

# Junta Nacional de Salud



## Rendición de Cuentas

Ejercicio 2014

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	4
CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2014 .....	7
I.1. PRINCIPALES AVANCES EN MATERIA DE PARTICIPACION SOCIAL .....	7
I.2 ACUERDO INTERINSTITUCIONALES .....	19
I.3 PARTICIPACION EN EL PROGRAMA SALUD.UY .....	20
I.4 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA.....	20
Sistema de agenda de consulta externa .....	20
I.5 CONTRATOS DE GESTIÓN .....	24
CAPÍTULO II. EVOLUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD.....	27
Movilidad regulada .....	31
CAPÍTULO III. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA .....	34
III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2014 .....	34
III.2 INGRESOS .....	39
III.3 EGRESOS.....	39
METAS ASISTENCIALES .....	42
Instancias de discusión de las metas.....	42
META 1: Salud del niño, niña y mujer .....	43
META 2: Médico de referencia.....	45
META 3: Adulto mayor .....	48
META 4: Cargos médicos de alta dedicación.....	50
Pago por metas .....	51
METAS 2015 .....	53
SOBRECUOTA DE INVERSIÓN .....	54
ANEXOS .....	59
Anexo I: Movilidad Regulada.....	59
Anexo II: Metas Asistenciales.....	59
Anexo III: Sobrecuota de inversión .....	59
Anexo IV: Informe BPS .....	59

## Cuadros

Cuadro 1 Beneficiarios del SNS según tipo de afiliación .....	28
Cuadro 2 Beneficiarios del SNS según sexo y edad .....	28
Cuadro 3 Beneficiarios del SNS según prestador .....	30
Cuadro 4 Movimientos según tipo de prestador .....	32
Cuadro 5 Resultado FONASA 2014 sin considera la asistencia de CGN .....	35
Cuadro 6 Transferencias de Rentas Generales al FONASA (o DISSE) y egresos totales a precios constantes 2008 .....	36
Cuadro 7 Resultado Económico del FONASA 2014 por tipo de afiliación .....	38
Cuadro 8 Ingresos del FONASA 2014 .....	39
Cuadro 9 Egresos del FONASA 2014 según concepto .....	40
Cuadro 10 Egresos del FONASA según prestador .....	40
Cuadro 11 Cargos de Alta Dedicación contratados en 2014 .....	51
Cuadro 12 Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA .....	51
Cuadro 13 Cronograma cumplimiento – pago de Metas .....	52
Cuadro 14 Cronograma de aprobación de proyectos .....	54
Cuadro 15 Montos cobrados por prestador por concepto de Sobrecuota de inversión .....	57
Cuadro 16 Proyectos a financiar con Sobrecuota de inversión y montos ejecutados hasta 2014 .....	58

## Gráficos

Gráfico 1 Total afiliados FONASA y habilitados ASSE y IAMC .....	32
Gráfico 2 Movimientos por condición de afiliación. Febrero 2014 .....	33
Gráfico 3 Evolución de las transferencias de Rentas Generales al FONASA (o DISSE) .....	36
Gráfico 4 Meta 1 - Sector privado - Desempeño 1er y 4to trimestre .....	44
Gráfico 5 Meta 1 - Sector privado - Meta y desempeño .....	44
Gráfico 6 Meta 1 - Sector público - Desempeño 1er y 4to trimestre .....	45
Gráfico 7 Meta 1 - Sector público - Meta y desempeño .....	45
Gráfico 9 Referenciación 12 a 19 años .....	46
Gráfico 10 Referenciación 45 a 64 años .....	47
Gráfico 11 Pauta 45 a 64 años .....	47
Gráfico 12 Referenciación 65 y 74 años .....	49
Gráfico 13 Referenciación 75 años y más .....	49
Gráfico 14 Pauta 65 a 74 años .....	50
Gráfico 15 Pauta 75 y más .....	50
Gráfico 16 Pago por metas sobre el máximo a cobrar SECTOR PRIVADO (2014) .....	53
Gráfico 17 Pago total por metas sobre el máximo a cobrar ASSE .....	53

## **INTRODUCCIÓN**

Este fue el séptimo año de funcionamiento del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Mirado en perspectiva se trata de un corto período de tiempo para una reforma tan profunda como la ocurrida en un área tan sensible en la vida de los ciudadanos. Somos parte de una nueva institucionalidad estatal que juega un potente rol conductor en el sector salud, institucionalidad que lidera la transformación mediante la participación y el control social sobre el funcionamiento del sistema y a través de la administración de incentivos económicos al desempeño.

Por ello me parece insoslayable resaltar en primera instancia que si bien el sistema está consolidado, la necesidad de avanzar en equidad, en niveles de cobertura, en calidad de servicios y en el cambio del modelo de atención, vuelve cada vez más necesaria la complementación de servicios y nos aleja de cualquier mirada complaciente sobre el funcionamiento del sistema. La complementación de servicios entre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de salud, públicos y privados, ha sido un tema de permanente abordaje, ante la necesidad de incrementar la utilización de esta modalidad como una herramienta positiva tanto del punto de vista asistencial como de gestión de las propias instituciones.

Para la JUNASA las principales obligaciones son administrar el Seguro Nacional de Salud y definir los contratos mediante los cuales los prestadores del SNIS se comprometen a brindar los Programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública –PIAS– a sus beneficiarios. Con los Contratos de Gestión se busca establecer los incentivos adecuados para que los prestadores ofrezcan servicios de salud de calidad y en forma oportuna. También se ha incentivado la mejora progresiva de la calidad de la asistencia y el cambio del modelo de atención, mediante la fijación de metas asistenciales.

Con los contratos vigentes a partir del año 2012 se continuó con el relevamiento iniciado en el 2013, elaborándose un segundo informe global de su cumplimiento. Surge del mismo el resultado del monitoreo de aquellos artículos cuya evaluación se realiza mediante sistemas de información implementados con los propios prestadores (además de realizarse algunos informes sobre pedidos específicos de información, así como el seguimiento particular de un conjunto de obligaciones determinadas).

Para realizar este relevamiento, al igual que en el 2013, se usó el criterio de división de los artículos en tres grupos:

- 1) aquellos a controlar mediante los sistemas de información del MSP,
- 2) aquellos a controlar mediante la participación de las Direcciones Departamentales de Salud y
- 3) aquellos a controlar mediante el análisis de las denuncias de los usuarios.

De esta manera se articuló con los diferentes actores que recaban información referente a estos artículos (distintos sectores del MSP y el BPS). A este relevamiento interno se le agregó un pedido de información a los prestadores de salud y una solicitud de informe a las Direcciones Departamentales de Salud.

Durante el transcurso del 2014 la JUNASA se planteó como uno de sus objetivos el fortalecimiento de la descentralización y de la participación social, instrumentos relevantes en el proceso de consolidación de la reforma de la salud y que en la práctica se plasman mediante el funcionamiento de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales. La realización, a finales del año 2013, de lo que se denominó “JUNASA ampliada” evento de repercusión nacional en el que participaron representantes de las organizaciones de usuarios, trabajadores e instituciones de salud, permitió replantear las modalidades de conducción de la Reforma y en base a ello buscar la revitalización de los mecanismos de comunicación entre el órgano central – JUNASA – y los diversos Consejos, conocidos comúnmente como JUDESAS.

En ese plano, se diseñó una agenda de trabajo con las diferentes JUDESAS, a cuyos efectos se agrupó a éstas en cinco regiones comprensivas de todo el territorio nacional. Se realizaron entonces cinco jornadas de trabajo, cuatro en el interior del país y una en Montevideo. En cada una de dichas jornadas se presentó a consideración de los participantes, un borrador sobre Protocolo de relacionamiento entre la JUNASA y las JUDESAS, con la finalidad de lograr una comunicación más fluida y eficiente entre los involucrados a partir de la uniformización de criterios, conjuntamente con una propuesta de Reglamento de funcionamiento interno de dichos Consejos Asesores.

El proceso de consulta y discusión culminó con la aprobación de los dos documentos mencionados: Protocolo de relacionamiento JUNASA-JUDESAS y Reglamento de funcionamiento interno de estas últimas.

En otro orden no menos importante, en el año 2014 se terminaron de aprobar por parte de la JUNASA todas las solicitudes de Sobre cuota de inversión prevista en el artículo 17 de la ley 18.922, formuladas por las instituciones de asistencia médica colectiva integrantes del Seguro Nacional de Salud y se implementaron nuevas pautas para contribuir al fortalecimiento de los sistemas de control sobre la ejecución de los proyectos presentados y la correlativa utilización de los fondos dispuestos.

En resumen la reforma del sistema de salud sigue siendo un proceso cuyos principios rectores nos orientan a continuar realizando los cambios necesarios para su cumplimiento. Estos los realizaremos de acuerdo con el espíritu con el que se ha hecho la reforma, con la participación de trabajadores, usuarios y prestadores.

Ec. Arturo Echevarría  
Presidente de la Junta Nacional de Salud

## **CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2014**

En esta oportunidad, se entiende pertinente seguir el mismo diseño que se ha venido aplicando en las anteriores Rendiciones de Cuentas, por lo que la presentación del trabajo desarrollado por la Junta Nacional de Salud durante el transcurso del año 2014, no obstante su amplitud y profundidad, se consignará en forma resumida, abarcando los siguientes temas: avances en materia de participación social, situación de los acuerdos interinstitucionales ya concretados, normativa relevante y monitoreo del cumplimiento de los contratos de gestión.

Durante el año objeto del presente trabajo, la JUNASA sesiono en 23 oportunidades, de las cuales 20 sesiones fueron ordinarias y tres extraordinarias, con el siguiente nivel de asistencia por parte de los sectores representados: Ministerio de Salud Pública: asistió a todas las sesiones; Banco de Previsión Social: 21 asistencias; Ministerio de Economía y Finanzas: 23 asistencias; Prestadores: 22 asistencias; Usuarios: 19 asistencias; Trabajadores: 18 asistencias.

### **I.1. PRINCIPALES AVANCES EN MATERIA DE PARTICIPACION SOCIAL**

En el transcurso del año 2014, la JUNASA se avocó a intensificar su relacionamiento con las diversas Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS) ó Consejos Honorarios Departamentales existentes en los 19 departamentos del país y a través de ellos poder interactuar directamente con los representantes de los sectores sociales. Para concretar ello se diseñó una agenda con cinco jornadas de trabajo a realizarse durante el año, a cuyos efectos se agrupó a las JUDESAS en cinco regionales.

La primera jornada se efectuó en Tacuarembó el 21 de marzo de 2014 y comprendió a las JUDESAS de dicho departamento, Rivera, Salto y Artigas.

La segunda se realizó en Maldonado el 25 de abril, con participación de este departamento más Lavalleja, Rocha, Cerro Largo y Treinta y Tres.

La tercera se concretó en Colonia el 1º de agosto de 2014 abarcando Colonia, Río Negro, Soriano y Paysandú.

La cuarta se desarrolló en Florida el 14 de noviembre, participando también Flores y Durazno y la última jornada se hizo en Montevideo con San José y Canelones el 12 de diciembre.

Fuera de aquellos temas o planteamientos que cada JUDESA podía formular libremente, se incluyó en el Orden del día de cada jornada para ser objeto de discusión y debate lo referente al proyecto de Protocolo de relacionamiento entre las JUDESAS y la JUNASA y Reglamento de funcionamiento interno de las primeras así como todo lo vinculado a las necesidades de cada departamento en materia de Convenios de Complementación, comprendiendo la información sobre los Acuerdos efectivamente concretados así como los que se encontraban en vías de concreción.

El proyecto de Protocolo de relacionamiento presentado a las diferentes JUDESAS, fue elaborado por un Grupo de trabajo en el que intervinieron diversas áreas del Ministerio de Salud Pública. Su objetivo, como su nombre lo indica, es dejar asentado en forma uniforme ciertos criterios que permitan un adecuado y fluido relacionamiento entre las partes involucradas, sobre la base, establecida en el art. 27 de la ley 18.211, de que las funciones de las JUDESAS son de asesoramiento, proposición y evaluación. Culminada la ronda de discusión, se introdujeron modificaciones al proyecto inicial, de forma de recoger en lo posible, algunos de los planteamientos expuestos por las diversas organizaciones. A título de ejemplo, se estableció que cuando un Acuerdo de complementación sea ingresado a la JUNASA para su autorización, ésta enviará una copia del misma a las JUDESAS del / de los departamentos que involucre, a efectos de que tomen conocimiento y a la brevedad eleven las observaciones que eventualmente pueda merecerles.

El documento final fue aprobado por resolución de la JUNASA del 12 de febrero de 2015 conjuntamente con el Reglamento Interno de funcionamiento.

#### **ACTIVIDAD DE LOS CONSEJOS HONORARIOS DEPARTAMENTALES - JUDESAS – DURANTE EL AÑO 2014**

Sobre el presente tema, se efectúa una exposición sucinta de los principales temas tratados por cada una de ellas, así como el nivel de asistencia de los sectores representados

#### **ARTIGAS**

Temas tratados:

- Salud rural
- Complementación público – privado
- Sobre cuota de inversión
- Hogares de adultos mayores
- Nueva modalidad de Casa abierta
- Dificultades que se presentan con prestaciones no incluidas en el PIAS
- Creación de un CTI en la ciudad de Artigas
- Planes de contingencia en caso de epidemia de Dengue
- Plan de contingencia durante el transcurso del Carnaval, como evento de importancia

El nivel de asistencia fue bajo en los siguientes sectores: representantes del prestador privado y público; trabajadores no médicos y trabajadores médicos del sector público y del sector privado.

#### **CANELONES**

Temas tratados:



- Convenios de Complementación en el departamento, plan a desarrollar durante el año.
  - LIRas en las ciudades de La Paz, Las Piedras, Progreso, Soca, Empalme Olmos, implementación e informe.
  - Informe sobre brote de Legionella en frigorífico de aves en la ciudad de Las Piedras.
  - Situación de la atención pre-hospitalaria en el departamento.
  - Implementación a cargo del Ministerio del Interior de la colocación de tobilleras en prevención a Violencia Doméstica.
  - Presentación de casos de Plombemia en Estación Floresta y Soca.
  - Implementación del uso de bicicletas comunitarias en la ciudad de Canelones.
  - Pedido de informe sobre hecho ocurrido en la puerta de emergencia del Hospital de Las Piedras.
  - Designación de las Salas de Triage en la ciudad de Las Piedras, ante una posible epidemia de Dengue.
    - 1) Salón del Bicentenario
    - 2) Centro Cultural Carlitos
  - Informe por parte de la Dirección del H LP sobre la implementación de HC electrónica.
  - Informe sobre la entrega de DEAS en todo el departamento a cargo de la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular.
  - Puesta en marcha del Programa de Salud Rural (Ropas).
  - Promoción de la construcción de la Puerta de Emergencia y de la Maternidad en la ciudad de Pando.
- Se realizaron 6 sesiones, con un buen nivel de asistencia de todos los sectores involucrados.

### **CERRO LARGO**

Temas tratados:

- Maternidad única
- Accidentes de tránsito
- Evaluación de convenio de complementación en Noblía
- Propuesta de complementación en Aceguá
- Propuesta de Red nacional de rehabilitación motriz
- Convenio de complementación de Homocentro regional de Maldonado – ASSE – CAMCEL
- Realidad asistencial de la ciudad de Río Branco; propuesta de sistema complementado de traslados especializados entre ASSE y CAMCEL

Se realizaron 8 reuniones en el año.

Asistencia:

MSP: 8

ASSE: 8

Prestador privado: 8  
Usuarios sector privado:8  
Usuarios sector público: 8  
Trabajadores no médico sector público: 8  
Trabajadores no médicos sector privado:8  
Trabajadores médicos sector público: 0  
Trabajadores médicos sector privado: 2  
Banco de Previsión Social: 8

### **COLONIA**

Temas tratados:

- Convenio de complementación entre ASSE y CAMOC por Puerta de urgencias en Nueva Palmira - Maternidad única en Carmelo.
- Convenio complementación entre ASSE y CAMEC por Policlínicas en Cufré, Miguelete, La Paz y Costa del Inmigrante.
- Abordaje de los intentos de autoeliminación en adolescentes
- Propuesta de puerta de urgencias única en Pediatría para la localidad de Colonia (que no prosperó, pero implicó una gran inversión de tiempo y dedicación)
- Encare del retiro de servicio de urgencias de parte de Montes del Plata en su puerta de entrada, la cual cubre también a la localidad de Conchillas.
- Apoyo a usuarios de MHE por su reclamo de constituir un Concejo Consultivo en Colonia. No lo tienen porque el prestador argumenta que su sede primaria está en Montevideo y allí cumplen con el requisito de contar con un Concejo Consultivo. Se continúa con esa línea de trabajo. Idéntica situación existe en Círculo Católico de Obreros del Uruguay filial Juan Lacaze: la diferencia es que sus usuarios de Colonia no han hecho este reclamo.
- Participación en campaña para reducir el aedes aegypti en función del riesgo de Dengue y Chikungunya.

