

Junta Nacional de Salud



Rendición de Cuentas

Ejercicio 2017

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2017	7
I.1 ACTIVIDAD DE LOS CONSEJOS HONORARIOS DEPARTAMENTALES Y LOCALES DURANTE EL AÑO 2017	9
I.2 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA.....	14
I.3 COMISIONES DE TRABAJO.....	16
Comisión Cápitas.....	16
Comisión Asesora Metas.....	18
I.4 CONTRATOS DE GESTIÓN	18
CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD	19
CAPÍTULO III. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA	28
III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2017	28
III.2 INGRESOS	32
III.3 EGRESOS.....	33
METAS ASISTENCIALES	35
META 1: Salud del niño, niña y mujer	36
Diseño.....	36
Resultados.....	37
META 2: Objetivos Sanitarios Nacionales	39
Diseño.....	39
Resultados.....	41
META 4: Nuevo Régimen de Trabajo Médico	43
Diseño.....	43
Resultados.....	44
META 5: Capacitación y pago variable a los trabajadores de la salud.	46
Pago por metas	49
SOBRECUOTA DE INVERSIÓN	50
ANEXOS	53
Anexo I: Movilidad Regulada.....	53
Movilidad Regulada de los usuarios del Seguro Nacional de Salud por prestador 01/02/2017 – 28/02/2017.....	53
Cambios por institución	53
Anexo II: Metas Asistenciales.....	55

Anexo III: Sobrecuota de inversión	97
Anexo IV: Informe BPS	110

Cuadros

Cuadro 1- Beneficiarios del SNS según sexo y edad (selección de algunos años)	21
Cuadro 2- Beneficiarios del SNS según prestador (selección de algunos años).....	23
Cuadro 3- Evolución del número de habilitados y cantidad de movimientos. Período 2009-2017	26
Cuadro 4- Habilitados y movimientos según tipo de afiliación.....	26
Cuadro 5- Movimientos según tipo de prestador	27
Cuadro 6- Matriz de movimientos entre instituciones	27
Cuadro 7- Resultado FONASA 2017 sin considerar la asistencia de CGN	29
Cuadro 8- Composición Reintegro de aportes 2017.	29
Cuadro 9- Transferencias de Rentas Generales al FONASA y Egresos Totales. Millones de pesos a precios constantes 2008. Años seleccionados.	30
Cuadro 10- Resultado Económico del FONASA 2017 por tipo de afiliación.....	31
Cuadro 11- Ingresos del FONASA 2017	33
Cuadro 12- Egresos del FONASA 2017 según concepto.....	34
Cuadro 13- Egresos del FONASA según prestador	35
Cuadro 14- Distribución de prestadores según Resultados Esperados seleccionados.	40
Cuadro 15- CAD+FAD contratados a diciembre de 2017	44
Cuadro 16- Montos Meta 5 por institución	48
Cuadro 17- Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA.....	49
Cuadro 18- Desembolsos anuales por sobrecuota de inversión. Pesos corrientes	50
Cuadro 19- Montos por institución año 2017 en pesos.....	51
Cuadro 20- Ejecución financiera de los proyectos en pesos	52
Cuadro 21- Total de movimientos por institución febrero 2017	54

Gráficos

Gráfico 1 – Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación.....	19
Gráfico 2 – Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2017	20
Gráfico 3 – Estructura de edad beneficiarios SNS por tipo de prestador 2017	22
Gráfico 4 –Evolución de las transferencias de Rentas Generales al FONASA	30
Gráfico 5 - Meta 1 - Desempeño mediano del 1er y 4º trimestre y su comparación con la mediana de la meta exigida en el 4º trimestre. 2017. Indicadores de control del niño hasta 5 años	38
Gráfico 6 - Promedio de porcentajes de pago por metas sobre el máximo a cobrar. 2017.	50

INTRODUCCIÓN

En el año 2017 se cumplieron los primeros 10 años de la Reforma de la Salud, momento especial para reflexionar sobre esta profunda y efectiva reforma. En el correr del año se realizaron diversas actividades para deliberar sobre los avances de la misma y también sobre lo que aún falta por concretar.

Partiendo de los principios rectores perfectamente definidos en el artículo 3° de la Ley N° 18.211 y reafirmando algunas de sus características más resaltables, como el doble subsidio, el referido a la capacidad contributiva y a la utilización de los servicios: “de cada quien según sus ingresos y a cada quien según sus necesidades”, el objetivo de universalidad, el principio de equidad y la definición de una sola canasta de prestaciones entre otros, llegamos también a señalar la necesidad de avanzar en complementaciones, de mejorar en calidad asistencial y producir cambios más profundos en el sistema de atención.

Esa rica discusión entablada por diversos actores de la sociedad suscribió las bondades de la reforma al tiempo de dejar planteada la necesidad de su profundización y mejora en temas como el acceso, equidad y calidad de atención.

También estuvo planteada la participación de ASSE en el ámbito de la JUNASA y por ello se decidió por parte de todos los integrantes de la Junta invitar a dicho organismo a participar de las reuniones, lo que se concretó en todas las ocasiones posteriores.

Los balances económicos de las instituciones prestadoras de salud van desde el primero de octubre de cada año al 30 de setiembre del año siguiente. Este es entonces el primer ejercicio completo en el cual están incluidos todos los colectivos previstos en el cronograma de incorporación. El efecto de la última incorporación de colectivos se ve reflejado tanto en los balances de las instituciones como en la asistencia financiera del gobierno central al FONASA que fue de \$ 20.637.000 (pesos uruguayos veinte millones seiscientos treinta y siete mil).

De aquí en más se prevé una estabilización de los aportes del gobierno central que se modificará en función de otras variables; como son las condiciones del mercado de trabajo, los cambios en la canasta de prestaciones, los cambios en la población atendida, etc.

Durante el año se siguió trabajando en el nuevo cálculo de la cápita cuyo resultado se entendió que no debía aplicarse por ahora. El total del gasto en salud representa un 9.2 % del Producto Bruto Interno.

Es indisoluble con la condición del sistema buscar la racionalización de los recursos instalados y a instalar. Donde las condiciones lo ameritan debemos evitar superposiciones innecesarias y

propiciar la complementación de servicios. Debido a esto, se continuó trabajando sobre el tema, culminando el año con la presentación para su estudio de un proyecto base de Acuerdo de Complementación, con disposiciones a seguir por los involucrados y por el cual se viabiliza un debido control de este órgano en función de los cometidos asignados por la Ley N° 18.211.

También estuvieron en el ámbito de discusión de la JUNASA, entre otros, el nuevo diseño de la Meta Asistencial 2 alineada con los Objetivos Sanitarios Nacionales; las Capacitaciones del personal de salud que determinan el pago de la Meta 5; el análisis de los recursos destinados al pago de la Meta 4 (Cargos de Alta Dedicación); la propuesta de eliminar por obsoletas determinadas prestaciones contenidas en el PIAS; los Centros de referencia y el consiguiente proyecto de ley derivado desde el Poder Ejecutivo al Parlamento, etc.

En el año quedó aprobada la ley de urgencia y emergencia. En función de los plazos previstos para su aplicación se formaron comisiones para trabajar en el decreto reglamentario, en el sistema informático - soporte del funcionamiento del sistema - y en los precios a aplicar sobre las prestaciones que con más asiduidad se presentan en una puerta de urgencia.

Continuando con la adecuación al SNIS se cumplió en el año con la disolución de las clínicas especiales del Banco Hipotecario del Uruguay, la Agencia Nacional de Vivienda y ANCAP.

En cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Gestión celebrado entre la JUNASA y los prestadores integrales de salud, se dispuso la realización de una Encuesta de Satisfacción de usuarios, en esta oportunidad en el primer nivel de atención, con resultados a analizar en el 2018.

El área Economía de la Salud así como la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de la salud realizaron diversos informes durante el año. Uno de ellos, llamado Desempeño de los principales prestadores del SNIS, fue llevado a un ámbito ampliado para posibilitar la participación de diversos actores y propiciar un mayor debate y difusión del mismo.

A comienzos del año 2017, la Junta Nacional de Salud se vio impactada por hechos de naturaleza penal relacionados con la captación de usuarios por parte de prestadores integrales de salud. El manejo irresponsable y tremendista de la información por parte de la prensa generó una alarma pública que no fue fácil revertir. Sin dejar de ser importante y de suma preocupación, la mezcla de temas, la confusión de delitos y sobre todo la dimensión que se le

dio a la difusión, nos obligó a buscar todas las formas de esclarecerlo para que el problema fuera captado en su justa forma por la población.

Ante tal escenario, con un Juzgado Penal interviniendo activamente en el tema, decidimos apoyar de la forma más amplia posible sus investigaciones. A los prestadores se les solicitó que nos informaran detalladamente sobre todas las erogaciones realizadas para la promoción directa destinada a la captación de afiliados, sea con funcionarios propios o empresas tercerizadas. Esta información, junto con datos de todas las afiliaciones del periodo y aquella aportada por el BPS fue entregada al Juzgado Letrado en lo Penal de 16º Turno.

Frente a la situación generada, iniciamos el análisis de mecanismos para minimizar el más importante de los problemas planteados que es la intermediación lucrativa. Las diferentes perspectivas de los diferentes colectivos fueron presentadas en el grupo de trabajo creado para tal fin sin llegar a consolidar una propuesta satisfactoria en el sentido de la efectividad en el combate al delito planteado.

Como se puede apreciar, esta introducción sólo pone el acento sobre algunos de los temas tratados durante el año. En las siguientes páginas aparece el reflejo de todo el trabajo. Somos parte del cambio en el modelo de gestión y por ello volvemos a resaltar la importancia de esta mirada plural sobre aspectos tan importantes del SNIS.

Lamentablemente tuvimos a finales de año la última participación del Dr. Julio Spiess en JUNASA, muchas veces polémico, pero franco y directo, un incansable participante de diversas comisiones que extrañaremos por su compromiso con las tareas encaradas. También extrañaremos debido a su jubilación al representante de los trabajadores Mario Mujica; así son las representaciones colectivas y la fortaleza de la institucionalidad está por encima de cada una de las personas que participan de la misma. Naturalmente representamos visiones e intereses diferentes en este órgano colectivo, por ello se hace más necesario el dialogo y la amplitud de mira para definir lo mejor para quien va dedicado nuestro esfuerzo, que es el usuario del SNIS.

Ec. Arturo Echevarría

Presidente de la Junta Nacional de Salud

CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2017

En el año 2017, en particular, a comienzos del mismo, la Junta Nacional de Salud (JUNASA) se vio impactada por hechos de naturaleza penal relacionados con la captación de usuarios por parte de prestadores integrales de salud y que fueron de público conocimiento, si bien los mismos, objetivamente, no tuvieron la dimensión que inicialmente se les dio. Frente a la situación planteada, la JUNASA se abocó a analizar la posibilidad de instrumentar mecanismos tendientes a minimizar – o a evitar en lo posible – los riesgos de las afiliaciones a prestadores integrales de salud, para lo cual, previamente recabó diversa información sobre los procedimientos seguidos por dichas instituciones para lograr el registro de usuarios en sus padrones. Específicamente, se solicitó a los prestadores que informaran sobre todo lo abonado a sus funcionarios por concepto de comisiones derivadas de la captación de usuarios en sus padrones desde el mes de octubre de 2016 hasta el 28 de febrero de 2017, en forma discriminada mes a mes y debiendo aportar un listado de los beneficiarios afiliados mediante la intervención de dichos funcionarios (Resolución No. 162/2017). Conjuntamente se requirió a las instituciones de salud se informara cuánto fue lo pagado a las diferentes empresas con las que mantuvieron relaciones contractuales con el objeto de incrementar la masa social por el mismo período referido (Resolución No. 163/2017). Por otra parte, por Resolución No. 162/017 se solicitó al Banco de Previsión Social (BPS) el listado de todos los registros de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud (SNS) por el período octubre de 2016 hasta el 28 de febrero de 2017, con los datos identificatorios de cada uno de ellos así como el usuario habilitado que efectuó cada ingreso en el sistema informático de las instituciones.

Toda la información obtenida fue puesta en conocimiento del Juzgado Letrado en lo Penal de 16 Turno.

Asimismo, dentro del cúmulo de medidas adoptadas, se solicitó al Departamento Jurídico del Ministerio de Salud que analizara la pertinencia de radicar denuncia penal ante la reiteración de denuncias de afiliaciones mediante procedimientos engañosos efectuados en la vía pública o en el domicilio de los involucrados.

Por intermedio de sus representantes, los prestadores integrales de salud presentaron ante la JUNASA un documento con propuestas varias a efectos de coadyuvar en la adopción de mecanismos tendientes a minimizar los riesgos ya señalados, acordándose crear un grupo de trabajo que estudie los mismos.

Dentro del espectro de posibilidades manejadas desde el ámbito del Ministerio de Salud una de ellas fue la afiliación mediante el uso de herramientas informáticas, como por ejemplo, el Contrato Persona que utiliza ampliamente el BPS, lo que se trasunta en el contenido del Decreto No. 390/017.

En otro orden, dentro de la agenda de trabajo de la JUNASA para el año 2017 adquirió especial relevancia la complementación de servicios entre prestadores como herramienta sustancial para lograr eficiencia y un adecuado uso de los recursos, tanto humanos como materiales. Se culminó el año con la presentación para su estudio de un proyecto base de Acuerdo de Complementación con disposiciones a seguir por los interesados y por el cual se viabiliza un debido control de este órgano en función de los cometidos asignados por la Ley No. 18.211.

En cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Gestión celebrado entre la JUNASA y los prestadores integrales de salud, se dispuso la realización de una Encuesta de Satisfacción de usuarios, en esta oportunidad en el primer nivel de atención, con resultados a analizar en el 2018.

Formaron parte del ámbito de discusión de la JUNASA, entre otros: el procedimiento y estado de las Habilitaciones por parte de los prestadores integrales de salud; el nuevo diseño de la Meta Asistencial 2 con las complejidades que ha conllevado en su puesta en práctica; las Capacitaciones del personal de salud que determinan el pago de la Meta 5; el análisis de los recursos destinados al pago de la Meta 4 (Cargos de Alta Dedicación); la propuesta de eliminar por obsoletas determinadas prestaciones contenidas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS); los Centros de referencia y el proyecto de ley derivado desde el Poder Ejecutivo al Parlamento, etc.

Durante el año 2017, la JUNASA sesionó en forma ordinaria en 22 oportunidades con el siguiente nivel de asistencia por parte de los sectores representados: Ministerio de Salud asistió a todas las sesiones. El Ministerio de Economía y Finanzas compareció en 20 instancias y el Banco de Previsión Social en 21. Los representantes de los prestadores asistieron a todas las sesiones, mientras que los de los trabajadores estuvieron en 20 y los usuarios en 19. Por su parte, el representante de los profesionales médicos nucleados en el Sindicato Médico compareció a 8 sesiones.

