistencial y de Gestión, Acceso, Cambio de Modelo de Atención y Derechos de los Usuarios (teniendo en cuenta que en el año 2010 se finalizó con el plan de acceso por cobertura).

EL Contrato 2011 - 2014, recoge y desarrolla las prioridades definidas por el MSP, reafirmando el compromiso anunciado reiteradamente respecto a la necesidad de profundizar aspectos de calidad y acceso a las prestaciones existentes, luego de haberse asegurado la ampliación de la cobertura poblacional del Seguro Nacional de Salud a través del financiamiento FONASA, y el acceso a nuevas prestaciones.

El actual Contrato recoge estos avances que se verán reflejados en una mayor y mejor asistencia.

Estos aspectos medulares están expresados en diferentes artículos (agrupados en capítulos):

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

- Prestaciones que deben brindarse, establecidas en el PIAS.
- Cambio de modelo de atención y calidad de la atención: referidos fundamentalmente al papel activo de los Prestadores en la identificación y tratamiento de sus usuarios con enfermedades prevalentes (como hipertensión, cáncer, diabetes etc.), establecimiento de guías de práctica clínica, etc.
- Acceso a las prestaciones en materia de precios y horarios: tiempos de espera, horarios de consulta y coordinación de citas para médicos y gratuidad de controles obligatorios. Disminución en los precios de tasas moderadoras.
- Participación de usuarios y trabajadores
- Información y atención al usuario.
- Los Contratos serán monitoreados y las instituciones que no cumplan pueden ser sancionadas económicamente, no con un fin recaudatorio sino con el objetivo de corregir conductas y poder garantizar la calidad de la atención a los usuarios.

El actual Contrato institucionaliza una práctica ministerial de consulta a las instituciones, creándose comisiones asesoras en materia de desarrollo e implementación de metas asistenciales, FTM y PIAS. De esta manera se garantiza desde el consenso con las instituciones y una fuerte rectoría desde el MSP, el avance de la reforma en beneficio de los usuarios.

DISEÑO DE SEGUIMIENTO

El Departamento de Control de Prestadores deberá realizar un seguimiento del Contrato de Gestión para lo cual debe diseñarse los procedimientos más adecuados a tal fin.

En este sentido se propone en primera instancia los instrumentos que se entienden necesarios utilizar con el fin propuesto a los efectos de elaborar los informes correspondientes.

I.2. Metas Asistenciales

Las metas asistenciales constituyen una herramienta de gestión para la gobernanza del sistema sanitario. Intentan impulsar a través de estímulos económicos procesos de atención a la interna de las instituciones, tendientes a la mejora de la calidad de las prestaciones y al desarrollo del modelo de atención de la reforma.

En el año 2011 se da continuidad a la estrategia de legitimar el médico de referencia, responsable del control de salud y monitoreo de su población usuaria asignada, desde una perspectiva de ciclos de vida en la promoción y prevención de la salud de las personas. Los programas niñez, mujer y género, violencia doméstica, adolescencia y adulto mayor han materializado a través de las metas los aspectos considerados de relevancia en la práctica de los equipos de salud del primer nivel de atención, los cuales estuvieron sujetos a una nueva revaloración en la instrumentación de las metas.

1.1. Meta 1 – Salud del niño, de la niña y de la mujer

La Meta 1 en el año 2011 continúa con el desarrollo de los indicadores meta priorizados en el período anterior, los cuales se detallan a continuación:

- Fortalecer la atención integral del niño en el primer nivel de atención de manera de contribuir al mejoramiento de su crecimiento y desarrollo.
- Garantizar una atención a la mujer embarazada de calidad que contribuya al bienestar de salud del binomio madre - hijo.
- Introducir la problemática de la mujer en situación de violencia doméstica en el ámbito asistencial de los equipos de salud del 1er. nivel de atención.

Contribuir al abordaje oportuno de mujeres en situación de violencia doméstica desde las instituciones de salud.

Las metas asistenciales de niñez y mujer han ido reforzando las prácticas de promoción y prevención en salud, llegando a niveles altos de exigencia de cumplimiento para algunos indicadores. Ello demanda como desafío fortalecer

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

los sistemas de información poblacional de las instituciones que permitan el seguimiento proactivo de la atención en la primera infancia.

Los resultados sobre la evolución de los indicadores de la Meta 1, se presentan para el sector privado y para ASSE por separado. Los datos presentados corresponden a los indicadores de Meta 1 definidos anteriormente, a saber¹:

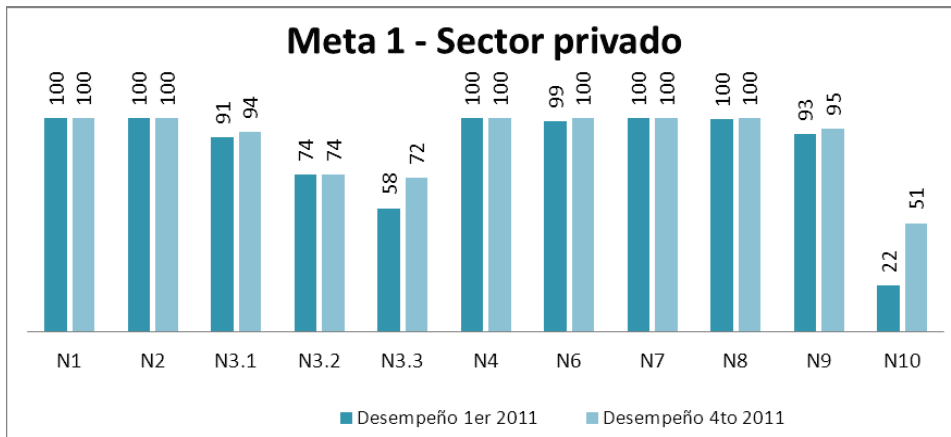
- N1. Captación del recién nacido
- N2. Visita domiciliaria para nacidos de riesgo
- N3.1 Controles en salud, de niños de un año según pauta
- N3.2 Controles en salud, de niños de dos años según pauta
- N3.3 Controles en salud, de niños de tres años según pauta
- N4. Cumplimiento de ecografía de cadera
- N6. Control del embarazo
- N7. Historia Clínica Peri-natal Básica completa
- N8. Control de VDRL y HIV en el embarazo
- N9. Captación precoz del embarazo
- N10. Pesquisa de violencia doméstica

El gráfico a continuación presenta el crecimiento del desempeño del sector privado en cada uno de los indicadores de la Meta 1. Se considera la mediana² de desempeño de los prestadores en el 1er. y 4to. trimestre del año. Se verificó un crecimiento para la mayoría de los indicadores entre el 1er. trimestre (enero – febrero – marzo de 2011) y el 4to. trimestre (octubre – noviembre – diciembre de 2011).

