

Junta Nacional de Salud



Rendición de Cuentas

Ejercicio 2018

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2018.....	7
I.1 ACTIVIDAD DE LOS CONSEJOS HONORARIOS DEPARTAMENTALES Y LOCALES DURANTE EL AÑO 2018	9
I.2 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA.....	15
I.3 COMISIÓN ASESORA METAS	15
I.4 CONTRATOS DE GESTIÓN	16
CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD	17
II.1 EVOLUCIÓN	17
II.2 MOVILIDAD REGULADA.....	22
CAPITULO III – ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA	23
III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2018	23
III.2 INGRESOS	26
III.3 EGRESOS.....	27
III.4 LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA	28
III.5 METAS ASISTENCIALES	30
META 1: Salud del niño, niña y mujer	31
Diseño.....	31
Resultados	32
META 2: Objetivos Sanitarios Nacionales	34
Diseño.....	34
Resultados.....	36
Semestre 2. Octubre 2017 – Marzo 2018	36
Semestre 3. Abril – Setiembre 2018.....	36
META 4: Nuevo Régimen de Trabajo Médico	38
Diseño.....	38
Resultados	39
META 5: Capacitación y pago variable a los trabajadores de la salud.	41
Pago por metas	43
III.6 SOBRECUOTA DE INVERSIÓN	44
ANEXOS	45
ANEXO I METAS ASISTENCIALES.....	46

ANEXO II LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA.....	90
ANEXO III INFORME REVISIÓN LIMITADA BPS	108

Cuadros

Cuadro 1- Beneficiarios del SNS según sexo y edad (selección de algunos años)	18
Cuadro 2- Beneficiarios del SNS según prestador (selección de algunos años).....	20
Cuadro 3 - Resultado FONASA 2018 sin considerar la asistencia de CGN	23
Cuadro 4 - Composición Reintegro de aportes 2018.	24
Cuadro 5 - Transferencias de Rentas Generales al FONASA y Egresos Totales. Millones de pesos a precios constantes 2008. Años seleccionados.	24
Cuadro 6 - Resultado Económico del FONASA 2018 por tipo de afiliación.....	25
Cuadro 7 - Ingresos del FONASA 2018	26
Cuadro 8 - Egresos del FONASA 2018 según concepto	27
Cuadro 9 - Egresos del FONASA según prestador	28
Cuadro 10 - Transferencias netas recibidas dentro del FONASA por servicios de Urgencia y Emergencia.....	29
Cuadro 11- Distribución de prestadores según Resultados Esperados seleccionados	35
Cuadro 12- CAD+FAD contratados a diciembre de 2018	39
Cuadro 13- Montos Meta 5 por institución	42
Cuadro 14- Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA.....	43

Gráficos

Gráfico 1 - Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación	17
Gráfico 2 - Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2018.....	18
Gráfico 3 – Estructura de edad beneficiarios SNS por tipo de prestador 2018	19
Gráfico 4 - Evolución de las transferencias de Rentas Generales al FONASA.....	24
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. 2018. Indicadores de control del niño hasta 5 años	33
Gráfico 6 - Meta 2 – 2018. Desempeño mediano del 2do y 3er semestre. Indicadores comunes a todos los prestadores.....	38
Gráfico 7 - Promedio de porcentajes de pago por metas sobre el máximo a cobrar. 2018.	44

INTRODUCCIÓN

En este documento se va a poder acceder a información importante sobre diversos aspectos del funcionamiento de nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud. Este conjunto de datos seleccionados pretende poner a su disposición información que muestre la evolución de determinados parámetros y que a su vez permita hacer una valoración sobre la marcha del sistema.

Claramente las sesiones de la JUNASA en el año 2018 abarcaron aspectos que tienen que ver con la información expuesta, más otros múltiples temas que le corresponde como administradora del Seguro Nacional de Salud. Algunos temas se ven directamente en la Junta, otros provienen de comisiones u otras oficinas del Ministerio, pero este órgano también juega su papel de asesoramiento y aprobación.

Durante la primer parte del año se trabajó para elaborar el decreto reglamentario del Sistema de Urgencia y Emergencia y se fue delineando el sistema informático que permitiera su funcionamiento. Fue el fruto de sucesivos intercambios lo que permitió poner en práctica lo que creemos es uno de los más importantes avances en los últimos tiempos en relación al acceso de los usuarios al sistema de salud.

Durante 2018 se volvió a realizar un acuerdo colectivo con el personal de la salud. El mismo tuvo algunas características particulares ya que contó con aumentos diferenciales y como sector regulado estableció un traslado a cuota de acuerdo a la caracterización de sector medio. Pero hay varios aspectos de dicha negociación que al no ser exclusivamente salariales repercuten en otras comisiones que esta junta analiza, entre ellos se flexibilizó el calendario para la incorporación de los CAD y FAD, se acordaron cambios sobre topes a operar en cuanto al pago de las capacitaciones, se crearon comisiones para analizar el cambio a cuatro pacientes por hora, recategorización de los actos médicos de cirugía y nuevas formas de trabajo del sector no médico. La lógica de estos cambios también termina repercutiendo en la Comisión de agenda.

En julio de 2016 cumpliendo con el cronograma previsto, se produjo el ingreso del último grupo de pasivos. Esta población tiene por su edad algunas de las cápitas más altas del sistema y en muchas ocasiones son mayores que los aportes, dado que éstos son un porcentaje de la pasividad. En otros informes se daba cuenta que si separamos en dos grupos a los beneficiarios FONASA, pasivos y otros, la diferencia entre los aportes y las cápitas pagas por el sector de pasivos es aproximadamente igual al monto total de aportes que realiza Rentas Generales al FONASA. Esto también quiere decir que entre los no pasivos queda un neto cercano a cero entre trabajadores, cónyuges/concubinos e hijos. Por ello en el primer año completo (año 2017) con todos con quienes estaba previsto que se integraran en el FONASA, el monto aportado por Rentas Generales ascendió a \$ 20.637 millones. Llevados los desembolsos de Rentas Generales mes a mes a precios de diciembre de 2018 nos da que esos \$ 20.637 millones equivalen a \$ 22.531 millones que comparados con los \$ 22.081 millones de 2018 nos muestra la estabilidad prevista. De aquí en más la evolución de los aportes de Rentas Generales reflejarán otros posibles cambios como los provenientes del mercado de trabajo, así como posibles cambios en la canasta de cobertura.

Debido a una valoración del Poder Ejecutivo sobre la inconveniencia de mantener en los términos previstos el proceso de movilidad regulada durante 2018, se promulgó un decreto por el cual los cambios de prestador de salud deben ser por motivos justificados para ser autorizados por la Junta Nacional de Salud. Estos incluyen aquellos originados por el cambio de domicilio de un departamento a otro del beneficiario o por dificultades de acceso geográfico; los motivados por pérdida de confianza en el prestador de servicios de salud derivado de problemas de naturaleza asistencial. Estas solicitudes deben ser acompañadas por una declaración jurada del usuario que manifieste que su elección fue realizada de forma libre e informada, sin recibir ningún beneficio económico indebido a cambio. Para mitigar la ocurrencia de hechos delictivos, se trabajó en encontrar procedimientos técnicos administrativos y con ello asegurar la trazabilidad en la afiliación de los usuarios, de modo de conseguir la certeza de que la decisión de éste está correctamente establecida. Estos procedimientos apoyados en nuevas tecnologías de identificación del usuario no llegaron a implementarse por lo que sobre fin de año se tomó la decisión de fijar para febrero 2020 el nuevo período de movilidad regulada.

Las instituciones de salud envían al Ministerio de Salud informes de resultados, balances anuales auditados e informes de costos por actividades. Su procesamiento origina la realización de los informes que luego son analizados por la Junta, como el de indicadores de seguimiento de cada una de las instituciones en cuanto a su desempeño económico y financiero. En el primer trimestre del año se elaboró el informe metodológico para la estimación de los nuevos valores de cápita sin producir alteraciones en el valor de la misma.

El segundo gran componente de la Cuota Salud son las Metas Asistenciales. Este mecanismo de pago por desempeño es de gran relevancia para el sistema, ya que incentiva los cambios en los procesos y resultados que el Ministerio de Salud promueve. Si bien por complejidad es conveniente que se trabaje en una comisión específica, corresponde a esta Junta su análisis y aprobación.

También encaramos en el año el abordaje de la ordenanza por la cual se regula el calendario de hitos a cumplir por las instituciones de salud en relación a la Historia Clínica Electrónica Nacional.

A comienzos de año se realizó el procesamiento de la Encuesta de satisfacción de los usuarios. Luego de su análisis y positiva valoración por parte de la Junta se resolvió solicitar a aquellas instituciones con peores valoraciones que nos informaran de las medidas a tomar para revertir las mismas.

Como es habitual llegaron a este colectivo diversos informes a ser analizados, como ser: informe de sistema de agenda de consulta externa y tiempos de espera, informe de cobertura poblacional, informe sobre Plan de Capacitación Continua para los trabajadores de la salud, informe sobre la Formación Universitaria de los Recursos Humanos, informe sobre remuneraciones del sector, etc.

Sin lugar a dudas nuestra reforma de salud hizo hincapié en la forma en que se incorporaba la visión de los usuarios y los trabajadores al sistema de salud, por ello están representados, tanto en la JUNASA como en los Consejos Honorarios Asesores Departamentales (JUDESAs) y los Consejos Honorarios Asesores Locales (JULOSAs), formando parte también del directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

La participación social necesita promoverse, alimentarse, fomentarse y por ello se realizaron cuatro jornadas de encuentro con las JUDESAs, agrupadas en diferentes regiones. En ellas buscamos acercar información que no siempre llega, acerca del funcionamiento de la JUNASA y del Ministerio de Salud así como recoger inquietudes y necesidades de los actores locales. Con mejor y mayor información se facilita el control social y se puede incidir en los problemas sanitarios detectados en cada territorio y en las realidades particulares que viven los usuarios y trabajadores en su relacionamiento con los prestadores a lo largo y ancho del país.

En dichos encuentros tuvimos disímiles resultados. No logramos captar la atención de todos aquellos involucrados en la institucionalidad ya que en algunas JUDESAs no participan los trabajadores del sector de la salud privada; en otras los trabajadores públicos. Las delegaciones de usuarios también tienen sus dificultades por lo que las reuniones de las JUDESAs suelen espaciadas en el tiempo. Todo ello nos hace reflexionar sobre la participación social, ya que es fundamental para la correcta marcha del sistema que los espacios de participación se llenen de gente motivada, con ganas de incidir en el mismo, que sean difusores de los derechos y deberes y polea de transmisión de las principales inquietudes de la población, que es a quien nos debemos. No es un tema fácil, vamos a contracorriente de la vida moderna, pero es imprescindible apoyar todas las instancias de participación social si queremos que la reforma de la salud continúe por el camino trazado.

Ec. Arturo Echevarría

Presidente de la Junta Nacional de Salud

CAPITULO I. TRABAJO DE LA JUNASA 2018

Durante el año 2018, uno de los temas a los que se debió abocar la JUNASA por su relevancia, fue el cumplimiento de las disposiciones contenidas en los artículos 145 a 149 de la ley N° 19.535 por los cuales se establece y reconoce el derecho a la asistencia de urgencia y emergencia en todo el territorio nacional, para todos los habitantes residentes.

Dicha normativa fue reglamentada por el Decreto 211/008 cuya elaboración fue asumida por la JUNASA y discutida ampliamente en el seno de la misma por todos sus integrantes, no solo por la importancia en el plano asistencial, sino también porque implicó el diseño e implementación de un programa informático que permitiera cumplir cabalmente lo dispuesto en el artículo 21 de la norma reglamentaria. De acuerdo a la misma la JUNASA debe poner a disposición de todos los prestadores un sistema informático que permita saldar los montos emergentes de la facturación de la asistencia brindada mediante compensaciones del Fondo Nacional de Salud – FONASA-.

