

# Junta Nacional de Salud



## Rendición de Cuentas Ejercicio 2022

## Contenido

CAPITULO I. PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD .....	2
I.1 LÍNEAS DE ACCIÓN DESARROLLADAS .....	2
A).- ACCIONES GENERALES .....	2
B).- EVALUACIÓN Y MONITOREO DE GESTIÓN DE LOS PRESTADORES DE SALUD .	3
C).- SITUACIÓN PARTICULAR DEL PRESTADOR CASA DE GALICIA .....	3
D).- METAS ASISTENCIALES .....	4
E).- INTEGRACIÓN DE LOS CONSEJOS ASESORES HONORARIOS DEPARTAMENTALES .....	5
II.2 ACCIONES EN MATERIA NORMATIVA .....	5
CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD .....	8
II.1 EVOLUCIÓN .....	8
II.2 MOVILIDAD REGULADA .....	14
CAPITULO III – ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA .....	17
III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2022 .....	17
III.2 INGRESOS .....	21
III.3 EGRESOS .....	22
III.4 LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA .....	24
CAPÍTULO IV- METAS ASISTENCIALES .....	26
META 1: SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y MUJER .....	28
META 2: OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2020- ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES .....	34
META TRANSITORIA DE NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA .....	43
META 2022-2023: UNIFICACIÓN DE LA META 1 Y 2 .....	45
META 4: NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO .....	54
META 5: CAPACITACIÓN Y PAGO VARIABLE A LOS TRABAJADORES DE LA SALUD ...	61
ANEXO- INFORME REVISIÓN LIMITADA BPS .....	66

# CAPITULO I. PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD

## I.1 LÍNEAS DE ACCIÓN DESARROLLADAS

### A).- ACCIONES GENERALES

El 5 de abril de 2022, por Decreto N° 106/022 se dispuso el cese de la emergencia nacional sanitaria provocada por el Covid-19 que fuera dispuesta por Decreto N° 93/020, de 13 de marzo de 2020, sin perjuicio del cumplimiento de las medidas adoptadas a causa de dicha emergencia que se encontrasen vigentes y en ejecución con plazo pendiente.

Ello determinó que desde el Ministerio de Salud Pública se adoptaran medidas tendientes a la actualización de estrategias de vigilancia y control para COVID-19.

Siguiendo el criterio expuesto en la Rendición anterior, la JUNASA se mantuvo en el lineamiento de coadyuvar con la Secretaría de Estado en particular con la Dirección General del Sistema Nacional de Salud – DGSNS - en la concreción de dichas medidas.

En ese orden, se continuó el trabajo iniciado con la pandemia en relación con la generación de normas y reglamentación para la cobertura de los Test diagnósticos de Covid 19, ya sea PCR o de antígenos, en función de la evolución del virus.

Se implementó un nuevo Sistema de Información de Espera Quirúrgica con el objetivo de identificar los registros y la medición del volumen de la lista de espera y los tiempos de espera en los prestadores integrales de salud.

Se cumplió con el procedimiento dispuesto en el Anexo IV del Contrato de Gestión entre los prestadores y la JUNASA a efectos de proceder a la incorporación a los Programas Integrales de Atención en Salud, de dispositivos expansores de tejido mamario y prótesis mamaria, en pacientes que se les haya realizado mastectomía por cáncer de mama o mastectomía reductora de riesgo de cáncer de mama, así como su recambio cuando sea indicado por el médico tratante.

## B).- EVALUACIÓN Y MONITOREO DE GESTIÓN DE LOS PRESTADORES DE SALUD

Como los años anteriores, la Dirección General continuó con la prioridad de ahondar en el conocimiento de la gestión de los prestadores que integran el Sistema Nacional de Salud. Con base en la metodología desarrollada por la Unidad de Monitoreo se instrumentó una actualización de los diagnósticos de autoevaluaciones realizadas en 2020/21.

En el marco de la ejecución de la Cooperación Técnica con el BID, se pudo materializar los ajustes y actualizaciones del formulario original incorporando nuevas variables a ser relevadas. Se culmina el 2022 con 6 Instituciones con sus autoevaluaciones actualizadas y presentadas, a saber: CCOU, COSEM, SMI, UNIVERSAL, AS. ESPAÑOLA, MUCAM.

Se prevé para el 2023 concretar la actualización de diagnósticos de autoevaluación de al menos 20 Instituciones más a nivel nacional y 7 Planes de desarrollo derivados de las autoevaluaciones adicionales. Los mismos deberán permitir la generación de instrumentos de apoyo crediticio de largo plazo para las instituciones que en parte se orientarán a proyectos de mejora de la eficiencia.

Asimismo, continuaron en funciones los veedores para la Institución CASMU al haber accedido al fondo de garantía IAMC. La modalidad de otorgamiento del fideicomiso se había determinado en 3 tramos, estableciéndose condiciones a cumplir para su liberación. Durante 2022 se cumplieron 2 de los 3 tramos.

Por último, la Unidad de Monitoreo se incorpora al Organigrama de DIGESINASA.

## C).- SITUACIÓN PARTICULAR DEL PRESTADOR CASA DE GALICIA

El 16 de febrero de 2022 la JUNASA, por resolución N° 8, resolvió la rescisión del Contrato de Gestión con Casa de Galicia, en función de las medidas judiciales adoptadas por el Juzgado de Primera Instancia de Concursos de 1er. turno en autos caratulados CASA DE GALICIA Concurso voluntario F: 2-48219/2021, en particular y muy especialmente la providencia N° 2881 de 23 de diciembre de 2021 por la que se dispuso el cese inmediato de actividades del prestador integral Casa de Galicia, incluyendo la atención ambulatoria - a excepción de los servicios de IMAE -y cometiendo a la sindicatura la coordinación con el Ministerio de Salud Pública, a través

de la Junta Nacional de Salud, la atención de los pacientes internados así como la derivación a otros centros de salud, fundamentándose en la fragilidad económica financiera de la institución. Inicialmente, el prestador público ASSE asumió transitoriamente la responsabilidad de gestión de los servicios asistenciales todavía en funcionamiento y particularmente la atención de los pacientes internados.

La ley N° 20.022 facultó al Poder Ejecutivo a determinar aquellos prestadores integrales a los cuales se destinarán los afiliados de Casa de Galicia de acuerdo a los principios y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, lo que se reglamentó por Decreto N° 63/022.

Con base en la normativa referida, tanto la JUNASA, como administradora del Seguro Nacional, como el BANCO DE PREVISION SOCIAL como administrador del Fondo Nacional de Salud procedieron a instrumentar los mecanismos para el cumplimiento de lo dispuesto. A febrero de 2022, todos los afiliados de Casa de Galicia amparados por el Seguro Nacional de Salud fueron redistribuidos de acuerdo a las pautas establecidas en las normas citadas, en las instituciones de salud predeterminadas. En el caso de los afiliados particulares, desde la JUNASA se recordó a todas las instituciones de salud el derecho de los mismos a ingresar en cualquiera de ellas sin restricción de ninguna naturaleza, respetando lo previsto en el decreto reglamentario.

Se aprobó por parte de la JUNASA los Convenios de Complementación realizados entre los prestadores designados por el Poder Ejecutivo y la Sindicatura designada judicialmente.

## D).- METAS ASISTENCIALES

Se aprobó un nuevo Instructivo de la Meta Asistencial N° 4 (Cargos y funciones de Alta Dedicación para los trabajadores médicos) por el período enero de 2022 a diciembre de 2022.

Asimismo, en función de lo acordado en la novena Ronda de Consejo de Salarios del año 2022, se resolvió otorgar una nueva partida fija anual para la capacitación del personal no médico, estipulándose las condiciones de cumplimiento.

Se introdujeron modificaciones a la Meta 2022-2023, creada en el año 2021, a efectos de obtener una mejor adecuación del cumplimiento de la Meta a la dinámica de los hechos que conforman el objeto de la misma por parte de las instituciones de salud, simplificando y racionalizando el uso de los recursos que se le destinan.

## E).- INTEGRACIÓN DE LOS CONSEJOS ASESORES HONORARIOS DEPARTAMENTALES

Se procedió a la integración de los Consejos Asesores Departamentales de Río Negro, Lavalleja y Florida, Durazno, Artigas, Canelones, Rivera, Rocha, Colonia, San José, Paysandú, Montevideo, Cerro Largo, Maldonado y Flores, completándose de esa manera un Consejo por Departamento en todo el país.

## II.2 ACCIONES EN MATERIA NORMATIVA

Durante el año 2022, la Junta Nacional de Salud y la Dirección General del Sistema Nacional de Salud tuvieron participación en la elaboración de diversas normas, destacándose en particular las siguientes:

**Resolución N° 8/022** de 16 de febrero de 2022 de la Junta Nacional de Salud por la cual se resuelve declarar rescindido el Contrato de Gestión suscripto con Casa de Galicia, al amparo de lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley N° 18.211 y la cláusula Cuarta del Anexo aprobado por Decreto N° 81/012, de 13 de marzo de 2012, ante la grave situación económica y asistencial de dicha institución, determinada administrativa y judicialmente.

**Decreto 63/022** de 23/04/2022. Por la norma citada, se determinó el proceso de redistribución de los usuarios del ex prestador CASA DE GALICIA en función de lo determinado previamente por la ley N° 20.022 de 14 de febrero de 2022. De acuerdo a esta última norma y en lo relativo a las competencias del Ministerio de Salud Pública, en lo sustancial se facultó al Poder Ejecutivo a determinar los prestadores integrales de salud a los cuales migrarán las personas referidas en el numeral anterior, a efectos de garantizar la cobertura universal, la accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud, la eficacia en términos económicos y sociales, y el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y la capacidad sanitaria instalada y a instalarse. Asimismo se estableció que el Ministerio de Salud Pública realizará la selección de los prestadores, en base a los siguientes criterios y características objetivas: a) el padrón de usuarios no podrá exceder los 100.000 (cien mil); b) el padrón de usuarios no podrá estar compuesto por más del 20% (veinte por ciento) de su totalidad, de personas mayores de 65 años; c) el incremento de la cantidad de usuarios no podrá superar el 15% (quince por ciento) del

padrón total; d) los prestadores elegidos deberán tener su sede principal o secundaria en las ciudades de Montevideo, La Paz o Las Piedras; e) deberá ponderarse la cantidad de camas de cuidados moderados y de centros de terapia intensiva (CTI) respecto al número total de usuarios; y f) deberá ponderarse la situación de endeudamiento y resultados operativos; sin perjuicio de que en cualquier momento podrán trasladarse a la Administración de Servicios de Salud del Estado, conforme a lo dispuesto en el literal A) del artículo 25 del Decreto N° 2/008, de 8 de enero de 2008.

Con base en lo expuesto, la Junta Nacional de Salud coadyuvó con el Ministerio de Salud Pública en el cumplimiento de las previsiones legales contenidas en la ley citada y el decreto reglamentario por el cual se determinó los prestadores integrales a los cuales se redistribuirían los usuarios así como el procedimiento a seguir para su concreción.

**Decreto 236/022** de 28 de julio de 2022. Se dispuso la incorporación a los Programas Integrales de Atención en Salud, en el Anexo II del Catálogo de Prestaciones de cobertura obligatoria de los prestadores públicos y privados integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, los dispositivos expansores de tejido mamario y prótesis mamaria, en pacientes que se les haya realizado mastectomía por cáncer de mama o mastectomía reductora de riesgo de cáncer de mama, así como su recambio cuando sea indicado por el médico tratante.

**Decreto 256/022** de 10 de agosto de 2022. Se dispuso que todo usuario del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que presente una sintomatología compatible con estar cursando un ataque cerebro vascular, debe ser derivado al Centro de Trombolisis más próximo o accesible del lugar donde se encuentra.