Se realizaron 9 sesiones.

Asistencia:

MSP: 9  
BPS: 8  
Prestador privado: 7  
ASSE: 3  
Trabajadores no médicos sector público: 1  
Trabajadores no médicos sector privado: 5  
Trabajadores médicos sector privado: 7  
Trabajadores médicos sector público: 8

Usuarios sector público: 0

Usuarios sector privado: 8

### **DURAZNO**

Temas tratados:

- Información y participación acerca del Proyecto “Cerca de la Gente con mas Oportunidades” firmado entre IDD y OPP y Uruguay Integra de OPP, en el cual el MSP participó como socio.
- Salud Rural - Ferias de Salud Rural. Proyecto ROPAS.
- Curso de Agentes Comunitarios en Salud.
- Campañas Departamentales de Prevención del Dengue.
- Campañas de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades de distintas áreas.
- Capacitación para Asistentes Personales del BPS para personas con discapacidad.
- Planteamientos realizados por los Usuarios.
- Políticas, Reglamentación y Cooperativa de Tabaco.
- Nueva Reglamentación de Ancianidad.
- Consejos Consultivos de los Prestadores de Salud.
- Descentralización del Primer Nivel de Atención en ASSE.
- Obras de los Prestadores.
- Convenios de Complementación: Emergencia Única en Sarandí del Yí para los 3 prestadores (CAMEDUR, ASSE y MÉDICA URUGUAYA). En Villa del Carmen, acuerdo entre prestadores para el uso de ambulancia. Convenios en el Primer Nivel entre ASSE y Comisiones Barriales. Convenio de Primer Nivel RIEPS entre ASSE y Sanidad Policial.
- Dispositivo “Ciudadela”.
- Dificultad con disponibilidad de RRHH en algunas especialidades y en el Área Rural.
- Maternidad Única
- Objetivos 2015.

Se convocó a 10 sesiones y se realizaron 8 en virtud de la falta de quórum de las dos restantes

Asistencia:

MSP: 10

BPS: 7

ASSE: 9

Prestador privado: 9

Trabajadores no médicos sector público: 8

Trabajadores no médicos sector privado: 1

Trabajadores médicos sector público: 0

Trabajadores médicos sector privado: 3

Usuarios sector público: 9

Usuarios sector privado: 10

### **FLORES**

Temas tratados:

- Cuidados Paliativos
- Jornadas de Zoonosis
- Plan de alta de egreso de los prestadores de salud.
- Informe sobre convenios
- Centro de rehabilitación (motriz) Sakura.
- Plan de contingencia – Dengue

Se realizaron 3 sesiones.

Asistencia:

MSP: 3

BPS: 3

ASSE: 3

Prestador privado: 2

Trabajadores no médicos sector público: 0

Trabajadores no médicos sector privado: 1

Trabajadores médicos sector público: 2

Trabajadores médicos sector privado: 0

Usuarios sector público: 2

Usuarios sector privado: 3

### **FLORIDA**

Temas tratados:

- Informe de normativa sobre Voluntad anticipada
- Ejercicio simulación Dengue/LIRAA
- Ferias de salud y educación rural en el departamento
- Campaña de vacunaciones varias.
- Seguimiento y articulación de los convenios de complementación de servicios en el departamento.
- Informe sobre funcionamiento del SIPIAV
- Instalación del dispositivo ciudadela
- Informe del Decreto 485/2013 sobre derivación de casos de intoxicación agudas en adolescentes por los prestadores de salud
- Informe sobre seguridad vial departamental

- Informe sobre seguimiento de IAE
- Dispositivos para la noche de la nostalgia
- Presentación del Programa UCC de presidencia
- Visita de la representante de los usuarios de la JUNASA
- Informe de investigación de evaluación de estándares de calidad en primer nivel de atención.
- Regional JUDESAS y JUNASA.

Se realizaron 10 sesiones.

Asistencia:

MSP: 10

BPS: 7

ASSE: 9

Prestador privado: 8

Trabajadores no médicos sector público: 9

Trabajadores no médicos sector privado: 7

Trabajadores médicos sector público: 6

Trabajadores médicos sector privado: 4

Usuarios sector público: 7

Usuarios sector privado: 7

### ***MALDONADO***

Temas tratados:

- Estándares de calidad para el ONA como fortalecimiento del cambio de modelo de atención
- Salud mental (abordaje temas suicidios e IAE)
- Consumo problemático de sustancias. Instalación Dispositivo Ciudadela (centro de escucha y derivación, ERICA, tratamiento de desintoxicación aguda)
- Cuidados paliativos
- Cumplimiento de Contrato de gestión
- Convenios de complementación
- Salud rural

Se realizaron 10 sesiones

Asistencia

MSP: 10

BPS: 9

ASSE: 8

Prestador privado: 9  
Trabajadores no médicos sector público: 0  
Trabajadores no médicos sector privado:  
Trabajadores médicos sector público: 0  
Trabajadores médicos sector privado: 8  
Usuarios sector público: 10  
Usuarios sector privado: 10

### **MONTEVIDEO**

Temas tratados:

- Atención en puertas de Emergencia de ASSE de usuarios de salud privada
- LIRAA en Montevideo
- Relacionamiento de la JUDESA con el territorio
- Proyectos de Fondos Concursables
- Red de Salud "G"
- Avances en el desarrollo del Convenio de complementación de la PE-CERRO
- Presentación del SAME – Sistema de Atención Médica en Emergencia
- Protocolo de relacionamiento JUDESAS – JUNASA
- Complementación de Servicios

Se realizaron 11 sesiones

Asistencia

MSP: 11  
BPS: 6  
ASSE: 10  
Prestador privado: 10  
Trabajadores no médicos sector público: 0  
Trabajadores no médicos sector privado: 6  
Trabajadores médicos sector público: 10  
Trabajadores médicos sector privado: 3  
Usuarios sector público: 7  
Usuarios sector privado: 7

### **PAYSANDU**

Temas tratados:

- Nota respuesta de Dir. HEL por Maternidad
- Centro Aux. Quebracho
- Salud Rural – Proyecto Habilidades para la Vida

- Convenios Salud Rural – Ferias de Salud –AIEPI – Curso reperfilamiento- PHTLS – ROPAS.
- Residencias del Adulto Mayor
- Discapacidad
- Elas. Prom.de Salud, Alimentación Saludable (Ley Celíaco)
- LIRAA
- Vacunación
- JDD – Ciudadela
- Seguimiento de Convenio ASSE –COMEPA (Comisión de seguimiento)
- Jornada de trabajo entre la JUNASA Y las JUDESA

Se realizaron 4 sesiones

Asistencia:

MSP: 4

BPS: 3

ASSE: 3

Prestador privado: 2

Trabajadores no médicos sector público: 3

Trabajadores no médicos sector privado: 2

Trabajadores médicos sector público: 0

Trabajadores médicos sector privado: 1

Usuarios sector público: 1

Usuarios sector privado: 1

### **RIVERA**

Temas tratados:

- Salud Rural
- Policlínicas Periféricas y Primer Nivel
- Ticket mensual de pacientes crónicos
- Complementación de servicios
- Tiempos de espera
- Consejos Consultivos
- Expedición de anticonceptivos
- Dispositivo Ciudadela y Erica.

### **SALTO**

Temas tratados:

- Seguridad social
- Actuación de los usuarios en los espacios de participación
- Coordinación y elaboración del Convenio de Complementación público – privado de Salud Rural
- Conformación de la Comisión de seguimiento del Convenio
- Determinación del Fondo de inversión de SMQ
- Instalación de un angiógrafo en Salto

Se realizaron 10 sesiones

El nivel de asistencia ha sido bajo en los siguientes sectores: representantes de los prestadores privados, representantes de los trabajadores médicos del sector público y del sector privado.

### ***SAN JOSE***

Temas tratados:

- Implementación y evaluación de Rondas Rurales Prevenidas y Asistenciales (ROPAS)
- Informe de situación epidemiológica departamental (Eventos)
- Dengue: elaboración del Plan departamental . Participación en Simulacro
- Cobertura de emergencia en rutas y localidades sin emergencia móviles
- Presentación y análisis de informe del MSP sobre comportamientos disruptivos en

Servicios de salud

- Evaluación del funcionamiento de los Consejos Consultivos en el departamento
- Informe de Comité de Auditoría de fallecidos menores de 15 años
- Planificación e instalación de 10 DEAS en áreas rurales
- Convenios de complementación:

Cuidados paliativos (ASSE / AMSJ)

Atención en playas

Emergencia única en Ecilda Paullier - en proceso de discusión –

- Espacio publicitario
- Difusión de Cartillas de Derechos y Deberes de los usuarios
- Reunión con Cámara del Pueblo
- Situación de instituciones de salud: análisis de porcentajes de Cartillas entregadas en los prestadores

- Ley de Voluntad anticipada
- Comisión de Bioética
- Dispositivo Ciudadela – Junta Departamental de Drogas
- Difusión de Ley de Cantinas Saludables
- Fiscalización del cumplimiento de algunos artículos del Contrato de Gestión
- Nuevos vacunatorios y campaña de vacunación



Se realizaron 10 sesiones.

Asistencia:

MSP: 10

BPS: 9

ASSE: 6

Prestador privado: 9

Trabajadores no médicos sector público: 7

Trabajadores no médicos sector privado: 7

Trabajadores médicos sector público: 3

Trabajadores médicos sector privado: 0

Usuarios sector público: 7

Usuarios sector privado: 8

### **SORIANO**

Temas tratados:

- Convenios de complementación en 2º nivel en Mercedes, Dolores y Cardona entre ASSE y prestadores privados.
- Situación de Convenios de complementación entre RAP-ASSE y prestadores privados.
- Situación de campaña contra el dengue.
- Implementación del dispositivo “Ciudadela” para la asistencia de Usuarios Problemáticos de Drogas (UPD) de todos los habitantes del departamento.
- Dificultad en la instrumentación de la participación ciudadana.
- Informe sobre la problemática de anemia en el departamento
- Informe sobre estado de situación de las ITS en el departamento
- Informe de lo actuado en seguridad vial.
- Instrumentación de la cobertura asistencial en carreteras del departamento de Soriano por enero y febrero 2015 por parte de ASSE Mercedes, CAMS, y RAP-ASSE.

Se realizaron 3 sesiones.

Asistencia

MSP: 3

BPS: 3

ASSE: 2

Prestador privado: 3

Trabajadores no médicos sector público: 1

Trabajadores no médicos sector privado: 2

Trabajadores médicos sector público: 1

Trabajadores médicos sector privado: 0

Usuarios sector público: 2

Usuarios sector privado: 1

### **TACUAREMBO**

Temas tratados:

- Irregularidades y dificultades en el funcionamiento del Consejo Consultivo de COMTA.
- Importancia de las OAU.
- Dificultades en la gestión del Servicio de Farmacia de COMTA que perjudican al usuario.
- Dificultades para implementar y organizar complementación de servicios entre ASSE y COMTA en zonas rurales.
- “Voluntad Anticipada” y “Comités de Bioética”.
- Reunión con representante de la Comisión de Zoonosis Departamental para tratar el tema “Perros Callejeros” y alta tasa de accidentes de tránsito provocados por los perros sueltos.
- Proyecto ROPAS.
- Estudio del Borrador del Convenio entre IDT, COMTA y ASSE para la creación de un Centro Ambulatorio en el local del Centro de Barrio Nº 2 de Barrio López,
- Jornadas LIRAA realizadas en la ciudad de Paso de los Toros y en la de Tacuarembó.

Se realizaron 10 sesiones.

MSP: 10

BPS: 7

ASSE: 8

Prestador privado: 6

Trabajadores no médicos sector público: 0

Trabajadores no médicos sector privado: 7

Trabajadores médicos sector público: 2

Trabajadores médicos sector privado: 4

Usuarios sector público: 7

Usuarios sector privado: 9

### **TREINTA Y TRES**

Temas tratados:

- Situación del prestador COMETT en cuanto a su servicio, y con respecto a la absorción por Casa de Galicia.
- Ambulancia para Varela
- Convenio ASSE – MUCAM
- Convenio de Puertas de Emergencia Únicas en las localidades (ASSE – IAC- MUCAM).

Se convocó a 10 sesiones y se realizaron 8 en virtud de la falta de quórum de las dos restantes

Asistencia

MSP: 10

BPS: 8

ASSE: 8

Prestador privado: 10

Trabajadores no médicos sector público: 4

Trabajadores no médicos sector privado: 4

Trabajadores médicos sector público: 0

Trabajadores médicos sector privado: 0

Usuarios sector público: 4

Usuarios sector privado: 10

No se dispone de información de las Direcciones Departamentales de Salud de los departamentos de Rocha, Lavalleja y Río Negro.

## **1.2 ACUERDO INTERINSTITUCIONALES**

Como ya se expresara en anteriores Rendiciones, luego de la concreción del Acuerdo Interinstitucional de diciembre de 2009 entre la JUNASA y el Banco de Previsión Social, que tuvo como objetivo facilitar la ejecución de los procesos de la administración del Seguro Nacional de Salud, se ha mantenido en forma permanente el funcionamiento de los diversos grupos de trabajo creados con esa finalidad específica. Ello ha permitido diseñar diversos procedimientos de modo de uniformizar los criterios a aplicar por los organismos intervinientes, logrando mayor agilidad en los trámites y en las respuestas a dar a los usuarios. El transcurso del tiempo y el trabajo en conjunto ha permitido fortalecer el vínculo entre el BPS y la JUNASA, volviéndole más dinámico y eficiente.

Consecuentemente se han mantenido los siguientes grupos de trabajo, los cuales, como ya se expresara, se han convocado en función de las necesidades que se van detectando:

- Grupo de trabajo abocado al estudio de los nuevos ingresos y redacción de las normas respectivas, de corresponder;

- Grupo de trabajo entre la JUNASA y el BPS tendiente a lograr una mejor coordinación desde el punto de vista operativo: trámites originados en las solicitudes de cambio de prestador de salud, débitos, etc),
- Grupo de trabajo de sistemas de Información del SNS y el FONASA (aportes, pagos y beneficiarios).

### **I.3 PARTICIPACION EN EL PROGRAMA SALUD.UY**

En el marco de la estrategia de implementación del gobierno electrónico, la Administración entendió prioritario el abordaje del tema en el área de la salud, a cuyos efectos, se firmó un Convenio entre Presidencia de la República, Agesic, el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública . La JUNASA cuenta con un representante en el Consejo Asesor del Programa Salud. uy, habiendo además participado activamente en el grupo jurídico conformado a los efectos de asesorar sobre la normativa existente y/o a generar en materia de Historia Clínica Electrónica.

Como resultado del trabajo desarrollado por el Programa Salud.uy, en el año 2014 se elaboró una Memoria que resume lo actuado desde el inicio del mismo y que fue puesta oportunamente en conocimiento de la JUNASA.

### **I.4 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA**

En el año 2014 entró en vigencia la ley 19.167, publicada el 29 de noviembre de 2013, que regula los procedimientos para la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida, incluyéndolas dentro de los Programas Integrales de Salud a aplicar en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Los procedimientos para las Técnicas de Reproducción Asistida de baja complejidad fueron reglamentados por el Decreto 311/014 del 30 de octubre de 2014, mientras que el Decreto 69/014 del 24 de marzo de 2014 establece los requerimientos específicos para la habilitación de los establecimientos donde se realizaran los procedimientos de Reproducción Humana Asistida de baja y alta complejidad.

Corresponde mencionar asimismo la ley 19.278 de 24 de octubre de 2014, que modifica el literal E del artículo 28 de la ley 18.211, relacionado con la potestad sancionatoria de la JUNASA.

### **Sistema de agenda de consulta externa**

En el marco de la Reforma del Sistema de Salud surge la Ordenanza N° 603 de Agenda de Consulta Externa, vigente desde el 1º de marzo de 2013, como instrumento para mejorar la accesibilidad de los usuarios al Sistema y promover cambios en los modelos de gestión, así

como para establecer las bases para una medición objetiva de los tiempos de espera para Consulta Externa.