La implementación del sistema referido y el programa que lo sustenta, tuvo, durante el año 2018, diversas modificaciones, determinadas por los hechos de la realidad y la dinámica del funcionamiento de los procedimientos previstos para el ejercicio del derecho a la asistencia de urgencia y emergencia. La versión original experimentó varios cambios hasta adecuarla a los requerimientos prácticos de forma de hacerla totalmente funcional.

La mecánica establecida inicialmente generó naturalmente dudas y planteamientos de los prestadores que, analizadas por la JUNASA, fueron permitiendo introducir aquellos cambios que, como se expresara, habilitara un sistema ágil y eficiente en el ingreso e intercambio de la información requerida.

Para ello y siguiendo lo establecido en el Decreto 211/018, se creó en el ámbito de la JUNASA la Comisión de Seguimiento, teniendo como cometido asesorar sobre la evaluación de los aspectos funcionales, asistenciales y económicos financieros resultantes de la aplicación de lo previsto en los artículos 145 y siguientes de la ley N° 19.335.

Esta Comisión, designada por resolución N° 476/2018 de la JUNASA, se integra con representantes del Ministerio de Salud Pública, del Ministerio de Economía y Finanzas, del Banco de Previsión Social, de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y con representantes de usuarios, trabajadores y prestadores de Montevideo y del interior del país.

Otro tema, incluido en la agenda de trabajo de la JUNASA fue el relacionado con el cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto N° 390/017. Esta norma, que se sustentó en los hechos de pública notoriedad acaecidos en el año 2017, relacionados con hechos de intermediación lucrativa y otras figuras ilícitas practicadas en las diferentes formas de

captación de usuarios por los prestadores de salud, cometi6 a la JUNASA la redacci6n de un proyecto de protocolo destinado a garantizar la transparencia del derecho del usuario a la libre e informada elecci6n del prestador de salud, recibiendo a esos efectos la asistencia y recomendaciones de la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de gesti6n Electr6nica y la Sociedad de la Informaci6n y del Conocimiento (AGESIC).

Para eso se instrument6 un mecanismo de llamado a consulta p6blica sobre procedimientos de registros en los prestadores de salud que tuvo gran receptividad y permiti6 el dise1o inicial de una propuesta para implementar modalidades de registro por parte de los usuarios en las instituciones integrales de salud que conforman el Seguro Nacional de Salud mediante mecanismos electr6nicos que garantizan su libre elecci6n. Esta propuesta, que incluy6 la participaci6n de usuarios y prestadores en su elaboraci6n, se encuentra en proceso de revisi6n.

En otro orden, la participaci6n social y la profundizaci6n del v6nculo entre la JUNASA y los Consejos Honorarios Asesores Departamentales, conocidos com6nmente como JUDESAs, fue uno de los cometidos planteados, para cuya concreci6n se realizaron cuatro jornadas de encuentro con las mismas, agrupadas en diferentes regiones.

El primer encuentro regional se realiz6 en la ciudad de Rivera el 6 de setiembre de 2018 y abarc6 las JUDESAs de Rivera, Artigas y Tacuaremb6.

El segundo encuentro fue en Paysand6 el 25 de octubre de 2018 y comprendi6 a las JUDESAs de Paysand6, Salto y R6o Negro.

El tercer encuentro se practic6 en San Jos6, con las JUDESAs de San Jos6, Canelones y Montevideo, mientras que el cuarto y 6ltimo se efectu6 en la ciudad de Florida con los departamentos de Florida, Soriano, Flores y Durazno.

En dichos encuentros, hubo diversas presentaciones por parte de las JUDESAs referente a temas de car6cter territorial as6 como planteamientos de diferente naturaleza, ya que justamente uno de los fundamentos para efectuarlos, fue escuchar las inquietudes de los integrantes de cada una de ellas. Tambi6n hubo presentaciones por parte de la propia JUNASA y de otras reparticiones del Ministerio de Salud P6blica, como la Direcci6n General de Coordinaci6n. A grandes rasgos, se plantearon temas relacionados con; el papel rector en la Salud; la reforma del trabajo m6dico: herramienta para la mejora salarial, laboral y asistencial; la participaci6n social organizada; la ley que dispuso el sistema de urgencia y emergencia, decreto reglamentario y sistema inform6tico de soporte, etc.

Obviamente los temas tratados por la JUNASA en el año 2018 no se limitaron a los expuestos ut supra ya que la dinámica de su funcionamiento abarca múltiples y varios puntos propios del cometido que le corresponde como administradora del Seguro Nacional de Salud.

Durante el año 2018, la JUNASA sesionó en forma ordinaria en 19 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 así como el Banco de Previsión Social comparecieron en todas las instancias. También los representantes de los prestadores y de los usuarios asistieron a todas las sesiones, mientras que los de los trabajadores estuvieron en 15. Por su parte, el representante de los profesionales médicos nucleados en el Sindicato Médico compareció a 15 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.

I.1 ACTIVIDAD DE LOS CONSEJOS HONORARIOS DEPARTAMENTALES Y LOCALES DURANTE EL AÑO 2018

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 2018												
DEPARTAMENT O	SES	MSP	BPS	ASSE	PRES TPRIV	TRAB ASSE	TRAB prest.priv.	TRAB. MED. ASSE	TRAB. MED. prest. priv.	USUARIOS ASSE	USUARIOS prest. priv.	INTEND/ Munic.
ARTIGAS	7	7	5	2	5	7	7	0	2	7	7	
ARTIGAS JULOSA Bella Unión	6	6	0	4	3	6	5	4	0	6	5	4
CANELONES	7	7	5	6	4	0	4	0	0	4	5	5

Canelones JULOSA Ciudad de la Costa – Costa de Oro	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1
C. LARGO	8	8	8	8	8	8	6	0	0	8	8	1
C. Largo JULOSA Río Branco	3	3	1	3	3	0	0	0	0	3	3	0
C. Largo JULOSA Noblia	3	3	0	3	3	3	3	0	0	3	3	3
C. Largo JULOSA Tupambaé	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
COLONIA	9	9	7	5	4	0	0	4	0	8	0	7
Colonia JULOSA Carmelo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Colonia JULOSA Juan Lacaze	2	1	No tiene obligación de participar	0	0	0	0	0	0	2	0	1
Colonia JULOSA Tarariras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DURAZNO	10	10	9	6	9	1	0	0	3	6	10	2
FLORES	8	8	6	7	7	0	0	0	0	0	1	2
FLORIDA	7	7	5	4	6	0	5	0	0	7	6	6
LAVALLEJA	4	4	2	4	4	0	1	0	1	3	3	0
MALDONADO	8	8	6	2	7	5	5	0	8	6	6	6
Maldonado JULOSA José Ignacio	1	1		1	1	1	1			1	1	1
MONTEVIDEO	9	9	9	7	6	0	5	0	0	4	5	8
PAYSANDÚ	4	4	3	4	4	2	1	3	3	2	1	4
RÍO NEGRO	5	5	2	4	2	1	1		1	3		1
RIVERA	3	3	3	3	3	1	2	0	0	3	0	3
ROCHA	7	7	7	6	4	1	1	0	0	6	6	5
Rocha JULOSA Chuy	4	4	0	2	1	0	0	0	0	3	3	1
SALTO	6	6	5	6	5	3	3	2	0	5	6	1
SAN JOSÉ	9	9	9	7	9	6	6	7	7	6	7	8
San José JULOSA Rodríguez	5	5	0	4	2	1	0	0	0	0	5	5
SORIANO	2	2	1	2	2	1	2	0	0	2	0	0

Soriano JULOSA Cardona	2	2	0	1	2	1	1	0	1	2	1	0
TACUAREMBÓ	11	11	8	9	7	8	9	8	0	10	11	8
Tacuarembó JULOSA Paso de los Toros	10	10	0	5	6	8	4	5	4	9	6	8
Tacuarembó JULOSA San Gregorio de Polanco	5	5	0	5	1	4	0	0	0	1	0	4
Tacuarembó JULOSA Ansina	6	6	0	6	6	2	2		0	6	0	4

PRINCIPALES TEMAS TRATADOS EN JUDESA/JULOSA POR DEPARTAMENTO. AÑO 2018	
ARTIGAS	<ul style="list-style-type: none"> - INESTABILIDAD EN EL EQUIPO DE GESTIÓN DE ASSE, DEFICIT EN LOS PRECESOS ASISTENCIALES; - CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS; - FALTA DE RECURSOS HUMANOS EN ASSE ENTRE ELLOS ESPECIALISTAS; - ATENCIÓN AL USUARIO, OFICINA DE ATENCIÓN, DERECHOS Y DEBERES; - SALUD RURAL, SALUD MENTAL.
ARTIGAS JULOSA DE BELLA UNIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - SERVICIOS BRINDADOS POR SALUD PUBLICA Y PRIVADA; - CONVENIOS Y COMPLEMENTACIONES; - SALUD MENTAL ASSE NO DISPONE DE SALA PARA LOS USUARIOS; - FALTA EN ASSE DE UROLOGO - TRAUMATOLOGO – OTORRINOLARINGOLOGO; - GREMEDA SIN SERVICIO DE ATENCION A PACIENTES ADICTOS.
CANELONES	<ul style="list-style-type: none"> - INFORME SOBRE CAMPANA DE VACUNACIÓN EN ESCUELAS; - CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN – INF. DE COMISIONES DE SEGUIMIENTO DE EXISTENTES Y FIRMA DE NUEVOS CONVENIOS; - PLANTEAMIENTO POR PARTE DE LOS USUARIOS LA CREACIÓN DEL POLO UROLÓGICO EN EL HOSPITAL DE CANELONES; - EPIDEMIOLOGÍA, SITUACIÓN DE HANTAVIROSIS Y PRESENCIA DE BACTERIA VIBRIO VULNIFICUS; - PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE BUENAS PRÁCTICAS.
CANELONES JULOSA CIUDAD DE LA COSTA – COSTA DE ORO	<ul style="list-style-type: none"> - REUNIÓN DE COORDINACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS, PARA VACUNACIÓN DE HPV EN LAS ESCUELAS.
C. LARGO	<ul style="list-style-type: none"> - CUIDADOS PALIATIVOS - MATERNIDAD ÚNICA - SISTEMA DE CUIDADOS - CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN - PARTICIPACIÓN SOCIAL
C.LARGO JULOSA RÍO BRANCO	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTES ONCOLÓGICOS - CONVENIO DE HOSPITAL DE RÍO BRANCO CAMCELIAMPP - MEDICACIÓN EN LAGO MERIN - FERIA DE LA SALUD EN LAGO MERIN
C.LARGO JULOSA TUPAMBAÉ	<ul style="list-style-type: none"> - POLICLÍNICA DE TIERRA COLORADAS - FERIA DE LA SALUD ARÉVALO - ARREGLOS EDIFICIOS DE LA POLICLÍNICA - POLICLÍNICA DE ARÉVALO, ARREGLOS
C. LARGO JULOSA	<ul style="list-style-type: none"> - GENERADOR DE ENERGÍA PARA LOS APAGONES DE LA POLICLÍNICA