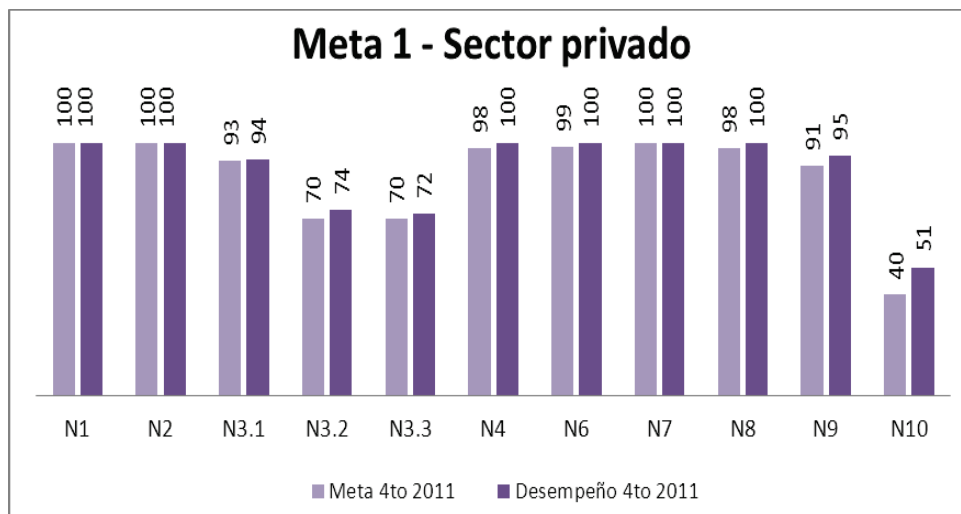
¹ No se considera el indicador N5 correspondiente a la acreditación en BPA por no tener asociados indicadores cuantitativos.

² La mediana es el valor medio de un conjunto de valores ordenados. De acuerdo con esta definición el conjunto de datos menores o iguales que la mediana representarán el 50% de los datos, y los que sean mayores que la mediana representarán el otro 50% del total de datos de la muestra.

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

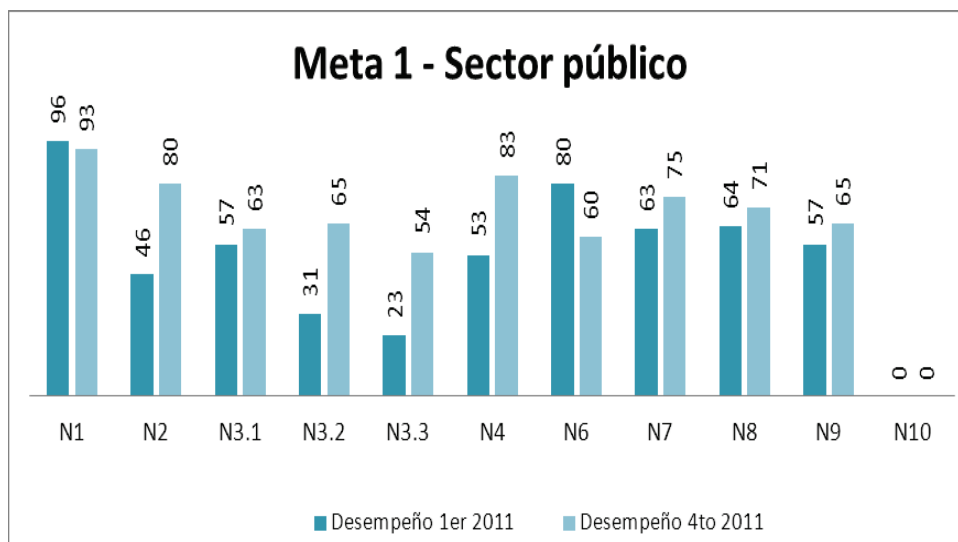


Para analizar el cumplimiento de las metas del sector privado se presenta el siguiente gráfico que compara la mediana del desempeño y de la meta a alcanzar para el trimestre octubre – noviembre – diciembre de 2011. Como se observa, en la mayoría de los indicadores los desempeños superaron las metas fijadas en el último trimestre del año.

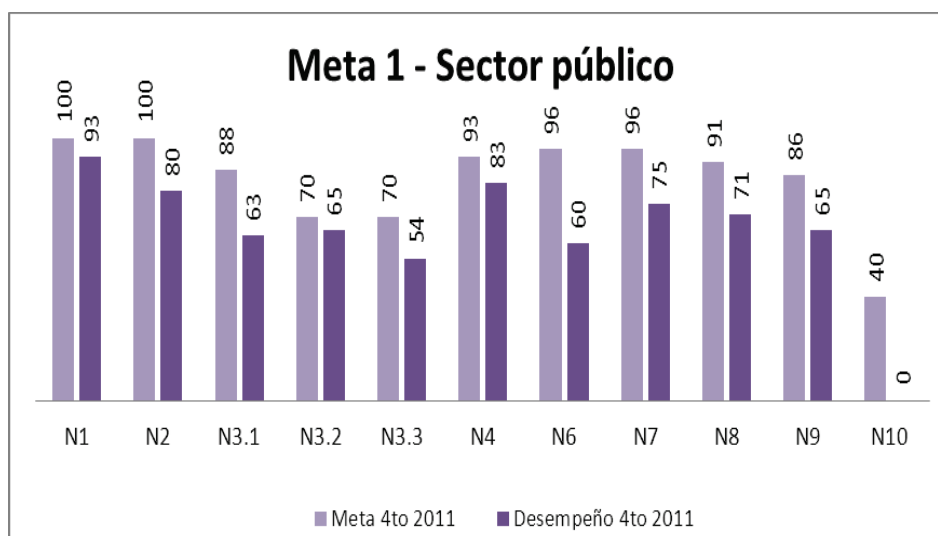


Si observamos el caso de ASSE, también se aprecia un incremento en el desempeño de la mayoría de los indicadores entre el trimestre enero – febrero – marzo de 2011 y el trimestre octubre – noviembre – diciembre de 2011.