Una de dichas sesiones se dedicó especialmente a analizar la situación económica financiera

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

Por otra parte, se efectuaron tres sesiones de carácter extraordinario, frente a temas que por su naturaleza, requerían de discusión inmediata: el denominado tema “estafa FONASA” y la implementación de la Meta Asistencial 2 con un nuevo diseño.

I.1 ACTIVIDAD DE LOS CONSEJOS HONORARIOS DEPARTAMENTALES Y LOCALES DURANTE EL AÑO 2017

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

Cantidad total de sesiones de JUDESA/JULOSA por departamento y representación. Año 2017.												
DEPARTAMENTO	SES	MSP	BPS	ASSE	PREST. PRIV.	TRAB. ASSE	TRAB. prest.priv.	TRAB. MED. ASSE	TRAB. MED. prest. priv.	USUARIOS ASSE	USUARIOS prest. priv.	INTEND/Munic.
ARTIGAS	5	5	5	3	3	5	5	3	4	5	5	1
CANELONES	5	5	1	5	3	0	2	0	0	5	5	3
Canelones JULOSA Ciudad de la Costa – Costa de Oro	4	4	NC	4	4	2	0	0	0	0	0	4
C. LARGO	6	6	2	6	5	4	3	0	0	6	6	5
C. Largo JULOSA Río Branco	3	3	1	0	1	0	0	0	0	3	2	0
C. Largo JULOSA Noblía	2	2	0	2	1	0	2	0	0	2	2	2
C. Largo JULOSA Tupambaé	2	2	0	2	2	0	2	0	0	0	0	2
COLONIA	11	11	11	10	9	0	2	7	4	11	0	7

Rendición de Cuentas 2017

Colonia JULOSA Carmelo	4	4	¹	4	2	0	3	3	2	3	²	2
Colonia JULOSA Juan Lacaze	2	2	³	2	1	0	0	0	0	2	2	1
Colonia JULOSA Tarariras	1	1	4	0	1	0	0	0	1	1	1	1
DURAZNO	10	9	8	5	9	3	0	0	5	8	10	5
FLORES	9	9	6	9	5	3	4	2	3	5	4	2
FLORIDA	7	7	3	6	6	0	3	0	1	3	7	4
LAVALLEJA	7	7	7	7	6	2	6	1	5	6	4	5
MALDONADO	9	9	7	6	9	4	9	-	6	5	9	8
Maldonado JULOSA José Ignacio	4	4	-	4	4	2	2	-	-	4	4	1
MONTEVIDEO	6	6	6	2	3	0	5	0	0	5	6	6
PAYSANDÚ	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
RÍO NEGRO	5	5	5	5	4	2	4	0	1	4	0	2
RIVERA	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
ROCHA	6	6	6	3	4	1	3	0	0	3	5	5
Rocha JULOSA Chuy	5	5	0	5	5	0	0	0	0	5	5	0
SALTO	5	5	4	5	5	1	1	1	2	5	2	0
SAN JOSÉ	8	8	5	7	7	7	5	5	5	5	3	6
San José JULOSA Rodríguez	5	5	0	4	5	3	0	0	0	3	5	5
SORIANO	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1
Soriano JULOSA Cardona	2	2	0	2	2	0	2	0	1	2	2	1
TACUAREMBÓ	9	9	8	8	6	6	8	5	1	9	9	4
Tacuarembó JULOSA Paso de los Toros	9	9	-	5	4	4	0	5	5	7	4	7
Tacuarembó JULOSA San Gregorio de Polanco	6	6	-	5	4	2	1	3	3	5	5	4
Tacuarembó JULOSA Ansina	2	2	-	1	2	0	2	-	-	2	0	2
T. Y TRES	10	10	9	8	10	2	1	10	10	6	10	0

¹ No están obligados a participar por BPS.

² Los mismos representantes de usuarios que para salud pública.

³ No están obligados a participar por BPS.

⁴ No están obligados a participar por BPS.

PRINCIPALES TEMAS TRATADOS EN JUDESA/JULOSA POR DEPARTAMENTO. AÑO 2017

ARTIGAS	COMPLEMENTACIÓN CONSEJOS CONSULTIVOS FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL CALIDAD EN LA ATENCIÓN, MENOR TIEMPO DE ESPERA, OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO. SALUD RURAL
ARTIGAS JULOSA DE BELLA UNIÓN	REPRESENTACIÓN DE LOS USUARIOS ESTUDIO DE LA REGLAMENTACIÓN CELEBRACIÓN DE ACTA FUNDACIONAL PARA ENERO
CANELONES	CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN. CONSEJO DE MINISTROS EN CANELONES. PROGRAMA SE HACE CAMINO AL ANDAR: IMPLEMENTACIÓN EN EL DEPARTAMENTO. INTEGRACIÓN E INSTALACIÓN DE JULOSA CIUDAD DE LA COSTA-COSTA DE ORO CUIDADOS PALIATIVOS.
CANELONES JULOSA CIUDAD DE LA COSTA – COSTA DE ORO	CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN EN COLONIA NICOLICH. CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN EN SALINAS. PROGRAMA SE HACE CAMINO AL ANDAR: IMPLEMENTACIÓN EN EL DEPARTAMENTO. PRESENTACIÓN DE LA INTENDENCIA DE CANELONES: CURSOS DE REANIMACIÓN BÁSICA.
C. LARGO	CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN EN ACEGUÁ. FERIA DE LA SALUD, 9° SECCIÓN, ARÉVALO. PROYECTO DEPARTAMENTAL ADULTO MAYOR. CUIDADOS PALIATIVOS. JULOSA NOBLÍA.
C.LARGO JULOSA RÍO BRANCO	CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN HOSPITAL DE RÍO BRANCO. ESCUELA DE ENFERMERÍA. FERIA DE LA SALUD LAGO MERÍN. PACIENTES ONCOLÓGICOS.
C.LARGO JULOSA TUPAMBAÉ	COMPLEMENTACIÓN DE SALUD EN TUPAMBAÉ. FERIA DE LA SALUD. ADULTO MAYOR. POLICLÍNICA ARÉVALO. CONCURRENCIA DE ESPECIALISTAS.
C. LARGO JULOSA NOBLÍA	FUNCIONAMIENTO JULOSA. GENERADOR POLICLÍNICA. FARMACIA.
COLONIA	DISPOSITIVO CIUDADELA/CONFORMACIÓN DE JUNTA DEPARTAMENTAL DE DROGAS. PLAN OPERATIVO DE SEGURIDAD VIAL. FERIAS DE SALUD RURAL 2017. INTENCIÓN DE CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN EN POLICLÍNICAS DE LA HORQUETA, Y SITUACIÓN DE LOS CONVENIOS EN POLICLÍNICAS DE COSTA DEL INMIGRANTE Y SANTA ANA. INTEGRACIÓN DE LA JUDESA DE LA ASOCIACIÓN DEPARTAMENTAL DE USUARIOS DE ASSE.
COLONIA JULOSA CARMELO	PROTECCIÓN MEDIO AMBIENTAL (INICIATIVA DEL MOVIMIENTO DE USUARIOS PREOCUPADOS POR EL USO DE GLIFOSFATO EN ÁREA URBANA Y SUBURBANA). DISPOSITIVO CIUDADELA EN CARMELO. ADULTO MAYOR. CUIDADO, NUEVAS HERRAMIENTAS DE PROTECCIÓN, INICIATIVAS DIVERSAS (REPRESENTACIÓN DE MÉDICOS DEL SISTEMA PRIVADO). RELACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE EQUIPOS DE GESTIÓN E INVOLUCRAMIENTO FORTALECIENDO REPRESENTACIÓN SOCIAL (A SOLICITUD DE LA REPRESENTACIÓN DE ASSE). PREVALENCIA DEL CÁNCER EN CIUDAD DE CARMELO. DATOS NACIONALES DESAGREGADOS POR REGIÓN (MOVIMIENTO DE USUARIOS).
COLONIA JULOSA JUAN LACAZE	TALLERES DE PREVENCIÓN DE LOS IAE Y EL SUICIDIO. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS. VIOLENCIA DE GÉNERO.

COLONIA TARARIRAS	JULOSA	CONFORMACIÓN DE LA JULOSA, OBJETIVOS LOCALES. SEGURIDAD VIAL.
DURAZNO		CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN. CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN RURAL. MATERNIDAD ÚNICA. PROYECTO PILOTO DE NIÑOS CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE. SIPIAV. SALUD MENTAL.
FLORES		CONVENIOS ASISTENCIALES ENTRE PRESTADORES PÚBLICOS Y PRIVADOS. ESCASEZ DE RRHH EN EL DEPARTAMENTO, FUNDAMENTALMENTE LAS ESPECIALIDADES EN MEDICINA. SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PEDIATRÍA EN ASSE. RECLAMOS A LA GESTIÓN DE ASSE EN REFERENCIA A LA NECESIDAD DE MEJORA DE PRESTACIONES. CUIDADOS PALIATIVOS.
FLORIDA		EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE PEDIATRÍA ÚNICA FUNCIONANDO EN COMEF. SE ESTÁ TRABAJANDO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: ASSE CENTRAL, SALUDUY Y COMEF. RONDAS DE SALUD RURAL. 10 AÑOS DEL SNIS. PRESENTACIÓN DE PROYECTO DE MATERNIDAD ÚNICA EN HOSPITAL FLORIDA POR PARTE DE SU DIRECTOR DR. RICHARD TESSIER, POSTURA NEGATIVA DE FEPREMI A ESA PROPUESTA.
LAVALLEJA		CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN: ESTACIÓN SOLÍS, VILLA DEL ROSARIO. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. SALUD RURAL. PUERTA ÚNICA DE EMERGENCIA SOLÍS MARISCALA. ELEPAM.
MALDONADO		CONVENIOS: SALUD RURAL-CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, AIGUÁ, ASSE-ASESP. ASSE-ASESP EN CANELONES-MALDONADO. ASSE-INTENDENCIA DEPARTAMENTAL DE MALDONADO-RENOVACIÓN DE CONVENIO Y PROYECTO DE NUEVA POLICLÍNICA EN EL REALOJO DE BARRIOS KENNEDY Y EL PLACER. CENTRO REHABILITACIÓN MALDONADO (CEREMA). ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y COMITÉ DE INFECCIONES. TUBERCULOSIS: PERSONAS MORDIDAS. COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEPARTAMENTAL. CUIDADOS PALIATIVOS ADULTOS EN EL DEPARTAMENTO, ESPECIALMENTE EN ASSE. SITUACIÓN DE LA CAPUERA Y ZONAS ADYACENTES. SALUD MENTAL. ENCUENTRO REGIONAL DE COMITÉ DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.
MALDONADO JOSÉ IGNACIO	JULOSA	FUNCIONAMIENTO POLICLÍNICA JOSÉ IGNACIO. PLAN VERANO-POLICLÍNICA JOSÉ IGNACIO 2017-2018.
MONTEVIDEO		SNIS-JORNADAS DE INTERCAMBIO 10 AÑOS DE LA REFORMA. EVALUACIÓN Y DESAFÍOS. ACTIVIDADES ANTES LA PROLIFERACIÓN DEL MOSQUITO AEDES AEGYPTI. ACUERDO MSP-CEP PARA EL TRATAMIENTO DE ALUMNOS CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE. PROYECTO DE LEY SOBRE EMERGENCIAS Y URGENCIAS. PRESENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES DEL MSP "PROBLEMAS Y DESAFÍOS DEL PNV". INFORME SOBRE SITUACIÓN DE LOS CONSEJOS CONSULTIVOS DE LOS PRESTADORES EN EL DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO. EL ÁREA ENT PRESENTA LAS GUÍAS ALIMENTARIAS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA POBLACIÓN URUGUAYA. HOJA DE RUTA 2018-2030, LUEGO DE LA CONFERENCIA OMS 2017.
PAYSANDÚ		PLAN DEPARTAMENTAL DE RESPUESTA DE SALUD ANTE DESASTRES. PRESENTACIÓN DE SOLICITUD POR PARTE DE COMISIÓN DISCAPACIDAD A COMEPA, DE ATENCIÓN PRIORITARIA A PERSONAS CON ALZHEIMER, SÍNDROME DOWN, ESQUIZOFRENIA, ETC. SOLICITUD DE CREACIÓN DE CARNE PARA DISCAPACITADOS.
RÍO NEGRO		PROGRAMA CERCA. SALUD RENAL. SITUACIÓN PSIQUIATRÍA EN EL DEPARTAMENTO. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.
RIVERA		CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN. CONSEJOS CONSULTIVOS SIN FUNCIONAR EN LAS PRIVADAS. PUERTA ÚNICA PARA LOCALIDADES DEL INTERIOR (VICHADERO, MINAS DE CORRALES Y TRANQUERAS).