NOBLÍA	<ul style="list-style-type: none"> - AMBULANCIA; - VACUNACIÓN; - AMPLIACIÓN DE LA POLICLÍNICA.
COLONIA	<ul style="list-style-type: none"> - PROYECTO DE FORMACIÓN DE GRUPO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN 3 ZONAS DE COLONIA; - SOLICITUD DE LOS PRESTADORES CCOU Y MHE (SEDES SECUND) DE PARTICIPAR EN JUDESA; - DISTINTOS PROBLEMAS EN CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN ENTRE ASSE Y PRIVADOS; - REALIZACIÓN DE JORNADA DE SALUD LABORAL Y CERTIFICACIONES MÉDICAS EN COLONIA DEL SACRAMENTO; - SITUACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN DISTINTAS ZONAS DEL DEPARTAMENTO DE COLONIA PLANTEADA POR USUARIOS, VECINOS.
COLONIA JULOSA JUAN LACAZE	<ul style="list-style-type: none"> - REALIZACIÓN DE CHARLA DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE VIOLENCIA REALIZADA EN JUAN LACAZE; - CONFORMACIÓN DEL DISPOSITIVO CIUADELA EN LA CIUDAD DE JUAN LACAZE, MANTENIENDO REUNIÓN CON REFERENTES DE LA JUNTA NACIONAL DE DROGAS; - COMO LOGRAR LA ASISTENCIA DE PRESTADORES DE SALUD PÚBLICO Y PRIVADOS Y USUARIOS A PARTICIPAR DE LA JULOSA J. LACAZE.
DURAZNO	<ul style="list-style-type: none"> - CONVENIO COMPLEMENTACIÓN RONDAS DE SALUD RURAL; - LEY DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS; - SALAS DE LACTANCIA MATERNA; - VACUNACIÓN EN LAS ESCUELAS; - DECRETO CONTROL DE SALUD.
FLORES	<ul style="list-style-type: none"> - CONVENIOS ASISTENCIALES ENTRE PRESTADORES PÚBLICOS Y PRIVADOS – CONVENIO CENTRO REHABILITACIÓN SAKURA; - DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, FUNDAMENTALMENTE EN ESPECIALIDADES COMO CIRUGÍA Y ANESTESIA; - ELECCIONES DE USUARIOS DE LA SALUD PÚBLICA Y PRIVADA; - LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA; - COBERTURAS EN RUTAS DE SINIESTROS DE TRÁNSITO. CREACIÓN DEL SITREM.
FLORIDA	<ul style="list-style-type: none"> - LANZAMIENTO DE RONDAS PREVENTIVAS ASISTENCIALES EN EL DPTO. CONVOCATORIA A DIRECTOR DE SALUD DE INTENDENCIA DR. FABIO PANDOLFO PARA COORDINAR ACTIVIDADES; - PREOCUPACIÓN POR ESTADO DE DEAS EN DPTO., SOLICITUD DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES DE PRESTADORES PARA MANTENER EQUIPOS Y ORGANIZAR CURSOS; - SOLICITUDES DE CAMBIO DE PRESTADOR ANTE BPS; - REGLAMENTACIÓN DE LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA. REUNIÓN CON DRA. A BRESCIA; - PLAN NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS Y ACTIVIDAD JUNTO A AL MGAP POR MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR EL CONTAGIO DE M. BOVIS EN TRABAJADORES RURALES.
LAVALLEJA	<ul style="list-style-type: none"> - PROYECTO DE LEY URGENCIA Y EMERGENCIA; - MATERNIDAD ÚNICA; - BUENAS PRÁCTICAS; - EMERGENCIAS MÓVILES, ÁREAS DE COBERTURA; - SALUD RURAL.
MALDONADO	<ul style="list-style-type: none"> - INSTALACIÓN CENTRO CARDIOLÓGICO MALDONADO; - JORNADAS DE CAPACITACIÓN EN RESUCITACIÓN CARDIACA –GRUPO CERCA; - CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN –LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA; - CARNÉ DE DEPORTISTAS FEDERADOS ART 447 LEY 18719; - PROYECTO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ASSE.
MALDONADO JULOSA JOSÉ IGNACIO	<ul style="list-style-type: none"> - FUNCIONAMIENTO DE LA POLICLÍNICA DE JOSÉ IGNACIO; - ACUERDO PLAN VERANO.
MONTEVIDEO	<ul style="list-style-type: none"> - VACUNACIÓN – CAMPANAS; - ABORDAJE DE LA TUBERCULOSIS EN MONTEVIDEO;

	<ul style="list-style-type: none"> - BUENAS PRÁCTICAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN; - CUIDADOS PALEATIVOS; - BIOÉTICA Y CALIDAD INTEGRAL DE LA ATENCIÓN DE SALUD.
PAYSANDÚ	<ul style="list-style-type: none"> - TARJETA AMIGA; - PRESENTACIÓN DE BUENAS PRACTICAS; - CONVENIO GUICHÓN (METAS ASISTENCIALES); - PROYECTO CONVENIO ENTRE RAP ASSE Y MINISTERIO DEL INTERIOR; - PROPUESTA SITREM (SISTEMA DE TRAUMA Y EMERGENCIA).
RÍO NEGRO	<ul style="list-style-type: none"> - INTEGRACIÓN DE LA JUDESA Y COMPROMISOS INSTITUCIONALES; - BUENAS PRÁCTICAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN; - LEY URGENCIA Y EMERGENCIA; - COMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS, SITUACIÓN DE LOS CONVENIOS EXISTENTES Y ÁREAS A COMPLEMENTAR.
RIVERA	<ul style="list-style-type: none"> - COMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS; - CONSEJOS CONSULTIVOS SIN FUNCIONAR; - PUERTA ÚNICA PARA LOCALIDADES DEL INTERIOR (VICHADERO, MINAS DE CORRALES Y TRANQUERAS).
ROCHA	<ul style="list-style-type: none"> - PRESENTACIÓN DE PROYECTO BUENAS PRÁCTICAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN; - PRESENTACIÓN INFO SALUD/ROCHA; - PREVENCIÓN DE SUICIDIO A CARGO DE LA PSIC. ELINA PEYRE; - INFORME DE DISCAPACIDAD EN URUGUAY, DATOS ESTADÍSTICOS A NIVEL NACIONAL Y DEPARTAMENTAL; - LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA.
ROCHA JULOSA CHUY	<ul style="list-style-type: none"> - LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA; - OBRAS REALIZADAS EN HOSPITAL CHUY (LAVADERO Y FUTURA EMERGENCIA), GUARDIAS MÉDICAS CON CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN EN EMERGENCIA CHUY; - NO APERTURA DE MOVILIDAD REGULADA EN 2019; - PLANTEAMIENTO DE USUARIOS DE DEMORAS EN ACCESO A CONSULTA DE ESPECIALISTAS EN ASSE; - PLANTEAMIENTO DE FALTA DE PEDIATRAS EN HOSPITAL DE CHUY.
SALTO	<ul style="list-style-type: none"> - CONVENIOS COMPLEMENTACIÓN; - ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD; - SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DPTAL Y NACIONAL (INUNDACIONES, LEISHMANIASIS HUMANA, ETC.); - FUNCIONAMIENTO DE CONSEJOS CONSULTIVOS Y OFICINAS DE ATENCIÓN AL USUARIO; - RELACIONAMIENTO EQUIPOS DE SALUD-PACIENTES; - DETERMINACIÓN DE ARANCELES Y COSTOS DE SERVICIOS EN LA COMPLEMENTACIÓN; - PARTICIPACIÓN IAMPP EN JU.DE.SA. (COMUNICADO FE.PRE.MI).
SAN JOSÉ	<ul style="list-style-type: none"> - CAMPAÑA DE VACUNACION HPV Y GRIPE; - BUENAS PRACTICAS EN PNA; - CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS; - MATERNIDAD UNICA; - RONDAS RURALES.
SAN JOSÉ JULOSA RODRÍGUEZ	<ul style="list-style-type: none"> - CAMPAÑA DE VACUNACION HPV Y GRIPE; - BUENAS PRACTICAS EN PNA; - SEGUIMIENTO DE CONVENIOS DE COMPLEMENTACION; - CAMPAÑA CONTRA EL AEDES AEGYPTI; - CUIDADOS PALIATIVOS.
SORIANO	<ul style="list-style-type: none"> - ABORDAJE DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE; - RONDAS Y FERIAS RURALES; - CONVENIOS DE COMPLEMENTACIÓN; - REESTRUCTURA DE CAMS – IAMPP;

	- SITUACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DEPARTAMENTO.
SORIANO JULOSA CARDONA	- SALUD MENTAL; - ABORDAJE DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE; - RONDAS Y FERIAS RURALES; - REESTRUCTURA DE CAMS – IAMPP.
TACUAREMBÓ	- ENTRADA EN VIGENCIA DE LEY DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SE TRATAN LOS DIFERENTES PUNTOS LUEGO DE SU PUESTA EN MARCHA Y LAS DIFICULTADES QUE SE HAN PRESENTADO; - DIFICULTADES Y DEMORAS PARA CAMBIO DE PRESTADOR A USUARIOS A PESAR DE QUE HAY RAZONES CLARAMENTE FUNDADAS; - ORDENANZA 692 _ ACCESO MEDICACIÓN DE ALTO PRECIO; - CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN ASSE-COMTA (PRE-EXISTENTE, FORMALIZADO PERO SIN FIRMAR AUN) INCLUYE POR EJ _ TAPE, POLICLÍNICA DE CESACIÓN TABÁQUICA, COBERTURA DE SALUD EN ZONAS RURALES; - CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL DENGUE. (LIRAS, CONTROL DE PUNTOS ESTRATÉGICOS, ETC.), TRAMPEO EN BUSCA DEL FLEBOTOMO DE LEISMANIASIS; - CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS TÓXICAS. FUNCIONAMIENTO DE JDD Y COMISIÓN DPTAL. DE PREV DEL SUICIDIO.
TACUAREMBÓ JULOSA PASO DE LOS TOROS	- FUTURO INGRESO A FONASA DE FUNCIONARIOS MUNICIPALES, MILITARES Y POLICIALES; - ASSE PLANTEA DIFICULTADES PARA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TRASLADOS ESPECIALIZADOS A NIVEL LOCAL, DEBIENDO HACERLO A NIVEL INTER_ DEPARTAMENTAL; - POSEVI // COBERTURA DE ACCIDENTES EN EJE DE RUTA 5; - CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL DENGUE_ IMPLEMENTACIÓN, TRAMPEO PARA BÚSQUEDA DE FLEBOTOMOS DE LEISMANIASIS; - DIFICULTADES EN LA ACCESIBILIDAD A CONSULTAS CON ESPECIALISTAS; - ANÁLISIS LOCAL PARA UN FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS INSTITUCIONALES DEBIDO A PRÓXIMA INSTALACIÓN DE UPM EN ZONA DE INFLUENCIA DE PASO DE LOS TOROS.
TACUAREMBÓ JULOSA SAN GREGORIO DE POLANCO	- ENTRADA EN VIGENCIA DE LEY DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SE TRATAN LOS DIFERENTES PUNTOS LUEGO DE SU PUESTA EN MARCHA Y LAS DIFICULTADES QUE SE HAN PRESENTADO; - AUSENCIA DE SANEAMIENTO; - PROTOCOLIZAR ACCIONES PARA ORGANIZACIÓN, MAYOR PARTICIPACIÓN Y ELECCIÓN DE REPRS DE LOS USUARIOS A NIVEL LOCAL Y DEPARTAMENTAL; - CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL DENGUE; - COORDINACIÓN DE TRASLADOS A CONSULTAS Y/O ESTUDIOS MÉDICOS A USUARIOS DE ASSE Y COMTA EN VEHICULO DE DDS TBO; - PROLONGADOS TIEMPOS DE ESPERA Y DIFICULTADES EN LA COORDINACIÓN ENTRE UE DE ASSE A NIVEL DEPARTAMENTAL (RAP _ ASSE SGP Y ASSE TBO); MEJORAR LA RESOLUTIVIDAD DEL PNA.
TACUAREMBÓ JULOSA ANSINA	- ENTRADA EN VIGENCIA DE LEY DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SE TRATAN LOS DIFERENTES PUNTOS LUEGO DE SU PUESTA EN MARCHA Y LAS DIFICULTADES QUE SE HAN PRESENTADO; - DERECHOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES, ANÁLISIS DE POSIBLES SITUACIONES DE VULNERACIÓN DE DERECHOS A NIVEL LOCAL Y DADA LA PRESENCIA EN LA JULOSA ANSINA DE REPS DE CAIF, LICEO, JARDIN DE INFANTES, MIDES SERVICIO DE VBG; - POSIBLE CREACIÓN DE PUERTA ÚNICA DE EMERGENCIAS DADA LA FALTA DE RRHH MÉDICOS EN ASSE Y COMTA ANSINA ; - CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL DENGUE; - LOCALIDADES RURALES CERCANAS A ANSINA EN LAS CUALES FUNCIONAN POLICLÍNICAS QUE NO CUENTAN CON SUMINISTRO DE AGUA POTABLE.