Rendición de Cuentas JUNASA 2011



De todos modos si bien este desempeño ha ido creciendo, sigue manteniéndose por debajo del desempeño del sector privado. A su vez, en todos los indicadores, el desempeño de ASSE se encuentra por debajo de las metas que debía alcanzar. Esto último, puede apreciarse en el siguiente gráfico.



1.2. Meta 2 - Médico de referencia

La meta médico de referencia está enmarcada en la estrategia de consolidación de los equipos de salud del 1er. nivel de atención con población a cargo.

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

A través de la meta se refuerza la figura del médico de referencia en su papel vehiculizador de los programas preventivos nacionales, con una visión integral de los problemas y situaciones de salud demandantes.

La meta asistencial condiciona la práctica del médico de referencia en cuanto:

- La aplicación de la normativa establecida en los programas nacionales.
- El Seguimiento de la población usuaria a través de screening periódico de detección de factores de riesgo y morbilidades.

El diseño de la meta continúa la lógica de períodos anteriores. Por un lado, referenciar usuarios a médicos del primer nivel de atención. La aceptación del médico de referencia por parte del usuario es de vital importancia para la consecución de la meta. Por otro lado, realizar el control de salud a la población usuaria, de acuerdo a los protocolos establecidos en los Programas de Salud, abordándose diferentes aspectos según los grupos de edades priorizados:

Para los usuarios adolescentes de 15 a 19 años, control de salud, implementación de la Historia SIA (Historia del Adolescente, CLAP/SMR-OPS/OMS).

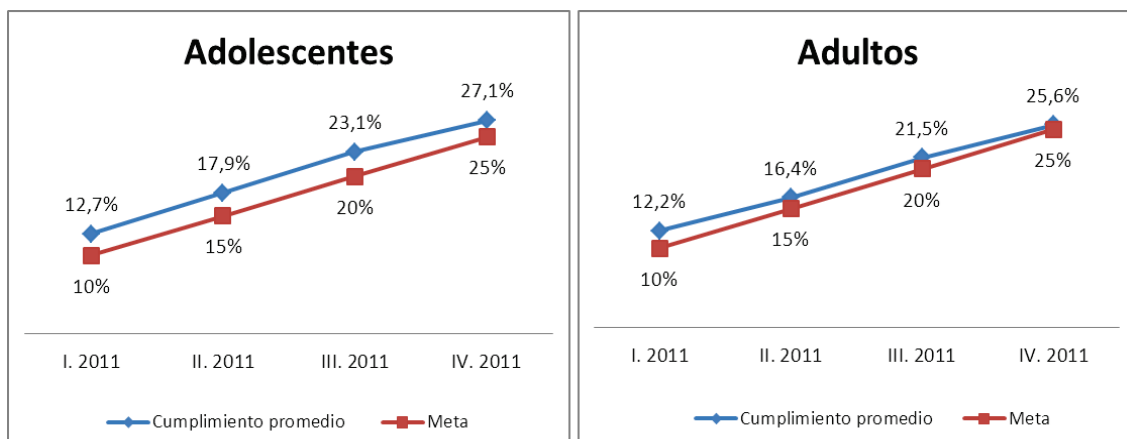
Para los usuarios adultos de 45 a 64 años, control de salud con pesquisa que involucre: indagatoria sobre hábitos de vida y factores de riesgo, control de HTA, peso y talla, estudios de glicemia, colesterolemia y Fecatest.

En cuanto a los desafíos de la presente meta, el nivel de crecimiento del indicador meta para futuros períodos en cuanto a referenciar y captar usuarios a control de salud con el médico de referencia está supeditado al alcance de la negociación del consejo de salarios y a la definición e implantación de políticas enmarcadas en el cambio de modelo de atención de la reforma.

La redefinición de los laudos médicos es un pilar fundamental para poder seguir avanzando en la reforma del sistema de atención de la salud. A su vez, también es clave el desarrollo de una base de datos que permita el seguimiento en el proceso de atención de los usuarios en donde se identifique a su vez las etapas por las cuales intervino el médico de referencia.

Para ver la evolución de los indicadores de la Meta 2 durante el año 2011, se presenta el promedio de cumplimiento del sector privado y la meta que se debía alcanzar en cada trimestre del 2011.

Rendición de Cuentas JUNASA 2011



En este caso no se presentan datos para ASSE, dado que la misma no presentó información referente a la meta durante todo el año 2011.

Las metas a alcanzar fueron planteadas por la JUNASA y consistieron en un incremento trimestral del 5%.

Con relación al avance de la referenciación de los usuarios con su médico de referencia, esta comenzó en el 2009 con 95.000 afiliados referenciados, pasando por 430.000 en el segundo semestre del 2010 y llegando a aproximadamente 700.000 afiliados en setiembre del 2011.

1.3. Meta 3 – Adulto Mayor

La Meta 3 sigue la línea de la estrategia de médico de referencia abocada al grupo etario de usuarios mayores de 75 años. Por lo tanto, el indicador meta exige la referenciación y la captación a consulta control de los usuarios adultos mayores por el médico de referencia.

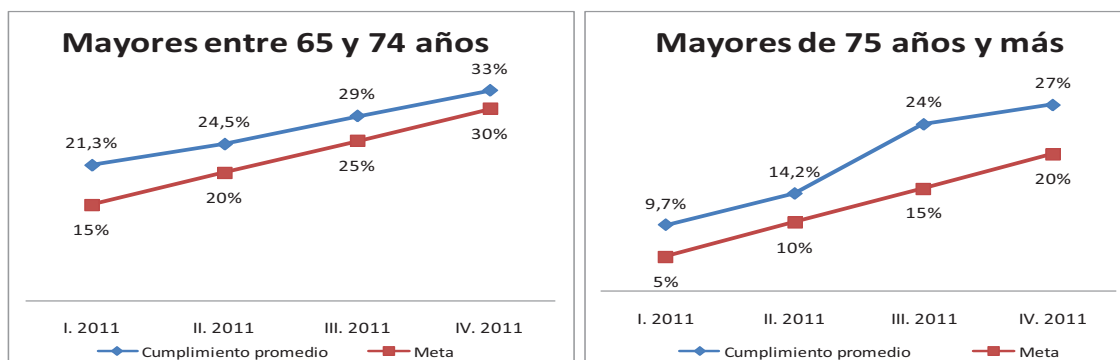
La atención a ser recibida por el adulto mayor se enmarca en las pautas consensuadas por el Programa Nacional del Adulto Mayor, teniendo como guía de actuación lo explicitado en el Carné del Adulto Mayor (CAM).