**Ley N° 20.075** de 3 de noviembre de 2022. Aprobación de rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal. Ejercicio 2021.

**Artículo 294:** Este artículo agregó a: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 17 literales D), E) e inciso final, quedando redactado así:

“Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oírán en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

- A) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica.
- B) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica,

C) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

D) Crear, clausurar o suspender servicios no asistenciales.

E) Participar en cualquier forma en sociedades comerciales o no comerciales de la naturaleza jurídica que sean.

En los casos de los literales D) y E) de este artículo, el Ministerio de Salud Pública tendrá para adoptar resolución un plazo de treinta días corridos, contados a partir de la solicitud de autorización que formule una entidad prestadora integral de salud, y vencido dicho plazo sin su pronunciamiento, se tendrá por aprobada. Dicho plazo podrá ser prorrogado por única vez por treinta días corridos.”

**Artículo 295:** Este artículo agregó a: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 16 incisos 2°) y 3°), quedando redactado así:

“Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Cuando el Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias y en observancia de los principios y objetivos rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, detecte situaciones en materia de financiamiento de sus actividades o graves problemas de funcionamiento institucional que puedan comprometer en un corto o mediano plazo la continuidad de una entidad prestadora integral de salud, tanto a nivel asistencial como económico financiero, podrá designar uno o más funcionarios de la Junta Nacional de la Salud, (JUNASA) por un período de hasta seis meses, a los solos efectos de recabar información sobre todos los aspectos involucrados en la operativa de la misma. Dicho período se podrá prorrogar por un plazo de hasta seis meses. Los funcionarios actuantes elevarán un informe a las autoridades de la JUNASA en un plazo de diez días hábiles posteriores a recabar la referida información, y la JUNASA deberá comunicar el informe a la entidad prestadora integral de salud correspondiente en un plazo de diez días hábiles posteriores a su recepción.

La tarea de dichos funcionarios será sin costo para las instituciones prestadoras de salud.”

# CAPÍTULO II.- BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

## II.1 EVOLUCIÓN

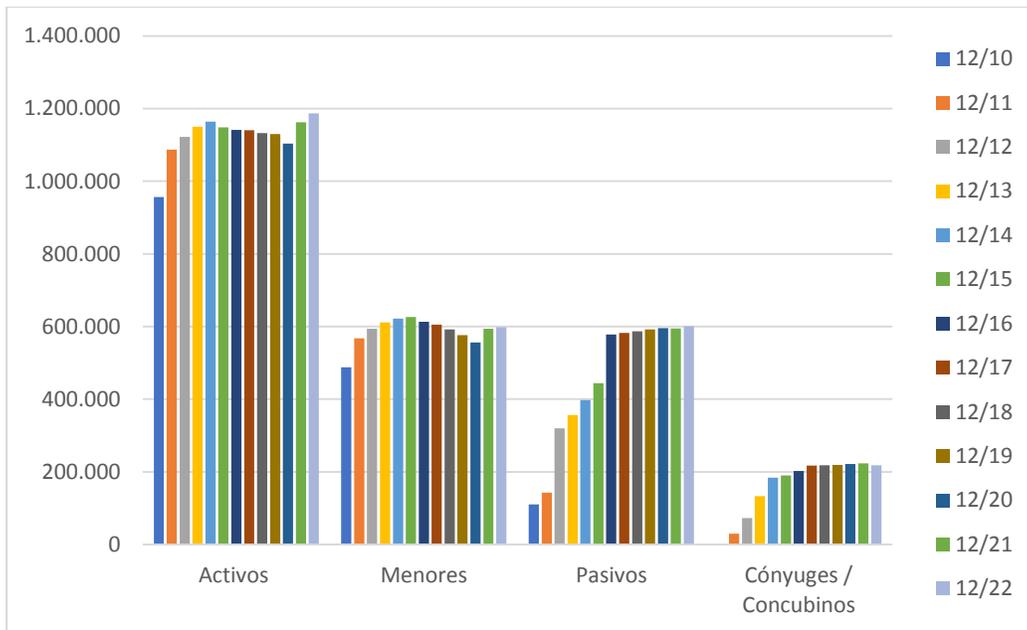
El Seguro Nacional de Salud financió la cobertura de 2.604.565 personas en diciembre de 2022, lo que representa el 73.3%<sup>1</sup> de la población, registrándose así un nuevo récord en términos de cobertura. En efecto, los beneficiarios del seguro aumentaron un 1.1% si se lo compara con diciembre 2021, continuando la tendencia al alza que dio comienzo en diciembre 2020.

En este sentido, si se analiza la marcha de la cobertura a lo largo del año objeto de estudio, se observa una evolución al alza más modesta pero mucho más estable que el año anterior, con un descenso menor a un punto porcentual en enero de 2022 y leves retrocesos en los meses de marzo y octubre del mismo año (-0.1% en ambos casos). Cabe recordar que en diciembre de 2021, culminó la aplicación del Memorando de Entendimiento entre el Poder Ejecutivo y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva a través del cual se compensaba a las IAMC en un intento de mantener la cobertura FONASA en los niveles existentes previo al inicio de la emergencia sanitaria, por lo que las fluctuaciones observadas durante este año reflejan estrictamente lo que sucede en el mercado laboral.

---

<sup>1</sup> Población estimada y proyectada por año al 30/06/2022: 3.554.915, INE.

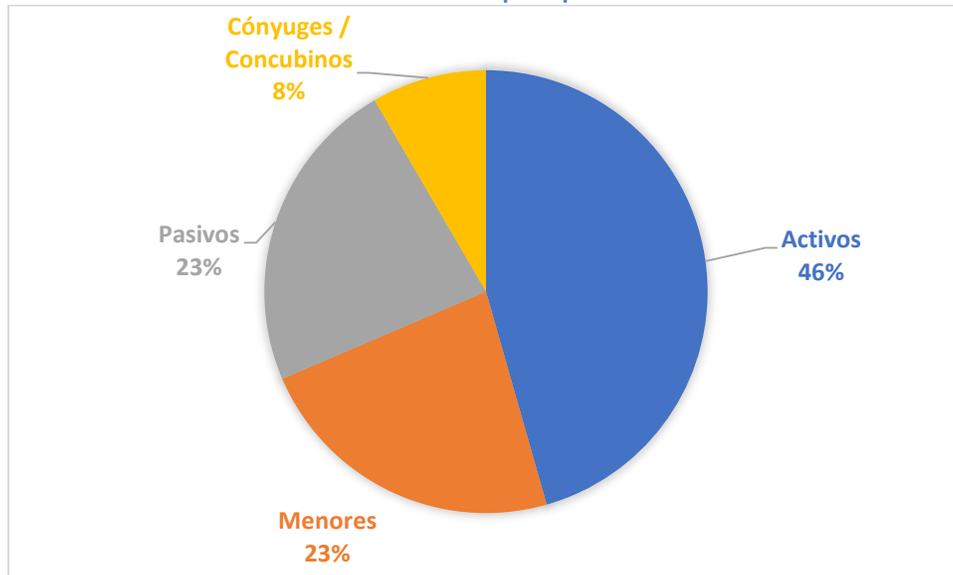
Gráfico 1 - Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación



Al considerar la evolución de la cobertura por tipo de afiliación se aprecia que el crecimiento se sigue manifestando en los mismos subgrupos donde habitualmente se reflejan las fluctuaciones del mercado laboral: activos y menores. En efecto, la categoría de activos crece 1.8%, alcanzando su máximo nivel, en tanto los menores se incrementan en 1.5% respecto al año anterior. Los pasivos, por su parte, aumentan 0.9% registrando también la mayor cobertura hasta el momento mientras que la subpoblación de cónyuges y concubinos se contrae 2.5%.

Es importante aclarar que la participación relativa de cada subpoblación en el total permanece prácticamente incambiada respecto a años anteriores (ver gráfico 2). Así, 45.6% son trabajadores activos, 23.1% pasivos, le siguen los menores con 23% mientras que el 8.4% restante lo explican los cónyuges y concubinos.

**Gráfico 2 – Beneficiarios SNS por tipo de afiliación 2021**



El cuadro 1 resume la evolución de los usuarios del seguro por edad y sexo.

Si se tiene en cuenta el sexo de las personas cubiertas el escenario es el mismo que en 2021 y es estable a través del tiempo. Así, el 52.4% de los beneficiarios son mujeres.

**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-20	Dic-21	Dic-22
SEXO MASCULINO	< 1	0	11.471	14.140	14.325	16.074	14.956	11.622	12.434	11.986
	1 a 4	0	47.821	61.673	63.305	67.635	66.885	56.616	57.729	56.687
	5 a 14	17	126.565	165.409	171.384	181.622	179.261	169.951	182.608	188.126
	15 a 19	14.225	50.478	69.678	70.471	69.421	68.138	62.312	67.910	69.935
	20 a 44	266.760	306.882	384.643	390.834	408.453	406.391	386.799	409.887	411.120
	45 a 64	125.395	162.974	216.831	227.905	275.843	280.923	286.324	295.291	300.937
	65 a 74	19.281	27.110	43.849	61.639	102.303	105.113	109.217	111.662	114.454
	> 74	7.956	11.273	18.404	54.378	81.103	82.598	86.212	86.174	86.170
	Total	433.634	744.573	974.627	1.054.241	1.202.454	1.204.265	1.169.053	1.223.695	1.239.415
SEXO FEMENINO	< 1	0	10.746	13.777	13.572	15.344	13.950	11.124	11.915	11.396
	1 a 4	0	45.751	58.779	60.859	64.148	63.471	53.351	54.271	53.544
	5 a 14	2	121.170	158.101	163.775	173.047	170.956	161.669	173.551	178.546
	15 a 19	6.968	42.643	60.398	62.592	65.110	63.682	58.065	62.352	64.643
	20 a 44	181.726	235.639	338.499	369.413	428.045	427.700	408.648	425.268	425.122
	45 a 64	94.975	137.059	193.814	214.166	309.898	317.978	324.430	330.936	336.529
	65 a 74	20.000	26.330	43.694	69.830	130.010	133.799	137.470	139.915	142.840
	> 74	11.517	13.833	22.412	100.288	147.542	149.664	153.615	153.179	152.530

	Total	315.188	633.170	889.474	1.054.495	1.333.144	1.341.200	1.308.372	1.351.387	1.365.150
TOTAL		748.821	1.377.743	1.864.101	2.108.736	2.535.598	2.545.465	2.477.425	2.575.082	2.604.565

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

Si se analiza lo que sucede con la edad de las personas cubiertas por el FONASA tampoco se observan diferencias significativas respecto a años anteriores. En este sentido, el peso relativo de los distintos grupos etarios también arroja estabilidad en el tiempo, siendo el tramo de 20 a 44 años el de mayor peso relativo: 32.1%, seguido del tramo de edad de 45 a 64 que asciende a 24.5%.

En el cuadro 2 se presenta la cobertura por institución y región de la sede principal, para algunos años escogidos de forma tal que permita analizar la tendencia reciente comparándola con algunos años clave en términos de hitos de la cobertura (creación del seguro, el ingreso de menores, de cónyuges y de pasivos, entre otros).