I.2 AVANCES EN MATERIA NORMATIVA

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

- Decreto N° 53/018 de 15/03/2018 por el cual se eliminaron varias prestaciones incluidas en el Catálogo de Prestaciones aprobado por Decreto N° 465/008 de 3/10/2008.
- Ordenanza ministerial N° 429 de 28/05/2018 por la que se modificó la Ordenanza N° 1085/2017 referente a la Implementación de la HISTORIA CLINICA ELECTRONICA NACIONAL.
- Decreto N° 266/018 de 03/09/0/2018, por el que se incluye dentro del Catálogo de Prestaciones el Tratamiento endovascular de patología aórtica torácica abdominal infrarenal, mediante la colocación de endoprótesis aórtica no fenestrada.
- Decreto N° 382/018 de 22/11/2018 que, dispuso en lo sustancial la suspensión del período de movilidad regulada previsto para el mes de febrero de 2019, al no estar todavía 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. Asimismo dicha norma introduce cambios en la regulación existente sobre cambios de prestador de salud – contemplada en el Decreto N° 177/009 – al conferirle a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública competencia para resolver en las solicitudes fundamentadas en razones asistenciales (pérdida de confianza en el prestador originada en problemas de naturaleza asistencial). Se mantiene en la órbita de la Junta Nacional de Salud todo lo referente a las resoluciones a adoptar sobre cambios de prestador basados en cambio de domicilio o en la existencia de dificultades geográficas de acceso.
- Decreto N° 211/018 de 17/07/2018 reglamentario de los artículos 145 a 149 de la Ley 19.335 por los cuales se establece y reconoce el derecho a la asistencia de urgencia y emergencia en todo el territorio nacional, para todos los habitantes residentes.

I.3 COMISIÓN ASESORA METAS

En el año 2018 el trabajo de la Comisión Asesora de Metas comenzó el 22 de marzo, con el objetivo de incorporar al instructivo de Meta 2 vigente para el período abril 2017 a marzo de 2019, las correcciones que se hubieran detectado a partir de su implementación.

Como resultado del trabajo de evaluación de los indicadores de Meta 2 y los procesos asociados al cumplimiento de las metas, se propusieron cambios a los indicadores específicos

del área temática morbimortalidad por VIH Sida, y embarazo adolescente. En el mes de julio 2018 fueron aprobados por la JUNASA.

A inicios del mes de julio se realizó la última reunión de revisión de Meta 2, y durante el mes de setiembre se intercambió el documento final que luego fuera aprobado por la Junta. Esta propuesta incluía cambios en uno de los indicadores referidos a Infarto Agudo de Miocardio, y tres indicadores vinculados a la temática de Cáncer.

En noviembre 2018 la comisión retoma sus actividades semanales, con el objetivo de trabajar en la reformulación de las Metas 1 y 2 para el período 2019-2021.

I.4 CONTRATOS DE GESTIÓN

De acuerdo al Artículo 61[1] 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 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 el primer semestre del año 2018 la JUNASA evaluó los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones consideradas, a partir del Informe sobre Encuesta de Satisfacción elaborado por el Área Economía de la Salud. Según establece el numeral 2 del Artículo 61 instó a las Instituciones a informar las acciones correctivas emprendidas en aquellos casos donde el desempeño del indicador se encontraba por debajo de un desvío estándar del promedio. Las acciones informadas fueron consolidadas y valoradas por la JUNASA a la luz del desempeño de cada Institución.

En cuanto a la difusión, el Informe de Encuesta de Satisfacción, junto con el desempeño de cada una para cada indicador, fue publicado en la página Web del MSP. A su vez, algunos de los indicadores que surgen de la Encuesta de Satisfacción fueron publicados en la aplicación ATUSERVICIO.

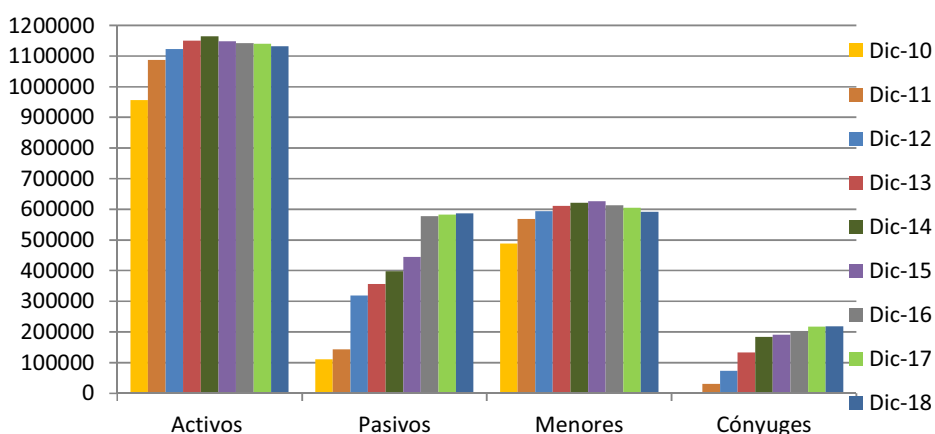
[1] El artículo 61 del Contrato de Gestión, referido a la Satisfacción del Usuario indica lo siguiente: “1. A los efectos de medir el nivel de satisfacción del usuario/a con los servicios, el prestador realizará a su cargo al menos una encuesta por año, que lo indague en base a los siguientes indicadores 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.”.

CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

II.1 EVOLUCIÓN

La población afiliada al SNS a diciembre de 2018 asciende a **2.529.595** beneficiarios, lo que representa el 72% de la población total del país. Respecto al año anterior, la cantidad de beneficiarios se redujo en 0,6%. Este resultado se relaciona a la dinámica reciente del mercado laboral, si se tiene en cuenta que la reducción se verifica, esencialmente, entre los activos y los menores. No hay que olvidar que estos últimos, en su mayoría, obtienen su cobertura a partir de los primeros.

Gráfico 1 - Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación



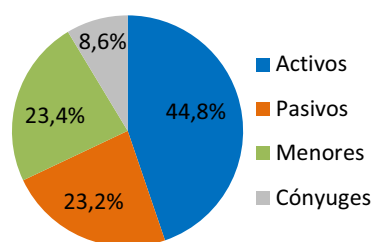
Fuente: Área Economía de la Salud. En base a información de BPS

En efecto, tanto los activos como los menores registran una caída anual de afiliados (0.7% y 2.1% respectivamente). Como se puede observar en el gráfico, esta misma situación se presentó el año anterior. Estos resultados refuerzan la hipótesis de la vinculación de esta dinámica a la situación reciente en el mercado de trabajo.

Los cónyuges presentan una cierta estabilidad (aumento de 0,33%), mientras que en el caso de los pasivos se produce un crecimiento de 0.67% asociado, seguramente, al incremento habitual de esta población por el pasaje de activos a la condición de pasivos.

Para el año 2018 la composición de la población afiliada según tipo de afiliación es prácticamente la misma que la presentada en el ejercicio anterior. Las pequeñas variaciones registradas son consistentes con la evolución reseñada más arriba, con pequeños aumentos en la participación de pasivos y cónyuges en detrimento de los activos y menores.

Gráfico 2 - Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2018



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%.

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

	Dic-07	Dic-08	Dic-11	Dic-12	Dic-16	Dic-17	Dic-18	
SEXO MASCULINO	< 1	0	11.471	14.140	14.325	16.074	14.956	13,754
	1 a 4	0	47.821	61.673	63.305	67.635	66.885	64,881
	5 a 14	17	126.565	165.409	171.384	181.622	179.261	176,378
	15 a 19	14.225	50.478	69.678	70.471	69.421	68.138	66,531
	20 a 44	266.760	306.882	384.643	390.834	408.453	406.391	401,778
	45 a 64	125.395	162.974	216.831	227.905	275.843	280.923	282,456
	65 a 74	19.281	27.110	43.849	61.639	102.303	105.113	105,536
	> 74	7.956	11.273	18.404	54.378	81.103	82.598	83,490
Total	433.634	744.573	974.627	1.054.241	1.202.454	1.204.265	1,194,804	
SEXO FEMENINO	< 1	0	10.746	13.777	13.572	15.344	13.950	12,846
	1 a 4	0	45.751	58.779	60.859	64.148	63.471	61,326
	5 a 14	2	121.170	158.101	163.775	173.047	170.956	168,139
	15 a 19	6.968	42.643	60.398	62.592	65.110	63.682	62,440
	20 a 44	181.726	235.639	338.499	369.413	428.045	427.700	424,707

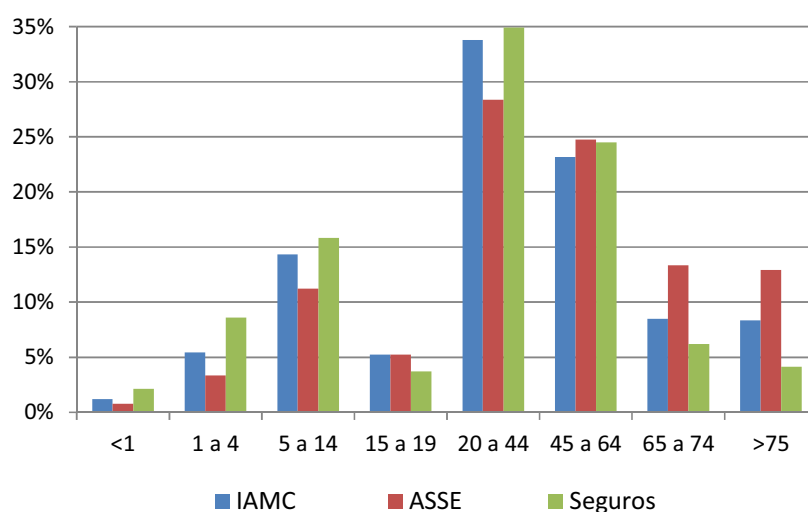
45 a 64	94.975	137.059	193.814	214.166	309.898	317.978	320,089
65 a 74	20.000	26.330	43.694	69.830	130.010	133.799	134,460
> 74	11.517	13.833	22.412	100.288	147.542	149.664	150,784
Total	315.188	633.170	889.474	1.054.495	1.333.144	1.341.200	1,334,791
TOTAL	748,821	1.377.743	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	2.529.595

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 continúa siendo el más numeroso, 33% del total. En relación a la evolución, todos los tramos de menores se reducen, especialmente entre los de menos de un año, así como también el tramo central que, posiblemente, concentre la mayor parte de los activos. En sentido contrario, todos los tramos mayores a 44 años aumentan, si bien en porcentajes relativamente pequeños.

A continuación, se presenta la estructura de edad de los beneficiarios del SNS por tipo de prestador. Como se desprende del Gráfico 3, en los Seguros el porcentaje de la población total que representan los tramos de edad por debajo de los 14 años (26%) es mayor que los correspondientes a las IAMC (20%) y a ASSE (15%). En contraposición, los mayores de 65 años representan el 26% de la población de ASSE, mientras que en las IAMC son el 18% y en los Seguros solamente el 10%. Asimismo, puede observarse que el peso de quienes tienen entre 20 y 44 años es similar en las IAMC (34%) y en los Seguros (35%) pero es significativamente más bajo en ASSE (29%).

Gráfico 3 – Estructura de edad beneficiarios SNS por tipo de prestador 2018



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 tres últimos años.

La distribución por prestador no ha cambiado significativamente en los últimos tres años: el 77,4% de los beneficiarios han optado por una IAMC, el 19,8% por ASSE y el 2,8% restante por un Seguro Privado. De todos modos, es importante significar que el subsector mutual presentó una reducción de 1.1% respecto a 2017, tanto en Montevideo como en el interior, lo que supone el quiebre de la tendencia creciente que se mantuvo desde la implementación del nuevo sistema. De hecho, a excepción de CUDAM, Universal y COSEM, todas la IAMC sufrieron pequeñas reducciones en su población de afiliados a través del SNS.