Durante el año 2011, la meta consistió en un aumento de la población referenciada y controlada. Dicho crecimiento consistió en un aumento porcentual del 5% trimestral. Para el caso de los adultos entre 65 y 74 años de edad, se partió de una exigencia de 15% en el primer trimestre del 2011, llegando a un 30% a diciembre del 2011. En el caso de los adultos de 75 y más

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

años, la meta planteada partió de un 5%, llegando a un 20% en diciembre del 2011.

En los gráficos a continuación puede observarse que en todo el período, el cumplimiento promedio superó las metas planteadas.



No se presenta la información de ASSE, dado que la misma no presentó información referente a la meta durante todo el año 2011.

1.4. Pago por meta

A continuación se presentan los datos agregados referidos al pago por metas durante 2011.

Pago por afiliado FONASA	Meta 1	Meta 2	Meta 3 (valor base)
Enero - Junio 2011	\$56,99	\$21,26	\$76,45
Julio - Diciembre 2011	\$59,78	\$22,30	\$80,19

Estos valores son los valores máximos de las metas, que corresponde pagar cuando la institución cumple con las metas propuestas.

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

El monto total de la meta 3 surge de la multiplicación del valor de meta por la cantidad de afiliados FONASA.

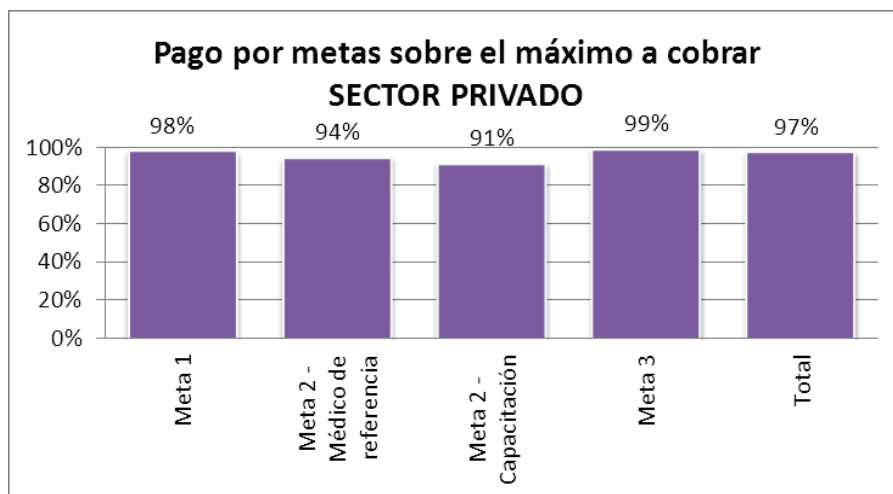
El cumplimiento de las metas en un trimestre genera un pago en un trimestre posterior, como muestra el siguiente esquema:

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

Período de cumplimiento (Metas 1, 2 y 3)		
Meses de pago	Enero	Jul-Ago-Set 2010
	Febrero	Oct-Nov-Dic 2010
	Marzo	
	Abril	
	Mayo	Ene-Feb-Mar 2011
	Junio	
	Julio	
	Agosto	Abr-May-Jun 2011
	Septiembre	
	Octubre	
	Noviembre	Jul-Ago-Set 2011
	Diciembre	

De esta forma, el pago por metas entre Enero y Diciembre de 2011 correspondió al cumplimiento de las metas en los trimestres comprendidos entre los trimestres Julio de 2010 y Setiembre de 2011.

En el 2011, el sector privado recibió el 95% del monto máximo a pagar por Metas Asistenciales. Estos valores se mantuvieron en el entorno del 93% al 97% durante cada uno de los meses del año.

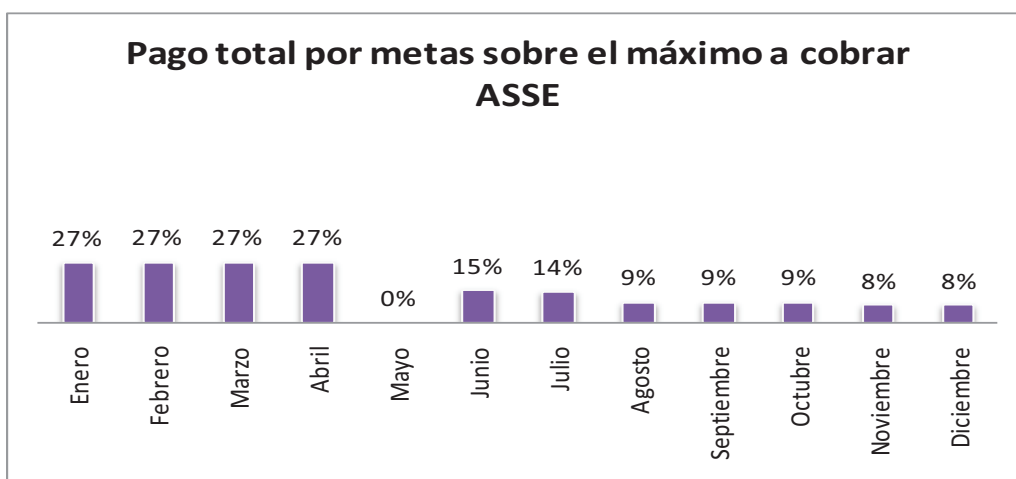


Rendición de Cuentas JUNASA 2011

Al observar el pago por cada meta, se desprende que el pago de las tres metas estuvo en el entorno del 95%, salvo el componente capacitación de la meta 2, correspondiente al cumplimiento del trimestre Julio - Diciembre de 2010, el cual tuvo un pago del 91%.

En relación al sector público, el monto liquidado a ASSE durante el 2011 corresponde básicamente al desempeño de la Meta 1, salvo para los primeros cuatro meses del año, donde ASSE también cobró el componente de capacitación de la Meta 2, correspondiente al último semestre del año 2011. Por tal motivo, ASSE cobró en promedio un 15% del pago máximo que podría haber recibido.

Al observar el cobro por mes vemos una caída en el correr del año. A su vez, el no cobro en el mes de mayo derivó de la entrega tardía de la Meta 1 del trimestre Enero – Marzo de 2011.