**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-20	Dic-21	Dic-22
ASOC. ESPAÑOLA	68.115	99.756	124.655	150.233	166.420	165.981	167.604	169.879	169.816
EVANGELICO	20.676	33.284	42.927	49.300	57.457	57.749	54.977	56.222	63.931
CASA DE GALICIA	26.218	38.051	43.575	49.623	45.479	43.361	39.209	38.740	-
CASMU	73.595	119.173	131.672	166.352	179.105	175.389	162.037	162.595	160.725
CIRCULO CATOLICO	33.971	50.415	63.033	70.030	86.840	86.309	84.667	88.360	107.984
CUDAM	12.458	24.867	47.575	54.810	50.506	52.834	49.834	52.011	51.581
COSEM	29.339	40.971	44.642	46.582	79.352	84.108	87.980	91.339	91.020
GREMCA	16.113	31.193	32.184	32.721	34.603	34.247	28.341	28.616	27.351
MEDICA URUGUAYA	71.893	153.740	235.227	256.698	297.335	301.683	296.446	304.214	305.070
SMI	28.573	57.462	100.630	108.854	124.296	122.511	115.708	119.312	119.745
UNIVERSAL	22.050	38.097	54.657	56.494	57.321	57.276	58.360	61.445	68.402
<b>Sub total</b>	<b>413.707</b>	<b>704.336<sup>2</sup></b>	<b>920.777</b>	<b>1.041.697</b>	<b>1.178.714</b>	<b>1.181.448</b>	<b>1.145.163</b>	<b>1.172.733</b>	<b>1.165.625</b>
IAMC – Interior									
AMECOM	31.160	51.177	62.67	66.839	70.768	71.077	70.039	74.834	76.543
AMEDRIN	5.097	7.487	7.669	8.050	8.599	8.700	8.582	8.805	8.850
AMSJ	17.250	30.221	37.650	41.001	44.962	44.961	44.632	45.633	45.911
CAAMEC	12.445	21.549	25.776	28.573	41.862	42.094	41.037	41.594	41.875
CAAMEPA	12.474	22.295	27.309	29.733	32.465	32.511	31.601	32.458	32.460
CAMCEL	10.081	20.824	26.364	28.451	39.151	39.399	38.665	39.602	39.286

<sup>2</sup> En 2007 y 2008 está incluido IMPASA en la suma total.

CAMDEL	11.656	20.713	23.297	25.248	26.908	26.959	25.984	26.377	26.206
CAMEDUR	8.861	17.608	22.868	24.646	29.057	29.369	29.537	30.521	30.724
CAMOC	8.411	13.865	16.473	18.220	19.520	19.460	19.056	19.384	19.535
CAMS	16.201	30.351	38.104	39.855	41.836	41.282	38.718	39.271	38.731
CAMY	4.525	6.838	6.891	7.040	7.424	7.477	7.320	7.415	7.337
CASMER	9.159	17.590	23.718	26.951	31.669	31.994	32.107	33.679	34.445
COMEFLO	4.992	8.481	10.026	10.685	11.430	11.523	11.728	11.873	11.846
COMECA	15.727	29.192	36.607	40.408	44.816	44.967	44.555	45.681	46.026
COMEF	12.515	21.862	25.244	26.998	28.846	28.450	27.311	27.696	27.489
COMEPA	22.802	38.848	46.609	49.391	56.952	57.646	57.706	59.237	58.944
COMERI	7.305	14.444	17.891	19.415	21.094	21.068	19.715	20.204	19.825
COMERO	12.518	22.508	28.381	31.194	36.020	36.696	36.164	37.776	37.776
COMTA	15.023	27.534	30.523	31.432	32.400	32.242	31.526	31.976	31.647
CRAME	13.267	23.071	30.761	33.406	38.085	38.981	41.149	44.686	46.231
CRAMI	11.955	23.864	29.65	32.849	34.118	33.740	33.159	33.963	35.357
GREMEDA	9.157	17.514	18.316	19.231	21.184	21.329	21.236	21.731	21.824
IAC	8.477	15.306	17.705	18.471	17.388	17.377	16.922	17.832	17.885
SMQS	19.887	35.035	44.438	47.871	55.762	56.897	56.750	58.625	58.792
<b>Sub total</b>	<b>310.066</b>	<b>555.491</b>	<b>675.121<sup>3</sup></b>	<b>725.207<sup>4</sup></b>	<b>794.642</b>	<b>798.059</b>	<b>786.398</b>	<b>810.853</b>	<b>815.503</b>
<b>Seguros Privados</b>									
HOSP. BRITANICO		7.464	18.326	19.405	22.961	23.569	23.608	24.692	25.848
BLUECROSS & BLUESHIELD		2.543	5.230	5.798	8.257	8.818	11.711	12.650	13.701
MP		8.424	14.533	15.564	18.252	18.363	18.429	20.398	22.266
SUMMUM		3.680	6.552	7.206	9.553	9.922	10.470	11.465	13.021
COPAMHI		326	561	679	789	805	711	759	821
SEGURO AMERICANO		2.015	3.714	4.280	7.121	7.339	7.474	7.882	8.277
<b>Sub total</b>		<b>24.452</b>	<b>48.924</b>	<b>52.948<sup>5</sup></b>	<b>66.933</b>	<b>68.816</b>	<b>72.403</b>	<b>77.846</b>	<b>83.934</b>
<b>ASSE</b>									
ASSE	25.047	93.462	219.279	288.884	495.309	497.142	473.461	513.650	539.503
<b>TOTAL</b>	<b>748.82</b>	<b>1.377.741</b>	<b>1.864.101</b>	<b>2.108.736</b>	<b>2.535.598</b>	<b>2.545.465</b>	<b>2.477.425</b>	<b>2.575.082</b>	<b>2.604.565</b>

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

En diciembre 2021, vuelve a caer levemente la participación relativa de la cobertura otorgada por las IAMC, ascendiendo este año a 76.1%. Como contrapartida se observa un incremento de la cobertura brindada por ASSE que pasa a representar el 20.7% de la cobertura total. Además, se

<sup>3</sup> Hasta 2011 está incluido UMERCO en la suma total.

<sup>4</sup> Hasta 2012 están incluidos COMECEL y ORAMECO en la suma total.

<sup>5</sup> En 2011 y 2012 se incluye PRIMEDICA

incrementa ligeramente el peso relativo de los seguros privados, pasando del 3% al 3.2% en 2021.

En términos de tendencia, los seguros privados son los que presentan una mayor variación respecto al año anterior, creciendo un 7.8%. Le sigue ASSE con un incremento del 5%. En tanto la cobertura brindada por el sector mutual no presenta grandes cambios, arrojando una variación positiva del 0.6%.

Cabe recordar que en febrero de 2022 se resolvió cerrar Casa de Galicia. El Poder Ejecutivo asignó a los usuarios de dicha institución al Círculo Católico, CUDAM, Hospital Evangélico, Universal y CRAMI. Dentro de los 30 días siguientes a la asignación original, se les permitió a los usuarios cambiar de institución optando por uno de estos cinco prestadores antes mencionados.

Es importante tener presente que la mayoría de los movimientos se produjeron dentro de Montevideo por lo que el análisis por región no se ve mayormente afectado. En este sentido, la participación de las IAMC con sede principal en Montevideo cae levemente si se tiene en cuenta la cobertura brindada por el subsector mutual, pasando de representar el 59.1% al 58.8%. En efecto, si se observa la variación interanual se aprecia una leve caída, del 0.6%.

Si se observa el comportamiento de cada institución, la foto refleja un desempeño desparejo, con movimientos vinculados principalmente al cierre de Casa de Galicia. El cierre de la institución y la re-asignación de estos usuarios explica en gran medida el crecimiento de beneficiarios del Círculo Católico, el Evangélico y Universal con incrementos del 22.2%, 13.7% y 11.3% respectivamente. Por otro lado, cae la participación de la cobertura de GREMCA en 4.4%, seguida del CASMU, -1.2% y CUDAM, -0.8%. El resto de las instituciones montevideanas presenta cambios mínimos (con distinto signo) en términos de cobertura.

Si se analiza lo que sucede con las IAMC vinculadas al interior del país presentan, en conjunto, un leve crecimiento: 0.6% y se destaca un comportamiento bastante parejo. Las de mayor crecimiento interanual son CRAMI (4.1%), CRAME (3.5%), CASMER (2.3%) y AMECOM

(2.3%). La caída de la cobertura es de menor impacto siendo las más importantes la de COMERI (-1.9%), CAMS (-1.4%) y CAMY (-1.1%).

La cobertura de los Seguros Integrales por su parte, vuelve a tener un crecimiento importante, consolidando la tendencia al alza de los últimos años: 7,8% respecto a 2021. En efecto, se observa el incremento de la cobertura de todos los prestadores que integran este sector. Se destacan los crecimientos de SUMMUM (13.6%), MP (9.2%), y Bluecross & Blueshield (8.3%) y COPAMHI (8.2%).

## II.2 MOVILIDAD REGULADA

En cuanto a los cambios vinculados a la movilidad regulada anual se continuó con la aplicación del Decreto 344/020, continuando con los cambios implementados durante el 2021. De esta manera, para efectuar el cambio de prestador se exige una antigüedad mínima de dos años en la institución o se habilita a cambiar en el año calendario siguiente si la asignación fue de oficio en ASSE. Al mismo tiempo, los cambios se podrán realizar durante los meses de marzo a diciembre teniendo en cuenta el dígito verificador de la cédula de identidad de la persona que quiere cambiar de institución<sup>6</sup>.

De esta manera, la cantidad de habilitados a cambiar durante el 2022 fueron 2.199.670 personas lo que representa el 80.6% del total de la población FONASA, porcentaje algo más elevado que en el 2021. Es importante recordar que los afiliados FONASA que tienen su cobertura en un seguro privado integral pueden cambiarse en cualquier momento del año, al igual que cualquier afiliado FONASA puede optar por ASSE cuando lo desee.

Como muestra la tabla 1, la cantidad de movimientos amparados en la movilidad regulada ascendieron a 29.694. Dicha cantidad cae levemente respecto al año anterior, consolidando la tendencia descrita en 2021. De esta manera, si se observan los movimientos respecto a la

---

<sup>6</sup> **Artículo 11°:** “Los beneficiarios incluidos en el padrón antes referido, podrán ejercer su derecho de cambiar de prestador integral entre los meses de marzo y diciembre de cada año, debiendo tramitar su solicitud de cambio exclusivamente en el mes cuyo ordinal coincida con el dígito verificador de su cédula de identidad según el siguiente detalle: dígito terminal 3: marzo, dígito terminal 4: abril, dígito terminal 5: mayo, dígito terminal 6: junio, dígito terminal 7: julio, dígito terminal 8: agosto, dígito terminal 9: setiembre, dígito terminal 0: octubre, dígito terminal 1: noviembre, dígito terminal 2: diciembre”.

cantidad de habilitados a cambiar se aprecia que este porcentaje asciende a 1.35%, similar aunque algo menor que el que se registró un año atrás<sup>7</sup>.

**Tabla 1 Evolución del número de habilitados a cambiar y cantidad de movimientos. Período 2009-2021**

Período	Habilitados	Movimientos	Mov/hab
<b>Feb-09</b>	272.691	20.213	7,4%
<b>Feb-10</b>	338.814	22.504	6,6%
<b>Feb-11</b>	839.073	53.651	6,4%
<b>Feb-12</b>	1.063.632	49.367	4,6%
<b>Feb-13</b>	1.194.048	52.134	4,4%
<b>Feb-14</b>	1.350.473	55.364	4,1%
<b>Feb-15</b>	1.526.872	62.032	4,1%
<b>Feb-16</b>	1.606.482	63.130	3,9%
<b>Feb-17</b>	1.621.581	54.921	3,4%
<b>Feb-20</b>	1.901.798	82.717	4,35%
<b>Mar - Dic 21</b>	2.075.099	31.650	1,53%
<b>Mar - Dic 22</b>	2.199.670	29.694	1,35%

Fuente: Economía de la Salud, MSP, en base a datos del Banco de Previsión Social

En tanto el Cuadro 3 resume las entradas y salidas por prestador, en términos absolutos y en relación a la población FONASA y a los habilitados para cambiar.