Dicha Ordenanza establece algunos elementos fundamentales:

- Agenda de Consulta Externa abierta, en contraposición de agendas con días específicos de apertura (y usuarios en espera de otorgamiento de cita por encontrarse la agenda cerrada). Dicha apertura de agenda se ha realizado de forma gradual; en una primera etapa por tres meses y para las siguientes especialidades como mínimo: medicina general, pediatría, cirugía general y ginecología. Actualmente todas las especialidades que contempla el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) se encuentran incluidas.
- Implementación de un sistema informático en el que se deben registrar ciertas variables respecto al usuario, al médico y al proceso de otorgamiento de la cita.
- Definición de tiempo de espera para Consulta Externa. En el caso del tiempo de espera para el primer especialista disponible dentro de cada especialidad médica, el mismo se calculará tomando en cuenta la fecha de solicitud de la cita y la fecha de la cita médica otorgada, exceptuando aquellos casos en que existan circunstancias especiales (definidas previamente) por las cuales no coincida la fecha de la cita otorgada con el “primer hueco” disponible en la agenda de la especialidad médica solicitada.
- Creación de la Comisión de Seguimiento de Agenda de Consulta Externa, integrada por representantes de todos los sectores, con el objetivo de revisar y analizar el funcionamiento del sistema de agenda, proponer recomendaciones y brindar asesoramiento en cuanto a posteriores modificaciones.
- Habilitación de utilización de mecanismos de penalización contra el ausentismo de los usuarios a las consultas (suspensión temporal en el uso de los medios no presenciales de reserva de citas y cobro de la tasa moderadora de la consulta, en los casos en que éste esté habilitado).
- Establecimiento de obligatoriedad de las vías presencial y telefónica para asignación de citas.
- Comunicación obligatoria con el usuario ante modificaciones de consultas ya agendadas.

#### **Visitas y reuniones con prestadores integrales para evaluación de implementación.**

A partir del mes de setiembre de 2013 se comenzaron a realizar visitas a los prestadores integrales de salud, con el objetivo de evaluar el estado de implementación del nuevo sistema de asignación de citas en Consulta Externa establecido en la Ordenanza Ministerial Nº 603 y relevar su funcionamiento in situ.

Simultáneamente, durante el año 2013 y 2014 se realizaron reuniones individuales con las instituciones prestadoras de salud, en las que se discutieron aspectos institucionales puntuales que surgieron en relación al proceso de implementación de la Ordenanza, se analizó la información de tiempos de espera enviada y se realizaron las críticas y recomendaciones pertinentes.

Durante el año 2014 se realizó una segunda serie de visitas, esta vez con carácter de auditoría. Además de seguir evaluando la implementación del sistema de Agenda de Consulta Externa, se auditaron los procedimientos para la generación de información de tiempos de espera reportados al MSP. Se dialogó con representantes de las instituciones, se corroboró la existencia del sistema de agenda, su adecuado uso y registro de datos (en áreas de reserva presencial y telefónica); se visitaron los centros de cómputos para relevar las bases de datos utilizadas y las consultas realizadas a los programas informáticos para obtener la información a reportar al MSP.

A partir de este relevamiento surgió la necesidad de convocar nuevamente a los responsables de algunas instituciones que presentaban irregularidades en la implementación y/o funcionamiento de los sistemas, para discutir las observaciones realizadas y posibles acciones de mejora.

Como conclusión principal de todo el proceso de análisis mencionado se observó la existencia de una situación heterogénea en el nivel de implementación de la Ordenanza de Agenda de Consulta Externa. Más allá de la apertura de la agenda por un período de tres meses, que es uno de los aspectos más evidentes de la Ordenanza y si es de aplicación general, hubo instituciones que acompañaron el proceso en buena medida y cuentan con sistemas de información acordes a lo requerido, y otras en las cuales la realidad evidenciada se encontraba bastante alejada del “deber ser”, con carencias en algunos aspectos de la normativa, por ejemplo en el registro de variables imprescindibles para el cálculo de tiempos de espera.

Por su parte, las instituciones prestadoras de salud realizaron algunos planteos de dificultades encontradas en relación a la implementación de la Ordenanza. En primer lugar el problema del ausentismo de los usuarios, que si bien no surge a partir de la implementación de la normativa en cuestión, puede verse incrementado, y genera inconvenientes para su desarrollo además de “posibles” insatisfacciones a los usuarios. El planteo es modificar la Ordenanza a efectos de avalar otro tipo de sanciones más severas a los usuarios que incurren en dicha práctica.

Otro planteo reiterado por parte de las instituciones fue la dificultad en la capacitación de los recursos humanos que trabajan en los sectores de reservas de citas, además de la falta de adecuación de los sistemas informáticos utilizados.

También surge en la discusión con los prestadores integrales, el problema de la falta de recursos humanos de algunas especialidades médicas (sobre todo en el interior: oftalmología, traumatología, fisioterapia, especialidades pediátricas y por la alta demanda, psiquiatría), que limitaría el aumento de oferta de las mismas para lograr la disminución de los tiempos de espera.

### **Medición de los tiempos de espera.**

Otro de los puntos relevantes a evaluar del proceso de implementación de la Ordenanza de Agenda de Consulta Externa, es la medición de tiempos de espera a partir del registro de las variables que implementa el nuevo sistema de información establecido en la misma.

Dicho sistema de asignación de citas implica el registro de ciertos datos referidos al usuario, el médico y al proceso de otorgamiento de la cita, incluyendo como datos importantes a registrar para el correcto cálculo de los tiempos de espera, la fecha de solicitud de la cita por parte del usuario, la fecha de la cita médica concedida y las circunstancias especiales por las cuales puede no haber coincidencia entre la fecha de la cita otorgada al usuario y el “primer hueco disponible” en la agenda de la especialidad solicitada (aplazamiento voluntario, aplazamiento por solicitud de médico de elección y cota a fecha fija por criterio médico).

En este contexto se establece que el tiempo de espera en Consulta Externa para el primer especialista disponible se calculará tomando en cuenta la fecha de la solicitud de la cita y la fecha de la cita médica otorgada, exceptuando aquellos casos en que existan alguna de las circunstancias especiales anteriormente mencionadas.

Desde el 2013 se han realizado solicitudes de información de tiempos de espera para Consulta Externa, y realizado informes trimestrales y semestrales. Durante el año 2014 se realizó el informe correspondiente al primer semestre, estando actualmente en elaboración el correspondiente al segundo semestre. En el mismo período se han realizado devoluciones a los prestadores de los informes de avance.

En términos generales se puede afirmar una mejora de la calidad de la información recibida desde las instituciones a lo largo del proceso, la cual debe continuar siendo monitorizada.

### **Situación actual y perspectivas.**

Se continúa recogiendo la información correspondiente al Sistema de Agenda de Consulta Externa y generando los reportes de tiempos de espera en forma periódica.

En el 2015 se retomará la convocatoria de la Comisión de Seguimiento establecido en la Ordenanza, con el fin de hacer una puesta a punto de la situación actual y definir los pasos a seguir.

Está planteado seguir avanzando en el proceso de determinación de otras variables vinculadas al tema: distintos tipos de tiempos de espera (tiempo de espera para médico de referencia, tiempo de espera para otro médico de elección, etc.), lista de espera de usuarios y tipo de usuarios en espera, para lo que será necesario ampliar el sistema de información actual, incorporando el registro de determinadas variables.

También está planteado retomar el análisis y la definición de propuestas respecto a la normativa de Tiempos de Espera existente, contando entre otros elementos con la

información de Agenda de Consulta Externa como un componente para la definición de una normativa actualizada.

Por último, se encuentra en estudio el procedimiento para la recolección de la información periódica relativa al Sistema de Agenda de Consulta Externa exigible a los prestadores; una posible alternativa es incluir esta como parte de la información que se recibe a través del Sistema Nacional de Información (SINADI).

## I.5 CONTRATOS DE GESTIÓN

El artículo n° 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 se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objetivo de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la Ley referida.

Desde el año 2013 se consolidó por primera vez un mecanismo de control del contrato de gestión. Se realizó un primer informe, con un mapeo global del Contrato, realizando un diagnóstico de cada uno de los 65 artículos, así como sugerencias y acciones a seguir en cada uno de ellos.

### **Informe Global de Contrato de Gestión**

Durante el año 2014, se continuó con el relevamiento iniciado en el 2013, elaborando un segundo informe global del cumplimiento del Contrato de Gestión. En el mismo se dio seguimiento a los artículos estudiados a través de los sistemas de información, además de realizar algunos informes sobre pedidos específicos de información y el seguimiento particular de un conjunto de artículos determinados.

Para realizar este relevamiento, al igual que en el 2013, se usó el criterio de división de los artículos en tres grupos: aquellos a controlar mediante los sistemas de información del MSP, aquellos a controlar mediante la participación de las Direcciones Departamentales de Salud y aquellos a controlar mediante el análisis de las denuncias de los usuarios.

De esta manera se articuló con los diferentes actores que recaban información referente a estos artículos (distintos sectores del MSP y el BPS). A este relevamiento interno se le agregó un pedido de información a los prestadores de salud y una solicitud de informe a las Direcciones Departamentales de Salud.

### **Pedido de información a las Direcciones Departamentales de Salud**

La JUNASA planteó la incorporación de las Direcciones Departamentales de Salud en la evaluación de los Contratos de Gestión. Los artículos propuestos para ser relevados por las Direcciones Departamentales de Salud fueron:



- 34 – Complementación de servicios y acciones de salud
- 41 – Horarios de atención del primer nivel
- 42 – Coordinación de consultas
- 54 – Oficinas de atención al usuario/a
- 55 – Comunicación
- 57 – Publicación de precios
- 58 – Profesionales

Se recibió el relevamiento de las DDS de Artigas, Florida, Colonia, Cerro Largo, Durazno, Montevideo, Río Negro, Rivera, San José, Soriano y Tacuarembó. El mismo se encuentra en etapa de procesamiento.

#### **Pedido de información a instituciones**

El grupo de artículos relevados a través del pedido de información a las instituciones comprende los siguientes artículos:

- 31 – Deshabitación tabáquica
- 35 – Capacitación de recursos humanos
- 36 – Guías de práctica clínica
- 37 – Historia Clínica
- 45 – Director/a Técnico
- 51 – Conformación de la unidad de epidemiología

Se remitió informe a la JUNASA con los datos actualizados a efectos de aplicar las sanciones que correspondan al no envío de la información solicitada o en otros casos por el incumplimiento de lo establecido en cada uno de los artículos referidos.

Del informe surge que las instituciones Blue Cross, Comett y MP se les confirió vista sobre la falta de entrega de la información, siendo Comett la única institución que no entregó la información luego de dicha notificación.

#### **Seguimiento de otros artículos**

Algunos artículos tienen como característica ser de seguimiento continuo o haber sido objeto de pedidos puntuales de información. A lo largo del año 2014 se realizó el seguimiento de los siguientes artículos:

- 9 – Certificaciones Médicas

Se presentó informe sobre la entrega de Certificaciones Médicas a BPS dentro de las 48 horas contadas a partir de la consulta médica, correspondiente al primer semestre de 2014.

A partir del informe presentado, la JUNASA confirió vista a todas las instituciones pasibles de sanciones (con porcentajes menores al 60% de certificaciones enviadas en las primeras 48 horas), a que mandaran los descargos que consideren pertinentes.

De las veinte instituciones notificadas, solamente tres presentaron los descargos correspondientes, estando pendiente el estudio de la evaluación final.

- 20 – Afiliaciones irregulares

Se presentaron varias notas con denuncias de afiliaciones irregulares. Siguiendo el proceso administrativo correspondiente, surgió la adopción por parte de la JUNASA de once resoluciones por las que se dispuso la nulidad de las afiliaciones y la deducción de las cuotas salud pagadas indebidamente a diferentes prestadores.

En cuanto a sanciones, se aplicó al prestador CASMU una suspensión temporal en el cobro de la cuota salud de acuerdo a Resolución 193/2014 del 21 de marzo de 2014, al constatarse irregularidad de esta institución en el proceso de afiliación de usuarios. La misma fue recurrida y a la fecha se está tramitando el agotamiento de la vía administrativa.

- 59 - Comunicación en soporte electrónico

En el año 2014 el Departamento de Control de Prestadores realizó el relevamiento de las páginas web de los prestadores de salud, el mismo fue sistematizado y elevado a la JUNASA.

Del mismo surge que de los 45 prestadores de salud, 41 páginas web se encuentran en funcionamiento. De las faltantes, dos no se encuentran, una se encuentra “hackeada” y una en construcción. De las 41 páginas web en funcionamiento, muchas de ellas no contienen la cantidad mínima de información establecida en el decreto.

La medida adoptada por la JUNASA fue intimar a los prestadores a que en un determinado plazo subsanen las omisiones constatadas en su página web, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 59 del Contrato de Gestión, debiendo notificar al Departamento de Control de Prestadores los cambios introducidos en su página web.

De las 26 instituciones notificadas, solamente 4 enviaron respuesta. Unas informando haber realizado las modificaciones, otra informando que fue creada la página y otra que se encuentra trabajando en un proyecto de portal informático, aún en construcción.

Actualmente el Departamento de Control de Prestadores se encuentra en proceso de actualización del informe sobre cumplimiento del artículo, luego de la intimación por parte de la JUNASA.

- 61 – Encuesta de Satisfacción del usuario

En el mes de Octubre de 2014 el Área Economía de la Salud realizó el análisis de la Encuesta de Satisfacción del Usuario enviada por los prestadores según lo especifica el artículo N° 61 del Contrato de gestión y de acuerdo a la metodología y términos de referencia determinada por la JUNASA. La encuesta no fue entregada en fecha por las instituciones Casa de Galicia, Comett y Cudam.

La JUNASA solicitó a las instituciones informe sobre las acciones emprendidas a los efectos de modificar los aspectos negativos que hayan podido surgir de la última Encuesta de satisfacción realizada, según resolución N° 1057/2014 del 22 de diciembre de 2014, con plazo de 90 días a partir de la fecha de la resolución, estando pendiente su análisis.

## **CAPÍTULO II. EVOLUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD**

El SNS ha superado a diciembre 2014 los 2.3 millones de afiliados a un prestador integral del seguro, lo que representa en términos relativos un incremento de 216% respecto a la cantidad de afiliados en el año de creación del mismo (2007). Respecto a diciembre 2013, ha habido un crecimiento de afiliados del 5%, el cuál, tal como está previsto, es decreciente respecto a los años anteriores. Vale recordar que el crecimiento anual en el 2013 fue del 7% y en 2012 fue de 13%.

Respecto a la distribución de esta población en el último año según colectivo, se registra el mayor crecimiento en los cónyuges y los pasivos; de hecho si se compara la cantidad de afiliados de enero a diciembre el crecimiento de ambos colectivos es del 11%. Ahora bien, las razones que lo explican son disímiles.

En el caso de los cónyuges, el crecimiento superior al promedio se debe a que en diciembre 2013 se habilita el ingreso de aquellos cónyuges y/o concubinos de aportantes sin amparo en el sistema y sin hijos menores de 18 años a cargo. De hecho, si se compara la población de cónyuges afiliados en diciembre 2014 respecto al mismo mes en 2013 el crecimiento pasa a ser del 38%; concretamente y en línea con los objetivos de la universalidad del aseguramiento del SNS, ingresan 50.772 nuevos cónyuges.

Otra incorporación importante fue la de los pasivos que se dio a partir del 1º de julio para los mayores de 65 años de edad cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no superaran las 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales. Así, este nuevo grupo que se incorpora al SNS tiene una fuerte incidencia en el aumento de este colectivo en el 2014 (41.871 nuevos afiliados), que alcanza los 398.159 beneficiarios, 12% superior al número de pasivos cubiertos por el FONASA en diciembre del año 2013, mismo crecimiento que el registrado en el año anterior.

Por último, el resto de los colectivos no sufrieron cambios relevantes. En términos globales, los activos, que representan casi la mitad del total de afiliados al FONASA (49%), se incrementaron tan sólo en 14.077 beneficiarios durante el 2014. En tanto los menores, que son el siguiente colectivo más numeroso, crecieron un 2% respecto a diciembre del año anterior, lo que representa 10.711 nuevos afiliados al SNS.

**Cuadro 1** Beneficiarios del SNS según tipo de afiliación

	Ago-07	Dic-07	Dic-08	Dic-09	Dic-10	Dic-11	Dic-12	Dic-13	Dic-14
Activos Privados	629.506	671.781	741.691	791.108	829.555	955.824	954.879	978.184	988.632
Bancarios			7.690	14.935	24.599	18.874	19.432	19.880	19.936
Notarial						6.085	6.056	6.050	6.063
Activos Públicos	9.605	24.480	120.610	130.220	133.246	138.086	141.906	146.153	149.713
Pasivos	50.834	52.560	72.088	89.064	112.379	146.586	319.530	356.288	398.159
Menores			435.664	469.108	491.490	567.162	593.926	611.418	622.129
Cónyuges					629	31.484	73.007	133.389	184.161
<b>TOTAL</b>	<b>689.945</b>	<b>748.821</b>	<b>1.377.743</b>	<b>1.494.435</b>	<b>1.591.898</b>	<b>1.864.101</b>	<b>2.108.736</b>	<b>2.251.362</b>	<b>2.368.793</b>

Fuente: Departamento de Regulaciones Económicas. Área de Economía de la Salud. DIGESNIS.  
En base a información de BPS

La distribución de los afiliados FONASA según sexo y tramo etario se mantiene igual a la observada en el período anterior, con una participación femenina del 51% y masculina del 49%, y donde los afiliados de entre 20 y 40 años constituyen el grupo más numeroso. A finales del 2014 este tramo de edad constituye el 35% de la población. Considerando todos los tramos, durante el año prácticamente no se producen cambios en cuanto a su peso sobre el total.