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

IAMC - Montevideo	Dic-07	Dic-08	Dic-11	Dic-12	Dic-16	Dic-17	Dic-18	var. 18/17
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	124.655	150.233	166.420	165.981	164.006	-1%
ASOC. EVANGELICA	20.676	33.284	42.927	49.300	57.457	57.749	57.379	-1%
CASA DE GALICIA	26.218	38.051	43.575	49.623	45.479	43.361	42.209	-3%
CASMU	73.595	119.173	131.672	166.352	179.105	175.389	170.658	-3%
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	63.033	70.030	86.840	86.309	84.138	-3%
CUDAM	29.339	40.971	44.642	46.582	79.352	84.108	85.550	2%
COSEM	12.458	24.867	47.575	54.810	50.506	52.834	53.253	1%
G.R.E.M.C.A.	16.113	31.193	32.184	32.721	34.603	34.247	33.219	-3%
IMPASA	10.706	17.327	-	-	-	-	-	-
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.740	235.227	256.698	297.335	301.683	300.147	-1%
SMI	28.573	57.462	100.630	108.854	124.296	122.511	119.683	-2%
UNIVERSAL	22.050	38.097	54.657	56.494	57.321	57.276	58.181	2%
Sub total	413.707	704.336	920.777	1.041.697	1.178.714	1.181.448	1.168.423	-1.1%
IAMC - Interior								
AMECOM -	31.160	51.177	62.670	66.839	70.768	71.077	70.523	-1%
AMEDRIN- RIO NEGRO	5.097	7.487	7.669	8.050	8.599	8.700	8.532	-2%
AMSJ - SAN JOSE	17.250	30.221	37.650	41.001	44.962	44.961	44.687	-1%
CAAMEC - ROSARIO	12.445	21.549	25.776	28.573	41.862	42.094	41.556	-1%
CAAMEPA - PANDO	12.474	22.295	27.309	29.733	32.465	32.511	32.131	-1%
CAMCEL	10.081	20.824	26.364	28.451	39.151	39.399	39.080	-1%
CAMDEL - MINAS	11.656	20.713	23.297	25.248	26.908	26.959	26.659	-1%
CAMEDUR - DURAZNO	8.861	17.608	22.868	24.646	29.057	29.369	29.098	-1%
CAMOC - CARMELO	8.411	13.865	16.473	18.220	19.520	19.460	19.180	-1%
CAMS - SORIANO	16.201	30.351	38.104	39.855	41.836	41.282	40.365	-2%
CAMY - YOUNG	4.525	6.838	6.891	7.040	7.424	7.477	7.357	-2%
CASMER - RIVERA	9.159	17.590	23.718	26.951	31.669	31.994	31.885	0%
CO.ME.FLO. - FLORES	4.992	8.481	10.026	10.685	11.430	11.523	11.432	-1%
COMECA -	15.727	29.192	36.607	40.408	44.816	44.967	44.728	-1%

COMECEL - MELO	2.661	6.052	7.990	8.330	-	-	-	-
COMEF - FLORIDA	12.515	21.862	25.244	26.998	28.846	28.450	27.853	-2%
COMEPA - PAYSANDU	22.802	38.848	46.609	49.391	56.952	57.646	57.027	-1%
COMERI - RIVERA	7.305	14.444	17.891	19.415	21.094	21.068	20.675	-2%
COMERO - ROCHA	12.518	22.508	28.381	31.194	36.020	36.696	36.568	0%
COMETT -	448	998	1.162	1.264	2.326	1.860	1.758	-5%
COMTA -	15.023	27.534	30.523	31.432	32.400	32.242	31.617	-2%
CRAME - MALDONADO	13.267	23.071	30.761	33.406	38.085	38.981	39.043	0%
CRAMI - LAS PIEDRAS	11.955	23.864	29.650	32.849	34.118	33.740	33.188	-2%
GREMEDA - ARTIGAS	9.157	17.514	18.316	19.231	21.184	21.329	21.093	-1%
IAC - TREINTA Y TRES	8.477	15.306	17.705	18.471	17.388	17.377	16.971	-2%
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	55.927	-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	788.933	-1,1%
Seguros Privados								
HOSPITAL BRITÁNICO		7.464	18.326	19.405	22.961	23.569	23.709	1%
BLUECROSS & BLUESHIELD		2.543	5.230	5.798	8.257	8.818	10.615	20%
MP		8.424	14.533	15.564	18.252	18.363	17.769	-3%
SUMMUM		3.680	6.552	7.206	9.553	9.922	10.234	3%
COPAMHI		326	561	679	789	805	804	0%
SEGURO AMERICANO		2.015	3.714	4.280	7.121	7.339	7.372	0%
PRIMÉDICA		-	8	16	-	-	-	-
Sub total		24.452	48.924	52.948	66.933	68.816	70.503	2,5%
ASSE								
ASSE	25.047	93.462	219.279	288.884	495.309	497.142	501.736	1%
TOTAL	748.820	1.377.741	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	2.529.595	-0,6%

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

Los Seguros Privados crecieron 2,5% lo que supone un ritmo similar al 2,8% registrado en 2017. El crecimiento más significativo se registró en Bluecross & Blueshield: 20%, mientras que MP es el único que registra una leve caída de beneficiarios. Finalmente, el Hospital Británico continúa siendo el que tiene mayor número de afiliados, representando la tercera parte del total de beneficiarios del SNS afiliados a Seguros Privados.

ASSE, por su parte, creció 1%, lo que representa una tasa superior al incremento de 0,4% registrado en 2017. De todas formas, estas tasas reflejan una relativa estabilidad si se comparan con el período previo finalizado en 2016. En ese sentido, hay que tener en cuenta que la mayor parte de esa dinámica fuertemente creciente se debía a la incorporación de nuevos colectivos, proceso que finalizó justamente en 2016. Finalmente, cabe destacar que ASSE continúa siendo el prestador, individualmente considerado, que da cobertura al mayor número de beneficiarios del SNS.

II.2 MOVILIDAD REGULADA

En este apartado se presenta la información de movilidad de usuarios registrada durante el año 2018.

Por decisión del poder ejecutivo, dispuesta en el decreto 390/017, se resolvió suspender la apertura del período de movilidad regulada de usuarios que anualmente se habilita al amparo de lo dispuesto por el decreto 3/011. Esta norma establece que, durante todo el mes de febrero de cada año, se permita el cambio de prestador a aquellos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud que cumplan con los requisitos de antigüedad previstos.

En razón de lo señalado en el párrafo anterior, el proceso de movilidad regulada durante 2018 se circunscribe a los cambios que, por motivos oportunamente justificados, fueron autorizados por la Junta Nacional de Salud. Estos incluyen aquellos originados por el cambio de domicilio del beneficiario o por dificultades de acceso geográfico, los motivados por pérdida de confianza en el prestador de servicios de salud y los que se deben a dificultades económicas para el acceso a las prestaciones de salud. De acuerdo con el Decreto 390/017, las solicitudes de cambio de institución deben ser acompañadas por una declaración jurada del usuario que manifieste que su elección fue realizada de forma libre e informada, sin recibir ningún beneficio económico indebido a cambio.

Adicionalmente, es importante recordar que la normativa vigente, más allá de las condiciones reseñadas más arriba, permite a los beneficiarios del Seguro cambiarse desde un prestador privado hacia ASSE en cualquier momento del año. Del mismo modo, también habilita la movilidad desde y hacia los Seguros Privados. En estos casos, el cambio se hace operativo concurriendo directamente a los centros de afiliaciones de las instituciones correspondientes.

En concreto, durante el 2018 se concedieron 12.410 cambios por motivo de cambio de domicilio o dificultad geográfica para el acceso y se denegaron 167 solicitudes.

Se recibieron, además, 3.593 solicitudes por el resto de los motivos, de las que se concedieron 1.547, se denegaron 1.939, se archivaron 45, no culminaron el trámite 49 y 13 aún permanecen pendientes. De las solicitudes aprobadas, el 85% fueron por motivos asistenciales, 7% fueron por afiliaciones de oficio en ASSE, 6% por otros motivos y tan sólo el 1% fue por el argumento económico, al igual que el motivo de afiliación irregular. En cuanto a las solicitudes denegadas, el 59% se debían a motivos asistenciales, 20% por afiliaciones en ASSE de oficio, 14% por “otros motivos” y 7% por motivos económicos. Por último, a lo largo del 2018 se registró un único cambio motivado por la denegatoria del prestador original a brindar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

CAPITULO III – ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA

III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2018

El resultado operativo del FONASA fue negativo en \$21.825.393.425 durante el ejercicio 2018, lo que implica poco más de 24% de los egresos del fondo en el ejercicio.

Como se describe en el Cuadro 3, el conjunto de pagos realizados a los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (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.

Cuadro 3 - Resultado FONASA 2018 sin considerar la asistencia de CGN

Ingresos	
Recaudación BPS	49.563.516.413
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	8.761.222.009
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	767.078.934
Aportes Del Gobierno Central (CGN)	9.275.059.694
TOTAL INGRESOS POR RECAUDACIÓN	68.366.877.050
Comisiones Seguros Integrales	100.214.116
Otros Ingresos	0
TOTAL OTROS INGRESOS	100.214.116
TOTAL DE INGRESOS	68.467.091.166
Egresos	
Liquidaciones Mutualistas	60.133.673.027
Sobrecuota de Inversión	-6.307.156
Liquidaciones ASSE	16.492.395.018
Liquidaciones Seguros Integrales	1.670.309.037
Liquidaciones Fondo Nacional de Recursos	7.323.312.986
Liquidaciones Cajas de Auxilio	0
Reintegro de Aportes	4.679.101.678
TOTAL EGRESOS	90.292.484.590
Resultado Operativo FONASA	
TOTAL	-
	21.825.393.425
Otros Movimientos Financieros	
Ingresos por cobro de adelantos financieros	0
Egresos por adelantos financieros	0
TOTAL OTROS MOV.FINANCIEROS	0
Resultado Final	
RESULTADO FINAL FONASA	-
	21.825.393.425

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

Poco más del 20% de la diferencia entre egresos e ingresos está explicado por el régimen de reintegro de aportes que fuera creado por la Ley 18.731 de diciembre de 2010. Esta proporción se mantiene relativamente estable desde 2016.

Cuadro 4 - Composición Reintegro de aportes 2018.

	AÑO DE EMISIÓN							TOTALES
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Montos (\$)	67.671	305.385	6.328.497	18.802.777	49.082.858	110.048.807	4.494.465.682	4.679.101.677

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

El Cuadro 4 muestra la composición de los reintegros pagados en 2018, según año de generación del derecho. El 96% del monto total corresponde a lo devengado en el año 2017. Por su parte, el Gráfico 4 muestra la evolución del peso de las transferencias de Rentas Generales respecto a los egresos totales del Fondo desde 2004 a la fecha y se presentan los valores de estos conceptos, a precios constantes de 2008, para algunos años seleccionados (Cuadro 5).

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



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

Cuadro 5 - Transferencias de Rentas Generales al FONASA y Egresos Totales. Millones de pesos a precios constantes 2008. Años seleccionados.

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

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

Como puede observarse, las transferencias de Rentas Generales comenzaron una trayectoria creciente, tanto en términos reales como en su participación relativa en los egresos del Fondo,

a partir de 2011. Esto coincide con la puesta en marcha del régimen de reintegros de aportes establecido en la Ley 18.731. Sin embargo, el quiebre tendencial más significativo se debe a que la misma norma determinaba 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. Estos colectivos generaron un crecimiento de los egresos mayor al que producen en los ingresos del FONASA. En el caso de los cónyuges porque el aporte de 2% adicional que realizan los generantes, en general, no alcanza a cubrir los gastos por cápitas y metas del nuevo beneficiario. En el segundo caso por la combinación de aportes relativamente bajos, puesto que los jubilados y pensionistas suelen tener ingresos moderados y cápitas asociadas a los tramos de edades mayores, que son las que presentan los valores más altos.

Dado que la cadencia de incorporaciones referida culminó a mediados de 2016, los resultados actuales ofrecen una imagen razonable de la situación esperable para los próximos años en relación a las necesidades de financiamiento a través de Rentas Generales, si bien hay otros factores que inciden en este resultado, tales como la evolución de los valores de cuota salud, las variaciones de los salarios y el dinamismo del empleo formal. En efecto, puede observarse que las transferencias de Rentas Generales se mantienen relativamente estables en 2017 y 2018, tanto en términos reales como de su peso relativo en los gastos totales del FONASA.