**Cuadro 3- Movimientos por prestador**

INSTITUCIÓN	POBLACIÓN FONASA	HABILITADOS	ENTRADAS	SALIDAS	SALDO	SALDO/FON	SALDO/HAB.	SALIDAS/HAB
ASOC. ESPAÑOLA	169.816	134.901	2.999	1.339	1.660	0,98%	1,23%	0,99%
EVANGELICO	63.931	45.197	820	874	-54	-0,08%	-0,12%	1,93%
CASMU	160.725	133.004	2.014	1.685	329	0,20%	0,25%	1,27%
CIRCULO CATOLICO	107.984	79.185	2.097	1.076	1.021	0,95%	1,29%	1,36%
CUDAM	51.581	37.954	711	1.876	-1.165	-2,26%	-3,07%	4,94%
COSEM	91.020	68.675	1.280	1.185	95	0,10%	0,14%	1,73%
GREMCA MEDICA URUGUAYA	27.351	25.909	352	884	-532	-1,95%	-2,05%	3,41%
SMI	305.070	261.861	5.114	2.989	2.125	0,70%	0,81%	1,14%
UNIVERSAL	119.745	101.967	2.506	1.220	1.286	1,07%	1,26%	1,20%
Sub total	68.402	48.980	2.202	916	1.286	1,88%	2,63%	1,87%
<b>Sub total</b>	<b>1.165.625</b>	<b>937.633</b>	<b>20.095</b>	<b>14.044</b>	<b>6.051</b>	<b>0,52%</b>	<b>0,65%</b>	<b>1,50%</b>

<sup>7</sup> La metodología de trabajo en 2022 sigue lo definido en 2021 respecto a que no se consideran en los movimientos las entradas desde otras instituciones a ASSE en el entendido de que estos cambios no refieren estrictamente a la movilidad regulada ya que siempre se puede cambiar a ASSE.

IAMC – Interior								
AMECOM	76.543	63.913	1.088	206	882	1,15%	1,38%	0,32%
AMEDRIN	8.850	7.663	86	28	58	0,66%	0,76%	0,37%
AMSJ	45.911	40.645	685	179	506	1,10%	1,24%	0,44%
CAAMEC	41875	36.286	546	96	450	1,07%	1,24%	0,26%
CAAMEPA	32.460	26.199	474	259	215	0,66%	0,82%	0,99%
CAMCEL	39.286	36.352	295	101	194	0,49%	0,53%	0,28%
CAMDEL	26.206	24.919	165	88	77	0,29%	0,31%	0,35%
CAMEDUR	30.724	27.569	240	63	177	0,58%	0,64%	0,23%
CAMOC	19.535	18.255	257	48	209	1,07%	1,14%	0,26%
CAMS	38.731	33.725	220	151	69	0,18%	0,20%	0,45%
CAMY	7.337	9.539	75	43	32	0,44%	0,34%	0,45%
CASMER	34.445	26.105	573	64	509	1,48%	1,95%	0,25%
COMEFLO	11.846	11.794	103	43	60	0,51%	0,51%	0,36%
COMECA	46.026	39.788	659	172	487	1,06%	1,22%	0,43%
COMEF	27.489	26.628	199	96	103	0,37%	0,39%	0,36%
COMEPA	58.944	48.062	514	66	448	0,76%	0,93%	0,14%
COMERI	19.825	21.059	176	251	-75	-0,38%	-0,36%	1,19%
COMERO	37.776	36.812	301	93	208	0,55%	0,57%	0,25%
COMTA	31.647	27.192	235	67	168	0,53%	0,62%	0,25%
CRAME	46.231	39.847	937	210	727	1,57%	1,82%	0,53%
CRAMI	35.357	29.587	711	283	428	1,21%	1,45%	0,96%
GREMEDA	21.824	19.487	250	56	194	0,89%	1,00%	0,29%
IAC	17.885	15.121	271	59	212	1,19%	1,40%	0,39%
SMQS	58.792	48.998	539	85	454	0,77%	0,93%	0,17%
<b>Sub total</b>	<b>815.503</b>	<b>715.545</b>	<b>9.599</b>	<b>2.807</b>	<b>6.792</b>	<b>0,83%</b>	<b>0,95%</b>	<b>0,39%</b>
ASSE	539.503	546.492	0	12.843	12.843	-2,38%	-2,35%	2,35%
<b>TOTAL</b>	<b>2.604.565</b>	<b>2.199.670</b>	<b>29.694</b>	<b>29.694</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1,35%</b>

Si se observa las instituciones con sede principal en Montevideo la que presentó un mayor saldo neto positivo respecto a sus habilitados a cambiar fue UNIVERSAL, con un 2,63%. El saldo neto (1.286 personas) representa un 1,88% de su padrón FONASA. Le siguen el CÍRCULO CATÓLICO, SMI y la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA, con 1,29%, 1,26% y 1,23% respectivamente. Los resultados negativos más importantes estuvieron en CUDAM y GREMCA. En ambos casos, los saldos respecto a los habilitados a cambiar ascendieron a -3,07% y -2,05% respectivamente. Si se observa únicamente las salidas respecto a los habilitados a cambiar se aprecia que, en CUDAM, casi un 5% de los habilitados efectivamente optaron por salir de la institución cifra que asciende a 3,41% en el caso de GREMCA.

Si se realiza el mismo análisis pero para los prestadores con sede principal en el interior del país se observan resultados más parejos presentando todas las instituciones movimientos con saldos positivos, con excepción de COMERI. De todas maneras se puede apreciar que los mejores resultados fueron obtenidos por CASMER y CRAME.

Además de los movimientos amparados en la movilidad regulada anual (marzo a diciembre) la normativa habilita cambios de prestador por motivos tales como accesibilidad geográfica, disconformidad con la asistencia recibida y/o accesibilidad económica durante todo el año. En este sentido, durante el 2022 se concedieron 10.347 cambios por motivos geográficos. Por otro lado, se concedieron 971 cambios mutuales por motivos asistenciales, entre los que se encuentran 5 por afiliación irregular, 294 que invocaron un motivo asistencial para cortar el vínculo asistencial, 4 fueron por cambio de domicilio, 1 caso por problemas en la continuidad asistencial, 632 personas argumentaron dificultad en el acceso y 35 fueron agrupados en una categoría residual “otros”. Cabe mencionar asimismo que 359 solicitudes fueron denegadas, 41 siguen en trámite, 27 volvieron a archivo y 23 están pendientes por solicitud de ampliación de información.

## CAPITULO III – ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DEL FONASA

### III.1 RESULTADOS DEL EJERCICIO 2022

El resultado operativo del FONASA fue negativo en \$27.504.125.617 durante el ejercicio 2022, lo que implicó algo menos del 22,45% de los egresos totales del fondo en el ejercicio.

Lo anterior implica que el conjunto de pagos realizados a los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (SNS) por concepto de cuota salud (cápitales y metas), sustitutivos 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. La cifra presentada en el párrafo anterior constituye la cuota parte de los egresos que debió ser cubierta por aportes de Rentas Generales.

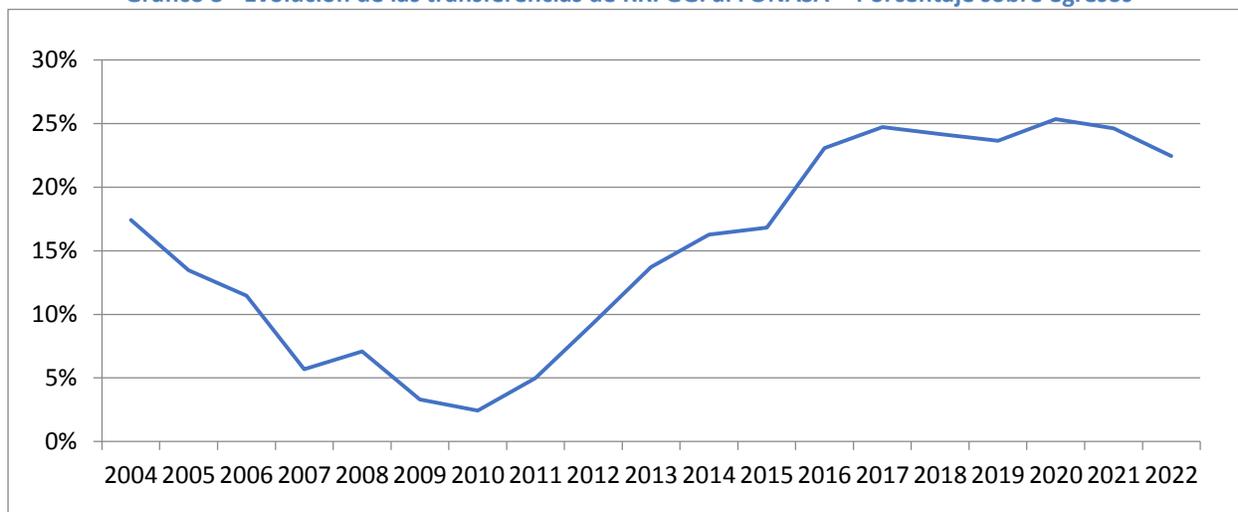
**Cuadro 4- Resultado FONASA 2022 sin considerar la asistencia de CGN**

INGRESOS	
Recaudación BPS	69.103.382.127
Recaudación Prestaciones Económicas BPS	12.127.351.938
Aportes Patronales Sobre Prestaciones BPS	1.074.998.622
Aportes Del Gobierno Central (CGN)	12.535.980.022
<b>TOTAL INGRESOS POR RECAUDACIÓN</b>	<b>94.841.712.708</b>
Comisiones Seguros Integrales	154.120.912
Otros Ingresos	0
<b>TOTAL OTROS INGRESOS</b>	<b>154.120.912</b>
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>	<b>94.995.833.621</b>
EGRESOS	
Liquidaciones Mutualistas	80.923.672.672
Sobrecuota de Inversión	-4.412
Liquidaciones ASSE	22.997.293.679
Liquidaciones Seguros Integrales	2.567.574.508
Liquidaciones Fondo Nacional de Recursos	9.970.900.965
Liquidaciones Cajas de Auxilio	0
Reintegro de Aportes	6.040.521.825
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>122.499.959.238</b>
RESULTADO OPERATIVO FONASA	
<b>TOTAL</b>	<b>-27.504.125.617</b>
OTROS MOVIMIENTOS FINANCIEROS	
Ingresos por cobro de adelantos financieros	0
Egresos por adelantos financieros	0
<b>TOTAL OTROS MOV.FINANCIEROS</b>	<b>0</b>
RESULTADO FINAL	
<b>RESULTADO FINAL FONASA</b>	<b>-27.504.125.617</b>

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

Por su parte, el Gráfico 3 muestra la evolución del peso de las transferencias de Rentas Generales respecto a los egresos totales del Fondo desde 2004 a la fecha y se presentan los valores de estos conceptos, a precios constantes de 2008, para algunos años seleccionados (Cuadro 5).

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



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

**Cuadro 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	2020	2022
<b>Transferencias</b>	1.129	1.002	449	1.025	2.443	6.053	10.543	10.556	9.352
<b>Egresos</b>	6.477	14.134	18.360	20.523	26.250	35.964	42.631	41.652	41.654
<b>% s/Egresos</b>	17%	7%	2%	5%	9%	17%	25%	25%	23%

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

A partir de 2017 el peso de las transferencias de Rentas Generales en el financiamiento de los egresos del Fondo se han estabilizado, conforme finalizó el proceso de incorporación de nuevos colectivos previsto por la Ley 18.731 de fines de 2010. El hecho de que dichos colectivos (pasivos y cónyuges) generen mayores egresos que aportes es lo que explica la tendencia creciente en el peso de las transferencias desde 2010 en adelante. A partir de 2017 se observa que aproximadamente una cuarta parte de los egresos del FONASA se financian con transferencias que suplementan a los aportes personales y patronales que originan los generantes.

En relación a 2021 las transferencias registraron una caída de unos tanto en términos reales como en el peso relativo en los egresos totales. En relación a esto último, el descenso fue levemente superior a los 2 puntos porcentuales, ubicándose algo por encima del 22% de las salidas del Fondo.