**Cuadro 2** Beneficiarios del SNS según sexo y edad

	Dic-07	Dic-08	Dic-09	Dic-10	Dic-11	Dic-12	Dic-13	Dic-14	
<b>SEXO MASCULINO</b>	< 1	0	11.471	12.351	12.663	14.140	14.325	14.831	15.874
	1 a 4	0	47.821	50.876	53.651	61.673	63.305	65.252	66.158
	5 a 14	17	126.565	136.992	143.861	165.409	171.384	176.403	179.520
	15 a 19	14.225	50.478	55.107	59.662	69.678	70.471	72.047	71.346
	20 a 44	266.760	306.882	324.715	341.994	384.643	390.834	406.817	411.915
	45 a 64	125.395	162.974	176.073	188.072	216.831	227.905	240.778	255.524
	65 a 74	19.281	27.110	30.698	35.452	43.849	61.639	69.920	83.667
	> 74	7.956	11.273	12.961	14.436	18.404	54.378	61.028	65.207
	<b>Total</b>	<b>433.634</b>	<b>744.573</b>	<b>799.773</b>	<b>849.791</b>	<b>974.627</b>	<b>1.054.241</b>	<b>1.107.076</b>	<b>1.149.211</b>
<b>SEXO FEMENINO</b>	< 1	0	10.746	11.709	12.194	13.777	13.572	14.182	<b>14.921</b>
	1 a 4	0	45.751	48.662	51.024	58.779	60.859	62.660	<b>63.509</b>
	5 a 14	2	121.170	131.265	137.682	158.101	163.775	168.693	<b>171.500</b>
	15 a 19	6.968	42.643	47.647	51.268	60.398	62.592	65.867	<b>66.142</b>
	20 a 44	181.726	235.639	257.746	273.253	338.499	369.413	406.528	<b>419.808</b>
	45 a 64	94.975	137.059	151.314	162.912	193.814	214.166	235.029	<b>264.505</b>
	65 a 74	20.000	26.330	30.501	35.518	43.694	69.830	79.858	<b>99.378</b>
	> 74	11.517	13.833	15.819	18.256	22.412	100.288	111.469	<b>119.819</b>
	<b>Total</b>	<b>315.188</b>	<b>633.170</b>	<b>694.663</b>	<b>742.107</b>	<b>889.474</b>	<b>1.054.495</b>	<b>1.144.286</b>	<b>1.219.582</b>
<b>TOTAL</b>	<b>748.821</b>	<b>1.377.743</b>	<b>1.494.435</b>	<b>1.591.898</b>	<b>1.864.101</b>	<b>2.108.736</b>	<b>2.251.362</b>	<b>2.368.793</b>	

Fuente: Departamento de Regulaciones Económicas. Área de Economía de la Salud. DIGESNIS.  
En base a información de BPS

A continuación se muestra la evolución de afiliados FONASA entre diciembre 2007 y diciembre 2014 desagregado para cada institución prestadora de servicios de salud.

Agrupados por tipo de prestador, se observa que tanto el conjunto de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo e interior así como los Seguros Privados han tenido un crecimiento anual un punto porcentual por debajo del registrado en el período anterior. Sin embargo, para ASSE esta caída anual respecto a diciembre 2013 ha sido de 7 puntos porcentuales, ingresando 8.260 beneficiarios menos que en el año anterior. De todos modos, tal como sucede desde la creación del FONASA, el prestador público, ASSE, ha tenido un crecimiento muy por encima del de los privados. Durante el año 2014 ingresaron 60.420 nuevos afiliados FONASA en ASSE, lo que representa un crecimiento del 17% respecto al año anterior, mientras que en las IAMCs el crecimiento fue de un 3% y en los seguros de un 5%. Continúa siendo ASSE el prestador con mayor número de afiliados FONASA.

En Montevideo, la única institución que registró una variación anual superior a la del año anterior es SMI que pasó de 4% al 5% de crecimiento (5.173 nuevos afiliados). Para el resto de las IAMC del subsector la variación fue similar a la del año anterior salvo en dos casos: el Círculo Católico registró un aumento inferior al del año 2013, pasando del 4% de crecimiento anual al 1% en el año 2014. Esto significa que ingresaron 863 nuevos afiliados en contraposición a los 2.503 nuevos que ingresaron en el 2013. El caso de Casa de Galicia, es aún más relevante dado que registró una disminución de afiliados de 704 personas, lo que representa una variación de -1% respecto a diciembre 2013.

Por último, tal como ya se ha destacado en años anteriores, en términos relativos el incremento anual de COSEM es el más importante (10%). Esto resulta esperable considerando los resultados del Informe de Movilidad Regulada de febrero 2014 en el que esta institución fue la IAMC del país con mayor ingreso neto de afiliados en relación al total de afiliados FONASA (5%). De hecho durante ese mes el ingreso de beneficiarios fue de 3.116, lo que representa el 49% del aumento anual.

Otra observación sobre los afiliados FONASA en instituciones de Montevideo, corresponde al peso que cada una tiene sobre el total del subsector. Es en esta línea se destaca, en primer lugar, Médica Uruguaya, que representa el 25% del total de afiliados al seguro, y con un incremento de 11.160 nuevos afiliados respecto al año anterior. Por su parte, CASMU representa el 16% del total de afiliados FONASA en Montevideo, pero en relación al crecimiento en términos absolutos, el segundo lugar corresponde a COSEM con 6.319 nuevos beneficiarios del SNS.

En el interior, se destaca AMEDRIN y COMEFLO con un incremento anual superior al registrado en el año 2013. Además se observa un aumento importante de afiliados en CAMCEL dado que durante el 2014 absorbió a COMECEL. Así, en diciembre CAMCEL alcanza a tener 39.241 afiliados al FONASA. En relación al peso que cada institución tiene sobre el total de afiliados al FONASA, corresponde resaltar a AMECOM con 9% de participación y las instituciones de Paysandú y Salto, ambas con un peso del 7% sobre el total del subsector. Sin embargo, en lo

relativo al crecimiento en cantidad de afiliados respecto a su población en el 2013, se destaca CASMER cuyo aumento en términos absolutos fue de 1.954 afiliados FONASA.

Por su parte, los Seguros Privados Integrales registraron un incremento anual de 2.909 afiliados FONASA, donde el Hospital Británico representa el 26% de dicho aumento. En términos relativos se destaca BlueCross&BlueShield que logró aumentar su población en un 11%.

**Cuadro 3 Beneficiarios del SNS según prestador**

	Dic-07	Dic-08	Dic-09	Dic-10	Dic-11	Dic-12	Dic-13	Dic-14	variación 08-14	variación 14-13
<b>IAMC – Montevideo</b>										
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	104.032	107.522	124.655	150.233	153.328	156.370	57%	2%
ASOC. EVANGELICA	20.676	33.284	35.716	37.868	42.927	49.300	52.034	54.524	64%	5%
CASA DE GALICIA	26.218	38.051	37.084	40.003	43.575	49.623	50.442	49.738	31%	-1%
CASMU	73.595	119.173	115.301	116.250	131.672	166.352	170.353	174.439	46%	2%
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	54.426	57.850	63.033	70.030	72.533	73.396	46%	1%
CUDAM	29.339	40.971	42.086	42.822	44.642	46.582	61.404	67.723	65%	10%
COSEM	12.458	24.867	30.207	34.901	47.575	54.810	48.695	50.002	101%	3%
G.R.E.M.C.A.	16.113	31.193	32.536	32.349	32.184	32.721	33.674	34.148	9%	1%
IMPASA	10.706	17.327	4	0	0	0	0	0	-	-
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.740	177.728	195.625	235.227	256.698	271.663	282.823	84%	4%
SMI	28.573	57.462	80.518	84.546	100.630	108.854	113.451	118.624	106%	5%
UNIVERSAL	22.050	38.097	42.606	46.374	54.657	56.494	59.338	60.254	58%	2%
<b>Sub total</b>	<b>413.707</b>	<b>704.336</b>	<b>752.244</b>	<b>796.110</b>	<b>920.777</b>	<b>1.041.697</b>	<b>1.086.915</b>	<b>1.122.041</b>	<b>59%</b>	<b>3%</b>
<b>IAMC – Interior</b>										
AMECOM -	31.160	51.177	56.133	57.251	62.670	66.839	68.685	69.399	36%	1%
AMEDRIN- RIO NEGRO	5.097	7.487	7.384	7.395	7.669	8.050	8.134	8.281	11%	2%
AMSJ – SAN JOSE	17.250	30.221	32.176	33.656	37.650	41.001	42.776	44.195	46%	3%
CAAMEC – ROSARIO	12.445	21.549	22.622	23.559	25.776	28.573	29.677	30.416	41%	2%
CAAMEPA – PANDO	12.474	22.295	23.686	24.949	27.309	29.733	30.692	31.535	41%	3%
CAMCEL	10.081	20.824	21.942	23.414	26.364	28.451	30.062	39.241	88%	31%
CAMDEL – MINAS	11.656	20.713	21.148	21.603	23.297	25.248	25.825	25.896	25%	0%
CAMEDUR – DURAZNO	8.861	17.608	19.246	20.264	22.868	24.646	26.013	27.425	56%	5%
CAMOC – CARMELO	8.411	13.865	14.548	15.145	16.473	18.220	18.854	19.167	38%	2%
CAMS – SORIANO	16.201	30.351	32.360	34.338	38.104	39.855	40.946	41.324	36%	1%
CAMY – YOUNG	4.525	6.838	6.676	6.657	6.891	7.040	7.212	7.334	7%	2%
CASMER – RIVERA	9.159	17.590	18.402	19.756	23.718	26.951	28.933	30.887	76%	7%
CO.ME.FLO. – FLORES	4.992	8.481	8.842	9.235	10.026	10.685	10.922	11.224	32%	3%
COMECA -	15.727	29.192	31.013	32.433	36.607	40.408	41.917	43.011	47%	3%
COMECCEL – MELO	2.661	6.052	6.439	7.124	7.990	8.330	8.213		-100%	-100%
COMEF – FLORIDA	12.515	21.862	22.525	23.203	25.244	26.998	27.741	28.469	30%	3%
COMEPA – PAYSANDU	22.802	38.848	40.202	41.139	46.609	49.391	51.158	52.938	36%	3%
COMERI – RIVERA	7.305	14.444	15.349	16.138	17.891	19.415	20.597	21.290	47%	3%
COMERO – ROCHA	12.518	22.508	24.511	25.286	28.381	31.194	32.605	33.692	50%	3%
COMETT -	448	998	1.035	1.080	1.162	1.264	1.145	1.050	5%	-8%
COMTA -	15.023	27.534	28.336	28.862	30.523	31.432	31.636	31.910	16%	1%
CRAME – MALDONADO	13.267	23.071	25.605	26.661	30.761	33.406	35.322	36.579	59%	4%
CRAMI – LAS PIEDRAS	11.955	23.864	25.579	26.930	29.650	32.849	33.881	34.411	44%	2%
GREMEDA – ARTIGAS	9.157	17.514	17.610	17.295	18.316	19.231	19.471	19.988	14%	3%

IAC – TREINTA Y TRES	8.477	15.306	16.318	16.759	17.705	18.471	18.565	18.234	19%	-2%
ORAMECO – COLONIA	4.622	7.959	8.257	8.426	8.839	9.655	9.988	10.272	29%	3%
SMQ.DE SALTO	19.887	35.035	39.644	40.524	44.438	47.871	49.882	51.660	47%	4%
U.ME.R. – CARDONA	1.389	2.305	2.356	2.332	2.190	0	0	0	-	-
<b>Sub total</b>	<b>310.066</b>	<b>555.491</b>	<b>589.944</b>	<b>611.414</b>	<b>675.121</b>	<b>725.207</b>	<b>750.852</b>	<b>769.828</b>	<b>39%</b>	<b>3%</b>
<b>Seguros Privados</b>										
HOSPITAL BRITÁNICO & BLUECROSS		7.464	8.077	8.976	18.326	19.405	20.296	21.046	182%	4%
BLUESHIELD		2.543	2.599	3.968	5.230	5.798	6.278	6.983	175%	11%
MP		8.424	8.916	10.628	14.533	15.564	16.130	16.519	96%	2%
SUMMUM		3.680	3.924	4.768	6.552	7.206	7.834	8.440	129%	8%
COPAMHI		326	377	418	561	679	709	703	116%	-1%
SEGURO AMERICANO		2.015	2.128	2.475	3.714	4.280	4.775	5.241	160%	10%
PRIMÉDICA			8	8	8	16	9	8	-	-11%
<b>Sub total</b>		<b>24.452</b>	<b>26.029</b>	<b>31.241</b>	<b>48.924</b>	<b>52.948</b>	<b>56.031</b>	<b>58.940</b>	<b>129%</b>	<b>5%</b>
<b>ASSE</b>										
ASSE	25.047	93.462	126.218	153.133	219.279	288.884	357.564	417.984	347%	17%
<b>TOTAL</b>	<b>748.820</b>	<b>1.377.741</b>	<b>1.494.435</b>	<b>1.591.898</b>	<b>1.864.101</b>	<b>2.108.736</b>	<b>2.251.362</b>	<b>2.368.793</b>	<b>72%</b>	<b>5%</b>

Fuente: Departamento de Regulaciones Económicas. Área de Economía de la Salud. DIGESNIS.  
En base a información de BPS

## Movilidad regulada

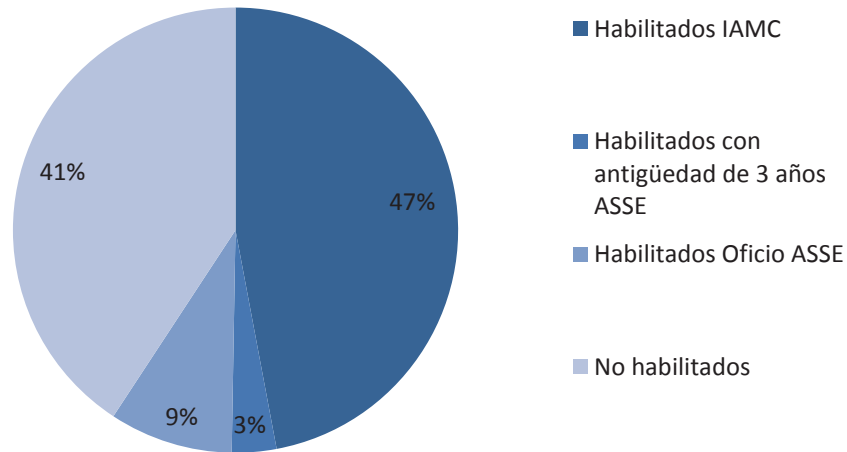
En el año 2011, con la aprobación del Decreto 03/2011, se habilita a realizar el cambio de prestador de salud en el período comprendido entre el 1º y el 28 de febrero a los usuarios del Seguro Nacional de Salud (SNS) con tres o más años de afiliación a una misma institución de asistencia médica. Asimismo, se permite cambiar de institución 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.

Por otro lado, la JUNASA puede aprobar en cualquier momento del año la movilidad de usuarios de una institución a otra, siempre y cuando se pueda justificar adecuadamente la solicitud, argumentando cambio de domicilio que repercuta negativamente en el acceso a la asistencia o disconformidad con la atención recibida. Para dar solución a los problemas de acceso económico está previsto el cambio desde un prestador de salud privado hacia ASSE o desde un seguro privado a la mutualista de origen, en cualquier momento y sin previa autorización.

Del análisis de la apertura del corralito mutual para el período febrero 2014, surge que el total de afiliados a un prestador integral por intermedio del SNS que al 31 de enero cumplía con los requisitos para cambiarse de institución ascendía a 1.350.473. Esto representa algo menos del 60% del total de personas con cobertura a través del FONASA en el país, que a enero de 2014 ascendía a 2.279.429. Del total de personas habilitadas a cambiar de institución, 1.072.222 eran afiliados a una IAMC, 204.558 afiliados de oficio a ASSE y 73.693 afiliados por elección a ASSE. Esta información puede apreciarse en el Gráfico 1. Por otro lado, el 57% de los usuarios eran activos, el 26% menores, el 10% pasivos y el restante 7% eran cónyuges o concubinos.



**Gráfico 1** Total afiliados FONASA y habilitados ASSE y IAMC



Fuente: Departamento de Análisis Sectorial, Área Economía de la Salud, DIGESNIS, en base a información de BPS.

En el período de movilidad regulada febrero 2014, se registraron un total de **55.364** movimientos, lo que representan un **4.1%** del total de habilitados a cambiar de institución.