ROCHA	<p>INFORME SOBRE FECUNDIDAD, MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD MATERNA AÑO 2016.</p> <p>COMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS.</p> <p>PREVENCIÓN DE SUICIDIO.</p> <p>FUNCIONAMIENTO DE CONSEJOS CONSULTIVOS.</p> <p>RECURSOS HUMANOS EN SALUD.</p>
ROCHA JULOSA CHUY	<p>INFORME SOBRE FECUNDIDAD, MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD MATERNA AÑO 2016.</p> <p>COMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS.</p> <p>PROPUESTAS DE MOVIMIENTO DE USUARIOS EN POLÍTICAS DE FRONTERA: HEMODIÁLISIS Y TOMÓGRAFO.</p> <p>RECURSOS HUMANOS EN SALUD.</p> <p>LEY DE REGULACIÓN DE CANNABIS.</p>
SALTO	<p>CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN PÚBLICO-PRIVADO.</p> <p>COMPORTAMIENTOS DISRUPTIVOS.</p> <p>SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEPARTAMENTAL.</p> <p>SALUD RURAL.</p> <p>SEGURIDAD VIAL, MORTALIDAD INFANTIL.</p>
SAN JOSÉ	<p>VACUNACIÓN.</p> <p>COMPLEMENTACIÓN.</p> <p>CONSEJOS CONSULTIVOS.</p> <p>CAMPAÑA AEDES AEGYPTI.</p> <p>SALUD MENTAL.</p>
SAN JOSÉ JULOSA RODRÍGUEZ	<p>COMPLEMENTACIÓN.</p> <p>CONSEJOS CONSULTIVOS.</p> <p>VACUNACIÓN.</p> <p>SALUD MENTAL.</p> <p>CAMPAÑA AEDES AEGYPTI.</p>
SORIANO	<p>EVALUACIÓN CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL.</p> <p>PLAN INVIERNO.</p> <p>AVANCES CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS 1°, 2° Y 3° NIVEL.</p> <p>PRESENTACIÓN PROYECTO CAMPAMENTO ESCOLAR ADU (ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DEL URUGUAY).</p> <p>SITUACIÓN DEL CIUDEDELA DE SORIANO.</p>
SORIANO JULOSA CARDONA	<p>FUNCIONAMIENTO Y EVALUACIÓN DE COMITÉ DE RECEPCIÓN DE SALUD MENTAL-AVANCES DE CADA UNA DE LAS PARTES SOBRE PROYECTO DE CONVENIO ELABORADO POR LA DDS.</p> <p>PRESENTACIÓN JUNTA LOCAL DE DROGAS CARDONA.</p> <p>INFORME SOBRE ELEPEM (ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES EN EL DEPARTAMENTO).</p> <p>CONTAMINACIÓN AMBIENTAL: USO INADECUADO DE AGROTÓXICOS.</p> <p>ABORDAJE DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA FIESTA DE LA PRIMAVERA DE CARDONA.</p>
TACUAREMBÓ	<p>ESTUDIO DE CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN ASSE-COMTA (PREEXISTENTES SIN FORMALIZAR). EJ_TAPE, POLICLÍNICA DE CESACIÓN TABÁQUICA, COBERTURA DE SALUD EN ZONAS RURALES.</p> <p>CABILDOS SANITARIOS (REALIZACIÓN, ANÁLISIS DE LAS DEMANDAS DE LA POBLACIÓN, DERIVACIÓN A QUIENES CORRESPONDÍA Y DEVOLUCIÓN A LA POBLACIÓN).</p> <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA COMISIÓN DEPARTAMENTAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO DE PRESTACIONES Y RRHH DEL ÁREA.</p> <p>ELEPEM_NORMATIVA, CUMPLIMIENTO, CENSO DEPARTAMENTAL. EDUCACIÓN FÍSICA COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES A NIVEL DEPARTAMENTAL SEGÚN CONVENIO NACIONAL.</p> <p>CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL DENGUE (LIRA, CONTROL DE PUNTOS ESTRATÉGICOS, ETC.).</p> <p>SINIESTRALIDAD/CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL.</p>
TACUAREMBÓ JULOSA PASO DE LOS TOROS	<p>TRASLADO DE CENTRO DE SALUD DE ASSE A PREDIO PLAZA DE DEPORTES. CONCRETADO EN DICIEMBRE 2017.</p> <p>ASSE PLANTEA DIFICULTADES PARA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TRASLADOS ESPECIALIZADOS A NIVEL LOCAL, DEBIENDO HACERLO A NIVEL INTERDEPARTAMENTAL.</p> <p>POSEVI/COBERTURA DE ACCIDENTES EN EJE DE RUTA 5.</p> <p>CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL DENGUE-IMPLEMENTACIÓN.</p> <p>DIFICULTADES EN LA ACCESIBILIDAD A CONSULTAS CON ESPECIALISTAS COMO EN COMTA TBÓ.</p> <p>SINIESTRALIDAD/CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL.</p>

TACUAREMBÓ SAN GREGORIO DE POLANCO	JULOSA	<p>AVANCES EN BORRADOR DE CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN DE PUERTA ÚNICA DE EMERGENCIAS EN LOCAL DE ASSE.</p> <p>AUSENCIA DE SANEAMIENTO.</p> <p>PROYECTO LEY DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.</p> <p>CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL DENGUE.</p> <p>RECLAMOS REITERADOS DE LOS USUARIOS DE COMTA: HORARIOS DE ATENCIÓN, CONSULTAS CON ESPECIALISTAS, COSTO DE PASAJES POR TRASLADOS.</p> <p>PROLONGADOS TIEMPOS DE ESPERA Y DIFICULTADES EN LA COORDINACIÓN ENTRE UE DE ASSE A NIVEL DEPARTAMENTAL (RAP-ASSE SGP Y ASSE TBO).</p>
TACUAREMBÓ ANSINA	JULOSA	<p>LOCALIDADES RURALES CERCANAS A ANSINA EN LAS CUALES FUNCIONAN POLICLÍNICAS QUE NO CUENTAN CON SUMINISTRO DE AGUA POTABLE.</p> <p>POSIBLE CREACIÓN DE PUERTA ÚNICA DE EMERGENCIAS.</p> <p>FALTA DE RRHH MÉDICOS EN ASSE Y COMTA ANSINA.</p> <p>CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL DENGUE.</p> <p>ÁREA DE COBERTURA EXTENSA QUE MUCHAS VECES IMPLICA DEJAR LA LOCALIDAD SIN COBERTURA PORQUE EL MÉDICO CONCURRE A CUBRIR EMERGENCIAS EN RUTA A ZONAS ALEJADAS.</p>
TREINTA Y TRES		<p>DIFICULTADES E IRREGULARIDADES EN EL PRESTADOR COMETT.</p> <p>CONVENIO ASSE-COMETT.</p> <p>DIFICULTADES EN RRHH MÉDICOS EN EL DEPARTAMENTO (GINECOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, CIRUGÍA).</p> <p>CONVENIO ASSE-IAC.</p> <p>CONVENIO ASSE-INTENDENCIA DEPARTAMENTAL.</p>

I.2 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA

En el año en consideración, la JUNASA tuvo una intervención directa en la redacción de tres cuerpos de normas: los Decretos No. 189/017 y No. 390/017 y los artículos 145 a 149 de la Ley No. 19.535 Rendición de Cuentas 2016.

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, aquellos funcionarios públicos que tengan regímenes de cobertura médica aprobados por Ley o por otras normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes, sin perjuicio de aportar al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

En la situación contemplada por la disposición mencionada, se encontraban los funcionarios y pasivos del Banco Hipotecario del Uruguay- Agencia Nacional de Vivienda, por lo que, por normas reglamentarias anteriores, se había instrumentado un período de transición para la reconversión del régimen propio de cobertura médica con que contaban dichos organismos, en el marco de los lineamientos generales que rigen el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por el Decreto No. 189/017 se prorrogó hasta el 30 de setiembre de 2017 dicho régimen transicional, fecha que determinó en forma definitiva la reconversión del Servicio Médico de los organismos referidos. Los funcionarios y pasivos del Banco Hipotecario del Uruguay así

como de la Agencia Nacional de Vivienda quedaron registrados en el prestador en el que se encontraban inscriptos a esa fecha, no obstante tener el derecho de cambiar de institución de salud en un plazo de 120 días a contar del 1º de octubre de 2017.

Por otro lado, se dictó el Decreto No. 390/017 que dispuso en lo sustancial la suspensión del período de movilidad regulada previsto para el mes de febrero de 2018. Los fundamentos que llevaron a dicha iniciativa surgen en forma manifiesta de los hechos de pública notoriedad que transcurrieron durante el año 2016 y de los que se hace referencia en el capítulo I y legalmente tiene sustento en lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley No. 18.211 que atribuye al Poder Ejecutivo la facultad de reglamentar en materia de movilidad de usuarios. Se consideró que no estaban dadas las condiciones para habilitar el cambio de prestador por parte de los usuarios con derecho a elección, en forma libre y voluntaria por parte de éstos, dada la persistencia de prácticas de intermediación lucrativa en la captación de usuarios. A efectos de minimizar los riesgos ante este tipo de práctica, se dispuso la obligación de que, cada vez que se proceda a tramitar una solicitud de cambio de prestador de salud por las causales ya previstas (Decreto No. 177/009) el usuario suscriba una declaración jurada en la que manifieste que su elección ha sido libre e informada, sin haber recibido dinero u otra ventaja equivalente para ello.

Conjuntamente, se buscó proteger a un sector muy vulnerable de la población, cuyo ingreso al Seguro Nacional de Salud se estableció en el artículo 1º numeral 1º de la Ley No. 18731: jubilados y pensionistas que no tuvieran cobertura de salud brindada por un prestador privado a diciembre de 2010. Este colectivo, mayoritariamente usuario de ASSE, al ser incorporado al Seguro Nacional de Salud dejando de vencer el plazo para elegir un prestador, quedaron inscriptos de oficio en esta institución de forma provisoria (Decreto No. 221/011). Ello implicó que, ya que se podían cambiar en cualquier momento a otro prestador, constituyeran un grupo muy atractivo para las maniobras de captación de usuarios. Por ello, por el Decreto No. 390/017 se transformó el registro de provisorio en definitivo sin perjuicio del derecho de solicitar el cambio de prestador bajo las causales de excepción dispuestas por la normativa.

A efectos de evitar dudas sobre la interpretación de lo dispuesto en la cláusula décimo octava del Contrato de Gestión suscrito entre los prestadores integrales de salud y la Junta Nacional de Salud, se estableció específicamente que cualquier persona que desee afiliarse a un prestador de salud, debe concurrir personalmente a una sede primaria o secundaria de éste,

dejando claro de esta manera la prohibición de realizar afiliaciones en el domicilio, lugar de trabajo o vía pública.

Por los artículos 145 a 149 de la Ley 19.535 se estableció el derecho de asistencia en situaciones de urgencia y emergencia en todo el territorio nacional a todos los habitantes residentes, la que deberá ser brindada por todos los prestadores integrales de salud, estén o no comprendidos en el Seguro Nacional de Salud. Con dichas disposiciones se busca proteger el derecho a asistencia de todo residente que la requiera estando fuera del alcance de cobertura del prestador al que pertenece.

Por otro lado, por el Decreto No. 242/017 de 7 de setiembre de 2017, se reguló los aspectos relacionados con el tratamiento e intercambio electrónico de información personal por parte de los prestadores de salud así como el Sistema de Historia Clínica Electrónica Nacional y su Plataforma, atribuyéndose a la Junta Nacional de Salud el cometido de controlar el cumplimiento de lo previsto en dicha norma.

En consonancia con lo dispuesto y por iniciativa de la JUNASA se dictó por el Ministerio de Salud Pública la Ordenanza 1085/2017 con la finalidad de implementar un Plan de adopción de la Historia Clínica Nacional, con diferentes etapas de cumplimiento, contándose con el apoyo de AGESIC y con el sistema de Gobierno Electrónico.

I.3 COMISIONES DE TRABAJO

Comisión Cápitas

El trabajo de la Comisión de Cápitas se inició a finales de 2012, integrada por representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, de la Administración de Servicios de Salud del Estado, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía y Finanzas y culminó en junio de 2016.

Dado que al término de su trabajo la comisión no alcanzó un consenso en relación a la propuesta de una nueva metodología para el cálculo de las cápitas, en agosto de 2016 los representantes del Poder Ejecutivo y de las instituciones prestadoras acordaron dar continuidad al trabajo, a partir de la constitución de un ámbito político que comenzó a funcionar desde setiembre de ese año. En dicho acuerdo las partes suscribían las bases metodológicas presentadas en el marco de la Comisión Cápitas y valoraban muy positivamente

los avances realizados en ese espacio, pero entendían necesario profundizar en algunos asuntos particulares de la metodología.

En concreto, el nuevo ámbito debía tener a consideración los siguientes temas:

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

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

En el transcurso de 2017 se cumplió con el cronograma de reuniones estipulado previamente para discutir los temas en agenda, en particular los valores de los diferentes parámetros que inciden en el cálculo de las cápitas a partir del marco metodológico acordado. No obstante, en estas instancias no se alcanzaron acuerdos explícitos sobre los diferentes aspectos discutidos.

Paralelamente, se conformó un grupo de trabajo integrado por representantes de los prestadores y del Ministerio de Salud con el objetivo de revisar los aspectos metodológicos de los cálculos de costos realizados a partir de la planilla ECAS y de la información asistencial. En función de esa revisión se propondrían modificaciones en los criterios de imputación y en la propia definición de los centros de asignación de costos. Como resultado del trabajo del grupo se definió una propuesta para una nueva versión de la planilla ECAS así como un nuevo

instructivo, a efectos de lograr la aplicación de criterios con mayor homogeneidad por parte de los prestadores.

En el mes de noviembre, fueron convocados a cuatro talleres representantes de todos los prestadores integrales. La finalidad de estos encuentros fue presentar las propuestas y discutir con cada uno de los involucrados las modificaciones que estaban contenidas. En base a los aportes recibidos se definió la nueva versión de ECAS y de su instructivo. La aplicación de la misma tendrá carácter obligatorio a partir de los ejercicios finalizados en el 2018.

Comisión Asesora Metas

En el mes de febrero de 2017 comienza el trabajo de la Comisión Asesora de Metas dependiente de la JUNASA. Continuando con el proceso de diseño de la nueva propuesta de Meta 2 iniciado en el segundo semestre del año 2016, se presentan y discuten en la comisión los indicadores comunes a todos los prestadores. A su vez, se envían a cada uno de los prestadores las propuestas de resultados esperados y líneas de acción específicos acordados con el Ministerio de Salud.

En el mes de marzo se acuerda el anteproyecto normativo que redefine los indicadores correspondientes a las Metas 1 y 2 para el período abril 2017 a marzo 2019. Esta propuesta es luego aprobada por la JUNASA.

A partir del mes de junio de 2017 se reinician las reuniones de la comisión con el objetivo de revisar algunos de los contenidos de la Meta 2, y monitorear su implementación.

I.4 CONTRATOS DE GESTIÓN

De acuerdo al Artículo 61⁵ del Contrato de Gestión vigente, los prestadores que integran el SNS deben realizar al menos una Encuesta de Satisfacción de sus usuarios por año, abordando las siguientes áreas: respeto en el trato, facilidades de acceso, cumplimiento de los tiempos de espera, puntualidad de profesionales y técnicos, calidad de la atención y alcance y veracidad de la información a disposición.

Según establece el Contrato, es competencia de la JUNASA la definición de las dimensiones y los criterios metodológicos de las encuestas a realizar por cada Prestador de Salud. Atento a

⁵ El artículo 61 del Contrato de Gestión, referido a la Satisfacción del Usuario indica lo siguiente: “1. A los efectos de medir el nivel de satisfacción del usuario/a con los servicios, el prestador realizará a su cargo al menos una encuesta por año, que lo indague en base a los siguientes indicadores como mínimo: respeto en el trato, facilidades de acceso, cumplimiento de los tiempos de espera, puntualidad de profesionales y técnicos, calidad de la atención, alcance y veracidad de la información a disposición. La JNS establecerá los términos de referencia de dichas encuestas en relación a criterios de homogeneidad y metodología empleada. 2. El prestador deberá elevar a la JNS en un plazo de 90 días de obtenidos los resultados de la Encuesta las acciones emprendidas a los efectos modificar los aspectos negativos que eventualmente surjan de las mismas.”.

ello, el Área de Economía de la Salud confeccionó los Términos de Referencia Técnico- Metodológicos (TDR) correspondientes a la tercera edición de la Encuesta de Satisfacción con los servicios del Primer Nivel de Atención, cuya implementación tuvo lugar durante el segundo semestre de 2017.

En cuanto al cumplimiento del mencionado artículo y de lo establecido en los TDR se destaca que COMETT es la única institución que no hizo entrega de la Encuesta de Satisfacción. Por otra parte todas las Instituciones que realizaron la Encuesta se ajustaron al formulario, requisitos muestrales y características de los productos entregables definidos en los TDR.