**Cuadro 6- Resultado Económico del FONASA 2022 por tipo de afiliación –**

INGRESOS	MONTO	%/EGRESOS 2022	%/EGRESOS 2021	%/EGRESOS 2019	%/EGRESOS 2017
Menores	16.493.817.117	13,5%	12.9%	13,1%	13,1%
Cónyuges	2.424.515.141	2,0%	2.0%	2,1%	2,2%
Pasivos	12.127.351.938	9,9%	10.3%	10,7%	9,9%
Activos	63.796.028.512	52,1%	50.0%	50,4%	50,0%
Otros Ingresos	154.120.912	0,1%	0.1%	0,1%	0,1%
<b>Total Ingresos</b>	<b>94.995.833.621</b>	<b>78%</b>	<b>75%</b>	<b>76%</b>	<b>75%</b>
EGRESOS	MONTO	%/EGRESOS 2022	%/EGRESOS 2021	%/EGRESOS 2019	%/EGRESOS 2017
Menores	18.171.347.697	14,8%	14.8%	16,0%	16,4%
Cónyuges	10.372.767.891	8,5%	8.5%	8,1%	7,8%
Pasivos	43.073.656.888	35,2%	35.2%	34,6%	33,9%
Activos	44.841.669.348	36,6%	36.6%	36,4%	36,4%
Sobrecuota de Inversión	-4.412	0,0%	0.0%	0,0%	0,0%
Reintegro de Aportes	6.040.521.825	4,9%	4.9%	4,9%	5,4%
Otros Egresos	0	0,0%	0.0%	0,0%	0,0%
<b>Total Egresos</b>	<b>122.499.959.238</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
RESULTADO	MONTO	%/EGRESOS 2022	%/EGRESOS 2021	%/EGRESOS 2019	%/EGRESOS 2017
Menores	-1.677.530.580	-1,4%	-1.9%	-2,9%	-3,3%
Cónyuges	-7.948.252.750	-6,5%	-6.5%	-6,1%	-5,6%
Pasivos	-30.946.304.950	-25,3%	-24.9%	-23,9%	-24,1%
Activos	18.954.359.164	15,5%	13.4%	14,0%	13,6%
Sobrecuota de Inversión	4.412	0,0%	0.0%	0,0%	0,0%
Reintegro de Aportes	-6.040.521.825	-4,9%	-4.9%	-4,9%	-5,4%
Otros	154.120.912	-0,1%	-0.1%	-0,1%	-0,1%
<b>Total Resultado</b>	<b>-27.504.125.617</b>	<b>-23%</b>	<b>-25%</b>	<b>-24%</b>	<b>-25%</b>

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. La comparación interanual muestra una relativa estabilidad en los aspectos estructurales de esta apertura. El mayor diferencial entre egresos e ingresos se observa en el caso de los Pasivos, lo que resalta el carácter esencialmente deficitario de este colectivo, que resulta consistente con el hecho de que sus requerimientos suelen ser los más altos (los mayores valores de las cápitas se asocian con el primer año de vida y con las edades más avanzadas), al tiempo que sus aportes están vinculados a ingresos, en promedio, no muy altos. En este año el porcentaje sobre egresos registra su mayor valor de la serie anual, superando incluso el diferencial global entre egresos e ingresos.

Una mirada más enfocada en la evolución del último año muestra un aumento en el superávit generado por los activos, así como una disminución en el déficit de los menores. Seguramente este resultado se encuentra asociado a la recuperación del dinamismo en el mercado de trabajo respecto a los años de pandemia del COVID.

Complementando este análisis, incorporamos la estimación realizada por técnicos del Ministerio de Economía y Finanzas que tiene como fin intentar aislar los efectos sobre los resultados del Fondo del funcionamiento del Fondo COVID19. El siguiente cuadro detalla este análisis:

<b>RESULTADO FONASA</b>	<b>-27.504.125.617</b>
Aumento estimado por MEF de aportes sobre SDES y SENF	-273.895.958
Resignación estimada por MEF de aportes sobre sueldos	391.279.940
<b>RESULTADO FONASA CON FINANCIAMIENTO FONDO COVID19</b>	<b>-27.386.741.635</b>

Fuente: Estimación del MEF incluida en el informe de Rendición de Cuentas FONASA 2022 del BPS

## 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 2022**

INGRESOS PROPIOS	MONTO	%
Aportes personales de trabajadores privados	16.844.343.876	17,7%
Aportes personales de trabajadores públicos	5.354.255.823	5,6%
Aportes personales adicionales de trabajadores privados	14.714.288.252	15,5%
Aportes personales adicionales de trabajadores públicos	4.204.044.006	4,4%
Aportes patronales de trabajadores privados	25.442.177.977	26,8%
Aportes patronales de trabajadores públicos	8.238.399.164	8,7%
Complemento de cuota mutual de trabajadores privados	753.619.203	0,8%
Complemento de cuota mutual de trabajadores públicos	66.255	0,0%
Aporte personal y patronal trabajadores no dependientes	3.441.926.373	3,6%
Bancos	3.692.270.558	3,9%
Notarial	28.969.283	0,03%
<b>TOTAL APORTES DE ACTIVOS</b>	<b>82.714.360.770</b>	<b>87,1%</b>
<b>RECAUDACIONES PERSONALES SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS</b>	<b>12.127.351.938</b>	<b>12,8%</b>
<b>OTROS INGRESOS</b>	<b>154.120.912</b>	<b>0,2%</b>
<b>TOTAL DE INGRESOS PROPIOS</b>	<b>94.995.833.621</b>	<b>75,0%</b>

ASISTENCIA		
APORTE DE RENTAS GENERALES	27.504.125.617	22,5%
TOTAL INGRESOS		
INGRESOS TOTALES	122.499.959.238	100,0%

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

Más del 43% de los ingresos propios del FONASA se explican por los aportes personales realizados por los trabajadores del sector privado y público, a excepción de bancarios, notariales y trabajadores no dependientes. De estos, poco más de 23 puntos porcentuales se corresponden con los aportes personales básicos, en tanto que los restantes los constituyen los adicionales a partir de los que los generantes activos atribuyen cobertura a menores y/o discapacitados a cargo y a cónyuges. Estos guarismos son prácticamente idénticos a los registrados en 2021. Asimismo, los aportes patronales y complementos de la cuota mutual explican algo más del 36% de los ingresos propios, en tanto que poco menos del 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. Como fuera explicado en anteriores informes, esta opción se toma a partir de asumir que los reintegros son una “renuncia de ingresos” y no gastos realizados en la consecución de los objetivos del seguro.

**Cuadro 8 - Egresos del FONASA 2021 según concepto**

CONCEPTO	MONTO	%
CAPITAS	93.880.186.443	76,6%
META	6.477.145.997	5,3%
TICKET	2.187.766.623	1,8%
SEGUROS INTEGRALES	2.391.711.937	2,0%
FNR	9.970.901.311	8,1%
<b>SUB TOTALCUOTA CUOTA SALUD</b>	<b>114.907.712.311</b>	<b>93,8%</b>
SOBRECOTA DE INVERSIÓN	-5.029	0,0%
<b>TOTAL LIQUIDACIONES</b>	<b>114.907.707.282</b>	<b>93,8%</b>
<b>TOTAL EGRESOS FONASA</b>	<b>122.499.959.238</b>	<b>100,0%</b>

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

Por su parte, el Cuadro 9 muestra la apertura por tramos de edad y sexo del pago por el componente cápita de la cuota salud a IAMC y ASSE.

**Cuadro 9– Cápitas IAMC y ASSE por edad y sexo**

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
< 1	1.340.963.040	1.090.440.296	2.431.403.336
1 a 4	1.729.359.857	1.537.300.523	3.266.660.380
5 a 14	3.391.435.451	2.911.182.332	6.302.617.783
15 a 19	1.251.638.506	1.528.706.953	2.780.345.459
20 a 44	6.784.283.790	14.888.676.879	21.672.960.669
45 a 64	10.127.932.613	13.749.319.633	23.877.252.246
65 a 74	7.353.931.575	7.995.609.449	15.349.541.024
> 74	7.366.629.171	10.832.776.375	18.199.405.546
<b>TOTAL</b>	<b>39.346.174.003</b>	<b>54.534.012.440</b>	<b>93.880.186.443</b>

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

El Cuadro 10 muestra los egresos desagregados por tipo de institución. Se observa que la mayor parte de los recursos globales (70%) fueron destinados a las IAMC, un 19% a ASSE, al FNR un 9% y el restante 2% a los Seguros Integrales. Puede observarse, adicionalmente, que la participación relativa de los diferentes prestadores en el total de los egresos del FONASA se mantiene relativamente estable en los últimos años.

**Cuadro 10 - Egresos del FONASA según prestador**

	2020		2021		2022	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
IAMC	68.461.373.605	70%	73.283.999.696	70%	80.121.221.876	70%
Seguros Integrales	1.886.058.602	2%	2.021.900.737	2%	2.391.711.937	2%
ASSE	18.247.40.,942	19%	19.559.252.964	19%	22.423.872.158	19%
FNR	8.689.104.571	9%	9.643.618.564	9%	9.970.901.311	9%
Otros Egresos		0%		0%		0%
<b>TOTAL</b>	<b>97.283.937,720</b>	<b>100%</b>	<b>104.508.771,961</b>	<b>100%</b>	<b>114.907.707,282</b>	<b>100%</b>

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

### III.4 LEY DE URGENCIA Y EMERGENCIA

En el presente apartado presentamos la información relativa a las transferencias entre instituciones prestadoras elegibles del SNS, correspondientes a prestaciones brindadas en el marco del Sistema de Urgencia y Emergencia nacional consagrado en los Artículos 145 a 149 de la Ley 19.535.

Como se ha señalado en anteriores informes, la reglamentación de los mencionados artículos estableció que las instituciones “podrán saldar los montos emergentes de la facturación producto de la atención de urgencia o emergencia, a través de la Junta Nacional de Salud mediante compensaciones del Fondo Nacional de Salud.” 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.

El Cuadro 11 muestra los montos cobrados y pagados a través del mecanismo recién descrito, así como las transferencias netas. Los valores negativos de las transferencias netas indican que la institución en cuestión es pagadora neta, mientras que el valor positivo indica lo contrario. Dichas transferencias se corresponden con 22.666 actuaciones asistenciales verificadas, lo que significa un incremento significativo respecto a las consideradas en 2021.