Si se analizan los movimientos según tipo de institución y desde el punto de vista de los egresos (ver Cuadro 4), se observa que la mayoría de los mismos refieren a usuarios que deciden desafiliarse de ASSE para afiliarse a una IAMC. Estos movimientos totalizaron 27.355 y representan casi la mitad del total de movimientos. Sin embargo, también se observa el ingreso de un total de 2.527 afiliados nuevos provenientes del sector mutual (a pesar de que este tipo de movimiento es permitido en cualquier momento del año), lo que arroja una pérdida neta de afiliados FONASA de 24.828 personas. De este total, 14.145 representan ingresos netos a una IAMC de Montevideo (57%) mientras que los 10.683 restantes representan ingresos netos a una IAMC del interior del país (43%). Del total de personas habilitadas a cambiar de prestador, aquellas afiliadas a ASSE representan algo más del 20%.

**Cuadro 4** Movimientos según tipo de prestador

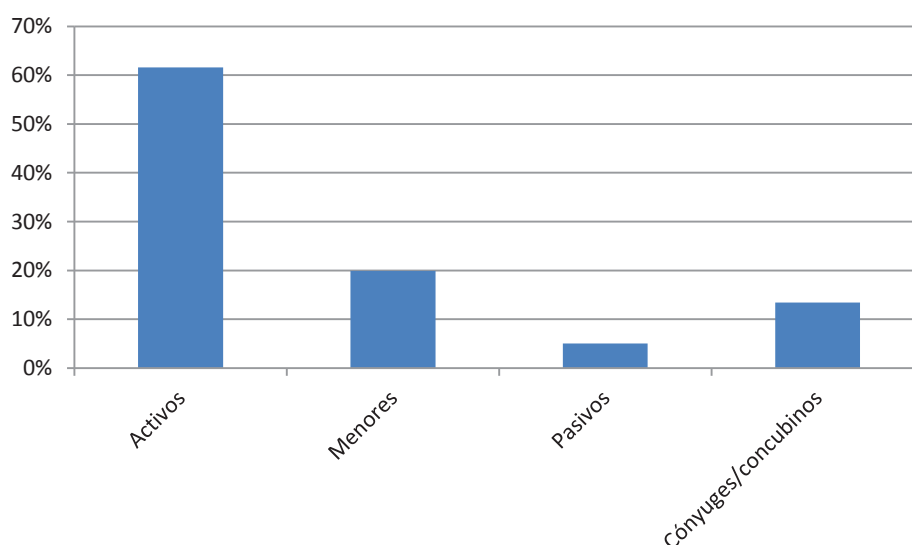
Tipo de prestador	Cantidad de movimientos			% total de movimientos	
	Ingresos	Egresos	Neto	Ingresos	Egresos
IAMC Montevideo	35.976	21.831	14.145	65,0%	39,4%
IAMC Interior	16.861	6.178	10.683	30,5%	11,2%
ASSE	2.527	27.355	-24.828	4,6%	49,4%
<b>Total</b>	<b>55.364</b>	<b>55.364</b>	<b>0</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia en base a datos del Banco de Previsión Social



Si se analizan los movimientos registrados durante el período de movilidad regulada por condición de actividad se aprecia que un 62% de los movimientos refieren a personas activas, representando el 4% de los habilitados dentro de esta categoría. Lo siguen los menores con un 20% de los movimientos (representando el 3% de los habilitados dentro de este colectivo). Los cónyuges y concubinos por su parte, representaron el 13% de los movimientos, mientras que los pasivos fueron 5%, representando 2% y 8% de los habilitados respectivamente.

**Gráfico 2** Movimientos por condición de afiliación. Febrero 2014.



Fuente: Departamento de Análisis Sectorial. Área Economía de la Salud. DIGESNIS. En base a información de BPS

Además de los cambios registrados durante el mes de febrero como consecuencia del período de movilidad regulada, cabe analizar lo sucedido con aquellos casos en los cuales está prevista la ruptura del vínculo asistencial en cualquier momento del año por motivos de accesibilidad geográfica, disconformidad con la asistencia recibida y/o accesibilidad económica, entre otros.

Así, durante el 2014, la JUNASA habilitó 9136 movimientos por motivo de cambio de domicilio, de un total de 9187 solicitudes (más del 99% de solicitudes aprobadas). Asimismo, fueron aprobados 473 cambios por el resto de los motivos (asistencial, económicos, entre otros). De estos 473, casi un 60% fueron por motivo asistencial. Es interesante notar que dentro de este total, se incluyen 65 casos amparados en la ley 18.987 de interrupción voluntaria del embarazo, a través de la cual se permite el cambio de institución a las usuarias que manifiesten disconformidad con el actual prestador de salud. Este valor es algo inferior a los 90 casos registrados por este motivo a lo largo del año 2013.

El motivo asistencial es seguido por un 11% de solicitudes concedidas por dificultad de acceso y otro 11% por motivo de afiliación de oficio en ASSE. La categoría “otros” representa un 9% del total de las solicitudes aprobadas y el de “afiliación irregular” aporta un 8%. Una sola

persona cambió de prestador de salud amparada en el artículo 14 del decreto reglamentario 221/011<sup>1</sup> de movilidad de pasivos.

## **CAPÍTULO III. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA**

### **III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2014**

El resultado operativo del FONASA correspondiente al ejercicio 2014, fue negativo por \$8.709.235.462. Este guarismo representa en el entorno del 16% de los egresos del fondo en el período considerado.

El resultado recién reseñado indica que los pagos realizados a los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (SNS) por concepto de componente cápita de la cuota salud, componente metas, sustitutos de tickets, sobrecuota de inversión y cuotas del Fondo Nacional de Recursos superó la recaudación de aportes, tanto de los generantes activos y su empleadores como de los generantes jubilados y pensionistas. No obstante, debe tenerse en consideración que una parte significativa de esta brecha entre egresos y aportes –algo más de la cuarta parte- está explicada por los reintegros de aportes realizados en aplicación del régimen establecido en el artículo 3 de la Ley 18.731 de diciembre de 2010. Estos resultados se presentan a continuación en el Cuadro 5.

---

<sup>1</sup> Este decreto habilita la movilidad de pasivos que a diciembre de 2010 contaban con cobertura de salud individual provista por un prestador privado pero que, entre ese mes y junio de 2012 hubieron cambiado su afiliación particular siempre que pudieran justificar, de manera documentada, razones de continuidad asistencial con su actual prestador.

**Cuadro 5** Resultado FONASA 2014 sin considera la asistencia de CGN

<b>INGRESOS</b>	
Recaudación BPS	33.859.721.045
Ajuste Recaudación BPS	0
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	4.548.801.815
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	336.608.970
Aportes Del Gobierno Central (CGN)	6.019.784.755
<b>TOTAL INGRESOS POR RECAUDACIÓN</b>	<b>44.764.916.585</b>
Comisiones Seguros Integrales	55.446.854
Otros Ingresos	1.131.533
<b>TOTAL OTROS INGRESOS</b>	<b>56.578.387</b>
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>	<b>44.821.494.973</b>
<b>EGRESOS</b>	
Liquidaciones Mutualistas	37.430.288.129
Sobrecuota de Inversión	867.585.825
Liquidaciones ASSE	8.198.289.644
Reliquidaciones ASSE	0
Liquidaciones Seguros Integrales	924.114.279
Liquidaciones Fondo Nacional de Recursos	3.674.607.045
Liquidaciones Cajas de Auxilio	5.543.127
Reintegro de Aportes	2.294.528.809
Otros Egresos	135.773.576
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>53.530.730.434</b>
<b>RESULTADO OPERATIVO FONASA</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>-8.709.235.462</b>
<b>OTROS MOVIMIENTOS FINANCIEROS</b>	
Ingresos por cobro de adelantos financieros	0
Egresos por adelantos financieros	0
<b>TOTAL OTROS MOV.FINANCIEROS</b>	<b>0</b>
<b>RESULTADO FINAL</b>	
<b>RESULTADO FINAL FONASA</b>	<b>-8.709.235.462</b>

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

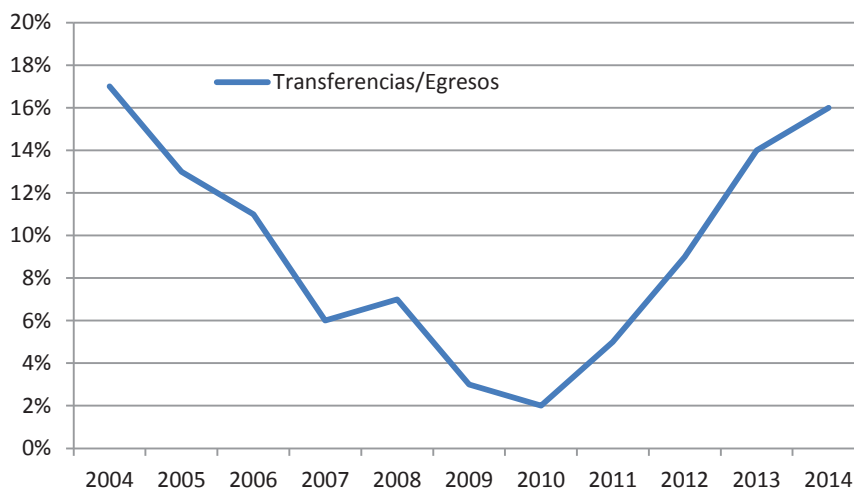
El desfase entre egresos e ingresos es cubierto por transferencias de Rentas Generales. El Cuadro 6 muestra su evolución a precios constantes de 2008, así como en porcentaje de los egresos del fondo. Asimismo, el Gráfico 3 ilustra la trayectoria de este último indicador en el período 2004-2014.

**Cuadro 6** Transferencias de Rentas Generales al FONASA (o DISSE<sup>2</sup>) y egresos totales a precios constantes 2008

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

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

**Gráfico 3** Evolución de las transferencias de Rentas Generales al FONASA (o DISSE)<sup>3</sup>



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

Se puede observar que porcentaje de los egresos que debe ser solventado por las transferencias del Gobierno ha venido incrementándose desde 2011. Como fuera ya analizado en rendiciones de cuentas correspondientes a ejercicios anteriores, dicha trayectoria es explicada por dos grandes factores. Por una parte, la puesta en marcha del régimen de reintegros de aportes mencionado más arriba y, por otra, el ingreso de nuevos colectivos a la cobertura del SNS.

El primero de los factores mencionados tuvo un papel significativo al momento de explicar el crecimiento de las transferencias necesarias en los ejercicios 2011 y 2012. Sin embargo, en 2013 y 2014, el porcentaje de los egresos que representan los reintegros de aportes se ha mantenido estable en el entorno del 4%.

Del párrafo anterior se deduce que la principal razón para explicar el crecimiento en la brecha entre egresos y aportes está en el ingreso al SNS de colectivos que, en líneas generales, tienen un mayor impacto sobre los pagos del FONASA que sobre la recaudación de aportes. En este sentido cabe resaltar tres elementos: En primer término, a partir de diciembre de 2013 quedaron habilitados para ingresar al seguro los cónyuges de generantes sin menores a cargo. Con esto, se puso fin al proceso de ingreso gradual de este colectivo iniciado en diciembre de

<sup>2</sup> DISSE corresponde a los años previos a la creación del FONASA, es decir 2004-2006.

<sup>3</sup> Idem.

2010. Esta etapa supuso un aumento de aproximadamente 50.000 beneficiarios respecto al año anterior. En segundo término, debe recordarse que, en ocasión de incorporarse los jubilados y pensionistas con cobertura en instituciones privadas de salud, se estableció una cadencia decreciente en los aportes que estos generantes realizan al FONASA, así como una cadencia creciente en los pagos que el fondo realiza por concepto de componente cápita de la cuota salud a los prestadores que les brindan cobertura. Estas cadencias se iniciaron en julio de 2012 y finalizan en julio de 2016. A medida que los aportes se reducen y los pagos crecen esto impulsa al alza la diferencia entre egresos e ingresos del FONASA. Y por último, debe destacarse que la Ley 18.731 establecía un proceso en etapas anuales para la incorporación al SNS de los jubilados y pensionistas con cobertura en prestadores públicos de salud, lo que implicó el ingreso en julio de 2014 de más de 30.000 nuevos beneficiarios. Teniendo en cuenta que estamos frente a un colectivo que suele presentar niveles de gasto esperado superiores a los aportes que generan, el cumplimiento de esta cadencia tiene un nuevo efecto incremental sobre la brecha de egresos.

Por último, se debe tener en consideración la evolución de los pagos realizados a las instituciones de asistencia médica colectiva por concepto de la sobrecuota de inversión creada por la Ley 18.922 de julio de 2012. Dicha evolución muestra una trayectoria creciente, representando en 2014 aproximadamente 1,6% de los egresos del FONASA, frente al 1,1% de 2013. En función de estos guarismos se puede afirmar que el aumento en estos pagos explica medio punto porcentual de los dos puntos de incremento interanual registrado en el porcentaje de transferencias respecto a egresos.

**Cuadro 7** Resultado Económico del FONASA 2014 por tipo de afiliación

<b>INGRESOS</b>	<b>Monto</b>	<b>%/Egresos</b>	<b>%/Egresos 2013</b>
Menores	7.387.072.375	13.8%	14.7%
Cónyuges	1.514.700.842	2.8%	2.0%
Pasivos	4.548.801.815	8.5%	9.2%
Activos	31.314.341.553	58.5%	60.3%
<b>Otros Ingresos</b>	<b>56.578.387</b>	<b>0.1%</b>	<b>0.1%</b>
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>44.821.494.973</b>	<b>84%</b>	<b>86%</b>
<b>EGRESOS</b>	<b>Monto</b>	<b>%/Egresos</b>	<b>%/Egresos 2013</b>
Menores	10.108.342.533	18.9%	19.8%
Cónyuges	3.968.675.790	7.4%	5.3%
Pasivos	13.652.657.661	25.5%	24.5%
Activos	22.503.166.240	42.0%	45.5%
Sobrecuota de Inversión	867.585.825	1.6%	1.1%
Reintegro de Aportes	2.294.528.809	4.3%	4.0%
<b>Otros Egresos</b>	<b>135.773.576</b>	<b>0.3%</b>	<b>0%</b>
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>53.530.730.434</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>RESULTADO</b>	<b>Monto</b>	<b>%/Egresos</b>	<b>%/Egresos 2013</b>
Menores	-2.721.270.158	-5.1%	-5.1%
Cónyuges	-2.453.974.948	-4.6%	-3.3%
Pasivos	-9.103.855.847	-17.0%	-15.3%
Activos	8.811.175.314	16.5%	14.8%
Sobrecuota de Inversión	-867.585.825	-1.6%	-1.1%
Reintegro de Aportes	-2.294.528.809	-4.3%	-4%
<b>Otros</b>	<b>-79.195.189</b>	<b>-0.4%</b>	<b>0.1%</b>
<b>TOTAL RESULTADO</b>	<b>-8.709.235.462</b>	<b>-16%</b>	<b>14%</b>

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

En la información reseñada en el Cuadro 7 se pueden corroborar algunos de los extremos analizados más arriba. Cuando se compara 2014 con el año inmediato anterior se observa que los colectivos en los que se verifica un mayor crecimiento en la brecha entre egresos y aportes son los pasivos así como los cónyuges. Adicionalmente, se registran incrementos menos significativos en la partida correspondiente a la sobrecuota de inversión y en los reintegros de aportes. Estas variaciones negativas son parcialmente compensadas por un mejor resultado en el caso de los activos, en tanto que en los menores el porcentaje sobre egresos registra una relativa estabilidad interanual.

### III.2 INGRESOS

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

**Cuadro 8** Ingresos del FONASA 2014

INGRESOS PROPIOS	Monto	%
Aportes personales de trabajadores	10.636.380.509	23,7%
Aportes personales adicionales de trabajadores	8.901.773.217	19,9%
Aportes patronales y complemento de cuota mutual	16.809.182.747	37,5%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	1.637.447.856	3,7%
Bancos	2.199.585.019	4,9%
Notarial	31.745.423	0,07%
<b>TOTAL APORTES DE ACTIVOS</b>	<b>40.216.114.771</b>	<b>89,7%</b>
<b>RECAUDACIONES PERSONALES SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS</b>	<b>4.548.801.815</b>	<b>10,1%</b>
<b>OTROS INGRESOS</b>	<b>56.578.387</b>	<b>0,1%</b>
<b>TOTAL DE INGRESOS PROPIOS</b>	<b>44.821.494.973</b>	<b>83,7%</b>
<b>ASISTENCIA</b>		
<b>APORTE DE RENTAS GENERALES</b>	<b>8.709.235.462</b>	<b>16,3%</b>
<b>TOTAL INGRESOS</b>		
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>53.530.730.434</b>	<b>100,0%</b>

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

Algo menos del 44% de los ingresos propios se explica por los aportes realizados por los trabajadores del sector privado y público, a excepción de bancarios y notariales que se presentan por separado. Aproximadamente 24% se corresponde con los aportes personales, en tanto que otro 20% lo constituyen los adicionales a partir de los que se atribuye la cobertura a menores, discapacitados a cargo y cónyuges y concubinos. Por otra parte, un 37,5% de los ingresos propios se corresponden con los aportes patronales, en tanto que algo más de 10% se explica por los aportes personales realizados por jubilados y pensionistas.