Cuadro 6 - Resultado Económico del FONASA 2018 por tipo de afiliación

Ingresos	Monto	%/Egresos 2018	%/Egresos 2017	%/Egresos 2016	%/Egresos 2015
Menores	11.399.838.185	12,6%	13,1%	11,5%	13,5%
Cónyuges	1.828.006.494	2,0%	2,2%	2,2%	2,5%
Pasivos	8.761.222.009	9,7%	9,9%	9,0%	8,8%
Activos	46.377.810.361	51,4%	50,0%	54,2%	58,1%
Otros Ingresos	100.214.116	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%
Total Ingresos	68.467.091.166	76%	75%	77%	83%
Egresos	Monto	%/Egresos 2018	%/Egresos 2017	%/Egresos 2016	%/Egresos 2015
Menores	14.415.946.961	16,0%	16,4%	17,6%	18,5%
Cónyuges	7.310.466.339	8,1%	7,8%	7,5%	7,5%
Pasivos	31.128.082.333	34,5%	33,9%	31,6%	27,8%
Activos	32.765.194.435	36,3%	36,4%	38,1%	40,3%
Sobrecuota de Inversión	-6.307.156	0,0%	0,0%	0,3%	1,2%
Reintegro de Aportes	4.679.101.678	5,2%	5,4%	4,8%	4,7%
Otros Egresos	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total Egresos	90.292.484.590	100%	100%	100%	100%
Resultado	Monto	%/Egresos 2018	%/Egresos 2017	%/Egresos 2016	%/Egresos 2015
Menores	-3.016.108.776	-3,3%	-3,3%	-6,0%	-5,0%
Cónyuges	-5.482.459.844	-6,1%	-5,6%	-5,4%	-5,0%
Pasivos	-22.366.860.324	-24,8%	-24,1%	-22,7%	-18,9%
Activos	13.612.615.926	15,1%	13,6%	16,1%	17,8%

Sobrecuota de Inversión	6.307.156	0,0%	0,0%	-0,3%	-1,2%
Reintegro de Aportes	-4.679.101.678	-5,2%	-5,4%	-4,8%	-4,7%
Otros	100.214.116	-0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,3%
Total Resultado	-21.825.393.425	-24%	-25%	-23%	-17%

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

El Cuadro 6 muestra los ingresos, egresos y saldos por grandes colectivos de afiliación. En primer término se constata que el mayor diferencial entre egresos e ingresos se observa en el caso de los Pasivos. En efecto, sus aportes financian menos del 10% de los egresos totales, al tiempo que explican más de la tercera parte de los gastos totales del Seguro. A partir de 2016, cuando se consolidó el proceso de ingreso de este colectivo al SNS, se puede observar que su brecha de financiamiento prácticamente coincide con las necesidades de contribución de Rentas Generales.

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

III.2 INGRESOS

En 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 7 - Ingresos del FONASA 2018

INGRESOS PROPIOS	Monto	%
Aportes personales de trabajadores privados	11.849.431.556	17,3%
Aportes personales de trabajadores públicos	3.903.040.326	5,7%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados	10.418.884.495	15,2%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos	2.808.960.185	4,1%
Aportes patronales de trabajadores privados	18.721.748.131	27,3%
Aportes patronales de trabajadores públicos	6.007.524.236	8,8%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	571.441.243	0,8%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	242.092	0,0%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	2.257.285.241	3,3%
Bancos	2.831.792.483	4,1%
Notarial	235.305.055	0,3%
TOTAL APORTES DE ACTIVOS	59.605.655.041	87,1%
RECAUDACIONES PERSONALES SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS	8.761.222.009	12,8%
OTROS INGRESOS	100.214.116	0,1%
TOTAL DE INGRESOS PROPIOS	68.467.091.166	75,8%
ASISTENCIA		
APORTE DE RENTAS GENERALES	21.825.393.425	24,2%
TOTAL INGRESOS		
INGRESOS TOTALES	90.292.484.590	100,0%

Aproximadamente el 42% de los ingresos propios del FONASA se explica por los aportes personales realizados por los trabajadores del sector privado y público, a excepción de bancarios, notariales y trabajadores no dependientes. De estos, 23 puntos porcentuales se corresponden con los aportes personales básicos, en tanto que los restantes los constituyen los adicionales a partir de los que los generantes activos atribuyen cobertura a menores y/o discapacitados a cargo y a cónyuges. Asimismo, los aportes patronales explican aproximadamente 36% de los ingresos propios, en tanto que casi 13% se explica por los aportes personales realizados por jubilados y pensionistas. El resto lo constituyen los aportes personales y patronales de los trabajadores no dependientes, los aportes personales de bancarios y notariales y otros ingresos.

III.3 EGRESOS

A continuación se analiza la información relativa a los egresos del fondo, sin considerar los reintegros de aportes. Esta opción metodológica se asume partiendo de la base de que los reintegros no constituyen gastos realizados en la consecución de los objetivos del seguro. En este sentido, se asimilan a una 'renuncia de ingresos', más que a una erogación del Fondo.

Tal como se muestra en el Cuadro 8, el 80% de los egresos del FONASA se corresponden con el pago de cápitas correspondientes a los beneficiarios del SNS que obtienen cobertura en las IAMC y en ASSE, mientras que los pagos por componente metas de la cuota salud y por sustitutos de tickets a estas instituciones suman 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 separado¹, constituyendo 2% de los egresos totales. Estos pesos relativos son idénticos a los registrados en el ejercicio anterior.

Cuadro 8 - Egresos del FONASA 2018 según concepto

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%
< 1	1.149.009.642	1%	921.314.992	1%	2.070.324.634	2,4%
1 a 4	1.478.289.632	2%	1.320.414.685	2%	2.798.704.317	3,3%
5 a 14	2.400.005.470	3%	2.067.797.445	2%	4.467.802.915	5,2%

¹ 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.

15 a 19	906.635.227	1%	1.127.221.427	1%	2.033.856.654	2,4%
20 a 44	5.028.957.294	6%	11.211.050.444	13%	16.240.007.738	19,0%
45 a 64	7.126.736.538	8%	9.765.780.855	11%	16.892.517.393	19,7%
65 a 74	5.103.912.492	6%	5.639.572.526	7%	10.743.485.018	12,5%
> 74	5.305.285.602	6%	7.941.680.497	9%	13.246.966.099	15,5%
CAPITAS	28.498.831.897	33%	39.994.832.871	47%	68.493.664.768	80%
META					4.735.012.842	6%
TICKET	643.157.770	0,7%	952.782.841	1,0%	1.595.940.611	2%
SEGUROS INTEGRALES					1.624.909.482	2%
FNR	3.466.298.205	3,7%	3.857.014.781	4,0%	7.323.312.986	9%
SUB TOTALCUOTA CUOTA SALUD					83.772.840.689	97,85%
SOBRECUOTA DE INVERSIÓN					-1.153	0,00%
TOTAL LIQUIDACIONES					83.772.839.536	97,85%
DIFERENCIA					1.840.543.376	2,15%
TOTAL SEGÚN INFORME EGRESOS E INGRESOS					85.613.382.912	100%

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

En la penúltima fila del cuadro anterior se registra la diferencia entre el monto total que se informa en las Liquidaciones y el total de los egresos, una vez que se restan los reintegros de aportes a los generantes y a las Cajas de Auxilio. La mayor parte de esta diferencia se debe a que las liquidaciones del ejercicio no recogen pagos realizados de la Meta 5 (\$1.796.852.459). El resto se debe a reliquidaciones realizada a las distintas instituciones.

Por su parte, el Cuadro 9 muestra los egresos desagregados por tipo de institución. Se observa que la mayor parte de los recursos globales (70%) fueron destinados a las IAMCs, un 19% a ASSE, al FNR un 9% y el restante 2% a los Seguros Integrales. Puede observarse, adicionalmente, que la participación relativa de los diferentes prestadores en el total de los egresos del FONASA se mantiene relativamente estable en los últimos años.

Cuadro 9 - Egresos del FONASA según prestador

	2016		2017		2018	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
IAMC	49.346.731.869	72%	54.576.990.275	71%	58.621.715.588	70%
Seguros Integrales	1.238.230.094	2%	1.446.460.930	2%	1.624.909.482	2%
ASSE	12.556.828.278	18%	14.497.317.860	19%	16.202.901.480	19%
FNR	5.617.566.568	8%	6.772.678.138	9%	7.323.312.986	9%
Otros Egresos	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	68.759.356.809	100%	77.293.447.203	100%	83.772.839.536	100%

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

III.4 LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA

Los Artículos 145 a 149 de la Ley 19.535 establecen y reconocen el derecho de los habitantes residentes en el país, a la atención de urgencia y emergencia en todo el territorio nacional.

Esto permite acceder a este tipo de atención a personas que se encuentren fuera de la localidad en la que residen, incluso en aquellos casos en que el prestador en el que poseen sus derechos asistenciales no cuente con una sede propia o con un convenio con alguna institución de la localidad.

En este marco, el Artículo 21 del Decreto 211/018, que reglamentó los artículos de la Ley mencionados en el párrafo anterior, determinó que las instituciones incorporadas al SNS *“podrán saldar los montos emergentes de la facturación producto de la atención de urgencia o emergencia, a través de la Junta Nacional de Salud mediante compensaciones del Fondo Nacional de Salud.”* De esta forma, el FONASA opera como cámara compensatoria permitiendo que cada prestador del Seguro le cobre a los restantes los servicios de atención de urgencia y emergencia brindados en este contexto, a través de transferencias de parte de los fondos que les correspondería cobrar por el aseguramiento de los beneficiarios del SNS.

Dado que la normativa entró en vigor a mediados de año, el Cuadro 10 muestra las transferencias netas recibidas por cada prestador entre julio y diciembre de 2018, ordenadas de menor a mayor. Los valores negativos indican que la institución en cuestión es pagadora neta, mientras que el valor positivo indica lo contrario. La suma de todos los valores es necesariamente nula. Dichas transferencias corresponden a casi 3600 consultas verificadas en el período relevado.

Cuadro 10 - Transferencias netas recibidas dentro del FONASA por servicios de Urgencia y Emergencia

INSTITUCIÓN	MONTO en \$
H. BRITANICO	-452.360
SMI	-384.222
MUCAM	-312.737
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	-299.766
CASMU	-261.200
H. EVANGELICO	-234.142
COSEM	-114.392
MP	-47.452
CÍRCULO CATÓLICO	-44.602
CUDAM	-36.595
SWISS	-36.462
UNIVERSAL	-32.984
SEGURO AMERICANO	-28.230
GREMCA	-25.368
SUMMUM	-22.051
POLICIAL	-3.597
FF.AA	-3.119

MEDICARE	-3.060
CAAMEPA	-2.844
COMTA	-1.728
COMETT	0
CRAMI	6.559
CAMOC	8.312
GREMEDA	10.543
AMEDRIN	15.157
COMECA	18.335
AMSJ	21.349
CAMCEL	30.496
CAMY	32.046
COMERI	36.990
COMEFLO	51.269
CASA DE GALICIA	51.475
IAC	52.262
CAMEDUR	58.452
CAMDEL	59.151
SMQS	79.449
CAMS	79.469
CAMEC	88.608
CASMER	99.495
COMEPA	110.001
AMDM	117.552
CRAME	146.459
ASSE	193.384
COMERO	432.307
COMEF	547.791

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

Se observa que casi todas las IAMC de Montevideo, así como los Seguros Privados, son pagadores netos, en tanto ASSE y la mayoría de las instituciones del interior del país son cobradoras netas (ver Anexo 4).

III.5 METAS ASISTENCIALES

El componente metas de la Cuota Salud representó el 6 % de los egresos del FONASA en el año 2018. 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 2018. 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 con objetivos y mediciones trimestrales. 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 Otacústicas (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, y el control odontológico y oftalmológico, a los 4 y 5 años respectivamente.