**Cuadro 11– Pagos, Cobros y Transferencias netas entre instituciones, realizadas dentro del FONASA por servicios de Urgencia y Emergencia. Valores en pesos uruguayos.**

INSTITUCION	COBRADAS	PAGADAS	NETO
SMQS	30.457	3.378.053	3.347.596
CAAMEPA	59.634	2.066.073	2.006.439
AMDM	71.584	1.743.396	1.671.812
COMERO	19.045	1.671.703	1.652.658
CAMS	5.628	1.416.475	1.410.847
COMEPA	1.580	1.149.556	1.147.976
COMEF	11.633	1.104.286	1.092.653
CAMDEL	5.986	957.998	952.012
CRAME	458.708	1.246.253	787.545
CAMEC	5.479	736.272	730.793
COMTA	24.619	664.654	640.035
CASMER	18.499	637.234	618.735
CAMEDUR	10.563	436.694	426.131

IAC	12.588	278.790	266.202
CAMOC	5.562	215.924	210.362
COMECA	14.838	191.626	176.788
COMEFLO	3.984	178.155	174.171
AMSI	21.875	191.930	170.055
CAMY	17.615	144.008	126.393
CRAMI	30.659	143.494	112.835
AMEDRIN	1.908	88.143	86.235
CAMCEL	14.839	49.707	34.868
GREMEDA	171.001	200.096	29.095
SEGURO AMERICANO	28.300	0	-28.300
CUDAM	160.083	59.767	-100.316
MEDICARE	116.109	0	-116.109
SUMMUM	166.886	0	-166.886
CASA DE GALICIA	221.592	34.025	-187.567
SWISS MEDICAL URUGUAY	313.805	0	-313.805
HOSPITAL EVANGELICO	632.970	314.339	-318.631
GREMCA	348.425	0	-348.425
CIRCULO CATOLICO	885.738	467.330	-418.408
MP	487.774	0	-487.774
COMERI	799.015	250.442	-548.573
MEDICA URUGUAYA	617.753	62.549	-555.204
UNIVERSAL	661.376	26.122	-635.254
COSEM	908.174	0	-908.174
CASMU	1.463.346	75.160	-1.388.186
HOSPITAL BRITANICO	1.431.220	0	-1.431.220
SMI	2.111.837	9.053	-2.102.784
ASOCIACION ESPAÑOLA	3.156.521	94.679	-3.061.842
ASSE	6.992.466	2.237.688	-4.754.778
<b>TOTAL</b>	<b>22.521.674</b>	<b>22.521.674</b>	<b>0</b>

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

El mayor cobrador neto es SMQS, seguido de CAAMEPA y otros prestadores privados del interior. Por su parte, el mayor pagador neto es ASSE. Todas las IAMC de Montevideo, así como los Seguros Privados, son esencialmente pagadores netos acompañando el patrón de comportamiento de estas variables observado en años anteriores.

## CAPÍTULO IV- METAS ASISTENCIALES

Las Metas Asistenciales son mecanismos de pago por desempeño que complementa el pago de la cápita ajustada por edad y sexo, siendo por tanto un componente de la Cuota Salud con cargo al Fondo Nacional de Salud (FONASA). En el año 2022 el pago por Metas Asistenciales representó el 5,3% de los egresos del FONASA<sup>8</sup>.

Estos mecanismos de pago por desempeño promueven cambios en los procesos y resultados en salud de los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (SNS) orientados por las prioridades sanitarias y asistenciales establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Las metas comprendidas en este informe de Rendición de Cuentas se focalizan en la atención de:

- La salud del niño, niña y la mujer a través de la Meta 1;
- La reducción de la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles prevalentes en población adulta en el caso de la Meta 2;
- Meta 2022-2023, que fusiona las prioridades definidas en las Metas 1 y 2. Al momento de su aplicación a partir de enero de 2022, se dejaron sin efecto sus predecesoras metas 1 y 2;
- Meta transitoria, creada en el marco de Normalización de la Atención Médica con el objetivo de evaluar los resultados del proceso de recuperación de la actividad asistencial, a punto de partida de su afectación debida a la pandemia de Covid-19;
- La creación de cargos médicos de alta dedicación a través de la 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 (RN) y del/la niño/a en su primera infancia priorizando los controles en los recién nacidos de riesgo (RNR). Se continúa con la pesquisa de Hipoacusia Neonatal y el correcto seguimiento diagnóstico de aquellos recién nacidos que han tenido algún estudio con resultado con presunción de alteración. Así mismo, se sigue incentivando desde la meta el adecuado control de la mujer embarazada y la prevención y atención de situaciones de violencia doméstica y violencia sexual.

La Meta 2 se incorpora en el año 2009, centrándose en el cambio de modelo de atención y en particular, en la atención de la población adulta y las enfermedades no transmisibles. Desde 2019 el contenido de esta meta se focalizó en las acciones vinculadas a la reducción de la carga de morbilidad de las enfermedades no transmisibles (ENT) más prevalentes en nuestro país.

---

<sup>8</sup> Según liquidaciones de BPS, sin considerar el pago por Meta 5 ni el monto de meta pago a los seguros privados. Fuente: Área Economía de la Salud- Dirección General del SNS, MSP.

La Meta 2022-2023 fusiona las Metas 1 y 2, buscando optimizar la gestión documental asociada a la declaración de la información requerida para el cálculo de cumplimiento y pago de las metas. A estos efectos, se alinearon los períodos de cumplimiento, entrega de información y calendario de pago de las Metas 1 y 2 en un esquema cuatrimestral.

Para que esto último fuera posible, siendo que existía un desfase de seis meses en el calendario de cumplimiento y pago entre la Meta 1 y Meta 2, la Resolución de la Junta Nacional de Salud, N° 381 del 15 de diciembre de 2021, estableció que el pago de Meta 2 del período julio-diciembre de 2021 se adelantara con respecto al calendario habitual, abonándose en dos pagos. El primer pago se hizo en mayo de 2022, correspondiente a los tres primeros meses de cumplimiento del período julio-diciembre de 2021. Para el mes de junio de 2022 se abonaron los últimos tres meses de cumplimiento del mencionado período.

Meta transitoria fue creada como meta de carácter transitorio y excepcional para el seguimiento de un conjunto de indicadores de producción asistencial y accesibilidad, buscando alcanzar a diciembre 2021 niveles de desempeño comparables a los observados previos a la pandemia. Su periodo de aplicación tuvo lugar en setiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2021 y su cumplimiento se asocia a los pagos de los meses de mayo y junio de 2022. La misma estableció exigencias con respecto a la cantidad de consultas presenciales realizadas de medicina general, pediatría, ginecología, especialidades médicas y quirúrgicas por afiliado, así como la cantidad de intervenciones quirúrgicas coordinadas y listas de espera quirúrgica.

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

Desde la Meta 4 se promueve la implementación del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) en los prestadores de salud, que se traduce principalmente en la creación de cargos de alta dedicación (CAD) en las instituciones del sector privado y de las funciones de alta dedicación (FAD) en el caso de ASSE.

Los pagos realizados a los Prestadores del SNS en el marco de la Meta 5, que tuvieron lugar en el mes de diciembre de 2022, 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 Pública.

Es importante destacar con respecto a las Metas 1 y 2 que desde el mes de marzo del año 2020 y a consecuencia de la declaración de la emergencia sanitaria nacional, la Dirección General de la Junta Nacional de Salud habilitó la adopción de distintas medidas extraordinarias en salud. De esta manera, se buscó reorientar las acciones de los Prestadores Integrales de Salud a efectos de hacer frente a las exigencias asistenciales impuestas por la coyuntura imperante.

En este marco, se facultó a la Comisión Asesora de Metas Asistenciales la revisión y proposición de ajustes a los criterios de implementación y exigencia establecidos inicialmente para cada Meta. Esto, con el objetivo de mantener el esfuerzo por parte de los prestadores en la atención de las poblaciones objetivo de las Metas Asistenciales, contemplando a su vez las exigencias asistenciales que la realidad epidemiológica imponía en cada momento.

Como resultado, se aprobaron distintas resoluciones que establecen modificaciones y ampliaciones de la vigencia de las Metas 1 y 2, con afectación en los periodos de cumplimiento informados en esta Rendición. Entre las contemplaciones introducidas se puede resaltar la extensión de las Metas 1 y 2 cuyo plazo de vigencia inicialmente finalizaba en marzo de 2021, extendiéndose hasta diciembre de 2021. También se introdujeron cambios en los indicadores, incluyendo el cese de alguno de ellos y adopción de criterios en los valores meta exigidos. Se detallará en el texto, los cambios en cada trimestre/semestre de las Metas 1 y 2 respectivamente.

## META 1: SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y MUJER

### Diseño de la meta

Durante el año 2021 se dio continuidad a las líneas de acción priorizadas por Meta 1 desde sus comienzos en el año 2007: la salud del niño, la niña y la mujer.

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

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

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

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

La Tabla 2 describe los indicadores que integran cada componente de la Meta 1. Se detallan los Valores Meta, entendido como el nivel de desempeño definido como objetivo a alcanzar por el Prestador en cada trimestre, pudiéndose tratar de un valor fijo o un valor de crecimiento (reducción de brecha).

Finalmente, se presenta el Monto Disponible por indicador (en pesos) vigente entre enero-abril de 2022 siendo el pago que se efectúa por usuario FONASA cuando se alcanza el 100% del cumplimiento del indicador<sup>9</sup>

En cuanto al monto disponible total para la Meta 1 para el periodo enero-abril 2022 fue de \$110.

**Tabla 2: Descripción de indicadores de Meta 1. Periodo julio-diciembre - 2021**

COMPONENTE	INDICADOR	VALOR META	MONTO DISPONIBLE(\$U)
Captación del Recién Nacido	X1.1) Porcentaje de recién nacidos afiliados con primer control médico en los primeros 10 días de vida	100%	15,71
	X1.2) Porcentaje de recién nacidos afiliados con EOA realizada antes del alta hospitalaria o antes de los 7 días posteriores al alta	100%	7,86
	X2.2.4) Porcentaje de niños que cumplieron 1 año en el trimestre con primera EOA alterada y cuentan con la aplicación del Protocolo diagnóstico de hipoacusia neonatal según pauta del Ministerio de Salud	100%	15,71
Captación y seguimiento del Recién Nacido de Riesgo	X2.1) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que fueron dados de alta y que tienen visita domiciliaria dentro de los 7 días posteriores al alta.	100%	3,93
	X2.2.1) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen tres meses en el trimestre con control pediátrico.	100%	3,93
	X2.2.2) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen seis meses en el trimestre con control pediátrico	100%	3,93
	X2.2.3) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen doce meses en el trimestre con control pediátrico	100%	3,93

<sup>9</sup>Cuando el prestador no logra alcanzar el 100%, pero su cumplimiento se encuentra por encima del valor definido como valor piso obtiene un pago proporcional. Por debajo del valor piso, no corresponde pago alguno.

	X2.2.5) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen 18 meses en el trimestre con control pediátrico	100%	3,93
	X2.2.6) Porcentaje de recién nacidos de riesgo afiliados que cumplen 24 meses en el trimestre con control pediátrico	100%	3,93
Control de desarrollo del niño y la niña	X3.1) Porcentaje de niños que cumplieron 1 año en el trimestre con el control de desarrollo en el 4º mes de vida.	100%	7,86
	X3.2) Porcentaje de niños que cumplieron 2 años en el trimestre con el control de desarrollo del 18º mes de vida	100%	7,86
	X3.3.1) Porcentaje de niños que cumplieron 4 años en el trimestre con el control de desarrollo a los 48º meses de vida	Cubrir 80% de la brecha entre desempeño anterior y valor de la mediana del sector	7,86
	X3.3.2) Porcentaje de niños que cumplieron 4 años en el trimestre con control odontológico entre los 36 y 48 meses	Cubrir 80% de la brecha entre desempeño anterior y valor de la mediana del sector	3,93
	X3.4) Porcentaje de niños que cumplieron 5 años en el trimestre con control oftalmológico entre los 36 y 60 meses	Cubrir 80% de la brecha entre desempeño anterior y valor de la mediana del sector	3,93
Control de la mujer embarazada	X4.1) Porcentaje de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre con análisis de VDRL y HIV en el 1º, 2º y 3º trimestre de embarazo	100%	7,86
	X4.2) Porcentaje de mujeres afiliadas a la institución que presentan su 1er parto o segunda cesárea en el trimestre con Curso de preparación para el nacimiento realizado por la institución según pauta del MSP	70%	7,86

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

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

En el instructivo original, la Meta 1 finalizaba en marzo de 2021. Debido a la situación epidemiológica del país, dada por la epidemia de Covid-19, se extendieron los plazos de aplicación de la meta hasta diciembre de 2021 y concomitantemente se introdujeron determinadas modificaciones de los indicadores.

Es así que la Resolución de la Junta Nacional de Salud N° 198 del 20 de julio de 2021 establece para el periodo de cumplimiento JAS2021 (asociado al pago de enero 2022) habilitar el pago

contra la entrega de información de los indicadores, abonándose por ello el monto equivalente al último cumplimiento alcanzado por cada prestador en el trimestre julio-agosto-setiembre 2020.