Finalmente, como ya fuera visto en la sección destinada a los resultados del fondo, los ingresos propios no son suficientes para financiar el conjunto de los egresos (83,7%), por lo que el restante 16,3% es aportado por Rentas Generales.

### III.3 EGRESOS

A continuación se analiza la información relativa a los egresos del fondo, sin considerar los reintegros de aportes. Esta opción se funda en el entendido que dichos reintegros no constituyen gastos realizados en la consecución de los objetivos del seguro, sino que implican una mera “renuncia de ingresos”. El Cuadro 9 ilustra que la mayor parte de las erogaciones del FONASA (83,5%) corresponden a pagos de componente cápita de la cuota salud a los prestadores integrales, mientras que los pagos por componente metas y sustitutos de tickets

suman otro 7,4%. Las cuotas pagadas al Fondo Nacional de Recursos constituyen un 7,2% y la sobrecuota de inversión otro 1,7%.

**Cuadro 9 Egresos del FONASA 2014 según concepto**

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
< 1	924.760.212	1,8%	749.924.674	1,5%	1.674.684.886	3,3%
1 a 4	1.113.546.034	2,2%	1.006.252.311	2,0%	2.119.798.345	4,1%
5 a 14	1.786.321.800	3,5%	1.541.868.072	3,0%	3.328.189.872	6,5%
15 a 19	711.932.719	1,4%	872.700.753	1,7%	1.584.633.472	3,1%
20 a 44	3.750.814.913	7,3%	8.075.956.627	15,8%	11.826.771.541	23,1%
45 a 64	4.696.941.624	9,2%	5.876.628.852	11,5%	10.573.570.476	20,6%
65 a 74	2.633.016.433	5,1%	2.630.524.448	5,1%	5.263.540.881	10,3%
> 74	2.564.995.818	5,0%	3.841.047.089	7,5%	6.406.042.907	12,5%
<b>CAPITAS</b>	<b>18.182.329.554</b>	<b>35,5%</b>	<b>24.594.902.826</b>	<b>48,0%</b>	<b>42.777.232.380</b>	<b>83,5%</b>
<b>META</b>	<b>1.483.006.498</b>	<b>2,9%</b>	<b>1.552.737.557</b>	<b>3,0%</b>	<b>3.035.744.054</b>	<b>5,9%</b>
<b>TICKET</b>	<b>294.600.676</b>	<b>0,6%</b>	<b>450.658.069</b>	<b>0,9%</b>	<b>745.258.744</b>	<b>1,5%</b>
<b>FNR</b>	<b>1.789.547.842</b>	<b>3,5%</b>	<b>1.885.059.203</b>	<b>3,7%</b>	<b>3.674.607.045</b>	<b>7,2%</b>
<b>SUB TOTAL</b>					<b>50.232.842.224</b>	<b>98,0%</b>
<b>SOBRECOTA DE INVERSIÓN</b>					<b>867.585.825</b>	<b>1,7%</b>
<b>OTROS EGRESOS</b>					<b>135.773.576</b>	<b>0,3%</b>
<b>TOTAL</b>					<b>51.236.201.625</b>	<b>100%</b>

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

Por su parte, el Cuadro 10 muestra los egresos desagregados por tipo de institución. Allí se observa, que tres cuartas partes de los fondos tuvieron como destinatario las IAMCs, en tanto que ASSE recibió el 16% de los recursos. Estas cifras refuerzan la tendencia al crecimiento en la participación relativa del prestador público en los egresos del fondo, en contrapartida con un paulatino decrecimiento de los principales prestadores privados. Téngase en cuenta que en 2008, cuando se creó el SNS, las IAMCs se apropiaban del 86% de los fondos en tanto que ASSE recibía solo el 5%.

**Cuadro 10 Egresos del FONASA según prestador**

Institución	2013		2014	
	Monto	%	Monto	%
IAMC	32.448.796.208	77%	38.297.873.954	75%
Seguros Integrales	779.185.271	2%	924.114.279	2%
ASSE	5.921.372.731	14%	8.198.289.644	16%
FNR	3.224.828.260	8%	3.674.607.045	7%
Liquidaciones Cajas de Auxilio	8.129.023	0%	5.543.127	0%
Ajustes contables	0	0%	0	0%
Otros Egresos	0	0%	135.773.576	0%
<b>TOTAL</b>	<b>42.382.311.493</b>	<b>100%</b>	<b>51.236.201.625</b>	<b>100%</b>



Mención aparte merece la categoría “Liquidaciones Cajas de Auxilio” incluida en el cuadro. Si bien este tipo de instituciones no son prestadores del sistema, se incorpora esta categoría para dejar constancia de los montos de aportes que el FONASA reintegra a las Cajas de Auxilio en cumplimiento del régimen de incorporación de sus beneficiarios al SNS estipulado en la Ley 18.731. En efecto, dicha norma estableció un régimen de incorporación en el que los aportes personales de los trabajadores antiguamente cubiertos por las Cajas se irían volcando al FONASA de manera gradual, en tanto que los adicionales por menores o discapacitados a cargo y cónyuges y/o concubinos se integrarían al fondo desde el vamos. Concretamente, para el año 2014, del 4,5% que constituyen los aportes personales, 3,5 puntos porcentuales se vuelcan al FONASA mientras que el restante punto queda en manos de las Cajas. La mecánica de funcionamiento de éste régimen indica que el FONASA recauda la totalidad de los aportes y luego vuelca la cuota parte correspondiente a cada Caja, monto que se ilustra en la partida incluida en el cuadro. Como puede observarse, esta sigue una tendencia anual decreciente en línea con la cadencia ya mencionada. A partir del ejercicio 2015 la totalidad de los aportes personales quedarán en manos del FONASA.

## **METAS ASISTENCIALES**

Las metas asistenciales constituyen herramientas de gestión y atención que tienden a impulsar a través de estímulos económicos mejoras de la calidad de las prestaciones fortaleciendo los procesos asistenciales que dan garantía a una atención integral, accesible y efectiva de la población.

La Meta 1 se promueve el control de los recién nacidos y de los niños en el primer, segundo y tercer año de vida, el control de las embarazadas y la pesquisa de situaciones de violencia doméstica.

Las Metas 2 y 3 incentivan el control de la población usuaria con su médico de referencia en los tramos de 12 a 19 años y adultos a partir de los 45 años. A su vez, se exige la realización de estudios internos sobre el avance de la estrategia de médico de referencia, analizando la distribución de los afiliados por médico de referencia, la relación con horas de policlínica y tiempos de espera, análisis de los diagnósticos de Cáncer de colon, diabetes e Hipercolesterolemia de los pacientes referenciados.

La Meta 4 busca impulsar la contratación de cargos de alta dedicación por parte de las instituciones en especialidades de medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología, medicina intensiva de adultos y pediátrica y neonatología y medicina interna.

Durante el 2014 no existieron grandes cambios con respecto a la anualidad anterior, continuándose con la profundización de aspectos referidos a la cobertura de los controles de salud, al estímulo de los sistemas de información y a la calidad de los registros clínicos.

Uno de los principales cambios durante el 2014 consistió en el inicio del pasaje de la meta 3 a la meta 4, que además de traspasar el valor de una meta a la otra, continúa dándole contenido a la figura médico de referencia, incorporando el control de los usuarios referenciados dentro de las funciones a cumplir por un Cargo de Alta Dedicación.

### **Instancias de discusión de las metas**

Durante el año 2014 se discutieron en varias instancias las pautas incluidas en los instructivos de metas asistenciales para el período julio 2014 - junio 2015, presentándose en mayo un primer anteproyecto normativo con las propuestas para la primer anualidad. Luego de recibir las sugerencias por parte de las instituciones, se presentó en el mes de Junio un instructivo de consenso a la JUNASA.

## **META 1: Salud del niño, niña y mujer**

### **Diseño**

Los cambios planteados en esta anualidad para la meta 1 se dieron básicamente en el indicador referido al volcado de Historia Clínica Perinatal al Sistema Informático Perinatal (SIP) y en el indicador de Captación Precoz del embarazo.

Al primero de estos, se le incorporó la exigencia de un porcentaje máximo de datos faltantes (5%) en el conjunto de Historias cargadas en el SIP con el objetivo de lograr una mejora en los registros enviados por las instituciones.

En el caso del indicador de Captación precoz, se planteó quitar los informes sobre las acciones realizadas por las instituciones para lograr una Captación oportuna del embarazo, e incorporar en su lugar, un indicador que tiene como objetivo mejorar la detección y primera respuesta a situaciones de Violencia Doméstica (VD). Este indicador consta de dos etapas. La primera etapa consistió en la capacitación a los equipos de referencia en VD de las instituciones por parte del programa de Violencia y Salud del área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP. La segunda etapa, consiste en la implementación de protocolos institucionales y guías de abordaje a situaciones de violencia doméstica, realizando un monitoreo y evaluación de dicha implementación.

### **Resultados**

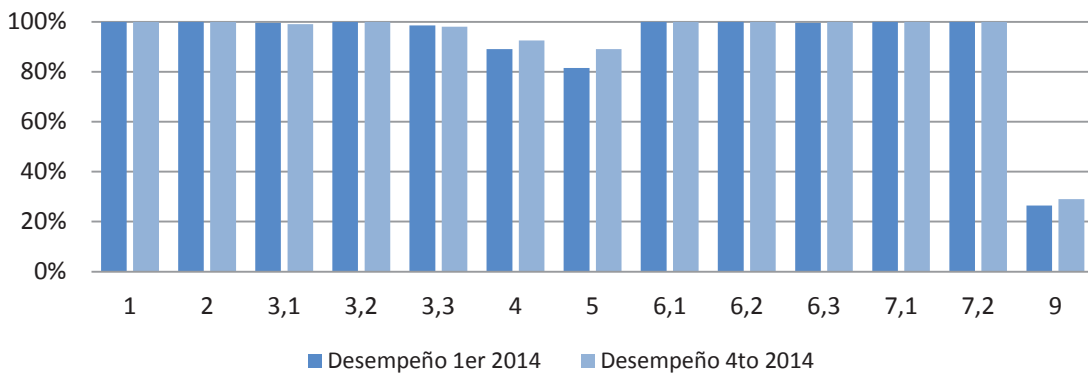
Los resultados sobre la evolución de los indicadores de la Meta 1 se muestran por separado para el sector privado y para ASSE. Los datos presentados corresponden a los indicadores de Meta 1, a saber:

1. Captación del recién nacido
2. Visita domiciliaria para RN de riesgo
- 3.1. Control en el primer año según pauta
- 3.2. Ecografía de cadera
- 3.3. Control integral en el primer año
4. Control en el segundo año
5. Control en el tercer año
- 6.1. Control del embarazo
- 6.2. Control HIV y VDRL
- 6.3. Control integral del embarazo
- 7.1. HCPB completas
- 7.2. HCPB volcadas al SIP
8. Violencia Doméstica
9. Pesquisa de Violencia Doméstica

El siguiente gráfico presenta la evolución del desempeño del sector privado durante todo el año. Para ello se muestra el desempeño del primer y cuarto trimestre, en cada uno de los

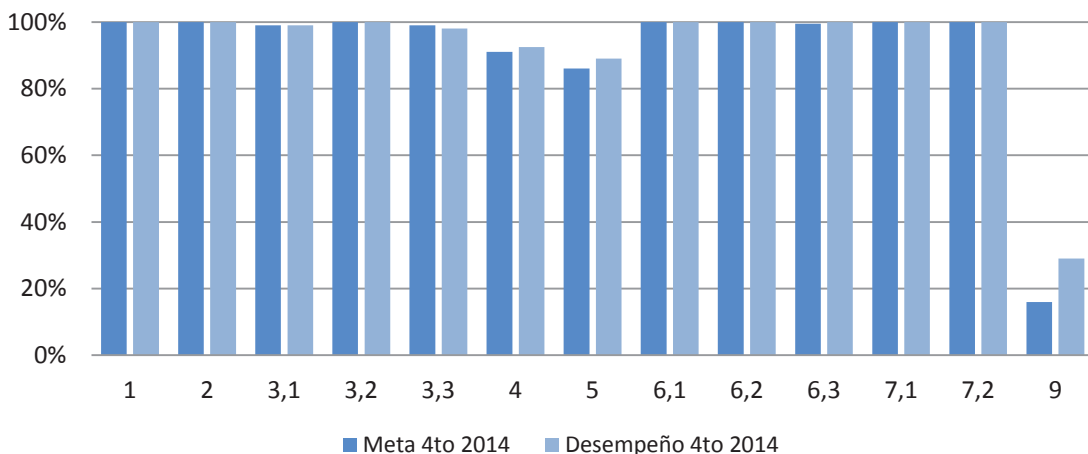
indicadores de la Meta 1, tomando la mediana<sup>4</sup> de desempeño. Se verificó estabilidad en los indicadores que ya habían alcanzado el 100% y un leve aumento en los indicadores con margen a seguir mejorando (4, 5 y 9).

**Gráfico 4** Meta 1 - Sector privado - Desempeño 1er y 4to trimestre



Para analizar el cumplimiento del sector privado, se presenta la mediana del desempeño y la meta a alcanzar en cada indicador para el cuarto trimestre. Puede apreciarse que en promedio, todos los indicadores superaron la meta.

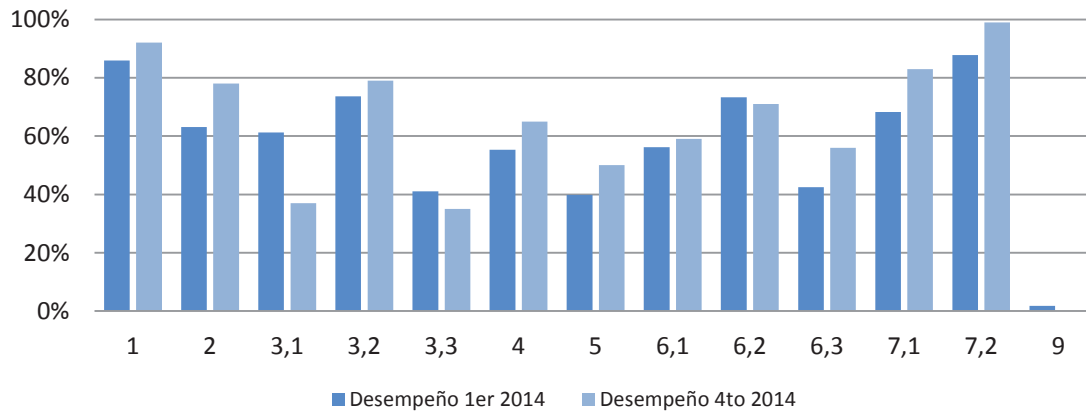
**Gráfico 5** Meta 1 - Sector privado - Meta y desempeño



En el caso de ASSE, al comparar el desempeño del primer y último trimestre del 2014, la situación varía según el indicador. Se observa un incremento en el desempeño de los indicadores 1,2,3.3, 4,5,6.1,7.1,7.2.

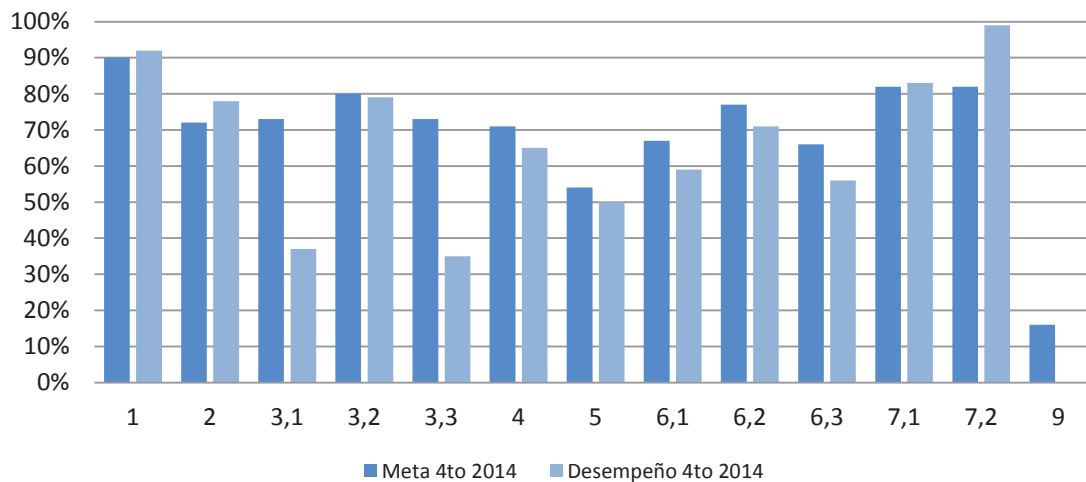
<sup>4</sup>La mediana es el valor medio de un conjunto de valores ordenados. De acuerdo con esta definición el conjunto de datos menores o iguales que la mediana representarán el 50% de los datos, y los que sean mayores que la mediana representarán el otro 50% del total de datos de la muestra.