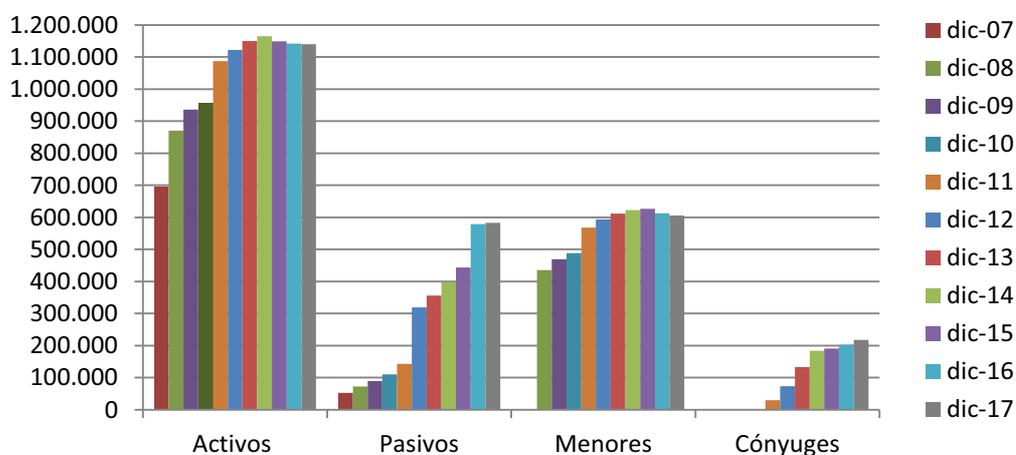
En el primer semestre del año 2018 la JUNASA evaluará los resultados y recibirá las propuestas de mejora por parte de los prestadores.

CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

II.1 EVOLUCIÓN

La población afiliada al SNS a diciembre de 2017 asciende a **2.545.465** beneficiarios, lo que representa el 73% de la población total del país. Respecto al año anterior, el incremento de beneficiarios es tan sólo del 0,4%. Esto puede explicarse en parte, porque de acuerdo a los previsto en la Ley N°18.731, no hubo ingreso de nuevos colectivos al sistema. El proceso gradual culminó el 1º de julio del año 2016, con el ingreso de los jubilados y pensionistas (y sus cónyuges) que no lo habían hecho hasta el momento.

Gráfico 1 – Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación



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

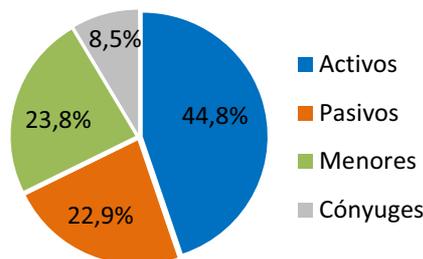
Respecto a la evolución que han tenido los distintos colectivos, tanto los activos como los menores registran una caída anual de afiliados (0.1% y 1.3% respectivamente). Como se puede observar en el gráfico, esta misma situación se presentó el año anterior, lo que puede estar relacionado con el decrecimiento de la actividad observada en el mercado laboral.

Los cónyuges presentan una situación bien distinta, con un crecimiento anual del 7,2%, que se traduce en un ingreso de 14.524 nuevos beneficiarios al SNS en el año 2017. De acuerdo a la cadencia establecida en la Ley N° 18.731, a partir del 1° de julio del año 2016 ingresaron al SNS los cónyuges o concubinos a cargo de los jubilados y pensionistas amparados al SNS (artículo N°2), por lo tanto, era de esperar que el efecto de ese ingreso se hubiese observado en su totalidad en el cierre del año anterior.

El crecimiento anual de los pasivos para este ejercicio alcanza el 0.8%. Esta situación se debe a que la cadencia de ingresos prevista para este colectivo culminó en julio del año 2016.

Para el año 2017 la composición de la población afiliada según tipo de afiliación es prácticamente la misma que la presentada en el ejercicio anterior.

Gráfico 2 – Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2017



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

Considerando la población del SNS distribuida por sexo, se observa que la participación femenina es la misma que la registrada en el período anterior: el 53%. Como se ha mencionado ya en informes anteriores, desde el año 2012 la participación femenina supera a la masculina.

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

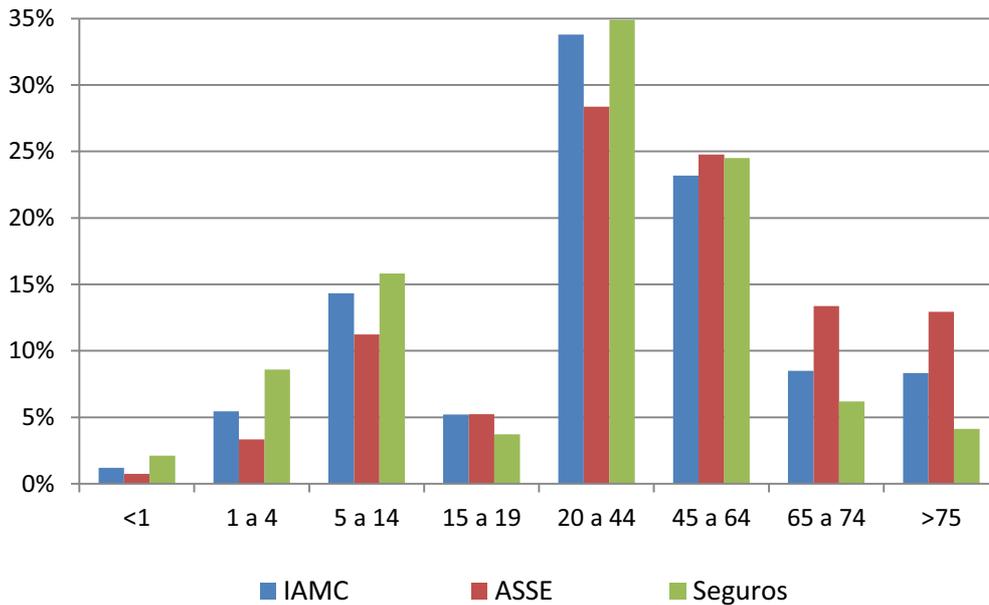
		dic-07	dic-08	dic-11	dic-12	dic-16	dic-17
SEXO MASCULINO	< 1	0	11.471	14.140	14.325	16.074	14.956
	1 a 4	0	47.821	61.673	63.305	67.635	66.885
	5 a 14	17	126.565	165.409	171.384	181.622	179.261
	15 a 19	14.225	50.478	69.678	70.471	69.421	68.138
	20 a 44	266.760	306.882	384.643	390.834	408.453	406.391
	45 a 64	125.395	162.974	216.831	227.905	275.843	280.923
	65 a 74	19.281	27.110	43.849	61.639	102.303	105.113
	> 74	7.956	11.273	18.404	54.378	81.103	82.598
Total	433.634	744.573	974.627	1.054.241	1.202.454	1.204.265	
SEXO FEMENINO	< 1	0	10.746	13.777	13.572	15.344	13.950
	1 a 4	0	45.751	58.779	60.859	64.148	63.471
	5 a 14	2	121.170	158.101	163.775	173.047	170.956
	15 a 19	6.968	42.643	60.398	62.592	65.110	63.682
	20 a 44	181.726	235.639	338.499	369.413	428.045	427.700
	45 a 64	94.975	137.059	193.814	214.166	309.898	317.978
	65 a 74	20.000	26.330	43.694	69.830	130.010	133.799
	> 74	11.517	13.833	22.412	100.288	147.542	149.664
Total	315.188	633.170	889.474	1.054.495	1.333.144	1.341.200	
TOTAL	748.821	1.377.743	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	

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

Del análisis por tramo etario surge, por un lado, que el tramo de 20 a 44 años continua siendo el más numeroso, 33% del total. Por otro lado, y en línea con lo visto anteriormente con los pasivos, los dos tramos de mayores de 65 años disminuyen notoriamente su crecimiento superando poco más del 2% respecto al año 2016.

A continuación, se presenta la estructura de edad de los beneficiarios del SNS por tipo de prestador. ASSE sigue siendo el que alberga la mayor población de mayores de 65 años en términos relativos (13%). En tanto, los seguros privados tienen la mayor proporción de menores de 14 años (27%).

Gráfico 3 – Estructura de edad beneficiarios SNS por tipo de prestador 2017



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

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

La distribución por prestador es la misma que se observó en el 2016: el 77,8% de los beneficiarios han optado por una IAMC, el 19,5% por ASSE y el 2,7% restante por un Seguro Privado. El subsector mutual tuvo un incremento del 0,3% en el año 2017, lo que representa una caída de 3.3 puntos porcentuales respecto al crecimiento del año anterior. Las instituciones del interior del país lo hicieron en un 0,4%, mismo aumento que registró el total del sistema. En tanto en Montevideo el crecimiento de beneficiarios FONASA fue 0,2%.

Los Seguros Privados marcaron el crecimiento más alto del período, 2,8%, lo que igualmente representa una importante caída respecto a lo observado en el año 2016 cuyo aumento fue del 9,4%.

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

IAMC - Montevideo	dic-07	dic-08	dic-11	dic-12	dic-16	dic-17	Var. 17/16
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	124.655	150.233	166.420	165.981	0%
ASOC. EVANGELICA	20.676	33.284	42.927	49.300	57.457	57.749	1%
CASA DE GALICIA	26.218	38.051	43.575	49.623	45.479	43.361	-5%
CASMU	73.595	119.173	131.672	166.352	179.105	175.389	-2%
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	63.033	70.030	86.840	86.309	-1%
CUDAM	29.339	40.971	44.642	46.582	79.352	84.108	6%
COSEM	12.458	24.867	47.575	54.810	50.506	52.834	5%
G.R.E.M.C.A.	16.113	31.193	32.184	32.721	34.603	34.247	-1%
IMPASA	10.706	17.327	-	-	-	-	-
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.740	235.227	256.698	297.335	301.683	1%
SMI	28.573	57.462	100.630	108.854	124.296	122.511	-1%
UNIVERSAL	22.050	38.097	54.657	56.494	57.321	57.276	0%
Sub total	413.707	704.336	920.777	1.041.697	1.178.714	1.181.448	0,2%
IAMC - Interior							
AMECOM -	31.160	51.177	62.670	66.839	70.768	71.077	0%
AMEDRIN- RIO NEGRO	5.097	7.487	7.669	8.050	8.599	8.700	1%
AMSJ - SAN JOSE	17.250	30.221	37.650	41.001	44.962	44.961	0%
CAAMEC - ROSARIO	12.445	21.549	25.776	28.573	41.862	42.094	1%
CAAMEPA - PANDO	12.474	22.295	27.309	29.733	32.465	32.511	0%
CAMCEL	10.081	20.824	26.364	28.451	39.151	39.399	1%
CAMDEL - MINAS	11.656	20.713	23.297	25.248	26.908	26.959	0%
CAMEDUR - DURAZNO	8.861	17.608	22.868	24.646	29.057	29.369	1%
CAMOC - CARMELO	8.411	13.865	16.473	18.220	19.520	19.460	0%
CAMS - SORIANO	16.201	30.351	38.104	39.855	41.836	41.282	-1%
CAMY - YOUNG	4.525	6.838	6.891	7.040	7.424	7.477	1%
CASMER - RIVERA	9.159	17.590	23.718	26.951	31.669	31.994	1%
CO.ME.FLO. - FLORES	4.992	8.481	10.026	10.685	11.430	11.523	1%
COMECA -	15.727	29.192	36.607	40.408	44.816	44.967	0%
COMECEL - MELO	2.661	6.052	7.990	8.330	-	-	-
COMEF - FLORIDA	12.515	21.862	25.244	26.998	28.846	28.450	-1%
COMPEA - PAYSANDU	22.802	38.848	46.609	49.391	56.952	57.646	1%
COMERI - RIVERA	7.305	14.444	17.891	19.415	21.094	21.068	0%
COMERO - ROCHA	12.518	22.508	28.381	31.194	36.020	36.696	2%
COMETT -	448	998	1.162	1.264	2.326	1.860	-20%
COMTA -	15.023	27.534	30.523	31.432	32.400	32.242	0%
CRAME - MALDONADO	13.267	23.071	30.761	33.406	38.085	38.981	2%
CRAMI - LAS PIEDRAS	11.955	23.864	29.650	32.849	34.118	33.740	-1%
GREMEDA - ARTIGAS	9.157	17.514	18.316	19.231	21.184	21.329	1%
IAC - TREINTA Y TRES	8.477	15.306	17.705	18.471	17.388	17.377	0%
ORAMECO - COLONIA	4.622	7.959	8.839	9.655	-	-	-
SMQ.DE SALTO	19.887	35.035	44.438	47.871	55.762	56.897	2%
U.ME.R. - CARDONA	1.389	2.305	2.190	-	-	-	-
Sub total	310.066	555.491	675.121	725.207	794.642	798.059	0,4%

Seguros Privados							
HOSPITAL BRITÁNICO		7.464	18.326	19.405	22.961	23.569	3%
BLUECROSS & BLUESHIELD		2.543	5.230	5.798	8.257	8.818	7%
MP		8.424	14.533	15.564	18.252	18.363	1%
SUMMUM		3.680	6.552	7.206	9.553	9.922	4%
COPAMHI		326	561	679	789	805	2%
SEGURO AMERICANO		2.015	3.714	4.280	7.121	7.339	3%
PRIMÉDICA		-	8	16	-	-	-
Sub total		24.452	48.924	52.948	66.933	68.816	2,8%
ASSE							
ASSE	25.047	93.462	219.279	288.884	495.309	497.142	0%
TOTAL	748.820	1.377.741	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	0,4%

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

ASSE, por su parte, presenta el mismo aumento que el registrado en el total del SNS (0,4%) lo que representa una fuerte caída considerando lo ocurrido en el año anterior en el cuál este prestador presentó el más alto crecimiento de afiliados del sector (11,5%). Aun así, con **497.142** afiliados FONASA, sigue siendo la institución que brinda cobertura al mayor número de beneficiarios del SNS.

De un análisis individual de las instituciones, vale la pena mencionar lo que sucede en COMETT para este año, dado que se da una situación bien distinta a la observada en el período anterior. Mientras que en el 2016, esta IAMC prácticamente triplicó sus usuarios FONASA pasando de 856 a 2.326, en el año 2017 su población disminuye un 20% generando la caída más relevante en términos relativos de todo el sistema. A su vez, en términos de cantidad de bajas de afiliados, también es destacable, ya que es la segunda institución del interior del país con mayor caída del número de afiliados (seguida de CAMS).

Respecto a los Seguros Privados, el Hospital Británico continúa siendo el que tiene mayor volumen de afiliados y para este ejercicio además, registra el mayor crecimiento con un ingreso de 608 nuevos beneficiarios.