Asimismo, se establece el cese de los indicadores X.4 (a y b): Historia Clínica Perinatal Básica completa y volcado de la base trimestral al Sistema Informático Perinatal, y el indicador X5 referido a Violencia. Como consecuencia, el monto disponible de la Meta 1 se redujo proporcionalmente con la disminución de estos indicadores y dichos montos fueron volcados a mejorar el incentivo económico de los indicadores de tamizaje de cáncer de Meta 2.

Para el periodo de cumplimiento OND2021 (asociado a los pagos de febrero-abril 2022) se retoma la exigencia de pago asociado al desempeño. En cuanto al nivel de exigencia, se establecen los mismos valores meta que habían sido definidos para el periodo de cumplimiento previo al inicio de la pandemia (octubre-noviembre-diciembre de 2019).

En suma, los pagos efectuados por concepto de Meta 1 en el periodo enero-abril 2022 se corresponden a los desempeños alcanzados en los dos trimestres mencionados, tal como se detalla en la tabla siguiente.

**Tabla 3: Esquema de cumplimiento y pago de la Meta 1-2022**

BIANUALIDAD	TRIMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (meses)
2019-2021	Julio-Agosto-Setiembre de 2021	Enero 2022
2019-2021	Octubre-noviembre-diciembre 2021	Febrero-marzo-abril de 2022

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

### Resultados de Meta 1

En este apartado se presentan medidas resumen (mediana, promedio, mínimo y máximo) de los cumplimientos de Meta 1 que originaron los pagos efectuados desde febrero a abril de 2022, correspondientes al cumplimiento alcanzado en el trimestre octubre-diciembre 2021, según se detalla en el cuadro <sup>10</sup>.

Es importante destacar que estos datos no pueden ser interpretados como desempeño asistencial propiamente dicho, sino como el porcentaje de cumplimiento de la meta. Este valor pone en relación determinado desempeño asistencial (numerador/denominador) respecto a un valor piso

<sup>10</sup> Las medidas resumen del trimestre julio-setiembre 2021, asociado al pago de enero de 2022 se encuentra disponible en el Informe de Rendición de Cuentas 2021.

(desempeño mínimo por debajo del cual no se paga la meta) y un valor meta (desempeño asistencial definido como objetivo a alcanzar).

La relevancia de analizar el cumplimiento alcanzado, en un contexto de ejercicio de rendición de cuentas del FONASA, es que el mismo refleja el porcentaje del monto disponible en pesos que finalmente se paga por esta meta y para cada uno de sus indicadores. En tanto, el valor alcanzado (numerador/denominador) da cuenta del desempeño asistencial<sup>11</sup> logrado por el Prestador en cada indicador de la Meta.

El cuadro 12 muestra el cumplimiento alcanzado globalmente para la Meta 1, cuyo promedio del período octubre-noviembre-diciembre de 2021 es de 92,95%.

**Cuadro 12- Cumplimiento alcanzado Meta 1, febrero-abril 2022.**

Periodo de cumplimiento	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Octubre-diciembre 2021	92,95%	100%	9,04%	100%

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

### Componente Recién Nacido

En el componente del Recién Nacido cabe destacar el alto cumplimiento promedio alcanzado para los tres indicadores: Captación del Recién Nacido (X1.1) con 97.50%, Realización de la primera EOA (X1.2) con 97.62% y Seguimiento de la EOA alterada (X2.2.4) con un 97,62%. En los tres casos, al menos la mitad de las instituciones alcanzaron un cumplimiento del 100%.

**Cuadro 13 - Cumplimiento alcanzado, componente Recién Nacido**

COMPONENTE: RECIÉN NACIDO					
Indicador	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>X1.1</b>	FEB-ABR 22	97,50%	100%	0%	100%
<b>X1.2</b>	FEB-ABR 22	97,62%	100%	0%	100%
<b>X2.2.4</b>	FEB-ABR 22	97,62%	100%	0%	100%

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

### Componente Recién Nacido de Riesgo

Este componente reúne los indicadores vinculados a la visita domiciliaria y seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (RNR). Se destacan los indicadores de seguimiento del RNR a los 3 y

<sup>11</sup> Corresponde aclarar que el desempeño asistencial de Meta 1 habilita el uso de Protocolos de Actuación que justifica en determinadas circunstancias la no realización de la actividad asistencial, pero que son válidos para el cumplimiento.

6 meses de edad, con un cumplimiento promedio superior al 95%. En todos los indicadores, menos de la mitad de las instituciones tuvo un cumplimiento del 100%.

En la mayoría de los indicadores se observa un descenso significativo en el nivel de cumplimiento alcanzado con respecto a períodos anteriores. Esto podría estar motivado por la pandemia que afectó al país, impactando en el cumplimiento efectivo de estos indicadores. Históricamente estos alcanzaban conjuntamente con el indicador de captación de recién nacido los guarismos más altos en la Meta 1.

**Cuadro 14- Cumplimiento alcanzado componente Recién Nacido de Riesgo**

COMPONENTE: RECIÉN NACIDO DE RIESGO					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>X2.1</b>	FEB-ABR 22	92,86%	100%	0%	100%
<b>X2.2.1</b>	FEB-ABR 22	95,24%	100%	0%	100%
<b>X2.2.2</b>	FEB-ABR 22	95,24%	100%	0%	100%
<b>X2.2.3</b>	FEB-ABR 22	94,45%	100%	0%	100%
<b>X2.2.5</b>	FEB-ABR 22	92,86%	100%	0%	100%
<b>X2.2.6</b>	FEB-ABR 22	92,86%	100%	0%	100%

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

#### Componente Control del niño y la niña

Este componente reúne dos de los indicadores con menor desempeño alcanzado en el periodo dentro de la Meta. Los indicadores de control de desarrollo a los 18 meses (X3.2) y a los 4 años (X3.3.1) muestran un cumplimiento de 86,05%, y 86,67% respectivamente.

Los indicadores de control de desarrollo a los 4 y 18 meses de edad, que históricamente presentaban altos niveles de cumplimiento, mostraron una caída en sus cumplimientos promedio en este período. El primero de ellos muestra un cumplimiento promedio de 90,36%.

A su vez, todos los indicadores muestran un cumplimiento promedio inferior al observado para la totalidad de la meta 1.

**Cuadro 15- Cumplimiento alcanzado, componente Control del niño y la niña**

COMPONENTE: CONTROL DEL NIÑO/A					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>X3.1</b>	FEB-ABR 22	90,36%	100%	0%	100%
<b>X3.2</b>	FEB-ABR 22	86,05%	100%	0%	100%
<b>X3.3.1</b>	FEB-ABR 22	86,67%	100%	0%	100%
<b>X3.3.2</b>	FEB-ABR 22	90,79%	100%	0%	100%
<b>X3.4</b>	FEB-ABR 22	88,83%	100%	0%	100%

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

### Componente Control de la mujer embarazada

Dentro de este componente se encuentra el indicador asociado al control de VDRL y VIH en la mujer embarazada, con un cumplimiento de 92,17%. También se incluye el indicador de curso de preparación para nacimiento que logra un guarismo de 93,86%.

**Cuadro 16- Cumplimiento alcanzado, componente Control de la embarazada.**

	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>X4.1</b>	FEB-ABR 22	92,17%	100%	0%	100%
<b>X4.2</b>	FEB-ABR 22	93,86%	100%	0%	100%

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

En esta Rendición de Cuentas 2022 se hace referencia al último trimestre de vigencia de la Meta 1 (octubre-diciembre 2021), donde se observa una disminución de los cumplimientos de la mayoría de los indicadores comparándolos con períodos anteriores. Su aplicación fue en un entorno desfavorable para la obtención de los mejores resultados, coincidiendo con la finalización de la pandemia.

Es importante aclarar que la disminución en el desempeño de los indicadores de la meta se acompaña con la disminución de los valores meta exigidos para el período. Ello fue acordado en la Junta Nacional de Salud y expresado en Resolución N° 198. Es así, que se exigieron los guarismos que se debieron alcanzar en octubre-noviembre-diciembre de 2019 y no el esquema de los valores metas exigidas según instructivo inicial. Si es positivo destacar que al menos la mitad de las instituciones lograron el 100% de cumplimiento en todos los indicadores con estos nuevos guarismos de exigencia.

## META 2: OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2020- ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

### Diseño de la meta según Instructivo vigente

Durante el año 2022 desde la Meta 2 se abordaron las líneas de acción priorizadas por los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, vinculadas a las enfermedades no transmisibles prevalentes en población adulta a nivel país.

Su implementación se enmarca en las definiciones y criterios establecidos por Instructivo vigente, aprobado por la JUNASA, según Resolución N° 267, con fecha 7 de junio de 2019.

Allí se establece un periodo de aplicación semestral que se extiende por cuatro semestres, desde enero de 2019 a diciembre de 2020. En tanto, el pago correspondiente al cumplimiento alcanzado se hace efectivo desde noviembre de 2019 a octubre de 2021.

Inicialmente la Meta 2 estaba vigente por instructivo hasta diciembre 2020. Debido a la situación epidemiológica del país dada por la epidemia de Covid-19, se extendieron los plazos de aplicación de la meta por dos semestres: enero-junio 2021 y julio-diciembre 2021.

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

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

La meta 2 cuenta con un total de trece indicadores, si bien los Prestadores deben adherirse a diez, de acuerdo con el siguiente esquema:

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

A continuación, la tabla 4 describe los indicadores que integran cada componente de la Meta 2. Se detallan los Valores Meta, es decir, el nivel de desempeño definido como objetivo a alcanzar por el Prestador en cada semestre, pudiéndose tratar de un valor meta fijo o un valor de crecimiento (reducción de brecha).

Finalmente, se presenta el Monto Disponible (en pesos) vigente entre enero y junio de 2022, siendo el pago que se efectúa por usuario FONASA cuando se alcanza el 100% del cumplimiento del indicador. Cabe señalar que cuando el prestador no logra alcanzar el 100%, pero su cumplimiento se encuentra por encima del valor definido como valor piso obtiene un pago proporcional. Por debajo del valor piso, no corresponde pago alguno.

En función de la Resolución N° 198/2021 se determinó realizar un incentivo económico en los indicadores de tamizaje de cáncer de colon, cuello de útero y mama, a través de la reasignación del monto disponible de los indicadores X5 (VBGG) y X4.3 (SIP) de Meta 1. Este criterio se aplicó para el pago de los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2022 que correspondieron al cumplimiento del semestre enero-junio 2021.

Finalmente, el monto disponible total para la Meta 2 para el periodo enero-junio 22 se distribuyó de la siguiente manera:

- \$67.78 de enero a abril de 2022, producto del ajuste por decreto de aumento de cuota y reasignación del monto de los indicadores X4.3 y X5 de Meta 1.
- \$156,21 en mayo y junio, cada uno incluye 3 meses de pago por concepto del cumplimiento del semestre julio-diciembre de 2021.