**Gráfico 6 Meta 1 - Sector público - Desempeño 1er y 4to trimestre**



A su vez, si observamos el desempeño de ASSE para el último trimestre del año, el mismo se encuentra por debajo de las metas que debía alcanzar en la mayoría de los indicadores.

**Gráfico 7 Meta 1 - Sector público - Meta y desempeño**



## **META 2: Médico de referencia**

### **Diseño**

La meta 2 impulsa acciones que conlleven a consolidar el nuevo modelo de atención partiendo por el médico de referencia como el recurso médico integrante de un equipo de salud clave para el cambio de modelo. Desde esta meta, se intenta legitimar la figura del médico de referencia desde dos ejes. Por un lado establecer el monitoreo en salud de la población usuaria adolescente y adulta y seguir avanzando en la referenciación de usuarios a este médico tratante encargado de seguir a sus referenciados.

Durante el 2014 se continúa con la referenciación y control de los usuarios con su médico de referencia, manteniendo el análisis de la evolución de la estrategia de médico de referencia con la entrega de informes trimestrales sobre relación entre horas de policlínica de estos médicos y tiempos de espera, evolución de los diagnósticos de cáncer de colon, diabetes e Hipercolesterolemia a partir de los controles indicados en la meta.

A su vez, este año se incorporaron jornadas de capacitación en salud mental, malnutrición, detección y abordaje de consumo de alcohol y promoción en salud, para los médicos de los espacios adolescentes y médicos que cuenten con adolescentes referenciados las cuales son brindadas por el programa Salud Adolescente.

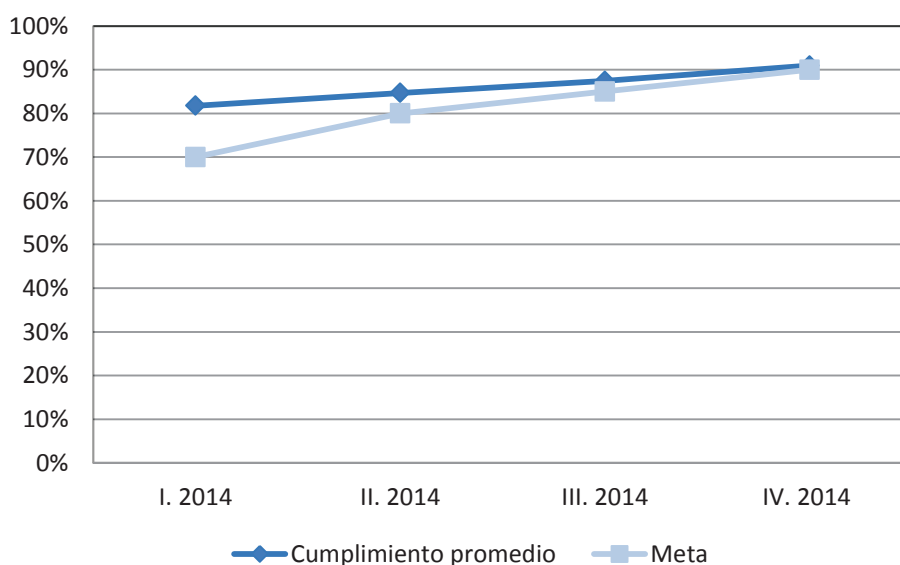
### Resultados

El 51% de la población usuaria del sector privado actualmente está referenciada a un médico de referencia, mientras que el total de médicos de referencia informado por las instituciones es de 3622 médicos lo que equivale a un 80% de los médicos generales, de familia, pediatras y geriatras. A su vez, existe un promedio de 370 afiliados por médico de referencia.

El gráfico a continuación muestra la evolución de los indicadores de la Meta 2 durante el año 2014, se presenta el promedio de cumplimiento del sector privado y la meta que se debía alcanzar en cada trimestre del 2014.

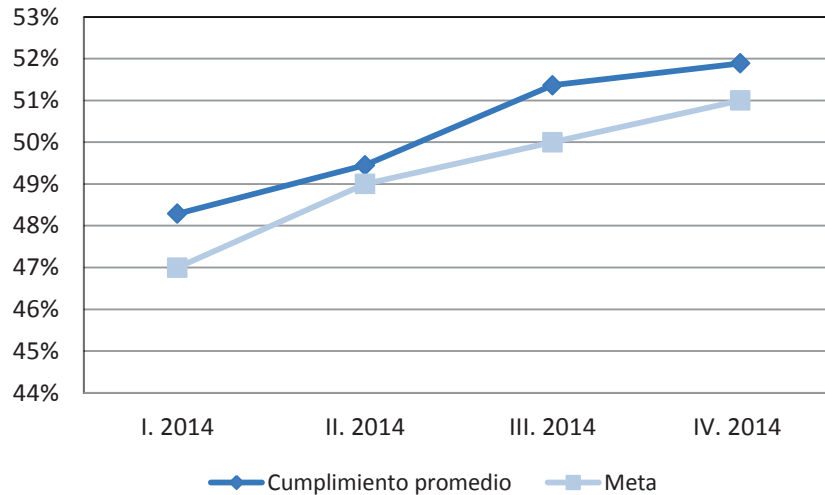
Para los adolescentes, se presenta la meta y cumplimiento de los adolescentes que concurrieron en cada trimestre a su médico de referencia o a la policlínica del adolescente y que contaban con la hoja SIA vigente. Se puede apreciar que en los cuatro trimestres el cumplimiento en promedio fue superior a la meta.

**Gráfico 8 Referenciación 12 a 19 años**

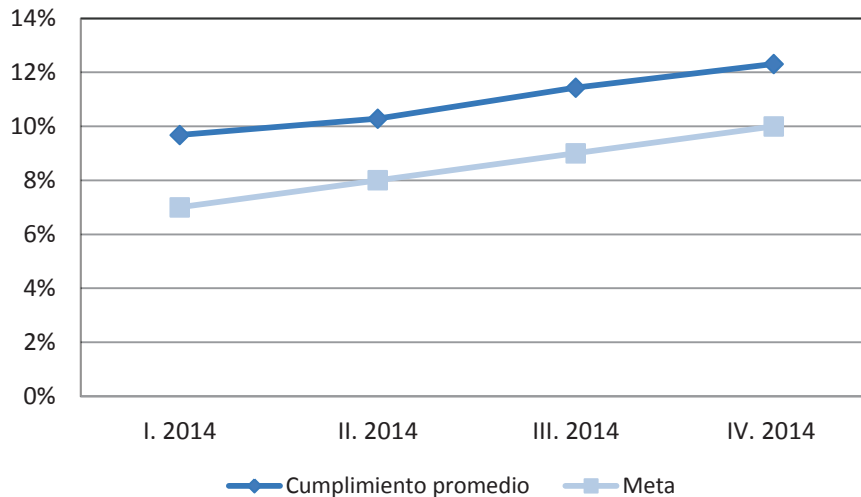


Para el tramo de 45 a 64 años se presenta la meta y cumplimiento de los indicadores de referenciación y pauta. En este caso, también se supera la meta en ambos indicadores en cada trimestre.

**Gráfico 9 Referenciación 45 a 64 años**



**Gráfico 10 Pauta 45 a 64 años**



En cuanto a las actividades de promoción de salud con adolescentes, durante el trimestre Julio-Agosto-Setiembre de 2014 se realizaron 106 actividades en todo el país. Las mismas fueron coordinadas con 53 instituciones educativas, sociales o deportivas. En total, participaron 4935 adolescentes.

La mayoría de las jornadas, se realizaron en liceos, pero también se coordinaron actividades con UTU, Intendencias, ISEF, Centros Culturales, Socat e INAU.

En cuanto a los temas, las dos temáticas más abordadas fueron adicciones y salud sexual y reproductiva. Sin embargo, también se realizaron talleres de accidentes, alimentación, autoestima, cáncer, deportes, factores de riesgo cardiovasculares, género, límites, proyecto de vida, suicidio, técnicas de estudio y violencia.

### **META 3: Adulto mayor**

#### **Diseño**

Conceptualizada bajo los mismos objetivos planteados para la Meta 2, la Meta 3 busca apoyar los controles de salud para la población adulta mayor. En este sentido, la meta continuó en sus dos dimensiones: un indicador de referenciación, que mide la primera consulta de los afiliados con su médico de referencia, y un indicador de pauta, que busca que los afiliados vuelvan al control preventivo con su médico de referencia en los plazos establecidos por el Programa de Salud del Adulto Mayor.

Los principales cambios en la meta para el 2014 estuvieron en los porcentajes planteados, dado que se mantuvieron los porcentajes de referenciación exigidos durante toda la anualidad y se establecieron rangos de cumplimiento para el indicador de pauta, el cual está asociado de forma proporcional al porcentaje de cumplimiento de cargos de alta dedicación alcanzados en la meta 4. Estos cambios en la exigencia fueron acompañados con el pasaje del valor de la meta 3 a la meta 4 lo que se asocia al mismo tiempo a un pasaje de la población referenciada de la meta 3 a usuarios referenciados por los médicos de alta dedicación que se irán formando a partir de la meta 4.

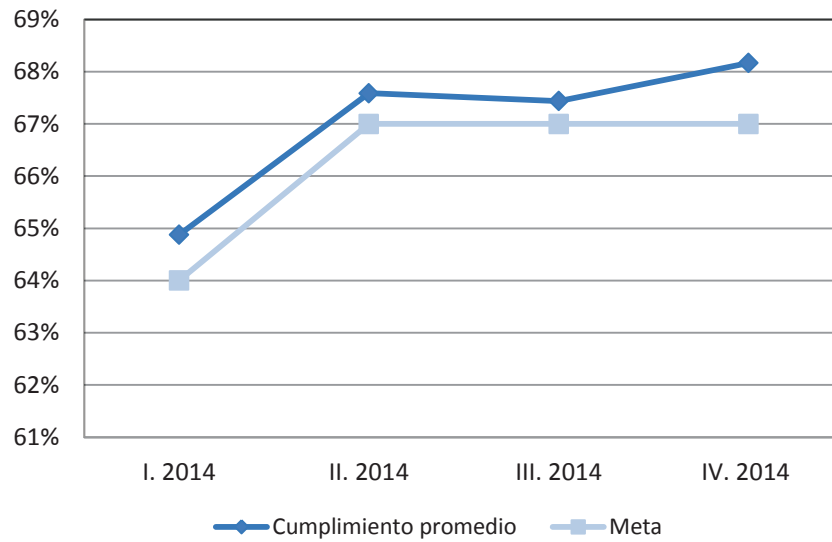
#### **Resultados**

Al igual que en la meta 2, únicamente se presenta información para el sector privado, dado que ASSE no envía información sobre estos indicadores.

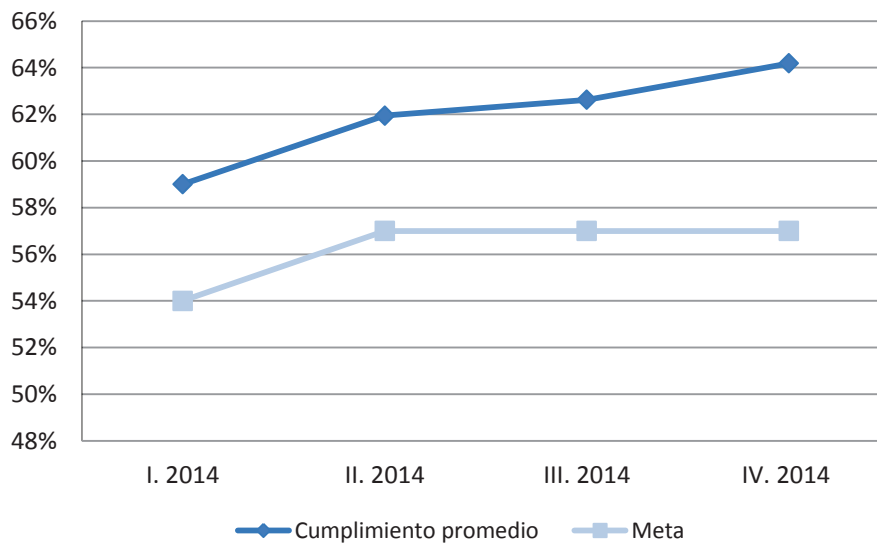
Los gráficos a continuación muestran que para todos los trimestres, el cumplimiento promedio superó las metas planteadas tanto en el indicador de referenciación como en el de pauta tanto para el tramo de 65 a 74 años como para el de 75 años y más.



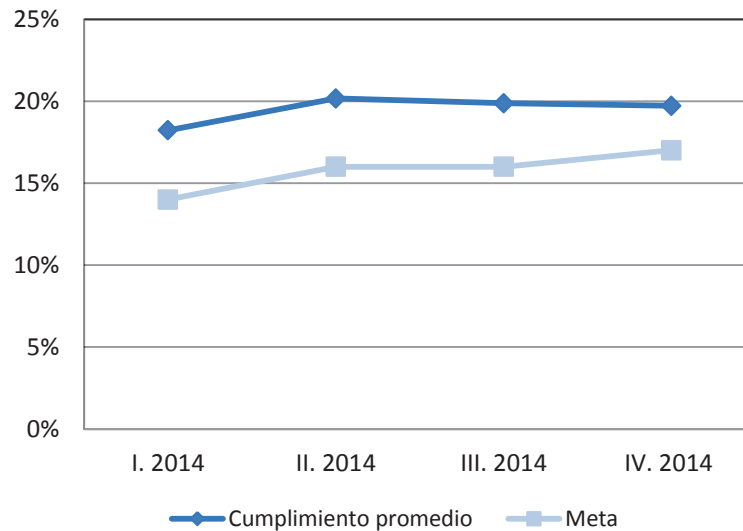
**Gráfico 11** Referenciación 65 y 74 años



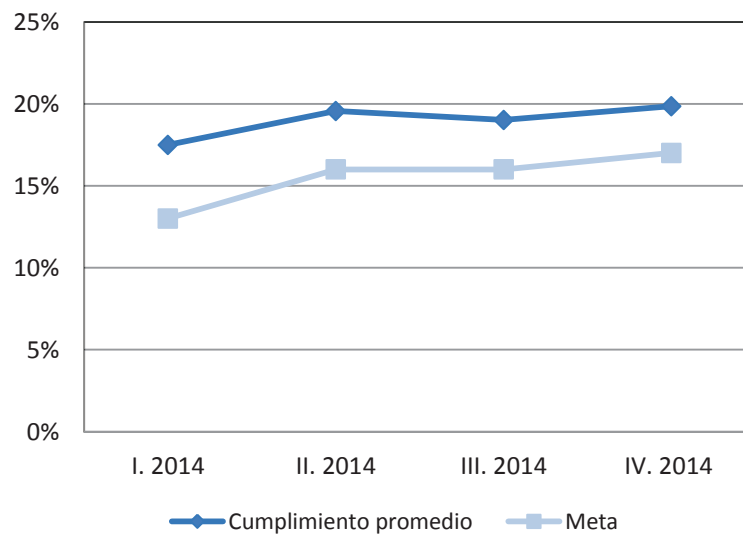
**Gráfico 12** Referenciación 75 años y más



**Gráfico 13** Pauta 65 a 74 años



**Gráfico 14** Pauta 75 y más



#### **META 4: Cargos médicos de alta dedicación**

##### **Diseño**

La Meta 4 estimula la creación de cargos de alta dedicación (CAD) en las instituciones de salud. Específicamente, incentiva la creación de CAD en medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología, medicina intensiva de adultos y pediátrica y neonatología y medicina interna.

## Resultados

En total, 36 instituciones (11 de Montevideo y 25 del interior) realizaron contrataciones de cargos de alta dedicación, totalizando 322 cargos: 110 de medicina general, 5 de medicina general/interna, 9 de medicina familiar y comunitaria, 108 de pediatría, 5 de ginecología, 34 de medicina interna, 32 de medicina intensiva de adultos, 8 de medicina intensiva pediátrica, 9 de neonatología y 2 de psiquiatría.

**Cuadro 11** Cargos de Alta Dedicación contratados en 2014

Especialidades	Regiones				Interior	Mdeo	Total
	Norte	Sur	Este	Oeste			
Medicina General	13	69	14	14	45	65	110
Medicina Familiar	0	8	0	1	1	8	9
Pediatría	12	76	8	12	43	65	108
Ginecología	4	0	1	0	5	0	5
Medicina Interna	2	16	9	7	18	16	34
Medicina Gral./ Medicina Interna	0	5	0	0	4	1	5
Medicina Intensiva Adultos	1	15	9	7	17	15	32
Medicina Intensiva Pediátrica	0	6	1	1	2	6	8
Neonatología	0	7	1	1	4	5	9
Psiquiatría	0	2	0	0	0	2	2
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>204</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>139</b>	<b>183</b>	<b>322</b>

A su vez se presentaron 14 cargos de alta dedicación transversal a ser contratados en los próximos años, lo que totaliza 336 cargos para meta 4. Para llegar al 100% de cumplimiento de meta 4 por parte de las instituciones de asistencia médica colectiva, los cargos contratados a diciembre 2014 debían ser 367, considerando la flexibilización aprobada sobre la exigencia de los cargos de alta dedicación.