II.2 MOVILIDAD REGULADA

En este capítulo se presenta la información de movilidad de los usuarios entre los distintos prestadores de salud registrada en el período comprendido entre enero y diciembre de 2017. Comprende tanto el período de movilidad regulada correspondiente al mes de febrero (contemplado por el Decreto 03/2011) como aquellos cambios que fueron autorizados por la Junta Nacional de Salud, por motivos oportunamente justificados, en cualquier momento del año. Estos últimos incluyen el cambio de domicilio del afiliado, la solicitud por disconformidad con la atención recibida o por problemas de acceso económico. La movilidad hacia ASSE, así

como para entrar o salir de un Seguro Privado, no requiere autorización salvo algunas excepciones⁶.

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

En febrero de 2017 fue **1.621.581** el total de personas habilitadas a cambiar de prestador, lo que representa el **69%** de la población total cubierta por el Seguro Nacional de Salud, que ascendía a **2.352.981** personas al comenzar el mes. La cifra de habilitados continuó con la tendencia ascendente esperada, ubicándose 3 puntos porcentuales por encima de la registrada en febrero de 2016.

La cantidad de movimientos, en cambio, revirtió la tendencia creciente y cayó respecto al año anterior; fueron 63.130 en el año 2016 y **54.921** en febrero de 2017. En años anteriores el total de movimientos en relación a los habilitados se había estabilizado entorno al 4%, mientras que en 2017 descendió al **3,4%**.

⁶ Los pasivos que ingresaron al Seguro Nacional de Salud por efecto de lo dispuesto en la ley 18.731, tienen un plazo de permanencia mínimo obligatorio de 5 años en el prestador en el cual resulten registrados a partir de la fecha en que se produce dicho registro. A diferencia de los activos o de los pasivos incorporados por la ley 18.211, la movilidad de este colectivo hacia los seguros integrales y/o la Administración de los Servicios de Salud del Estado, depende de la autorización de la Junta Nacional de Salud. De todas maneras, a este colectivo se le aplica las reglas generales de movilidad.

Cuadro 3- Evolución del número de habilitados y cantidad de movimientos. Período 2009-2017

Período	Habilitados	Movimientos	Movimientos/ habilitados
feb-09	272.691	20.213	7,40%
feb-10	338.814	22.504	6,60%
feb-11	839.073	53.651	6,40%
feb-12	1.063.632	49.367	4,60%
feb-13	1.194.048	52.134	4,40%
feb-14	1.350.473	55.364	4,10%
feb-15	1.526.872	62.032	4,10%
feb-16	1.606.482	63.130	3,90%
feb-17	1.621.581	54.921	3,40%

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

En el cuadro 4 se presentan los movimientos por tipo de afiliación en relación a los habilitados a realizar el cambio de prestador en cada categoría. La mayor movilidad se produce dentro de la categoría cónyuges y concubinos (4%), le siguen los activos (3,6%) y la de menor movilidad, tal como se observó en años anteriores, fueron los pasivos (2,6%).

Cuadro 4- Habilitados y movimientos según tipo de afiliación.

	Más de 3 años	Oficio a ASSE	Total habilitados	Movimientos	Movimientos/ habilitados
ACTIVOS	780.699	93.192	873.891	31.405	3,6%
MENORES	406.267		406.267	12.652	3,1%
CÓNYUGES/CONCUBINOS	102.000	41.237	143.237	5.763	4,0%
PASIVOS	198.186		198.186	5.101	2,6%
TOTAL	1.487.152	134.429	1.621.581	54.921	

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

Dentro de los habilitados, la categoría cónyuges y concubinos es la de mayor incremento respecto al año anterior (13,7%). Por otro lado, continúa en descenso el peso relativo de los afiliados de oficio a ASSE dentro de esta categoría, en 2015 eran alrededor del 70% de los cónyuges habilitados a cambiar de prestador mientras que en 2017 representan el 43%.

Los activos habilitados a cambiar de prestador, en tanto, cayeron un 1,4% respecto al año anterior y los menores un 1,6%.

Del análisis de los movimientos teniendo en cuenta si el prestador es público o privado, desde el punto de vista de los egresos, se observa un patrón muy similar al ocurrido en años anteriores⁷, es decir, que los usuarios deciden desvincularse de ASSE para afiliarse a una IAMC.

⁷ El detalle de los movimientos por prestador se encuentra en el ANEXO I

El total de egresos registrados en el presente período para ASSE ascendió a 21.019 personas, lo que representa un 38,27% del total de salidas registradas en el período. Cabe recordar que gran parte de estos movimientos vienen explicados por la movilidad de aquellos usuarios que fueron asignados de oficio a dicha institución. Los ingresos por otro lado, son en su mayoría en mutualistas con sede principal en la capital.

Cuadro 5- Movimientos según tipo de prestador

Tipo de prestador	Cantidad de movimientos			Cantidad de movimientos como % del total	
	Ingresos	Egresos	Neto	Ingresos	Egresos
IAMC Montevideo	37.310	26.893	10.417	67,9%	49,0%
IAMC Interior	14.002	7.009	6.993	25,5%	12,8%
ASSE	3.609	21.019	-17.410	6,6%	38,3%
Total	54.921	54.921	0	100,00	100,00

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

El comportamiento de los movimientos entre las distintas instituciones del sistema es muy similar al observado en años anteriores.

Cuadro 6- Matriz de movimientos entre instituciones

Origen		Destino			
		IAMC Montevideo	IAMC Interior	ASSE	Total
Origen	IAMC Montevideo	21.963	2.735	2.195	26.893
	IAMC Interior	3.326	2.269	1.414	7.009
	ASSE	12.021	8.998	X	21.019
	Total	37.310	14.002	3.609	54.921

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

Aproximadamente el 55% de los movimientos se produce entre instituciones privadas, y de estos el 40% entre IAMC con sede principal en Montevideo. Por otro lado, el 57% de las salidas de ASSE tienen como destino una mutualista de la capital.

Además de los movimientos registrados en febrero tal como establece la normativa, la JUNASA a lo largo del año autoriza cambios de prestador en aquellos casos en que se acredita la ruptura del vínculo asistencial ocasionada por motivos tales como accesibilidad geográfica, disconformidad con la asistencia recibida y/o accesibilidad económica.

Durante 2017 se recibieron en JUNASA 8.984 solicitudes por motivo de cambio de domicilio y/o dificultades de acceso, de las cuales fueron denegadas solo 61. Se recibieron además 1.790 solicitudes por el resto de los motivos de las que fueron concedidas 1388. El 49,3% de las solicitudes denegadas fueron por motivos asistenciales. Dentro de las aprobadas, el 39% eran

solicitudes de cambio vinculadas a motivos económicos, el 30% a motivos asistenciales⁸ y el 17% por afiliaciones irregulares. El resto incluye dificultades de acceso, intermediación lucrativa, ruptura del vínculo y otros motivos.

CAPÍTULO III. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA

III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2017

El resultado operativo del FONASA fue negativo en \$20.637.133.109 durante el ejercicio 2017, lo que implica aproximadamente 25% de los egresos del fondo en el ejercicio.

Como se describe en el Cuadro 7, el conjunto de pagos realizados a los prestadores integrales del SNS por concepto de cuota salud (cápitales y metas), sustitutos de tickets, sobrecuota de inversión y cuotas del Fondo Nacional de Recursos, superó a la suma de aportes personales y patronales recaudados, correspondientes a los generantes activos y pasivos del sistema, por lo que la brecha presentada más arriba debió ser cubierta por aportes de Rentas Generales.

⁸ Incluye dos cambios por motivo Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Cuadro 7- Resultado FONASA 2017 sin considerar la asistencia de CGN

Ingresos	
Recaudación BPS	46.308.264.565
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	8.231.717.081
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	700.679.892
Aportes Del Gobierno Central (CGN)	7.392.425.313
Total Ingresos por recaudación	62.633.086.850
Comisiones Seguros Integrales	89.939.405
Otros Ingresos	376.811
Total otros ingresos	90.316.216
Total de ingresos	62.723.403.066
Egresos	
Liquidaciones Mutualistas	55.927.471.928
Sobrecuota de Inversión	24.352.971
Liquidaciones ASSE	14.619.536.561
Liquidaciones Seguros Integrales	1.498.990.160
Liquidaciones Fondo Nacional de Recursos	6.772.678.138
Liquidaciones Cajas de Auxilio	1.249
Reintegro de Aportes	4.517.505.168
Total de egresos	83.360.536.175
Resultado operativo FONASA	
Total	-20.637.133.109
Otros movimientos financieros	
Ingresos por cobro de adelantos financieros	0
Egresos por adelantos financieros	0
Total otros movimientos financieros	0
Resultado final	
Resultado final FONASA	-20.637.133.109

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

Al igual que en 2016, algo más de la quinta parte de la diferencia entre egresos e ingresos se explica por el régimen de reintegro de aportes que fuera creado por la Ley 18.731 de diciembre de 2010.

Cuadro 8- Composición Reintegro de aportes 2017.

	AÑO DE EMISIÓN						TOTALES
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Personas	41	545	2.252	4.394	14.194	127.891	149.317
Montos en \$	133.732	3.581.646	15.579.485	37.205.207	159.273.144	4.301.731.952	4.517.505.166

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

El cuadro 8 muestra la composición de los reintegros pagados en 2017, según año de generación del derecho.

Por su parte, el Gráfico 4 muestra la evolución del peso de las transferencias de Rentas Generales respecto a los egresos totales del Fondo desde 2004 a la fecha y se presentan los valores de estos conceptos, a precios constantes de 2008, para algunos años seleccionados (Cuadro 9).

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



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

Cuadro 9- Transferencias de Rentas Generales al FONASA y Egresos Totales. Millones de pesos a precios constantes 2008. Años seleccionados.

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

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

Puede observarse que las transferencias de Rentas Generales han seguido una trayectoria creciente en los últimos años, tanto en términos reales como en su peso relativo en el financiamiento de los egresos del Fondo. Esta tendencia se debe, por una parte, al régimen de reintegros de aportes puesto en vigencia a partir de 2011 pero, fundamentalmente, a la secuencia de incorporaciones de nuevos colectivos que se inició en ese mismo año. En efecto, la Ley 18.731 estableció la cadencia con la que se integrarían al Seguro los cónyuges de los generantes que no contaran con cobertura propia, así como los jubilados y pensionistas.

Los colectivos mencionados generaron un crecimiento de los egresos mayor al que producen en los ingresos del FONASA. En el primer caso porque el aporte de 2% adicional que realizan los generantes, en general, no alcanza a cubrir los gastos por cápitas y metas del nuevo beneficiario. En el segundo caso por la combinación de aportes relativamente bajos, puesto

que los jubilados y pensionistas suelen tener ingresos moderados y de cápitas asociadas a los tramos de edades mayores, que son las que presentan los valores más altos.

Dado que la cadencia de incorporaciones referida culminó a mediados de 2016, los resultados de 2017 ofrecen una foto razonable de la situación esperable para los próximos años en relación a las necesidades de financiamiento a través de Rentas Generales, si bien hay otros factores que inciden en este resultado, tales como la evolución de los valores de cuota salud, las variaciones de los salarios y el dinamismo del empleo formal.

Cuadro 10- Resultado Económico del FONASA 2017 por tipo de afiliación

Ingresos	Monto	%/Egresos 2017	%/Egresos 2016	%/Egresos 2015	%/Egresos 2014
Menores	10.905.617.015	13,1%	11,5%	13,5%	13,8%
Cónyuges	1.805.378.807	2,2%	2,2%	2,5%	2,8%
Pasivos	8.231.717.081	9,9%	9,0%	8,8%	8,5%
Activos	41.690.373.947	50,0%	54,2%	58,1%	58,5%
Otros Ingresos	90.316.216	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%
Total Ingresos	62.723.403.066	75%	77%	83%	84%
Egresos	Monto	%/Egresos 2017	%/Egresos 2016	%/Egresos 2015	%/Egresos 2014
Menores	13.690.443.567	16,4%	17,6%	18,5%	18,9%
Cónyuges	6.511.260.505	7,8%	7,5%	7,5%	7,4%
Pasivos	28.288.135.783	33,9%	31,6%	27,8%	25,5%
Activos	30.328.838.181	36,4%	38,1%	40,3%	42,0%
Sobrecuota de Inversión	24.352.971	0,0%	0,3%	1,2%	1,6%
Reintegro de Aportes	4.517.505.168	5,4%	4,8%	4,7%	4,3%
Otros Egresos	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Total Egresos	83.360.536.175	100%	100%	100%	100%
Resultado	Monto	%/Egresos 2017	%/Egresos 2016	%/Egresos 2015	%/Egresos 2014
Menores	-2.784.826.552	-3,3%	-6,0%	-5,0%	-5,1%
Cónyuges	-4.705.881.698	-5,6%	-5,4%	-5,0%	-4,6%
Pasivos	-20.056.418.702	-24,1%	-22,7%	-18,9%	-17,0%
Activos	11.361.535.766	13,6%	16,1%	17,8%	16,5%
Sobrecuota de Inversión	-24.352.971	0,0%	-0,3%	-1,2%	-1,6%
Reintegro de Aportes	-4.517.505.168	-5,4%	-4,8%	-4,7%	-4,3%
Otros	90.316.216	-0,1%	-0,1%	-0,3%	-0,4%
Total Resultado	-20.637.133.109	-25%	-23%	-17%	-16%

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

El Cuadro 10 muestra los ingresos, egresos y saldos por grandes colectivos de afiliación. Estos datos permiten confirmar algunos aspectos planteados anteriormente. Por una parte, la mayor brecha entre egresos e ingresos la generan los Pasivos. En efecto, sus aportes financian menos del 10% de los egresos que generan y explican la tercera parte de los gastos totales del Seguro. Asimismo, la evolución reciente de la brecha asociada a este colectivo, conforme se fue avanzando en las cadencias estipuladas en la Ley 18.731 para su incorporación plena al

sistema, explica en gran medida el crecimiento de las necesidades de financiamiento a través de Rentas Generales en los últimos años.

En segundo término, se puede observar que el peso de los reintegros de aportes en la brecha negativa global se ha mantenido relativamente estable, con un pequeño crecimiento en 2017.

Por último, se registró un descenso en el superávit asociado a los activos. Posiblemente, los factores que explican esta tendencia reciente están vinculados al comportamiento del mercado de trabajo en los últimos años, si bien un estudio en profundidad de estos aspectos va más allá de los objetivos de este documento.