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. En este sentido, se propuso avanzar en la validación, difusión e implementación del Manual Clínico para Atención a mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual (OMS 2016) y para la construcción del Protocolo de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes (MSP-SIPIAV-UNICEF). Asimismo, se propone la entrega de Protocolo de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes, que será analizado y validado por el área Programática de VBG del Ministerio de Salud.

Resultados

Los indicadores vigentes para el año 2018 son los siguientes²:

1. Captación del recién nacido con EOA realizada antes del alta hospitalaria
- 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. Indicadores referidos a VBG

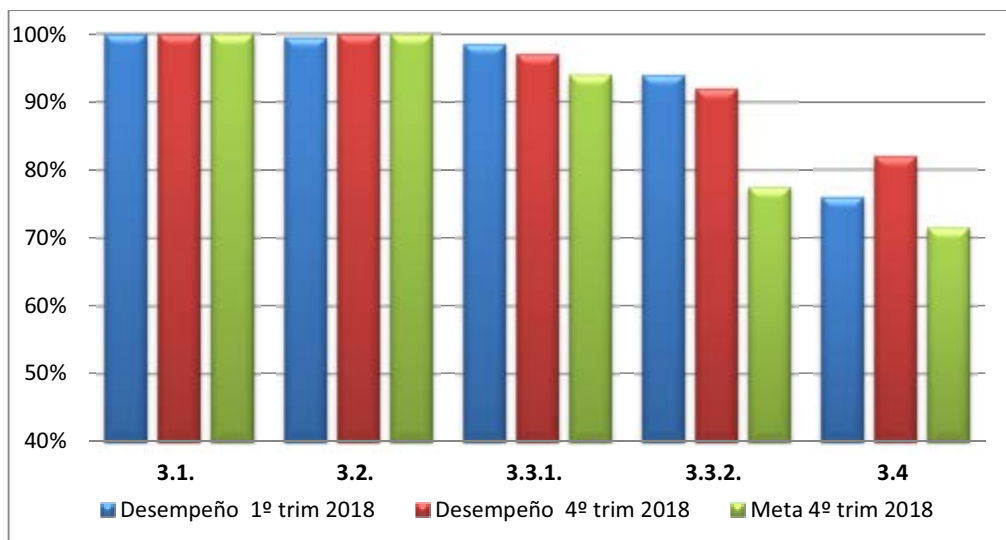
² El desempeño de cada prestador se presenta en el Anexo II. Las definiciones de cada uno de los indicadores se encuentran en los Instructivos de Meta 1 correspondientes al período analizado, disponibles en <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/sistema-nacional-integrado-de-salud-snis/metas-asistenciales>

Para los indicadores de captación del recién nacido con la realización de EOA, 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 osciló entre 99% y 100% en el último trimestre del año.

En relación al indicador 2.2.4, seguimiento del niño con primer EOA alterada, presentó una mediana de desempeño para todos los trimestres de 100%, y el promedio osciló entre 90% y 100% a lo largo de todo el año.

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 prestadores³.

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. 2018. 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 y el control oftalmológico en el quinto año de vida

³La 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.

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 99 y 100% respectivamente para el último trimestre del año.

En el indicador referente a la preparación para el nacimiento la mediana de cumplimiento reportada fue de 67% para el último trimestre del año, con un promedio que varió entre el 54% y el 70% a lo largo del año.

En relación a la concurrencia de los equipos de referencia en violencia doméstica y violencia sexual a las actividades de validación del Manual Clínico para Atención a mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual (OMS 2016) y construcción del Protocolo de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes, una IAMC (COMETT) y dos seguros privados (Blue Cross y Seguro Americano), incumplieron con la misma. En el último trimestre, en lo referido a la entrega del Protocolo definitivo de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes, fueron dos IAMC (COMERI Y COMETT), y un seguro privado (Medicare), quiénes no lo hicieron.

META 2: Objetivos Sanitarios Nacionales

Diseño

Para el período abril 2017 a marzo 2019, la Meta 2 toma como referencia a los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN) del Ministerio de Salud⁴.

En la presente administración se han definido objetivos y metas sanitarias centrados en las personas, la perspectiva de derechos y los determinantes sociales. Se han especificado Objetivos Estratégicos (OE) que por su amplitud, han requerido establecer un conjunto de Resultados Esperados (RE) para los cuales se han definido metas para el año 2020 a partir de líneas de base definidas con las fuentes de datos disponibles. Para el logro de los RE es necesario implementar un conjunto de Líneas de Acción (LA) que propendan a su concreción.

Su cumplimiento se evalúa semestralmente. Estos semestres van de abril a setiembre y de octubre a marzo, es decir, que no coinciden con los semestres calendario.

En este nuevo diseño 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.

⁴ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

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 11- 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 morbilidad por VIH/Sida.	8	GREMEDA, COMECA, CAMDEL, COMEPA, COMERI, AMSJ, COSEM, CASMU
Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población	6	AESP, H Evangélico, Blue Cross, Medicare, 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 incidencia de Suicidios	6	CAMCEL, AESP, UNIVERSAL, CASMER, COSEM, GREMCA
Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	5	SMQS, Blue Cross, Medicare, H Británico, SUMMUM
Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental.	5	AMDM, AMEDRIN, CASMER, H Evangélico, MP
Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH	3	ASSE, CUDAM, SMI
Humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas	3	COMERO, COMTA, UNIVERSAL
Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física	2	AMEDRIN, COMERI.
Disminución de la morbilidad vinculada a la Violencia basada en Género y Generaciones	1	CAMCEL.
Reducción de la Prematurez a expensas del componente prevenible	1	CAMOC
Reducción de la prevalencia de la anemia y del retraso del crecimiento en la primera infancia.	1	IAC

Fuente: 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

Semestre 2. Octubre 2017 – Marzo 2018

En el caso de la identificación de la población hipertensa en tratamiento en las instituciones, la mediana de desempeño se situó en 16% a lo largo del semestre. Sin embargo, al igual que en semestres anteriores los valores informados presentan una gran dispersión con un rango que va desde 2.86% a un máximo de 26%. La dispersión es una característica que también resalta en los indicadores respecto a la población identificada como hipertensa y con controles vigentes, cuya mediana fue de 71%, con un mínimo de 12% y un máximo de 93%.

A partir de este período se comenzó a realizar la auditoría de aplicación de guía de atención en HTA. La misma consiste en una revisión basada en el análisis de las historias clínicas de pacientes hipertensos. Este proceso de revisión interna de las historias clínicas se realiza en base a un set de variables descritas, incluidas en planilla base de relevamiento de información de la auditoría. La institución debe presentar un informe de revisión de historias clínicas mediante entrega de la información consolidada de los datos de las auditorías realizadas y firmado por la dirección técnica de la institución avalando los procedimientos y registros utilizados. Las auditorías fueron completadas con éxito en 42 de 43 instituciones.

Finalmente, se reportó el porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por Infarto Agudo de Miocardio con ST elevado con respecto al número total de egresos por IAMST. La meta exigida para este período fue del 70% y el promedio alcanzado fue del 95%. Solamente 2 instituciones no cumplieron con la meta propuesta.

Durante este período comenzó el proceso de auditoría de casos con Síndrome Coronario Agudo, que será realizado nuevamente durante el semestre mayo – octubre de 2019. El mismo implicó la revisión interna de todas las historias clínicas de los usuarios con infarto agudo de miocardio. La institución debe entregar un informe de revisión de las mismas, reportando información consolidada de los datos de las auditorías realizadas, y firmado por la dirección técnica de la institución avalando los procedimientos y registros utilizados. La auditoría fue completada con éxito por 42 de las 43 instituciones.

Semestre 3. Abril – Setiembre 2018

El desempeño del semestre abril – setiembre se reportó en el mes de octubre y dio lugar a los pagos por cumplimiento en los meses de noviembre y diciembre 2018, y desde enero a abril de 2019. 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, se realizaron hasta el presente semestre más de 5200 capacitaciones que incluyeron un total de 4009 médicos capacitados para la reperfusión en IAM (1168 durante 2018). Las capacitaciones se realizaron 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 90% 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 90% y la cantidad de instituciones que alcanzaron cumplir la meta fueron 32 de las 43 presentes en el sistema.

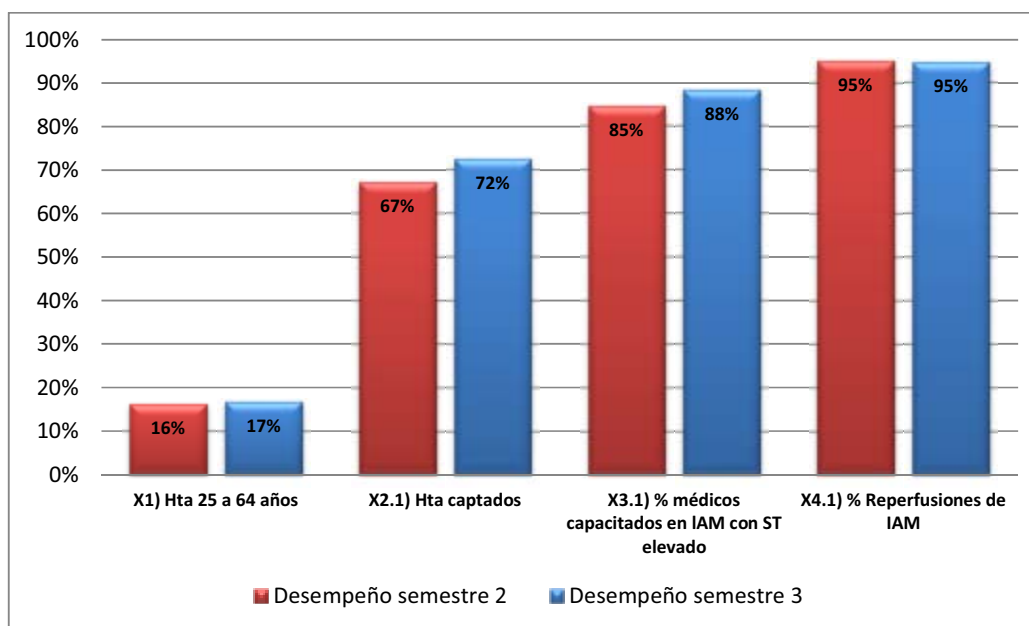
En el caso de la identificación de la población hipertensa en las instituciones, la mediana de desempeño se situó en 17%. Sin embargo, al igual que en semestres anteriores los valores informados presentan una gran dispersión con un rango que va desde 2.11% a un máximo de 25%. La dispersión es una característica que también resalta en los indicadores respecto a la población identificada como hipertensa y con controles vigentes, cuya mediana fue de 76%, con un mínimo de 33% y un máximo de 90%.

La auditoría de aplicación de guía de atención en HTA fue completada con éxito por casi la totalidad de las instituciones (42 en 43).

Finalmente, con respecto al porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por Infarto Agudo de Miocardio con ST elevado con respecto a número total de egresos por IAMST, la meta exigida para este período fue del 80% y el promedio alcanzado se mantuvo en el 95% al igual que en el semestre anterior. En este período, 4 instituciones no lograron alcanzar la meta propuesta.

A continuación, se puede observar en el siguiente gráfico un resumen del desempeño en los indicadores comunes para el conjunto del sistema:

Gráfico 6 - Meta 2 – 2018. Desempeño mediano del 2do y 3er semestre. Indicadores comunes a todos los prestadores



Fuente: Área Economía de la Salud

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 ASSE⁵. 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

⁵ El instructivo de meta 4 se encuentra disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/meta-4-reforma-del-modelo-de-recursos-humanos>

Metabolismo, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Neuropediatría, Gastroenterología, Oncología Médica, Genetista, Oncología radioterápica, Geriátrica, Rehabilitación y Medicina Física, Hematología, Reumatología, Hemoterapia y Medicina Transfusional; con un régimen de trabajo de 20 o 30 a 48 horas semanales, dependiendo la especialidad. 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 2018, 35 instituciones del Seguro Nacional de Salud del subsector privado (11 de Montevideo y 24 del interior) realizaron contrataciones de cargos de alta dedicación, totalizando 1016 cargos contratados. En el sector público ASSE realizó, en el marco de la Meta 4, contrataciones para 45 Unidades Ejecutoras totalizando 255 funciones de alta dedicación.