1.5. Metas para el 2012

Durante el segundo semestre de 2011 se generó un importante intercambio entre la JUNASA y los equipos de metas asistenciales de las diferentes instituciones, de forma de fijar los criterios para las metas para el año 2012.

Este proceso culminó a finales de marzo de 2012, con la aprobación de los instructivos para el período Marzo de 2012 – Abril de 2013. En líneas generales, se continúa con las tres metas actuales, profundizando los contenidos,

consolidando indicadores y marcando nuevas exigencias para seguir avanzando en el cambio del modelo de atención.³

2. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

2.1. Implementación de la movilidad regulada

Resultados 2011

En el año 2011, a partir del Decreto 03/2011, se establece que los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud (Activos, Pasivos, Menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad y cónyuges o concubinos) que al 31 de enero de cada año, tengan tres o más años de afiliación a una misma institución de asistencia médica, podrán afiliarse a otra institución de las que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud durante el período comprendido entre el 1º y el 28 de febrero de cada año.

De la misma forma, se habilita a cambiarse, dentro del mismo plazo establecido, a los beneficiarios del SNS que hubieran sido registrados de oficio en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) por no haber elegido prestador cuando tuvieron oportunidad de hacerlo.

A partir de ese momento queda definitivamente instalada la movilidad del usuario en forma regulada, con lo cual cada tres años podrá optar por el cambio.

Además, la Junta Nacional de Salud asegura a lo largo de todo el año la movilidad a aquellos usuarios que demuestren disconformidad con la atención recibida, configurándose la ruptura del vínculo asistencial, así como la de aquellos que por cambios de domicilio no quede garantizado el acceso a la asistencia. También son contemplados los problemas de acceso económico que pudiesen tener los usuarios, con lo cual durante todo el año éstos pueden

³ *Los instructivos están disponibles en la Página Web de la JUNASA.*

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

cambiarse de una mutualista a ASSE o de un seguro privado volver a su mutualista de origen.

Al 31 de enero de 2011 eran 797.750 los habilitados a cambiarse de prestador, de ellos 708.828 eran afiliados a una IAMC, 82.566 afiliados de oficio a ASSE y el resto (6356) afiliados FONASA a ASSE con más de 3 años de antigüedad.

Del total de habilitados en las IAMC, el 54% eran usuarios de instituciones con sede principal en Montevideo. Por otro lado, el 67% de los habilitados fueron activos, un 24% menores y el 9% restante pasivos.

Finalizado el período de movilidad el 28 de febrero, resultó que fueron 53.651 los usuarios que optaron por el cambio de prestador, 6,39% de los habilitados.

De ese total 15.093 (28% de los habilitados) eran usuarios de ASSE que se trasladaron al sector privado; el 62,8% de esos usuarios optaron por una institución de Montevideo.

Las salidas registradas en el subsector IAMC, en tanto, ascendieron a 38.558, lo que representa un 5,4% del total de habilitados a cambiarse en dichos prestadores. El 83% de estos egresos fueron de instituciones de la capital lo que se explica principalmente por la mayor oferta de instituciones que enfrentan los usuarios a diferencia de lo que sucede en la mayoría de los departamentos del interior. De los usuarios de las IAMC que optaron por cambiarse, 1701 lo hicieron hacia el prestador público.

De acuerdo a la condición de actividad, se observa que el 81,4% de quienes optaron por el cambio de prestador fueron activos, 8,2% de los habilitados. Los menores representaron un 16,4% y los pasivos apenas el 2,2%.

En líneas generales puede decirse que, no se observaron pérdidas netas de afiliados que pusieran en riesgo los ingresos de las instituciones. Los cambios registrados en relación a la cantidad de habilitados (6,39%) fueron los menores en los años de movilidad regulada lo que parece reafirmar tanto la estabilidad del sistema como la fidelidad de los usuarios por sus instituciones.

Por otro lado, si bien la reglamentación vigente provoca que los cambios se concentren en el mes de febrero, como ya se comentó, existen excepciones que habilitan los cambios a lo largo del año. Los casos amparados son los de aquellos usuarios que demuestren disconformidad con la atención recibida,

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

configurándose la ruptura del vínculo asistencial, así como la de aquellos que por cambio de domicilio no quede garantizado el acceso a la asistencia.

También son contemplados los problemas de acceso económico que pudiesen tener los usuarios, con lo cual durante todo el año éstos pueden cambiarse de una mutualista a ASSE o de un seguro privado volver a su mutualista de origen. En este sentido, durante 2011 la JUNASA habilitó el cambio de prestador por motivos asistenciales a 376 usuarios de un total de 662 solicitudes presentadas (57% concedidas). De éstos, 176 pidieron salir de una institución de Montevideo, concentrándose el 53% en dos de las instituciones de mayor porte de la capital (quienes a su vez concentran alrededor del 39% de los afiliados FONASA). Sólo en 17 instituciones de las 28 del interior hubo salidas por motivo asistencial (39 bajas). Por otro lado, 156 de las solicitudes concedidas fueron desde ASSE a una IAMC y muchas de ellas se trataban de afiliaciones de oficio a ASSE. Por último, se registraron 4 cambios desde un seguro privado integral hacia una IAMC, 3 de ellos por motivos económicos y uno por ruptura del vínculo asistencial.

Por otro lado, se aprobaron 6598 solicitudes por cambio de domicilio (99,6% de las presentadas). El 66% de los cambios fueron en instituciones del interior. Dentro de las 11 instituciones de la capital 7 tuvieron resultado neto negativo de los cambios ocurridos por motivo cambio de domicilio mientras que en el interior fueron 16 de las 28. De todas maneras en ningún caso estos cambios fueron de una magnitud tal que afectasen los ingresos de las instituciones.

Capítulo II: Evolución de los Beneficiarios del Fondo Nacional de Salud

A partir de la creación del FONASA, el número de beneficiarios ha crecido sistemáticamente pasando de 689.945 en agosto de 2007 a 1.864.101 en diciembre de 2011.

Esto implica un aumento de más de 1.000.000 de beneficiarios, representando un incremento superior al 170%. En relación a los trabajadores privados y públicos, en poco más de 3 años el número de beneficiarios registró una

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

expansión cercana a las 450.000 personas, mientras que en el caso de los jubilados el incremento superó los 95.000 afiliados.