III.2 INGRESOS

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

Cuadro 11- Ingresos del FONASA 2017

INGRESOS PROPIOS	Monto	%
Aportes personales de trabajadores privados	11.114.564.715	17,7%
Aportes personales de trabajadores públicos	3.548.710.964	5,7%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados	9.929.195.443	15,8%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos	2.781.800.379	4,4%
Aportes patronales de trabajadores privados	16.329.103.258	26,0%
Aportes patronales de trabajadores públicos	5.464.180.858	8,7%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	371.538.931	0,6%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	58.769	0,0%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	2.111.893.852	3,4%
Bancos	2.722.743.847	4,3%
Notarial	27.578.753	0,04%
TOTAL APORTES DE ACTIVOS	54.401.369.769	86,7%
RECAUDACIONES PERSONALES SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS	8.231.717.081	13,1%
OTROS INGRESOS	90.316.216	0,1%
TOTAL DE INGRESOS PROPIOS	62.723.403.066	75,2%
ASISTENCIA		
APORTE DE RENTAS GENERALES	20.637.133.109	24,8%
TOTAL INGRESOS		
INGRESOS TOTALES	83.360.536.175	100,0%

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

Algo menos del 44% de los ingresos propios del FONASA se explica por los aportes personales realizados por los trabajadores del sector privado y público, a excepción de bancarios, notariales y trabajadores no dependientes. Aproximadamente 24%, se corresponde con los aportes personales básicos, en tanto que el restante 20% lo constituyen los adicionales a partir de los que los generantes activos atribuyen cobertura a menores y/o discapacitados a cargo y a cónyuges. Por otra parte, los aportes patronales asociados al mismo colectivo de trabajadores, explican poco más de 35% de los ingresos propios, en tanto que 13,1% se explica por los aportes personales realizados por jubilados y pensionistas. El resto lo constituyen los aportes personales y patronales de los trabajadores no dependientes, bancarios y notariales y otros ingresos.

III.3 EGRESOS

A continuación se analiza la información relativa a los egresos del fondo, sin considerar los reintegros de aportes. Como fuera explicado en oportunidad de otras rendiciones de cuentas, “esta opción metodológica se asume partiendo de la base de que los reintegros no constituyen

gastos realizados en la consecución de los objetivos del seguro. En este sentido, se asimilan a una 'renuncia de ingresos', más que a una erogación del FONDO".

Tal como se muestra en el Cuadro 12, el 80% de las erogaciones del FONASA se explican por el pago de cápitas correspondientes a los asegurados de las IAMC y ASSE, mientras que los pagos por componente metas de la cuota salud y por sustitutos de tickets a estas instituciones suman otro 8%. Por su parte, las cuotas pagadas al Fondo Nacional de Recursos constituyen un 9%. Los pagos por concepto de cápitas y metas a los Seguros Integrales se presentan agregados y por separado⁹, constituyendo 2% de los egresos totales.

Cuadro 12- Egresos del FONASA 2017 según concepto

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
< 1	1.156.575.389	1%	936.949.546	1%	2.093.524.935	2,7%
1 a 4	1.406.566.007	2%	1.255.779.328	2%	2.662.345.335	3,4%
5 a 14	2.258.977.269	3%	1.948.067.311	2%	4.207.044.580	5,3%
15 a 19	854.034.041	1%	1.063.721.484	1%	1.917.755.525	2,4%
20 a 44	4.693.067.712	6%	10.412.271.367	13%	15.105.339.079	19,2%
45 a 64	6.515.507.137	8%	8.849.278.136	11%	15.364.785.273	19,5%
65 a 74	4.628.076.209	6%	5.092.305.947	6%	9.720.382.156	12,3%
> 74	4.814.919.964	6%	7.249.734.432	9%	12.064.654.396	15,3%
CAPITAS	26.327.723.728	33%	36.808.107.551	47%	63.135.831.279	80%
META					4.438.494.673	6%
TICKET	590.464.462	0,7%	883.537.662	1,0%	1.474.002.124	2%
SEGUROS INTEGRALES					1.446.460.930	2%
FNR	3.187.932.437	3,7%	3.584.745.701	4,0%	6.772.678.138	9%
SUB TOTAL					77.267.467.144	98,00%
SOBRECOTA DE INVERSIÓN					25.980.059	0,03%
TOTAL LIQUIDACIONES					77.293.447.203	98,03%
DIFERENCIA					1.549.582.555	1,97%
TOTAL SEGÚN INFORME EGRESOS E INGRESOS					78.843.029.758	100%

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

⁹ Los pagos del FONASA a los Seguros Integrales se presentan de esta forma debido a la peculiaridad del mecanismo a partir del cual se establecen. En efecto, debe recordarse que el SNS paga a este tipo de prestador, por cada beneficiario, un monto que se ubica en el menor valor entre la cápita correspondiente al tramo de riesgo y el aporte realizado al Fondo. Por lo tanto, beneficiarios del mismo tramo de riesgo generan pagos totalmente disímiles. Es por este motivo que no es posible reconstruir la parte de los fondos volcados que corresponde a cápitas de los diferentes tramos de riesgo y la parte que corresponde a otros conceptos.

Cuadro 13- Egresos del FONASA según prestador

	2015		2016		2017	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
IAMC	42.796.643.696	74%	49.346.731.869	72%	54.576.990.275	71%
Seguros Integrales	1.046.008.915	2%	1.238.230.094	2%	1.446.460.930	2%
ASSE	10.158.301.803	17%	12.556.828.278	18%	14.497.317.860	19%
FNR	4.216.332.024	7%	5.617.566.568	8%	6.772.678.138	9%
Otros Egresos	862.467	0%	0	0%		0%
TOTAL	58.218.148.905	100%	68.759.356.809	100%	77.293.447.203	0%

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

METAS ASISTENCIALES

El componente metas de la Cuota Salud representó el 6 % de los egresos del FONASA en el año 2017. Este mecanismo de pago por desempeño promueve cambios en los procesos y resultados en salud de los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud. Los objetivos de las metas están en línea con las prioridades establecidas por el Ministerio de Salud. Se focalizan en particular en la atención de la niñez y el control del embarazo a través de la Meta 1, el logro de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN) en el caso de la Meta 2, la creación de cargos médicos de alta dedicación con los pagos de Meta 4, y la capacitación de los trabajadores del sector salud a través de la Meta 5.

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

A partir de abril del año 2017 la Meta 2 toma como referencia los Objetivos y Metas Sanitarias definidas para el año 2020 por el Ministerio de Salud. En este marco, la Meta 2 busca contribuir al logro de los objetivos estratégicos y resultados esperados planteados, mediante la puesta en marcha y monitoreo de un conjunto de líneas de acción a desarrollar por parte de los prestadores integrales del SNS.

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

Los pagos por Meta 5 a los prestadores del SNS tuvieron lugar en los meses de enero, febrero y diciembre de 2017. Los montos corresponden a los pagos variables de salarios de los trabajadores del sector acordados en los Consejos de Salarios, condicionados a la realización de actividades de capacitación pautadas por el Ministerio de Salud.

META 1: Salud del niño, niña y mujer

Diseño

A partir de abril de 2017 rige un nuevo instructivo de Meta 1 que se aplicará hasta marzo de 2019. Los cambios realizados no han sido significativos y se han orientado fundamentalmente por los OSN 2020 propuestos por el Ministerio de Salud.

En el caso de captación del recién nacido se agrega la pesquisa de hipoacusia congénita a través de la realización de las Emisiones Otoacústicas (EOA) antes del egreso hospitalario del recién nacido. A su vez, se estimula el seguimiento diagnóstico de niños con primer EOA alterada. Se continúa incentivando la visita domiciliaria del recién nacido de riesgo dentro de los siete días posteriores al alta, y su seguimiento hasta los 24 meses de vida. El componente de control del niño de la Meta 1 apunta al control del desarrollo durante la primera infancia.

En relación al control del embarazo se priorizan los controles de HIV y VDRL al igual que en años anteriores. Adicionalmente, se plantea un nuevo indicador que promueve la preparación de la mujer para el parto en el entendido de que un adecuado nivel de conocimiento de la mujer sobre el embarazo, parto y cuidados del recién nacido, minimizan las posibles complicaciones del parto y del recién nacido.

La Meta 1 propone también continuar avanzando en las respuestas del sector salud a las situaciones de violencia doméstica y violencia sexual a lo largo del ciclo de vida, priorizando el acceso, la oportunidad y la calidad de la respuesta. Con este objetivo, los prestadores debieron presentar un plan de reperfilamiento de sus equipos de referencia en violencia doméstica y violencia sexual y documentar su posterior implementación. Adicionalmente, los equipos referentes han trabajado junto al Ministerio de Salud en la validación del Manual Clínico para Atención a mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual (OMS 2016) y en la construcción del Protocolo de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes (UNICEF). A partir del año 2018 se promueve su difusión e implementación.

Resultados

Los indicadores vigentes a partir de abril de 2017 son los siguientes¹⁰:

1. Captación del recién nacido con EOA realizada antes del alta
 2. 1. Visita domiciliaria para RN de riesgo
 - 2.2.1. Control de RN de riesgo que cumple 3 meses en el trimestre
 - 2.2.2. Control de RN de riesgo que cumple 6 meses en el trimestre
 - 2.2.3. Control de RN de riesgo que cumple 12 meses en el trimestre
 - 2.2.4. Seguimiento de niños con primer EOA alterada a los 12 meses de edad
 - 2.2.5. Control de RN de riesgo que cumple 18 meses en el trimestre
 - 2.2.6. Control de RN de riesgo que cumple 24 meses en el trimestre
 - 3.1.1. Control de desarrollo en el primer año de vida.
 - 3.2. Control de desarrollo en el segundo año de vida
 - 3.3.1. Control de desarrollo en el cuarto año de vida
 - 3.3.2. Control odontológico en el cuarto año de vida
 - 3.4. Control oftalmológico de niños de 5 años
 - 4.1. Controles de HIV-VDRL
 - 4.2. Preparación para el nacimiento
 - 4.3 HCPB completas y volcadas al SIP
5. Violencia Basada en Género y Generaciones

En el primer trimestre del año 2017 continuaba vigente el anterior instructivo de Meta 1, que incluía el control obstétrico y odontológico en el embarazo. Para estos indicadores el cumplimiento era mayoritariamente del 100% en los prestadores privados. COMETT es el único prestador del SNS que presenta valores de 0% en todos los indicadores de Meta 1 para todo el año 2017, en la medida en que no ha reportado información.

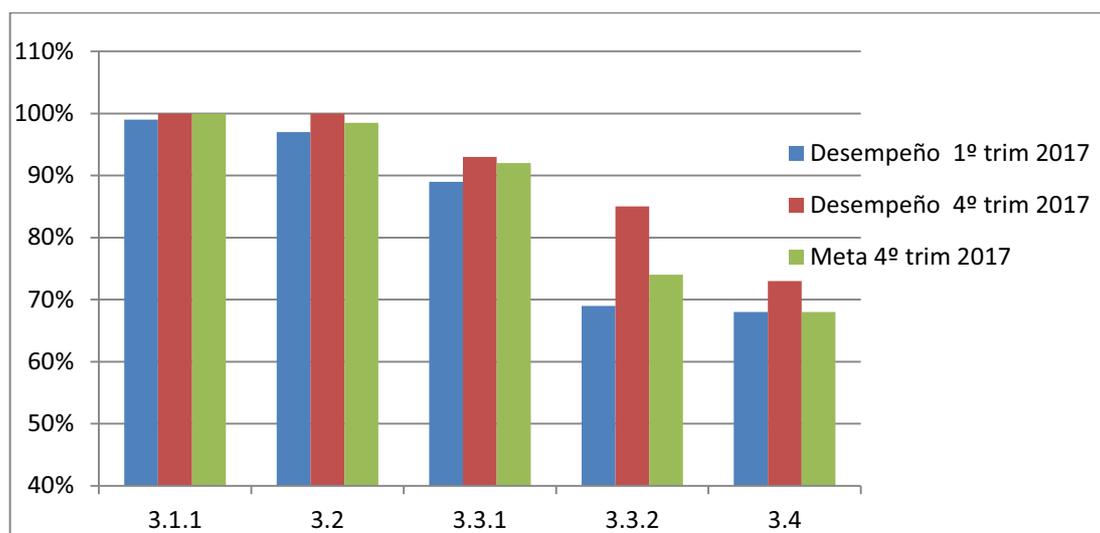
Para los indicadores de captación del recién nacido, y los de recién nacidos de riesgo (visita domiciliaria y seguimiento hasta los 24 meses), la meta a alcanzar para todos los prestadores es del 100%. La mediana de desempeño es 100% en todos los trimestres, y el promedio oscila entre 91% y 97% en el último trimestre del año.

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

En relación al indicador 2.2.4, seguimiento del niño con primer EOA alterada, todos los prestadores, con excepción de COMETT y Blue Cross, presentan, en el segundo trimestre del año (primero para este nuevo indicador), la descripción de la secuencia diagnóstica que aplica la institución. En los dos trimestres restantes, los prestadores debieron informar el número de niños con seguimiento sobre el total de niños con EOA alterada al cumplir un año de vida, pero sin establecerse una meta mínima a alcanzar. A partir del segundo trimestre del año 2018 se exigirá el seguimiento del 100% de niños en esta situación.

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

Gráfico 5 - Meta 1 - Desempeño mediano del 1er y 4º trimestre y su comparación con la mediana de la meta exigida en el 4º trimestre. 2017. Indicadores de control del niño hasta 5 años



Fuente: Área Economía de la Salud

En todos los casos el desempeño mediano de los prestadores al final del período superó los valores exigidos. En particular, se observan importantes mejoras en el desempeño del control odontológico en el cuarto año de vida.

Los indicadores asociados a los controles de HIV y VDRL, y al correcto llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica y volcado al Sistema Informático Perinatal, presentan medianas del 100% y promedios de 95 y 97% respectivamente para el último trimestre del año.

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

El nuevo componente de Meta 1 referente a la preparación para el nacimiento (4.2), implicó, en el trimestre abril-junio, la presentación por parte de los prestadores del plan del curso de preparación para el nacimiento así como la logística de la oferta, tomando como referencia la pauta elaborada por el Ministerio de Salud. Fue entregado por todos los prestadores con excepción de COMETT. En el trimestre julio-setiembre del año 2017 se requirió el reporte de la proporción de mujeres con su primer o segundo parto o cesárea que recibieron clases de preparación de acuerdo a la pauta que regía en cada institución anteriormente a la difusión de la ministerial. Para el último trimestre, además de aplicar la pauta ministerial, se debió alcanzar una meta del 25%. El promedio del valor reportado fue de 46%, y sólo el Hospital Británico (5%) y COMTA (24%) no alcanzaron la meta. A partir del año 2018 se exigirá solamente la implementación de las nuevas pautas, y las metas a alcanzar serán crecientes hasta lograr el 70% en el año 2019.

En relación al reperfilamiento de los equipos de referencia en violencia doméstica y violencia sexual, tres IAMC (COMERO, COMTA Y COMETT) y dos seguros privados (Blue Cross y Hospital Británico), incumplieron con la entrega de la propuesta de reperfilamiento y/o datos solicitados. En el segundo trimestre, se debió informar respecto a la implementación de la propuesta validada, y en este caso fueron cuatro IAMC (Universal, CAMY, COMTA Y COMETT), tres seguros privados (Blue Cross, Americano y Británico), y ASSE, quiénes no lo hicieron.