Por lo tanto, a diciembre de 2018 se crearon 1271 cargos y funciones de alta dedicación que se desagregan por región y especialidades de acuerdo a la tabla siguiente.

Cuadro 12- CAD+FAD contratados a diciembre de 2018

Especialidad	Norte	Este	Oeste	Centro-Sur	Mdeo	Total
Anestesia	1	3	3	0	0	7
Cardiología	3	4	3	6	27	43
Cirugía General	2	1	0	0	3	6
Cirugía General Jefe de Equipo	0	1	0	0	0	1
Dermatología	2	2	0	2	8	14
Emergentología	0	0	0	0	2	2
Endocrinología	2	4	0	2	7	15
Fisiatría	2	2	1	1	3	9
Gastroenterología	1	5	2	1	6	15
Geriátrica-Gerontología	2	1	0	1	0	4
Ginecología	10	10	4	2	0	26
Hematología	1	3	2	1	1	8
Hemoterapeuta	1	1	0	2	4	8
Infectología	2	0	0	2	5	9
Laboratorista/Anátomo patólogo/Microbiólogo/Parasitólogo	2	2	1	2	21	28
Medicina Familiar	4	6	1	8	27	46
Medicina General (MG)	26	30	23	26	141	246
Medicina Intensiva Adultos (MIA) ADL	4	0	2	4	34	44
Medicina Intensiva Adultos ADM	2	10	2	4	1	19
Medicina Intensiva Adultos ADT	2	4	0	12	38	56
Medicina Intensiva Pediátrica ADL	0	0	0	0	9	9

Medicina Intensiva Pediátrica ADM	0	2	0	2	2	6
Medicina Intensiva Pediátrica ADT	0	0	0	0	18	18
Medicina Interna (MI)	8	20	14	16	70	128
Médico radiólogo	1	0	1	4	0	6
MG en el Servicio de Emergencia	0	10	0	1	19	30
MI en el Servicio de Emergencia	0	0	0	1	5	6
MIA en el Servicio de Emergencia	0	0	0	1	0	1
Nefrología	1	2	1	2	9	15
Neonatología ADL	2	0	0	0	10	12
Neonatología ADM	0	2	0	4	3	9
Neonatología ADT	3	0	0	5	21	29
Neumología	1	0	1	1	3	6
Neurología	2	2	0	0	10	14
Neuropediatría	1	0	0	0	13	14
Oncología	2	1	0	2	23	28
Pediatría	33	31	27	35	141	267
Pediatría en el Servicio de Emergencia	0	0	0	1	2	3
Psiquiatría	7	11	4	2	18	42
Psiquiatría pediátrica	0	1	0	0	7	8
Reumatología	0	1	1	2	10	14
Total	130	172	93	155	721	1271

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

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

Oeste: Colonia, Río Negro y Soriano.

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

A los valores presentados en la tabla anterior, se deben agregar 4 cargos de alta dedicación transversal que se computan para la meta sin haberse contratado, de acuerdo a lo que establece el convenio vigente.

En el semestre enero-junio 2018, los prestadores del subsector privado informaron 125 nuevos CAD contratados. A su vez, se informó la baja de 16 CAD que estaban contratados; las razones fueron por renuncia o jubilación.

En el semestre julio-diciembre 2018, los prestadores del subsector privado informaron 148 nuevos CAD. A su vez, se informó la baja de 15 CAD que estaban contratados; las razones fueron por renuncia o jubilación.

A diciembre de 2018, los prestadores integrales del sector privado contaban con 178 cargos de las especialidades contempladas en el acuerdo de "Especialidades Médicas" firmado en diciembre de 2015, 67 de los cuales tienen una carga horaria semanal de 40 a 48 horas y 111 tienen una carga horaria promedio de 25,53 horas semanales. A su vez, se contrataron 5 cargos de imagenología, 3 de ellos con una carga horaria semanal igual o superior a las 40 horas y 2 con una carga horaria promedio de 30,5 horas semanales. Los 111 cargos con menos de 40 horas semanales fueron computados para meta 4 como 109,83 cargos.

Los prestadores integrales del sector privado, de acuerdo al cronograma acordado, debían contar con 1124 CAD en total a diciembre de 2018 y cuentan a esa fecha con 1016 CAD aprobados. Considerando los CAD contratados se llega a un 90,4% de los que se esperaban tener a esa fecha.

Por su parte, ASSE debía contar con 260 FAD a diciembre de 2018 y cuenta con 255 FAD aprobados a esa fecha, con un cumplimiento del 98,1%.

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

En el año 2018 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 los años anteriores, en el caso de los prestadores privados esta meta se pagó de acuerdo al nivel de cumplimiento con el pago FONASA correspondiente al mes de diciembre de 2018. En dicho mes se realizaron dos pagos, en tanto había cursos que al 15 de diciembre, aún no habían finalizado.

Así mismo, y dado que para estos prestadores está prevista una reliquidación que permita que el monto pagado cuente con el nivel de precisión que difícilmente se logre con la información obtenida al mes de diciembre, es que en febrero de 2018 se procedió realizar un pago complementario como ajuste de lo adelantado en el mes de diciembre 2017. Los problemas en la plataforma de capacitación presentados en el año 2017 llevaron a que el Consejo de Salario defina con fecha 5 de abril de 2018 el pago de la partida a un conjunto de trabajadores que por problemas de información no culminaron el curso; esto implicó una segunda reliquidación de la meta en abril de 2018.

Para el caso de ASSE, el pago realizado en 2018 se corresponde con lo devengado en 2017. El correspondiente a este año, se paga en 2019.

Para obtener la partida anual variable, cada trabajador debía realizar un curso virtual auto administrado que para el año 2018 fue de 9 horas obligatorias, que habilitan el cobro de la partida, y 5 horas opcionales. En el caso del subsector privado, el trabajador debía realizar el curso “Avance para una calidad de atención superior” y en el caso de ASSE la partida que se paga en 2018 es contra el curso de 2017 denominado “El equipo de trabajo en el primer nivel

de atención en salud” si bien en el año 2018 realizaron el curso “Pertener a ASSE”, que se abona en 2019.

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

En función de las declaraciones juradas presentadas por los prestadores privados en noviembre de 2018 fue calculado el 3,5% de la masa salarial devengada en el período enero 2018- octubre 2018, y de la estimada para los meses de noviembre y diciembre de 2018. Fueron consideradas las provisiones de cuota-partes de aguinaldo y salario vacacional generados en el período. Esto se aplicó a los trabajadores que culminaron los cursos al 15 de diciembre de 2018, o se encontraban exonerados de realizarlos. La reliquidación final será realizada en febrero de 2019.

A continuación se presentan los montos pagados por meta 5 en el 2018, para cada prestador integral privado:

Cuadro 13- Montos Meta 5 por institución

Prestador	Reliquidación meta 5 2017 pagado en febrero 2018	Reliquidación meta 5 2017 pagado en abril 2018	Pago Meta 5 15/12/2018
AMDM	-43.333	178.318	59.082.882,00
AMEDRIN	44.345	48.208	6.709.554,21
AMERICANO	1.482.714		5.381.176,00
AMSJ	-48.792	111.870	33.669.391,56
ASESP	-2.244.555	1.142.212	164.741.287,50
BLUECROSS	10.865		3.662.666,22
BRITANICO	-34.338	72.056	39.665.307,23
CAAMEPA	120.003	21.555	23.583.876,77
CAGAL	-63.051	152.627	46.009.564,00
CAMCEL	49.109	79.705	23.859.809,83
CAMDEL	113.098	68.136	21.016.683,97
CAMEC	251.318	44.197	38.291.269,85
CAMEDUR	170.635		23.199.513,75
CAMOC	137.493	223.603	16.593.164,00
CAMS	268.643	8.869	33.469.622,44
CAMY	13.469		3.930.446,29
CASMER	23.320	68.470	22.594.021,70
CASMU	2.279.866	191.163	160.471.967,10
CCOU	494.951	133.822	57.096.115,07
COMECA	231.232	60.238	36.476.933,08
COMEF	-16.498	39.155	23.465.310,41
COMEFLO	45.613		7.564.366,80
COMEPA	3.781.127	5.599	48.639.036,17
COMERI	-25.539	9.179	12.572.674,34

COMERO	436.105	60.957	30.102.578,91
COMETT	33.285		256.328,00
COMTA	78.459		25.300.412,00
COSEM	555.847	74.997	21.620.365,40
CRAME	261.662	97.988	25.999.458,66
CRAMI	-49.245	78.971	23.451.442,21
CUDAM	46.822		24.850.960,80
GREMCA	-191.527	112.390	18.119.715,46
GREMEDA	105.108	98.793	18.666.146,05
HE	-30.208	75.222	46.815.028,38
IAC	-4.136.112	13.515	13.166.852,82
MEDICARE	2.311		752.063,57
MP	34.932		-
MUCAM	2.245.235		229.379.193,80
SMI	-173.181	54.567	88.471.661,20
SMQS	152.997	56.836	34.121.983,58
SUMMUM	2.015		103.732,91
UNIVERSAL	1.136.732	79.343	34.388.378,85

Fuente: Área Economía de la Salud

En el caso de ASSE, el pago de meta 5 realizado en enero de 2018 fue de \$293.050.029,40, y correspondió a la aplicación de la meta para el año 2017.

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

Pago por metas

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

Cuadro 14- Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA

Pago por afiliado FONASA (\$)	Meta 1	Meta 2	Meta 4
Enero - Julio 2018	94,77	39,26	43,42
Julio - Diciembre 2018	99,32	41,14	45,50

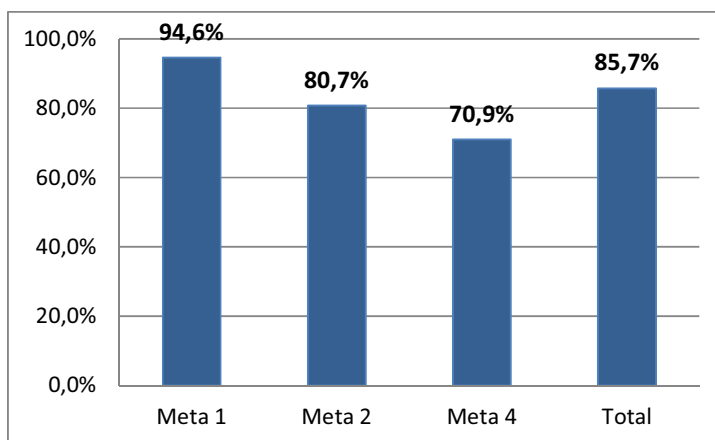
Fuente: Área Economía de la Salud

En el año 2018 los prestadores del SNS cobraron por el componente meta de la cuota salud el 86% 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.⁶

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 95%.

⁶ 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 7 - Promedio de porcentajes de pago por metas sobre el máximo a cobrar. 2018.



Fuente: Área Economía de la Salud

El peor desempeño en este sentido le corresponde COMETT, que sólo cobró el 30%. En el caso de los Seguros Privados, el porcentaje cobrado oscila entre 60 % y 64%, con la excepción de SUMMUM que tuvo un desempeño del 93%. ASSE, acompañando los avances en sus sistemas de información, mejora su desempeño respecto al año 2017 pasando de un 48% a un 55%.

III.6 SOBRECUOTA DE INVERSIÓN

En el ejercicio 2018, el FONASA re liquidó por concepto de sobrecuota \$1.153. Si bien durante el año 2017 se culminaron los pagos, en el último ejercicio 20 instituciones continuaron presentando rendiciones de gastos. Es de destacar que 17 de estas instituciones ya cumplieron con el aporte mínimo del 30% de fondos propios establecido por la reglamentación pero no han culminado las obras presentadas a ser financiadas con sobrecuota. Las tres instituciones restantes continúan rindiendo gastos de los fondos aportados por sobrecuota.

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 de \$ 525.494 allí establecidas restan devolver 11.