Cabe aclarar que en "Trabajadores Privados" se incluye el colectivo de Profesionales independientes, así como los trabajadores de Cajas de Auxilio y de la Caja Notarial, quienes ingresaron al SNS en Julio de 2011.

Por su parte, en los primeros meses de 2008 se produjo el ingreso de los menores al SNS, posibilitando que a fines del año 2011 el número de beneficiarios pertenecientes a esta categoría se ubique en 573.247. Asimismo, en diciembre de 2010 se habilitó el ingreso gradual de los cónyuges, con la incorporación de 31.484 beneficiarios en ese lapso.

Cantidad de personas afiliadas al FONASA según tipo de afiliación

	Cantidad de personas afiliadas al FONASA					
	2007		2008	2009	2010	2011
	Agosto	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre
Trabajadores privados	629.506	671.781	741.691	791.108	829.555	961.909
Bancarios	0	0	7.690	14.935	24.599	18.874
Trabajadores públicos	9.605	24.480	120.610	130.220	133.246	138.086
Jubilados	50.834	52.560	72.088	89.064	112.379	146.586
Menores	0	0	435.664	469.108	491.490	573.247
Cónyuges	0	0	0	0	629	31.484
TOTAL	689.945	748.821	1.377.743	1.494.435	1.591.898	1.864.101

Fuente: Elaboración propia en base a información del BPS

Cantidad de personas afiliadas al FONASA según sexo y edad

		Dic-07	Dic-08	Dic-09	Dic-10	Dic-11
SEXO MASCULINO	< 1	0	11.471	12.351	12.663	14.140
	1 a 4	0	47.821	50.876	53.651	61.673
	5 a 14	17	126.565	136.992	143.861	165.409
	15 a 19	14.225	50.478	55.107	59.662	69.678
	20 a 44	266.760	306.882	324.715	341.994	384.643
	45 a 64	125.395	162.974	176.073	188.072	216.831
	65 a 74	19.281	27.110	30.698	35.452	43.849
	> 74	7.956	11.273	12.961	14.436	18.404
	Total	433.634	744.573	799.773	849.791	974.627
SEXO FEMENINO	< 1	0	10.746	11.709	12.194	13.777
	1 a 4	0	45.751	48.662	51.024	58.779
	5 a 14	2	121.170	131.265	137.682	158.101
	15 a 19	6.968	42.643	47.647	51.268	60.398
	20 a 44	181.726	235.639	257.746	273.253	338.499
	45 a 64	94.975	137.059	151.314	162.912	193.814
	65 a 74	20.000	26.330	30.501	35.518	43.694
	> 74	11.517	13.833	15.819	18.256	22.412
	Total	315.188	633.170	694.663	742.107	889.474
TOTAL		748.821	1.377.743	1.494.435	1.591.898	1.864.101

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

A continuación se muestra la evolución de los afiliados FONASA entre diciembre de 2007 y diciembre de 2011, desagregado para cada institución prestadora de servicios de salud.

Al observar lo ocurrido con los prestadores privados, en el último año solamente GREMCA y UMER registraron un leve descenso de afiliados FONASA que se ubicó en el entorno del 1% y 9% respectivamente. El resto de las instituciones registraron incrementos que fueron liderados por COSEM (27%), seguidos por Médica Uruguaya (17%), SMI (16%) y Universal (15%).

Es de destacar el incremento del 12% de los afiliados FONASA de CASMU, debido a un cambio en la modalidad de afiliación, ya que la población total de la institución tiene una caída en dicho período del entorno del 3%.

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

Por su parte, los Seguros Privados integrales, registraron un incremento del 36% de sus afiliados FONASA. En el caso del prestador público, ASSE, se observa un incremento de 30% de los afiliados durante el año 2011. Considerando todas las instituciones, en el último año el número de usuarios FONASA creció 15%. Este incremento se explica por el ingreso de ciertos colectivos que carecían de cobertura de salud a través de la seguridad social.

	dic-07	dic-08	dic-09	dic-10	dic-11	Variación 08-07	Variación 09-08	Variación 10-09	Variación 11-10	Variación 07-11
IAMC										
Montevideo										
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	104.032	107.522	124.655	46%	4%	3%	14%	45%
ASOC. EVANGELICA	20.676	33.284	35.716	37.868	42.927	61%	7%	6%	12%	52%
CASA DE GALICIA	26.218	38.051	37.084	40.003	43.575	45%	-3%	8%	8%	40%
CASMU	73.595	119.173	115.301	116.250	131.672	62%	-3%	1%	12%	44%
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	54.426	57.850	63.033	48%	8%	6%	8%	46%
CUDAM	29.339	40.971	42.086	42.822	44.642	40%	3%	2%	4%	34%
COSEM	12.458	24.867	30.207	34.901	47.575	100%	21%	16%	27%	74%
G.R.E.M.C.A.	16.113	31.193	32.536	32.349	32.184	94%	4%	-1%	-1%	50%
IMPASA	10.706	17.327	4	0	0	62%				
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.740	177.728	195.625	235.227	114%	16%	10%	17%	69%
SMI	28.573	57.462	80.518	84.546	100.630	101%	40%	5%	16%	72%
UNIVERSAL	22.050	38.097	42.606	46.374	54.657	73%	12%	9%	15%	60%
Sub total	413.707	704.336	752.244	796.110	920.777	70%	7%	6%	14%	55%
IAMC - Interior										
AMECOM -	31.160	51.177	56.133	57.251	62.670	64%	10%	2%	9%	50%
AMEDRIN- RIO NEGRO	5.097	7.487	7.384	7.395	7.669	47%	-1%	0%	4%	34%
AMSJ - SAN JOSE	17.250	30.221	32.176	33.656	37.650	75%	6%	5%	11%	54%
CAAMEC - ROSARIO	12.445	21.549	22.622	23.559	25.776	73%	5%	4%	9%	52%
CAAMEPA - PANDO	12.474	22.295	23.686	24.949	27.309	79%	6%	5%	9%	54%
CAMCEL	10.081	20.824	21.942	23.414	26.364	107%	5%	7%	11%	62%
CAMDEL - MINAS	11.656	20.713	21.148	21.603	23.297	78%	2%	2%	7%	50%
CAMEDUR - DURAZNO	8.861	17.608	19.246	20.264	22.868	99%	9%	5%	11%	61%
CAMOC - CARMELO	8.411	13.865	14.548	15.145	16.473	65%	5%	4%	8%	49%
CAMS - SORIANO	16.201	30.351	32.360	34.338	38.104	87%	7%	6%	10%	57%
CAMY - YOUNG	4.525	6.838	6.676	6.657	6.891	51%	-2%	0%	3%	34%
CASMER - RIVERA	9.159	17.590	18.402	19.756	23.718	92%	5%	7%	17%	61%
CO.ME.FLO. FLORES	4.992	8.481	8.842	9.235	10.026	70%	4%	4%	8%	50%
COMECA -	15.727	29.192	31.013	32.433	36.607	86%	6%	5%	11%	57%