META 2: Objetivos Sanitarios Nacionales

Diseño

A partir del segundo semestre del año 2016 comenzó una etapa de transición en relación a esta meta, que se extendió hasta marzo de 2017. Por lo tanto, en el primer trimestre del año se continuó el trabajo de control según pauta para los adultos y adultos mayores referenciados y se realizaron talleres de promoción de salud dirigidos a adolescentes. Adicionalmente, las instituciones debieron desarrollar protocolos de atención para dos problemas de salud priorizados en su población adolescente. Finalmente, los prestadores presentaron informes de evaluación de la estrategia de médico de referencia.

A partir del mes de abril de 2017 comienza a implementarse el nuevo diseño de Meta 2 vinculado al logro de los OSN 2020. Su cumplimiento se evalúa semestralmente.

La Meta 2 se estructura en base a dos componentes que se describen a continuación:

Componente 1. Se vincula con cuatro resultados esperados (RE). Dos de los RE han sido definidos por el Ministerio de Salud como comunes a todos los prestadores:

- i) disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial.
- ii) reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares

Los otros dos RE por su parte, han sido específicos para cada institución de salud y fueron definidos conjuntamente entre el Ministerio de Salud y cada prestador.

Cuadro 14- Distribución de prestadores según Resultados Esperados seleccionados.

RESULTADO ESPERADO SELECCIONADO	Nº de prestadores involucrados	Prestadores
Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras	24	GREMEDA, CAAMEPA, COMECA, CAMOC, CAMEC, CAMEDUR, COMEF, COMEFLO, CAMDEL, AMDM, CAMY, CAMS, COMTA, COMETT, Casa de Galicia, CASMU, CCOU, CUDAM, GREMCA, MUCAM, SMI, MP, S Americano, SMQS
Disminuir las complicaciones crónicas de la diabetes.	15	CAAMEPA, CRAMI, CAMEC, COMEF, CRAME, COMEPA, CAMY, COMERO, CAMS, AMSJ, COMETT, Casa de Galicia, CCOU, MUCAM, S Americano.
Reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida.	8	GREMEDA, COMECA, CAMDEL, COMEPA, COMERI, AMSJ, COSEM, CASMU
Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población	7	AESP, H Evangélico, Blue Cross, COPHAMI, MP, H Británico, SUMMUM
Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad – paternidad en adolescentes	6	ASSE, CAMEDUR, CRAMI, COMEFLO, CRAME, IAC
Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	5	SMQS, Blue Cross, COPHAMI, H Británico, SUMMUM
Disminución de la incidencia de Suicidios	5	CAMCEL, AESP, UNIVERSAL, CASMER, COSEM
Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental.	4	AMDM, AMEDRIN, CASMER, H Evangélico
Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH	3	ASSE, CUDAM, SMI
Humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas	3	COMERO, COMTA, UNIVERSAL
Disminución de la morbimortalidad vinculada a la Violencia basada en Género y Generaciones	2	CAMCEL, GREMCA.
Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física	2	AMEDRIN, COMERI.
Reducción de la Prematurez a expensas del componente prevenible	1	CAMOC
Reducción de la prevalencia de la anemia y del retraso del crecimiento en la primera infancia.	1	IAC

Fuente: Área Economía de la Salud

Componente 2. Consiste en un reporte de indicadores que permitirán el monitoreo del avance en el cumplimiento de las líneas de acción de OSN 2020, priorizadas por el MSP.

Resultados

Trimestre Enero – Marzo 2017

En el primer trimestre del año 2017 continuaba vigente el anterior diseño de Meta 2. Las instituciones debieron elaborar en el último trimestre del año 2016 protocolos de atención para dos problemas de salud identificados en su población adolescente. En el trimestre enero-marzo del año 2017, correspondía la difusión de los protocolos entre los integrantes del espacio adolescente, médicos que atienden a adolescentes y demás servicios de la institución que desde el problema abordado se consideraran pertinentes. A su vez, los prestadores continuaron realizando actividades en instituciones educativas, deportivas o sociales, para un mínimo de 80 adolescentes. Cuatro IAMC del interior del país y tres seguros privados no cumplieron con la difusión de los protocolos. En el caso de las actividades con adolescentes, cinco seguros privados y una IAMC no cumplieron con la meta.

Por otra parte, en este primer trimestre los prestadores entregaron un informe de evaluación del proceso iniciado en el año 2010 tendiente a la referenciación de su población afiliada con un médico de referencia.

Finalmente, también en este trimestre se reporta por última vez la población de 45 años y más controlada según pauta por su médico de referencia. Las metas exigidas fueron de 15% para los adultos de hasta 64 años y 10% para los mayores de 65. En ambos casos el promedio alcanzado por las instituciones fue del 15%.

Semestre Abril – Setiembre 2017

A partir del mes de abril comienza a regir el nuevo instructivo de Meta 2¹². En la medida en que los pagos asociados al cumplimiento tienen un rezago de dos meses, durante los meses de mayo, junio y julio se continúa pagando de acuerdo a lo reportado para el diseño anterior correspondiente al primer trimestre del año.

Con fecha de vencimiento 31 de mayo los prestadores debieron informar las líneas de base de los indicadores cuantitativos. Este plazo fue extendido hasta el 30 de junio por resolución de la JUNASA.

En los meses de agosto, setiembre y octubre los pagos se asociaron a la entrega dentro de los plazos y formatos preestablecidos de las líneas de base y sus planillas nominalizadas asociadas.

¹² El instructivo de Meta 2 se encuentra disponible en <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/sistema-nacional-integrado-de-salud-snis/metas-asistenciales>

Las instituciones debieron presentar además, un plan de implementación de las líneas de acción de la nueva meta 2 a ser aprobado por DIGESA, un listado de referentes en Infarto Agudo de Miocardio, y declaración jurada de médicos a capacitar en IAM según los criterios establecidos en el instructivo y validados por Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH). Las principales dificultades con los anteriores reportes estuvieron asociadas a los formatos requeridos en las planillas nominalizadas para la automatización del cálculo de los indicadores. A su vez, y en la medida en que los prestadores comenzaron a implementar las acciones requeridas, fueron surgiendo dificultades de diseño de algunos indicadores y otras vinculadas a la falta de registro y ausencia de datos en las instituciones. Todos estos temas se fueron valorando en el marco de la Comisión Asesora de Metas, de la que se obtuvieron los insumos para elaborar propuestas de ajuste que se trasladaron a la JUNASA. En consecuencia, durante los meses de agosto, setiembre y octubre todos los prestadores cobraron la totalidad de la meta 2 en la medida en que todos cumplieron con los reportes requeridos. En el caso de la entrega de las planillas nominalizadas persistieron dificultades de formato que se subsanaron en los meses de noviembre y diciembre.

El desempeño del semestre abril – setiembre se reportó en el mes de octubre y debía dar lugar a los pagos por cumplimiento en los meses de noviembre y diciembre 2017, y desde enero a abril de 2018. Para la mayoría de los indicadores los pagos se realizaron de acuerdo al cumplimiento exigido, y para aquellos en los que aún había problemas de diseño o de disponibilidad de información sólo se pagó en los casos en que se hubieran reportado los datos en los formatos adecuados, permitiendo la evaluación del estado de situación de cada prestador. El Anexo II da cuenta de estos resultados.

En particular, más de 3700 médicos fueron capacitados para la reperusión en IAM, mediante un curso elaborado por la Sociedad Uruguaya de Cardiología, la Cátedra de Cardiología de la Facultad de Medicina, la CHSCV, el FNR y el Área Programática de ENT de DIGESA. Las instituciones debían capacitar al 80% del total de médicos de los servicios de urgencia/emergencia, cuidados moderados e intermedios y de los sistemas de emergencias y traslados propios. El promedio del indicador fue de 86%. Por otra parte, la identificación de las personas que tuvieron IAM y no fueron reperfundidas, así como el análisis de sus causas, han resultado dificultosos para los prestadores que se encuentran adaptando sus sistemas de registro.

En el caso de la identificación de la población hipertensa en tratamiento en las instituciones, la mediana de desempeño se situó en 14% en el semestre abril –setiembre. Sin embargo los valores informados presentan una gran dispersión con un rango que va desde 0.89% a un

máximo de 21%. Mayor aún es la dispersión que surge de los reportes respecto a la población identificada como hipertensa y con controles vigentes, cuya mediana fue de 56%, con un mínimo de 0% y un máximo de 93%.

Más allá de las dificultades que se presentaron en la implementación y reporte de la nueva Meta 2, todos los integrantes de la Comisión Asesora de Metas, y en particular los representantes del Ministerio de Salud, coinciden en reconocer que se inició un proceso de trabajo muy ambicioso y desafiante, que ya ha provocado múltiples cambios en la gestión asistencial de los prestadores y también en la gestión administrativa y en los sistemas de información. También en el Ministerio de Salud se han debido adaptar y coordinar los sistemas de control, monitoreo y análisis de la información. Las mejoras observables en la calidad, tanto de los datos informados como de su procesamiento a partir de nuevas herramientas informáticas, hacen prever que durante el año 2018 será posible realizar un análisis más profundo y crítico de los resultados de esta meta.

META 4: Nuevo Régimen de Trabajo Médico

Diseño

La Meta 4 estimula la implementación del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) en las instituciones de salud que se traduce principalmente en la creación de los cargos de alta dedicación (CAD) en las instituciones del sector privado y de las funciones de alta dedicación (FAD) en el caso de ASSE¹³. Las especialidades comprendidas en el NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos marco firmados en Consejo de Salarios.

Para los prestadores integrales del sector privado y para ASSE, dentro del NRTM se encuentran los Médicos Generales y las siguientes especialidades: Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Interna, Medicina Intensiva de adultos y pediátrica, Neonatología, Psiquiatría de adultos y pediátrica, Cirugía General y Medicina de Emergencia; con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales, con presencia en la institución a lo largo de toda la semana. También están comprendidas dentro del NRTM otras especialidades médicas: Alergología, Laboratorio de patología clínica, microbiología y parasitología y micología médica, Anatomía Patológica, Medicina del Deporte, Cardiología, Nefrología, Dermatología, Neumología, Endocrinología y

¹³ El instructivo de meta 4 se encuentra disponible en <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/sistema-nacional-integrado-de-salud-snis/metas-asistenciales>

Metabolismo, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Neuropediatría, Gastroenterología, Oncología Médica, Genetista, Oncología radioterápica, Geriatria, Rehabilitación y Medicina Física, Hematología, Reumatología, Hemoterapia y Medicina Transfusional; con un régimen de trabajo de 20 o 30 a 48 horas semanales, dependiendo la especialidad. Para los prestadores integrales del sector privado se suma Ginecología e Imagenología al NRTM, y para ASSE se suma Anestesia y Medicina Rural.

Resultados

A diciembre de 2017, 35 instituciones de asistencia médica colectiva (11 de Montevideo y 24 del interior) realizaron contrataciones de cargos de alta dedicación, totalizando 788 cargos contratados. En el sector público ASSE realizó, en el marco de la Meta 4, contrataciones para 23 Unidades Ejecutoras totalizando 59 funciones de alta dedicación.

Por lo tanto, a diciembre de 2017 se crearon 847 cargos financiados por Meta 4 que se desagregan por región y especialidades de acuerdo a la tabla siguiente.

Cuadro 15- CAD+FAD contratados a diciembre de 2017

	Norte	Este	Oeste	Centro-Sur	Mdeo	Total
Anatomía Patológica	1	1	0	1	0	3
Cardiología	2	1	2	5	16	26
Cirugía General	2	1	0	0	0	3
Cirugía General Jefe de Equipo	0	1	0	0	0	1
Dermatología	0	0	0	2	6	8
Emergentología	0	0	0	0	1	1
Endocrinología	1	3	0	1	0	5
Enfermedades Infecciosas	1	0	0	0	4	5
Gastroenterología	1	1	2	1	2	7
Geriatria-Gerontología	2	1	0	1	0	4
Ginecología	8	4	0	0	0	12
Hematología	1	3	0	1	0	5
Hemoterapia	1	1	0	0	0	2
Imagenología	0	0	0	3	0	3
Laboratorio	0	1	0	1	0	2
Medicina Familiar	4	0	1	0	18	23
Medicina General (MG)	19	27	20	19	98	183
Medicina Intensiva Adultos (MIA) ADL	2	0	2	2	24	30
Medicina Intensiva Adultos ADM	2	9	2	4	1	18
Medicina Intensiva Adultos ADT	2	2	0	6	24	34
Medicina Intensiva Pediátrica ADL	0	0	0	0	4	4

Rendición de Cuentas 2017

Medicina Intensiva Pediátrica ADM	0	2	0	2	2	6
Medicina Intensiva Pediátrica ADT	0	0	0	0	14	14
Medicina Interna (MI)	7	17	14	10	43	91
MG en el Servicio de Emergencia	0	0	0	1	16	17
MI en el Servicio de Emergencia	0	0	0	1	0	1
MIA en el Servicio de Emergencia	0	0	0	1	0	1
Nefrología	0	2	1	2	7	12
Neonatología ADL	0	0	0	0	7	7
Neonatología ADM	0	2	0	4	3	9
Neonatología ADT	0	0	0	5	18	23
Neumología	1	0	0	0	0	1
Neurología	2	2	0	0	4	8
Neuropediatría	0	0	0	0	9	9
Oncología	1	1	0	2	12	16
Pediatría	25	22	18	33	119	217
Pediatría en el Servicio de Emergencia	0	0	0	1	1	2
Psiquiatría	5	6	2	2	10	25
Psiquiatría Pediátrica	0	0	0	0	2	2
Rehabilitación y Medicina Física	2	1	0	1	0	4
Reumatología	0	0	1	2	0	3
Total	92	111	65	114	465	847

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

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

Oeste: Colonia, Río Negro y Soriano.

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

En el semestre enero-junio 2017, las IAMC informaron 113 nuevos CAD contratados, 14 de los cuales son cargos que estaban proyectados. A su vez, se informó la baja de 8 CAD que estaban contratados, las razones fueron por renuncia, jubilación o cambio en el tipo de CAD.

En el semestre julio-diciembre 2017, las IAMC informaron 98 nuevos CAD, 3 de los cuales son cargos que estaban proyectados. Al mismo tiempo, se informó la baja de 9 CAD que estaban contratados, las razones fueron por renuncia, jubilación o cambio en el tipo de CAD.

A diciembre de 2017, los prestadores integrales del sector privado contaban con 117 cargos de las especialidades contempladas en el acuerdo de "Especialidades Médicas" firmado en diciembre de 2015, 31 de los cuales tienen una carga horaria semanal de 40 a 48 horas y 86 tienen una carga horaria promedio de 25,94 horas semanales. A su vez, se contrataron 3 cargos de imagenología, 1 de ellos con una carga horaria semanal superior a las 40 horas y 2 con una carga horaria promedio de 30,5 horas semanales. Los 88 cargos con menos de 40 horas semanales fueron computados para meta 4 de la siguiente manera: 81,25 cargos se

computaron de forma completa y 6,75 de forma proporcional a la cantidad de horas contratadas.