## Pago por metas

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

**Cuadro 12** Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA

Pago por afiliado FONASA	Meta 1	Meta 2	Meta 3 (valor base)	Meta 4
Enero – Junio 2014	\$66,54	\$27,57	\$99,15	\$7,40
Julio - Diciembre 2014	\$72,44	\$30,02	\$71,96	\$16,56

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

$$Meta = Valor\ base * \frac{Cantidad\ de\ afiliados\ mayores\ de\ 65\ años\ de\ la\ institución}{Cantidad\ de\ Afiliados\ FONASA\ de\ la\ institución}$$

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:

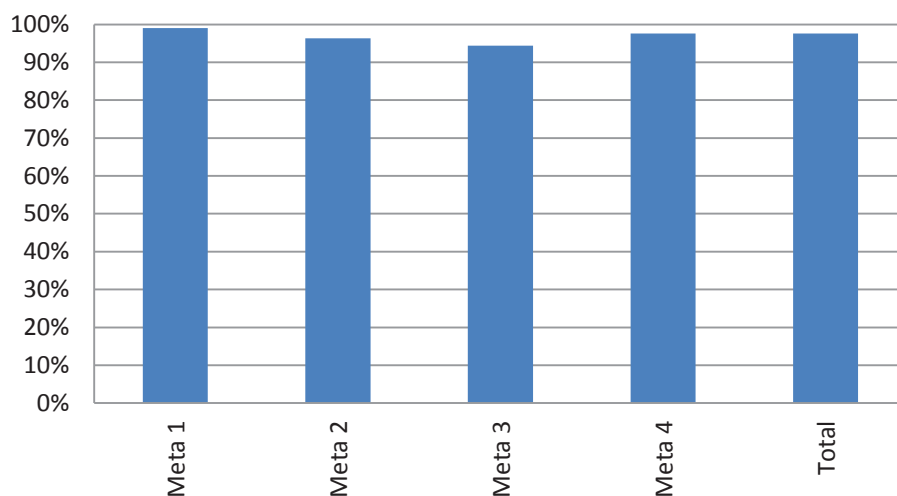
**Cuadro 13** Cronograma cumplimiento – pago de Metas

Período de cumplimiento (Metas 1, 2 y 3)		
Meses de pago (2013)	Enero	Jul-Ago-Set 2013
	Febrero	Oct-Nov-Dic 2013
	Marzo	
	Abril	
	Mayo	Ene-Feb-Mar 2014
	Junio	
	Julio	
	Agosto	Abr-May-Jun 2014
	Septiembre	
	Octubre	
	Noviembre	Jul-Ago-Set 2014
	Diciembre	

De esta forma, el pago por metas entre Enero y Diciembre de 2014 correspondió al cumplimiento de las metas en los trimestres comprendidos entre Julio de 2013 y Setiembre de 2014.

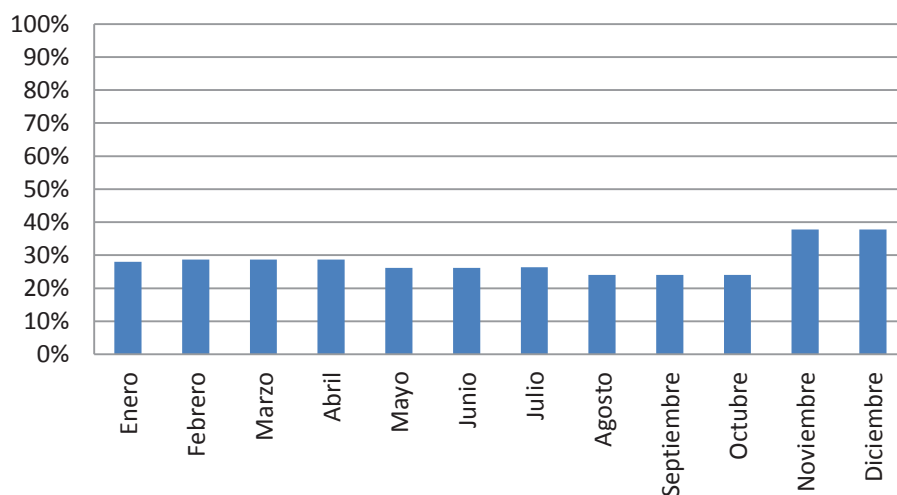
En el 2014, el sector privado recibió el 98% del monto máximo a pagar por Metas Asistenciales. Estos valores se mantuvieron en el entorno del 97% y 98% durante cada uno de los meses del año. Cabe aclarar que los pagos presentados corresponden al pago real para el año considerado, por los que las reliquidaciones por auditorías u otras, se cargaron a los meses reales de cumplimiento y no al mes en el que efectivamente se realizó el descuento o aumento respectivo.

**Gráfico 15** Pago por metas sobre el máximo a cobrar SECTOR PRIVADO (2014)



En el caso de ASSE el monto liquidado corresponde principalmente al desempeño de las Metas 1 y 4. El aumento ocurrido en el pago de Noviembre corresponde a un incremento en el cumplimiento de la Meta 1.

**Gráfico 16** Pago total por metas sobre el máximo a cobrar ASSE



## METAS 2015

Los instructivos para las metas 1, 2 y 3 tienen como período de vigencia julio 2014-junio 2015. Las pautas para el período julio 2015-junio 2016 serán establecidas de acuerdo al marco normativo establecido en el contrato de gestión, mediante convocatoria a comisiones técnicas, la presentación de un anteproyecto normativo y su estudio en la comisión asesora.

## **SOBRECUOTA DE INVERSIÓN**

Durante el ejercicio 2014 el MSP y el MEF culminaron con el proceso de aprobación de los proyectos de inversión presentados por las IAMC para ser financiados a través de la Sobrecuota de inversión.

Por otro lado, y tal como lo establece el Decreto 427/012, se ajustó en el decreto de aumento de cuota correspondiente a julio de 2014 el monto máximo que se autoriza perciban las IAMC mensualmente por concepto de Sobrecuota de inversión, fijándose en 3,44% de las cápitas.

A las 27 instituciones que cobraron Sobrecuota durante el año 2013 se suman 10 nuevas instituciones, totalizando 37 IAMC que percibieron dicho ingreso en el año 2014.

**Cuadro 14** Cronograma de aprobación de proyectos

Institución	Mes de inicio del cobro	Institución	Mes de inicio del cobro
<b>Aprobadas Año 2013</b>			
CAMEC (Colonia)	ene-13	AMEDRIN (Río Negro)	jun-13
CAMEDUR (Durazno)	ene-13	UNIVERSAL	jul-13
CAMOC (Colonia)	ene-13	ORAMECO (Colonia)	jul-13
CAMS (Soriano)	ene-13	AMECOM (Maldonado)	jul-13
COSEM	ene-13	CASMER (Rivera)	jul-13
SMI	feb-13	CASA DE GALICIA	ago-13
COMECA (Canelones)	feb-13	COMEFLO (Flores)	ago-13
COMEPA (Paysandú)	feb-13	SMQS (Salto)	set-13
MUCAM	abr-13	CÍRCULO CATÓLICO	oct-13
AMSJ (San José)	abr-13	COMECCEL (Cerro Largo)	nov-13
CAAMEPA (Canelones)	may-13	COMEF (Florida)	nov-13
HOSPITAL EVANGELICO	jun-13	CAMDEL (Lavalleja)	nov-13
CAMCEL (Cerro Largo)	jun-13	CAMY (Río Negro)	dic-13
CRAME (Maldonado)	jun-13		
<b>Aprobadas Año 2014</b>			
<b>CASMU</b>	<b>ene-14</b>	<b>ESPAÑOLA</b>	<b>jun-14</b>
<b>CUDAM</b>	<b>feb-14</b>	<b>IAC</b>	<b>ago-14</b>
<b>COMERI</b>	<b>feb-14</b>	<b>GREMEDA</b>	<b>set-14</b>
<b>COMERO</b>	<b>feb-14</b>	<b>CRAMI</b>	<b>nov-14</b>
<b>COMTA</b>	<b>feb-14</b>	<b>GREMCA</b>	<b>dic-14</b>

Fuente: Departamento de Regulaciones Económicas. Área Economía de la Salud. DIGESNIS.

Cabe agregar, que dos instituciones del interior, COMECA y COMEPA, culminaron con sus primeros proyectos y se les autorizó un segundo, ya que en ambos casos contaban con margen para alcanzar los 24 meses de percepción de Sobrecuota que habilita la normativa vigente.

A esto se suman otras dos instituciones, COMEFLO y AMEDRIN, que alcanzaron el 70% de los proyectos autorizados y por lo tanto, tal como lo establece la normativa, dejaron de percibir la Sobrecuota de inversión.

En el año 2014, habiendo dejado atrás el análisis de la viabilidad de los proyectos para la autorización de la Sobrecuota de inversión, el trabajo se ha centrado en el control de la ejecución de los fondos pagos por ese concepto utilizando como principal instrumento las Rendiciones de Cuenta trimestrales que los prestadores presentan ante el Área Economía de la Salud (AES) de la DIGESNIS. Por otro lado, se avanzó en el control de los avances de las obras de construcción para lo que el MSP celebró un convenio con el MTOP para las inspecciones en los departamentos del interior del país. Los prestadores de la capital son inspeccionados por los arquitectos del Departamento de Registro de Prestadores de la División Servicios de Salud de la DIGESNIS.

Del intercambio habitual de la AES con la Junta Nacional de Salud surgieron en el año 2014 resoluciones de JUNASA que buscaron mejorar y definir criterios claros para el control de la ejecución de los fondos.

En este sentido, la resolución N° 779 del 4 de setiembre de 2014 establece que cada prestador beneficiario de la Sobrecuota de inversión debe depositar esos fondos en una cuenta bancaria destinada exclusivamente a dicho fin, debiendo aportar, con cada rendición trimestral, un estado de la misma con los movimientos que correspondan al período. Esta información es analizada y controlada por el equipo de la AES.

Por otro lado, en la resolución N°780 de misma fecha se fijan criterios que buscan establecer una ecuación razonable entre los fondos percibidos por Sobrecuota y la ejecución de los mismos. Para ello, la AES confecciona y controla un conjunto de indicadores dentro de los que se destaca el que relaciona los fondos percibidos en los trimestres rendidos con los fondos ejecutados en los mismos trimestres. La normativa establece que a los prestadores que hubieren rendido tres trimestres de gastos y tengan ejecutado menos del 50% de lo cobrado en ese mismo período, o aquellos que habiendo rendido cuatro o más trimestres tengan una ejecución menor al 75% del monto cobrado, se les suspenderá transitoriamente la Sobrecuota. Esta suspensión se levanta cuando el prestador presenta, y se le aprueba, una rendición que incluya la ejecución del 75% de los fondos cobrados, en el primer caso, y de la totalidad de los mismos para el segundo caso.

De acuerdo con los criterios allí establecidos en los restantes meses del año 2014 le fue suspendida la Sobrecuota de inversión a tres instituciones: Casa de Galicia, Círculo Católico y CAMDEL. Dado que Casa de Galicia no pudo acreditar la existencia del saldo de los fondos cobrados y no ejecutados, la JUNASA dispuso no sólo la suspensión de la Sobrecuota sino además el reintegro de dichos fondos en 57 cuotas mensuales iguales y consecutivas. (Resolución N° 885)

Entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2014 se pagaron por concepto de Sobrecuota de inversión **\$ 867.585.825<sup>5</sup>** distribuidos entre las 37 IAMC con proyectos aprobados. Si se tiene en cuenta el total acumulado desde que se comenzó con el pago de la Sobrecuota (1° enero de 2013), el monto asciende a **\$ 1.333.754.893**, de los que \$ 466.169.067 son el monto pago en el año 2013.

---

<sup>5</sup> Existen entre esta cifra y la que surge del acumulado por institución una diferencia de \$64.738 que se explica por reliquidaciones que no fueron consideradas en la información proporcionada por prestador que surge de las liquidaciones mensuales.



**Cuadro 15 Montos cobrados por prestador por concepto de Sobrecuota de inversión**

Institución	Sobrecuota percibida en el año 2014	Sobrecuota acumulada desde la autorización del proyecto al 31 de diciembre de 2014	Institución	Sobrecuota percibida en el año 2014	Sobrecuota acumulada desde la autorización del proyecto al 31 de diciembre de 2014
ASESP	66.399.595	66.399.595	CAMOC	9.554.289	20.395.469
EVANGELICO	25.847.107	43.760.311	CAMEDUR	12.903.533	27.158.828
CASA DE GALICIA	19.755.467	33.297.739	COMEFLO	4.646.898	7.354.327
CASMU	121.727.110	121.727.110	COMEF	14.689.153	17.389.420
CCOU	34.634.757	45.350.461	CAMDEL	14.139.599	16.771.300
CUDAM	24.901.816	24.901.816	AMECOM	31.944.499	51.594.008
COSEM	29.667.803	60.862.276	CRAME	15.977.747	26.991.465
GREMCA	1.723.377	1.723.377	COMEPA	13.972.770	39.886.554
MUCAM	124.206.981	230.769.554	AMEDRIN	2.854.038	5.488.461
SMI	54.363.668	110.199.843	CAMY	3.933.817	4.262.010
UNIVERSAL	26.133.167	42.276.443	CASMER	14.184.951	22.725.626
GREMEDA	4.391.552	4.391.552	COMERI	11.787.523	11.787.523
CAAMEPA	14.941.785	26.687.524	COMERO	20.091.882	20.091.882
CRAMI	3.783.826	3.783.826	SMQS	24.203.046	34.086.664
COMECA	18.369.801	40.095.656	AMSJ	21.072.395	37.635.014
CAMCEL	17.080.548	27.132.946	CAMS	19.510.385	41.910.106
COMECEL	719.816	1.427.017	COMTA	18.490.564	18.490.564
ORAMECO	4.757.761	7.697.517	IAC	5.170.954	5.170.954
CAMEC	14.987.107	32.015.421	Reliquidaciones	64.738	64.738
			<b>TOTAL IAMC</b>	<b>867.585.825</b>	<b>1.333.754.893</b>

Fuente: Departamento de Regulaciones Económicas. Área Economía de la Salud. DIGESNIS. Elaborado a partir de Liquidaciones mensuales de BPS.

El siguiente cuadro presenta un resumen de los montos totales por principales conceptos de los proyectos que se autorizaron para ser financiados con Sobrecuota de inversión. Algunos serán financiados en hasta un 70% con estos ingresos pero otros implicarán un aporte de fondos propios mayor al 30%.

**Cuadro 16** Proyectos a financiar con Sobrecuota de inversión y montos ejecutados hasta 2014

TOTAL PAÍS	MONTO PRESUPUESTADO	MONTO EJECUTADO*	Ejecución/ Presupuesto
Obra Civil	3.406.679.103,53	1.077.005.084,74	31,6%
Equipamiento	343.974.894,27	118.268.333,16	34,4%
Desarrollo Informático	43.583.583,74	23.698.771,86	54,4%
Historia Clínica Electrónica	116.793.139,85	58.005.814,03	49,7%
<b>TOTALES</b>	<b>3.911.030.721,39</b>	<b>1.276.978.003,79</b>	<b>32,7%</b>

Fuente: Departamento de Regulaciones Económicas. Área de Economía de la Salud. DIGESNIS

\*Se refiere a los montos ejecutados desde el punto de vista financiero.

Por otro lado, también se presentan los montos ejecutados. Es decir, lo que se ejecutó hasta el último trimestre rendido antes del 31 de diciembre de 2014. A esa fecha se ha ejecutado el 32,7% de los montos aprobados y el 108% de los fondos de Sobrecuota cobrados en los trimestres rendidos. Este último porcentaje es del 96% si se tiene en cuenta el monto cobrado hasta el 31 de diciembre.

En el Anexo III se presenta un detalle de los proyectos y de la ejecución por prestador. Allí además del monto total del proyecto y lo ejecutado hasta el último trimestre rendido, se presenta el monto cobrado de Sobrecuota en esos mismos meses rendidos y por otro lado, el monto cobrado en el año 2014. También se presentan dos indicadores: el porcentaje cobrado de Sobrecuota sobre el total del proyecto y el porcentaje ejecutado del total del proyecto aprobado.

Cabe mencionar que, más allá de las suspensiones ya señaladas vinculadas al incumplimiento de los umbrales de ejecución de los fondos cobrados establecidos por JUNASA, no han existido mayores inconvenientes en los procesos de rendiciones de cuenta y las instituciones han respondido favorablemente ante las observaciones o los pedidos de información adicional realizados.