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

COMECEL - MELO	2.661	6.052	6.439	7.124	7.990	127%	6%	11%	11%	67%
COMEF - FLORIDA	12.515	21.862	22.525	23.203	25.244	75%	3%	3%	8%	50%
COMEPA - PAYSANDU	22.802	38.848	40.202	41.139	46.609	70%	3%	2%	12%	51%
COMERI - RIVERA	7.305	14.444	15.349	16.138	17.891	98%	6%	5%	10%	59%
COMERO - ROCHA	12.518	22.508	24.511	25.286	28.381	80%	9%	3%	11%	56%
COMETT -	448	998	1.035	1.080	1.162	123%	4%	4%	7%	61%
COMTA -	15.023	27.534	28.336	28.862	30.523	83%	3%	2%	5%	51%
CRAME - MALDONADO	13.267	23.071	25.605	26.661	30.761	74%	11%	4%	13%	57%
CRAMI - LAS PIEDRAS	11.955	23.864	25.579	26.930	29.650	100%	7%	5%	9%	60%
GREMEDA - ARTIGAS	9.157	17.514	17.610	17.295	18.316	91%	1%	-2%	6%	50%
IAC - TREINTA Y TRES	8.477	15.306	16.318	16.759	17.705	81%	7%	3%	5%	52%
ORAMECO - COLONIA	4.622	7.959	8.257	8.426	8.839	72%	4%	2%	5%	48%
SMQ.DE SALTO	19.887	35.035	39.644	40.524	44.438	76%	13%	2%	9%	55%
U.ME.R. - CARDONA	1.389	2.305	2.356	2.332	2.190	66%	2%	-1%	-6%	37%
Sub total	310.066	555.491	589.944	611.414	675.121	79%	6%	4%	9%	54%
Seguros Privados										
HOSPITAL BRITÁNICO		7.464	8.077	8.976	18.326		8%	11%	51%	
BLUECROSS & BLUESHIELD		2.543	2.599	3.968	5.230		2%	53%	24%	
MP		8.424	8.916	10.628	14.533		6%	19%	27%	
SUMMUM		3.680	3.924	4.768	6.552		7%	22%	27%	
COPAMHI		326	377	418	561		16%	11%	25%	
SEGURO AMERICANO		2.015	2.128	2.475	3.714		6%	16%	33%	
PRIMÉDICA			8	8	8			0%	0%	
Sub total		24.452	26.029	31.241	48.924		6%	20%	36%	
ASSE										
ASSE	25.407	93.462	126.218	153.133	219.279	268%	35%	21%	30%	88%
Sub total	25.407	93.462	126.218	153.133	219.279	268%	35%	21%	30%	88%
TOTAL	748.821	1.377.743	1.494.435	1.591.898	1.864.101	84%	8%	7%	15%	60%

Fuente: Elaboración propia en base a información del BPS

Capítulo III: Estructura de Ingresos y Gastos del FONASA

III.1 Resultado del ejercicio 2011

De acuerdo con la información brindada por el BPS, durante el ejercicio comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2011 el FONASA presentó un resultado operativo negativo equivalente a \$ 1.260.925.130, lo cual representa el 5% de los egresos FONASA. El mismo se deriva de ingresos de \$ 23.978.277.066 y egresos por \$ 25.239.152.196.

Resultado FONASA 2011 sin considerar la asistencia de CGN

INGRESOS	
Recaudación BPS	18.828.092.837
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	1.126.894.001
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	189.972.640
Aportes Del Gobierno Central (CGN)	3.807.344.799
TOTAL INGRESOS POR RECAUDACIÓN	23.952.304.276
Comisiones Seguros Integrales	24.792.721
Otros Ingresos	1.130.069
TOTAL OTROS INGRESOS	25.922.790
TOTAL DE INGRESOS	23.978.227.066
EGRESOS	
Liquidaciones IAMC	20.514.187.575
Re-liquidaciones IAMC	0
Liquidaciones ASSE	2.261.052.287
Re-liquidaciones ASSE	0
Liquidaciones S. Integrales	416.688.197
Liquidaciones F.N. Recursos	2.043.410.768
Liquidaciones Cajas de Auxilio ⁴	1.402.705
Otros Egresos	2.410.664
TOTAL EGRESOS PAGO A PRESTADORES	25.239.152.196
RESULTADO OPERATIVO FONASA	
TOTAL	-1.260.925.130

▪Fuente: Elaboración propia en base a información de BPS

⁴ Devolución de Recaudación Cajas de Auxilio – Informe Revisión Limitada FONASA Enero – Diciembre 2011.

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

A continuación se exponen los resultados por tipo de afiliación. De esta forma es posible apreciar la solidaridad en los aportes que constituye uno de los principios que dieron lugar a la creación del FONASA.

Resultado Económico del FONASA 2011 antes de aportes de RRGG por tipo de afiliación. (% sobre egresos)

INGRESOS	Monto	%
Menores y cónyuges	4.717.489.810	19%
Pasivos	1.126.894.001	4%
Activos privados	18.133.843.256	72%
TOTAL INGRESOS	23.978.227.066	95%
EGRESOS	Monto	%
Menores y cónyuges	8.984.361.223	36%
Pasivos	4.284.075.382	17%
Activos	11.970.715.591	47%
TOTAL EGRESOS	25.239.152.196	100%
RESULTADO	Monto	%
Menores y cónyuges	-4.266.871.413	-17%
Pasivos	-3.157.181.382	-13%
Activos	6.163.127.665	25%
TOTAL RESULTADO	-1.260.925.130	-5%

Fuente: Elaboración propia en base a información de BPS⁵

El 72% de los egresos del FONASA se financian a través de los aportes personales y patronales de los trabajadores activos (\$ 18.133.843.256). En la medida en que el gasto de este mismo colectivo representa el 47% del total de egresos, la diferencia de \$ 6.163.127.665, financia solidariamente la cobertura en salud de los menores y cónyuges así como de los pasivos, cuyos aportes no llegan a cubrir su gasto. A su vez es necesario un aporte adicional de rentas generales equivalente al 5% del gasto.