En el sector privado, para el cómputo de la meta, los 788 cargos de alta dedicación contratados y aprobados representan 785,33 cargos. A diciembre de 2017 se contaba con 10 cargos proyectados a ser contratados en los próximos años¹⁴ para las unidades de CTI Pediátrico y CTI Neonatal que han cambiado su régimen de trabajo, lo que totaliza 795,33 cargos aprobados para meta 4. También se presentó un CAD de Psiquiatría Adultos que está observado por no cumplir con algún aspecto de los acuerdos correspondientes, dicho CAD están en proceso de revisión. Adicionalmente, se informó que 9 CAD serán incorporados en marzo y abril de 2018.

Las IAMC, de acuerdo al cronograma acordado, debían contar con 947 CAD en total a diciembre de 2017. Considerando los CAD contratados y los CAD proyectados se llega a un 84% de la exigencia.

Por su parte, ASSE debía contar con 211 FAD a diciembre de 2017, presentó 98 FAD de las especialidades acordadas en los convenios colectivos, 59 de los cuales están aprobados, el resto tienen observaciones pendientes de aclaración. Considerando las FAD aprobados, ASSE llega a un 28% de la exigencia.

Los porcentajes mencionados en los dos párrafos anteriores, no implica que los pagos realizados guarden la misma proporción. El componente 1 y 2 de la meta se cobra de manera independiente a los cargos concretados y el componente 3 se cobra en función de un número de cargos a alcanzar en cada semestre.

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

En el año 2017 se continúa con la aplicación de la meta 5 a efectos de financiar la partida salarial variable anual según lo dispuesto en los Acuerdos de Consejo de Salarios del Grupo 15 entre los prestadores integrales del subsector privado financiados a través del FONASA y trabajadores, así como en los acuerdos realizados entre ASSE y los sindicatos de trabajadores médicos y no médicos.

Al igual que en el primer año de su implementación, en el caso de los prestadores privados esta meta se pagó de acuerdo al nivel de cumplimiento con el pago FONASA correspondiente

¹⁴ 3 de Medicina Intensiva Pediátrica y 7 de Neonatología.

al mes de diciembre de 2017. En dicho mes se realizaron dos pagos, en tanto había cursos que al 15 de diciembre, aún no habían finalizado.

Asimismo, y dado que para estos prestadores está prevista una reliquidación que permita que el monto pagado cuente con el nivel de precisión que difícilmente se logre con la información obtenida al mes de diciembre, es que en febrero de 2017 se procedió realizar un pago complementario como ajuste de lo adelantado en el mes de diciembre 2016.

Para el caso de ASSE, el pago realizado en el 2017 se corresponde con lo devengado en el 2016. El correspondiente a este año, se paga en el 2018.

Para obtener la partida anual variable, cada trabajador debía realizar un curso virtual auto administrado que para el año 2017 fue de 9 horas obligatorias, que habilitan el cobro de la partida, y 5 horas opcionales. En el caso del subsector privado, el trabajador debía optar por uno de entre 6 cursos. Estos cursos tenían un módulo transversal, igual para todos, denominado “El trabajo en salud con enfoque en calidad de vida” que se organizó en las siguientes unidades temáticas: Cultura del Trabajo, Comunicación y trabajo en equipo, Cuidar a los cuidadores favoreciendo el autocuidado, Género, generaciones, diversidad sexual, discapacidad y etnia y Competencias Digitales. Por su parte, los 6 Módulos Específicos comprendieron las siguientes temáticas: 1. El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud. 2. Gestión Aplicada. 3. Organización del tiempo y del espacio de trabajo en salud. 4. Gestión Clínica. 5. Introducción a la calidad y seguridad del paciente en el Sistema Nacional Integrado de Salud; y 6. Sistemas de Información y Aplicación de las TICs en salud. En el caso de ASSE, el trabajador debía realizar el módulo transversal y el específico, denominado “El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud”.

Para cada institución privada, el porcentaje de cumplimiento de la meta se calculó como el cociente entre las partidas salariales variables efectivamente pagas y la masa salarial comprometida al pago de dicha partida, de acuerdo con lo establecidos en los acuerdos del Consejo de Salarios y el “Reglamento de cursos de capacitación y pago variable 2017”. Esta fórmula de cálculo es la que permite inequívocamente efectuar el pago a los prestadores en función de los pagos realizados por éstos.

En función de las declaraciones juradas presentadas por los prestadores privados en noviembre de 2017 fue calculada el 3,5% de la masa salarial devengada en el período enero 2017- octubre 2017, y de la estimada para los meses de noviembre y diciembre de 2017. Fueron consideradas las previsiones de cuota-partes de aguinaldo y salario vacacional generados en el período. Este cálculo se aplicó a los trabajadores que culminaron los cursos al 15 de diciembre de 2017, o se encontraban exonerados de realizarlos. Tal como ya fue

expresado, se aplicó de manera complementaria a quienes habían finalizado los cursos entre el 16 de diciembre y el 22 de diciembre de 2017. La reliquidación final será realizada en febrero de 2018.

A continuación se presentan los montos pagados por meta 5 en el 2017, para cada prestador integral privado:

Cuadro 16- Montos Meta 5 por institución

Prestador	Reliquidación Meta 5 2016 pagado en febrero 2017	Pago Meta 5 16/12/2017	Complemento Meta 5 22/12/2017
AMDM	10.026	50.503.735	1.493.345
AMEDRIN	13.038	5.700.020	18.046
AMERICANO	378.344	3.573.128	52.179
AMSJ	284.418	31.536.075	478.468
ASESP	614.269	168.300.048	3.556.491
BLUECROSS	7.979	3.440.346	44.254
BRITANICO	-82.849	36.702.781	599.027
CAAMEPA	38.843	21.108.087	408.409
CAGAL	54.267	40.056.349	640.299
CAMCEL	47.269	21.177.021	972.126
CAMDEL	139.026	20.182.277	353.729
CAMEC	327.007	34.344.752	214.168
CAMEDUR	148.133	20.656.238	324.825
CAMOC	122.636	15.832.331	224.910
CAMS	94.406	29.753.012	645.000
CAMY	-4.061	3.756.878	23.672
CASMER	-79.877	17.795.396	410.383
CASMU	540.240	143.756.994	2.568.581
CCOU	580.755	51.718.175	729.783
COMECA	38.377	32.373.524	356.104
COMEF	42.067	19.406.986	314.502
COMEFLO	94.110	6.634.146	237.766
COMEPA	126.941	38.247.131	409.716
COMERI	-9.864	10.566.958	423.030
COMERO	149.444	26.891.522	418.713
COMETT	-562	148.960	0
COMTA	175.460	22.693.834	221.135
COSEM	19.041	17.817.646	595.751
CRAME	72.076	23.342.273	235.677
CRAMI	4.137	21.442.295	249.050
CUDAM	407.835	20.768.746	389.506
GREMCA	156.508	16.449.490	498.984
GREMEDA	20.683	16.525.970	232.164
HOSPITAL	483.697	42.110.310	1.107.861

EVANGÉLICO			
IAC	340.862	16.616.927	287.842
MEDICARE	-21	714.686	34.899
MP	-10.291	7.077.098	235.252
MUCAM	118.358	206.273.837	1.506.850
SMI	155.958	79.872.103	1.298.086
SMQS	175.204	27.354.199	462.096
SUMMUN	-3.322	42.607	12.965
UNIVERSAL	148.644	30.397.086	564.702

Fuente: Área Economía de la Salud

En el caso de ASSE, el pago de meta 5 realizado en enero de 2017 fue de \$118.047.941, y correspondió a la aplicación de la meta para el año 2016. Este monto se calcula a partir del monto de meta 5 estimado a noviembre de 2017 para los prestadores integrales privados. El mismo se ajusta en función de los afiliados de ASSE. Se establece qué porcentaje del mismo corresponde a trabajadores médicos y no médicos, y se dispone cuál es el monto potencial a recibir por cada trabajador. En función de quienes efectivamente realizaron los cursos o se encontraban en las condiciones de exoneración prevista en los acuerdos, se arriba al monto citado.

Pago por metas

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

Cuadro 17- Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA

Pago por afiliado FONASA (\$)	Meta 1	Meta 2	Meta 4
Enero – Junio 2017	88.32	36.59	40.47
Julio - Diciembre 2017	91.51	37.91	41.93

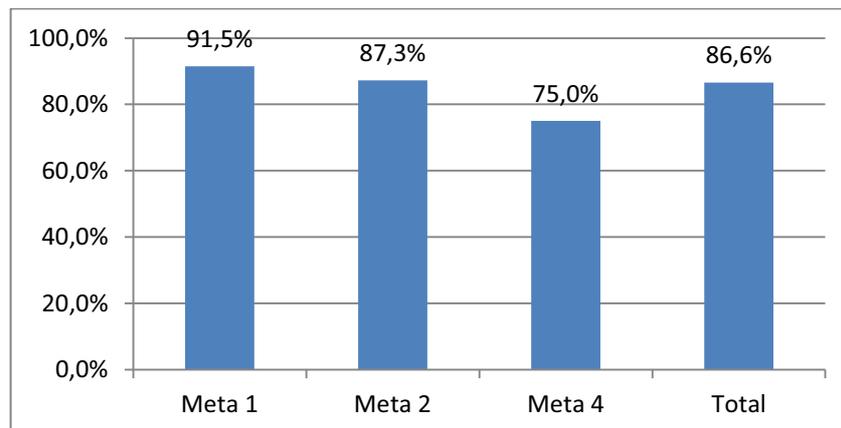
Fuente: Área Economía de la Salud

En el año 2017 los prestadores del SNS cobraron por el componente meta de la cuota salud el 87% del máximo posible, lo que puede considerarse como un indicador del cumplimiento o desempeño promedio en las acciones promovidas a través de este mecanismo de pago.¹⁵

En el gráfico siguiente se discrimina el porcentaje promedio de pago por cada una de las metas. La Meta 1 continúa siendo la que presenta un mayor porcentaje promedio de cobro de 92%.

¹⁵ No se incluye en este cálculo el pago de la meta 5 por sus características, destinado al pago de salario variable a los trabajadores en función de su capacitación.

Gráfico 6 - Promedio de porcentajes de pago por metas sobre el máximo a cobrar. 2017.



Fuente: Área Economía de la Salud

El peor desempeño en este sentido le corresponde COMETT, que sólo cobró el 22%. En el caso de los Seguros Privados, al igual que en otros años, el porcentaje cobrado oscila entre 40 % y 64%. ASSE, acompasando los avances en sus sistemas de información, mejora su desempeño respecto al año 2016 pasando de un 35% a un 48%.

SOBRECUOTA DE INVERSIÓN

Durante el año 2017 culminaron de percibir la sobrecuota de inversión las 3 instituciones que todavía estaban en el proceso de cobro: GREMCA en el mes de febrero y CRAMI y IAC en el mes de junio.

El monto desembolsado por el FONASA para el pago de sobrecuota durante el 2017 ascendió, según las liquidaciones mensuales de BPS, a \$25.243.529¹⁶.

Cuadro 18- Desembolsos anuales por sobrecuota de inversión. Pesos corrientes

Año	Monto anual Sobrecuota inversión
2013	466.169.067
2014	867.521.087
2015	740.408.878
2016	259.981.324
2017	25.243.529
Acumulado	2.359.323.885

Fuente: Área Economía de la Salud

¹⁶ Este monto no coincide exactamente con el que se presenta en el capítulo de egresos debido a que no está contabilizado en el monto allí presentado la devolución de \$736.530 que debió realizar CAMY según Resolución de JUNASA 009/2017.

Se presenta a continuación el detalle de lo percibido, y en otros casos lo devuelto, por institución, por concepto de sobrecuota.

Cuadro 19- Montos por institución año 2017 en pesos

Institución	Monto percibido en el ejercicio
ESPAÑOLA	5.379
HOSPITAL EVANGELICO	-89
CASA DE GALICIA	-320
CASMU	2.368
CCOU	-3.638
CUDAM	-33
COSEM	367
GREMCA	4.501.377
MUCAM	350
SMI	261
UNIVERSAL	47
GREMEDA	314
CAAMEPA	27.565
CRAMI	14.045.034
AMECOM	1.204
CRAME	820
COMEPA	61
CAMY	-736.530
COMERO	61
AMSJ	286
CAMS	-2.391
IAC	7.401.036
Montevideo	4.506.069
Interior	20.737.460
Total País	25.243.529

Fuente: Área Economía de la Salud

La mayor parte de las instituciones percibieron pequeños montos (o le fueron deducidos de sus ingresos FONASA) por reliquidaciones.

En el caso de CAMY, según Resolución 009/2017 de JUNASA, la institución debió reembolsar \$736.530 debido a que el total percibido por sobrecuota sobrepasó el 70% del monto de la inversión que puede ser financiado por este concepto, tal como establece la normativa.

Por otro lado, a IAC, CRAMI y GREMCA, se les realizó una reliquidación de enero a abril de 2017 debido a que, si bien el Decreto 455/016 estableció en el artículo 10, el porcentaje máximo a cobrar por concepto de sobrecuota de inversión en el 3,26% del valor de las cápitas, se les continuó pagando el 3,35%. El ajuste implicó que GREMCA reembolsara \$120.921, CRAMI \$252.529 y IAC \$ 133.690.

Casa de Galicia, en tanto, continúa con el proceso de reintegro de fondos no ejecutados que estableciera la Resolución N° 885/2014 de JUNASA. De las 57 cuotas mensuales allí establecidas restan devolver 23.

La ejecución financiera de los proyectos como era de esperar aumentó considerablemente respecto al año anterior. En 2016, en promedio se había ejecutado el 81,93% de lo cobrado hasta ese momento en relación a los montos presupuestados, mientras que en 2017 se llega al 96,7%.

Cuadro 20- Ejecución financiera de los proyectos en pesos

TOTAL PAÍS	MONTO PRESUPUESTADO	MONTO EJECUTADO	EJECUTADO/ PRESUPUESTADO
Obra Civil	3.780.572.880	3.732.745.592	98,7%
Equipamiento	352.939.962	261.876.913	74,2%
Desarrollo Informático	54.822.713	51.702.304	94,3%
Historia Clínica Electrónica- Desarrollo e Implementación	128.610.421	127.524.536	99,2%
TOTALES	4.316.945.976	4.173.849.346	96,7%

Fuente: Área Economía de la Salud

A lo largo de 2017 fueron 26 las instituciones que continuaron rindiendo cuentas de los gastos realizados ante el Área Economía de la Salud. Seis de ellas culminaron con la ejecución en el correr de 2017: AMEDRIN, CAMY, CAMEC, ORAMECO, COMECA y COSEM. En el Anexo III se presenta la información por institución.