5 Nota: debido a que la información de importes destinada a los seguros integrales no presenta desagregación por afiliados, debió estimarse en función del número de usuarios que presentan en cada categoría, distribuyendo el gasto en forma proporcional.

Es importante destacar que a partir de julio de 2011 ingresaron al SNS los trabajadores de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales y Caja Notarial con un régimen especial de aportes a través del cual el aporte del 4.5% no es percibido por el FONASA en el segundo semestre de 2011. De esta manera el resultado positivo del colectivo de activos es menor al que resultaría en el caso de realizar la totalidad de aportes al FONASA, redundando en un mayor aporte de rentas generales.

III.2 Ingresos

A partir de la información que brindan las oficinas de Asesoría Tributaria y Recaudación (ATyR) del BPS se aproximan los ingresos del FONASA durante 2011 de acuerdo al tipo de aporte. Si bien es una aproximación, permite observar, en términos generales, cual es el peso de cada uno de los componentes que constituyen el Fondo.

De esta forma, puede decirse que durante 2011 los ingresos del FONASA previos a la asistencia de Rentas Generales se correspondieron en un 46% a los aportes realizados por los propios trabajadores, donde el 26% responde a aportes personales básicos (3%) y el restante 21% a los aportes adicionales de los trabajadores (1,5%; 3%; 2%) destinados a la cobertura de los menores y discapacitados a cargo, así como de los cónyuges a partir del mes de diciembre de 2010. Mientras tanto, los aportes patronales (tanto públicos como privados) y el complemento de cuota representan el 42% de los ingresos de FONASA. Finalmente, resta destacar que la asistencia financiera brindada por Rentas Generales representó un 5% de los ingresos totales recibidos por el Fondo.

Ingresos FONASA 2011

INGRESOS PROPIOS	Monto	%
Aportes personales de trabajadores privados	4.255.014.971	17,7%
Aportes personales de trabajadores públicos	1.624.187.253	6,8%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados	3.522.944.816	14,7%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos	1.194.544.993	5,0%
Aportes patronales de trabajadores privados	7.013.397.526	29,2%
Aportes patronales de trabajadores públicos	2.508.201.037	10,5%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	128.195.687	0,5%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	89.702	0,0%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	1.093.608.900	4,6%
Bancos	1.485.225.390	6,2%
TOTAL APORTES DE ACTIVOS	22.825.410.275	95,2%
RECAUDACIONES PERSONALES SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS	1.126.894.001	4,7%
OTROS INGRESOS	25.922.790	0,1%
TOTAL DE INGRESOS PROPIOS	23.978.227.066	95,0%
ASISTENCIA		
APORTE DE RENTAS GENERALES	1.260.925.130	5,0%
TOTAL INGRESOS		
INGRESOS TOTALES	25.239.152.196	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información de BPS

III.3 Egresos

A continuación se aproximan los egresos del FONASA de acuerdo a cómo fueron adjudicados a los siguientes conceptos: Cápitás, Metas, Ticket, FNR, así como a los Seguros Integrales, considerando a éstos como un rubro independiente.

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
< 1	561.799.179	2%	463.316.679	2%	1.025.115.858	4%
1 a 4	714.950.065	3%	642.624.175	3%	1.357.574.241	5%
5 a 14	1.138.395.426	5%	981.520.633	4%	2.119.916.058	8%
15 a 19	463.498.328	2%	530.135.675	2%	993.634.003	4%
20 a 44	2.390.500.223	9%	4.322.303.207	17%	6.712.803.430	27%
45 a 64	2.763.661.714	11%	2.968.963.283	12%	5.732.624.997	23%
65 a 74	1.057.662.952	4%	915.175.812	4%	1.972.838.764	8%
> 74	584.840.875	2%	588.854.337	2%	1.173.695.212	5%
CAPITAS	9.675.308.76	38	11.412.893.80	45	21.088.202.56	
	3	%	1	%	4	84%
META	763.131.512	3%	741.033.541	3%	1.504.165.053	6%
TICKET	87.982.200	0%	98.703.414	0%	186.685.614	1%
SEGUROS INTEGRALES					416.688.197	2%
FNR	1.150.242.97					
	5	5%	893.167.793	4%	2.043.410.768	8%
TOTAL					25.239.152.19	100
					6	%

Fuente: elaboración propia en base a información de BPS

Como era de esperar, el mayor monto de los egresos se debió al pago de Cápitas, tanto a ASSE como a las IAMCs, los cuales representaron el 84% de los egresos totales, en segundo lugar se ubican los pagos por concepto de Metas y al FNR, donde cada uno se corresponde con un 8% de los egresos, y finalmente los montos por sustitutivo de tickets así como los transferidos a los seguros privados integrales, que representaron un 1% y 2% de los egresos totales respectivamente.

Si se desagregan los egresos del FONASA de acuerdo al tipo de institución, se observa que el 81% de los mismos fueron destinados a las IAMCs. Por su parte, el prestador público recibió el 9% de los recursos, mientras que el 8% fueron para el pago de cuotas del FNR y el 2% a los Seguros Integrales.

Rendición de Cuentas JUNASA 2011

Institución	2008		2009		2010		2011	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
IAMC	12.210.903.7		14.478.092.8		16.909.282.4		20.515.590.2	
Seguros	64	86%	52	84%	32	81%	80	81%
Integrales	180.695.926	1%	220.827.524	1%	282.472.403	2%	416.688.197	2%
			1.144.114.88		1.507.351.69		2.261.052.28	
ASSE	670.913.686	5%	7	7%	7	9%	7	9%
	1.071.485.06		1.421.143.45		1.710.078.46		2.043.410.76	
FNR	1	8%	3	8%	0	8%	8	8%
Ajustes contables					-130.195	0%	0	0%
Otros Egresos							2.410.664	0,01 %
TOTAL	14.133.998.	100	17.264.178.	100	20.409.054.	100	25.239.152.	100
	437	%	716	%	797	%	196	%

Fuente: elaboración propia en base a información de BPS