**Tabla 4: Descripción de indicadores de Meta 2. Periodo 2019-2021**

COMPONENTE	INDICADOR	VALOR META	MONTO DISPONIBLE
Hipertensión arterial	X1) Porcentaje de usuarios de 25 a 64 años en tratamiento para hipertensión	Cubrir 36% de la brecha	6,51
	X2.3) Porcentaje de usuarios hipertensos de 25 a 64 años con consulta médica vigente.	Cubrir 60% de la brecha	6,51
Enfermedades cardiovasculares	X4.1) Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por IAM con ST elevado	90%	13,02
Diabetes	X5.2.1) Porcentaje de usuarios con diabetes con relación al total de usuarios de 25 a 64 años	Grupo 1: 32% brecha Grupo 2: 60% brecha	6,51
	X5.2.2) Porcentaje de usuarios con diabetes que se realizaron hemoglobina glicosilada en el último año.	Cubrir 80% de la brecha (Grupo 1)	6,51
Cáncer colo-rectal (común)	X5.1.4) Tasa de cobertura en tamizaje de cáncer colorrectal en usuarios de 60 - 70 años	Grupo 1: 35% brecha Grupo 2: 55% brecha	10,46
	X5.1.5) Porcentaje de usuarios con test de sangre oculta positivo que se realizaron fibrocolonoscopia.	75%	2,60
Cáncer de cuello de útero (optativo I)	X5.1.1) Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años	Grupo 1: 55% brecha Grupo 2: 75% brecha	10,46
	X5.1.2) Porcentaje de mujeres con PAP patológico que se realizan colposcopías	Grupo 1: 65% brecha Grupo 2: 90% brecha	2,60
	X5.1.3) Porcentaje de usuarias con biopsia H-SIL y más del semestre que	80%	2,60

	inician tratamiento		
Cáncer de mama (optativo II)	X5.1.6) Tasa de cobertura de tamizaje con mamografías en mujeres de 50 a 69 años	Cubrir 50% de la brecha	10.46
	X5.1.7) Porcentaje de mujeres con resultado de mamografía BIRADS IV y V con informe de anatomía patológica	50%	2,60
	X5.1.8) Porcentaje de usuarias con confirmatorio por anatomía patológica de alteraciones de mama que inician tratamiento	80%	2,60

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

De acuerdo con el calendario de cumplimiento y pago definido para Meta 2, los pagos efectuados durante el periodo enero-junio 2022 se corresponden a los desempeños alcanzados en los semestres de cumplimiento que se detallan a continuación:

**Tabla 5: Período de cumplimiento y pago 2022 de la Meta 2**

BIANULIDAD	SEMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (meses)
2019-2020	Enero-junio de 2021	Enero-abril de 2022
2019-2020	Julio-diciembre de 2021	Mayo y Junio de 2022

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

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

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

A continuación, se detalla el conjunto de flexibilizaciones adoptadas para los semestres de cumplimiento contemplados, según resoluciones N° 205/2020, N° 7/2021, N° 99/2021, N° 198/2021 y N° 381/2021 y que se corresponden con los pagos efectuados de enero a junio de 2022.

#### Semestre de cumplimiento enero-junio 2021

Según instructivo el periodo de vigencia de la Meta 2 finalizaba en el semestre julio-diciembre de 2020. Considerando que el contexto de emergencia sanitaria no propiciaba las condiciones para el diseño e implementación de una nueva meta asistencial, la resolución N° 205/2020 definió la extensión en la vigencia de la misma por un semestre más, hasta junio de 2021.

Por otro lado, la Resolución N° 7/2021 estableció las siguientes condiciones de cumplimiento y pago para el semestre enero-junio 2021:

- Para los indicadores de Hipertensión y Diabetes se establecen como nuevos valores meta el valor piso (mínimo exigido para el pago) establecido inicialmente por Instructivo. A su vez, se extiende a 19 meses la validez de las consultas y exámenes asociados a estos indicadores. Se habilita la validez de la consulta por medio de telemedicina y teleconsulta.
- Para los indicadores de tamizaje de cáncer (colon, cuello de útero y mama) se asocia el pago a la entrega de información correspondiente.
- Para los indicadores de seguimiento diagnóstico y tratamiento de cáncer (cuello de útero y mama), así como el de Reperusión de IAM-ST se mantienen las exigencias establecidas inicialmente por Instructivo.
- Fundamentado en aspectos de diseño, se da de baja el indicador X5.2.3 (Porcentaje de usuarios con diabetes con resultado de hemoglobina glicosilada menor a 8%). El grupo de prestadores que tenían asignado este indicador pasan a cumplir el indicador X5.2.2 (Porcentaje de usuarios con diabetes que se realizaron hemoglobina glicosilada en el último año).

#### Semestre de cumplimiento julio-diciembre 2021

En el contexto de la emergencia sanitaria, la Resolución N° 99/2021 de la JUNASA establece extender la vigencia de la Meta 2 hasta diciembre de 2021. Asimismo, la Resolución N° 198/2021 de la JUNASA establece las siguientes condiciones de cumplimiento y pago para el semestre Julio- Diciembre de 2021:

- Para el cumplimiento de todos los indicadores se exige la presentación de la información de los niveles alcanzados en cada uno de ellos y el pago se realiza en función del desempeño real logrado durante el semestre.
- Para los indicadores de Hipertensión y Diabetes se mantienen los valores piso (mínimo exigido para el pago) como los nuevos valores meta a alcanzar en el período.

- El indicador de Reperfusiones de IAM ST no sufre modificaciones.
- Para los indicadores de tamizaje de cáncer (colon, cuello de útero y mama) se establecen los valores piso (mínimo exigido para el pago) como los nuevos valores meta a alcanzar en el período. Los nuevos valores piso corresponden al 80% del valor piso de cada indicador. Por encima de este valor la institución obtiene un pago proporcional de acuerdo con el desempeño alcanzado, mientras que por debajo de este valor se da por incumplido en su totalidad el indicador no generando un pago asociado. Para el indicador de tamizaje de cáncer de colon se adicionan 6 meses a la validez del test de sangre oculta en heces.
- Para el indicador de usuarios con test de sangre oculta en materias fecales positivo en el semestre que se realizaron fibrocolonoscopia: se mantienen condiciones establecidas por Instructivo.
- Para los indicadores de seguimiento y tratamiento de cáncer (cuello de útero y mama) se mantienen las exigencias establecidas por instructivo.

La Resolución N° 381/2021 de la JUNASA establece modificaciones en el calendario de pago para el semestre de cumplimiento Julio- Diciembre de 2021, determinando un adelanto de los 6 pagos previstos. Concretamente, el pago del semestre se realiza en los meses de Mayo y Junio 2022, cada uno equivalente a 3 meses de pago.

## Resultados de Meta 2

En este apartado se presentan medidas resumen (mediana, promedio, mínimo y máximo) de los cumplimientos de Meta 2 que originaron los pagos efectuados desde enero a junio 2022, según se detalla en el esquema de cumplimiento y pago presentado en el cuadro 17.

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

Cabe reiterar la pertinencia de analizar el cumplimiento alcanzado en el marco del ejercicio de rendición de cuentas del FONASA durante el 2022 siendo que el mismo da cuenta del porcentaje del monto disponible en pesos que finalmente se paga. En tanto, el valor alcanzado (numerador/denominador) da cuenta del desempeño asistencial logrado por el Prestador en cada indicador de la Meta (dato disponible en Anexo).

Nuevamente, corresponde explicitar la excepción que surge de la aplicación de las flexibilizaciones detalladas anteriormente. Los datos correspondientes a cada indicador informan sobre el cumplimiento efectivamente alcanzado y calculado en base a la información entregada por los Prestadores, si bien el pago se realizó en base a lo establecido en las resoluciones descritas anteriormente.

En este sentido, en el cuadro 17 se muestra el cumplimiento alcanzado globalmente para la Meta 2, cuyo promedio anual es de 79,80%.

**Cuadro 17- Cumplimiento alcanzado Meta 2, enero-diciembre 2021.**

Periodo de Cumplimiento	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
ENERO-DICIEMBRE 2021	79,80%	84,52%	0%	99,91%

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

A continuación, se detallan los valores de cumplimiento alcanzado para cada uno de los 13 indicadores que integran la Meta 2.

#### Componente Disminución de complicaciones asociadas a la Hipertensión Arterial

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

El primer indicador presenta un cumplimiento promedio del 100% en los dos semestres del 2021, logrando mejorar los promedios con respecto al año anterior, saliendo del primer año de la emergencia sanitaria.

El segundo indicador relacionado al seguimiento de los usuarios hipertensos mostró un cumplimiento promedio de 90,48% para ambos semestres del 2021. Se observa una mejoría en los niveles de cumplimiento promedio con respecto al año anterior.

**Cuadro 18- Cumplimiento alcanzado Meta 2, Componente Hipertensión arterial.**

COMPONENTE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>X.1</b>	ENE-ABR 22	100%	100%	100%	100%
	MAY-JUN 22	100%	100%	100%	100%
<b>X2.3</b>	ENE-ABR 22	90,48%	100%	0	100%
	MAY-JUN 22	90,48%	100%	0	100%

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

### Componente Disminución de las complicaciones crónicas de la Diabetes

Este componente reúne 2 indicadores: uno vinculado a la captación de usuarios con diabetes (X5.2.1) y el otro al seguimiento de la patología (X5.2.2).

En la captación (X5.2.1) se observa un cumplimiento promedio del 97,62%, manteniéndose estable durante los dos semestres analizados. Esto es esperable por tratarse de un indicador de stock, que a su vez vio ampliada la vigencia de los estudios según detallan las resoluciones de flexibilización N° 205/2020 y N° 7/2021.

En cuanto al indicador de seguimiento (X5.2.2) se observa un menor nivel de cumplimiento promedio (83,33%) para el primer semestre, sin embargo se observa un aumento en el segundo semestre (90,48%), lo que puede estar relacionado a la normalización de la atención sanitaria luego de la pandemia.

**Cuadro 19- Cumplimiento alcanzado Meta 2, Componente Diabetes.**

COMPONENTE: DIABETES					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X5.2.1	ENE-ABR 22	97,62%	100%	0	100%
	MAY-JUN 22	97,62%	100%	0	100%
X5.2.2	ENE-ABR 22	83,33%	100%	0	100%
	MAY-JUN 22	90,48%	100%	0	100%

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

### Componente Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares

En este componente se monitorea el porcentaje de reperfusiones medicamentosas y/o mecánicas de egresos por Infarto Agudo de Miocardio con ST elevado con respecto a número total de egresos por IAMST. El cumplimiento promedio alcanzado fue del 98,25% y 97,62% en cada semestre, con una mediana de 100%.

**Cuadro 20- Cumplimiento alcanzado Meta 2, Componente Reperusión IAM-ST elevado.**

COMPONENTE: REPERUSIÓN IAM-ST					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
X4.1	ENE-ABR 22	98,25%	100%	58,83%	100%
	MAY-JUN 22	97,62%	100%	0	100%

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

### Componente Reducción de la mortalidad por cáncer

Para el indicador de tamizaje de cáncer de colon (X5.1.4) se constata un incremento progresivo en el cumplimiento por periodo, pasando de un promedio de 27,10% a un 84,12%. Esto se debe a que al ser un indicador de stock, con el transcurso de los meses y la normalización de la atención sanitaria, los prestadores volvieron a realizar estudios de tamizaje, logrando reponer las bajas por pérdida de vigencia. El aumento también puede estar asociado a las flexibilizaciones realizadas para los indicadores de tamizaje, dónde se fijó que el valor meta sería el valor piso definido anteriormente por instructivo.

En cuanto al indicador de seguimiento diagnóstico (X5.1.5), también se constata un aumento importante de un semestre a otro, alcanzando un 70,11% en promedio al final del período.

**Cuadro 21- Cumplimiento alcanzado Meta 2, Componente Cáncer Colo-rectal.**

COMPONENTE: CÁNCER COLO-RECTAL					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>X5.1.4</b>	ENE-ABR 22	27,10%	5,01%	0	100%
	MAY-JUN 22	84,12%	100%	0	100%
<b>X5.1.5</b>	ENE-ABR 22	44,95%	31,45%	0	100%
	MAY-JUN 22	70,11%	98,77%	0	100%

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

Respecto a la realización de PAP (X5.1.1) en mujeres de 21 a 64 años se observa un incremento progresivo en el cumplimiento por periodo, pasando de un promedio de 28,97% a un 80,59%.

En relación con el indicador de seguimiento diagnóstico (X5.1.2) se observa un aumento de 10 puntos porcentuales en el cumplimiento entre el primero y el segundo semestre. En el indicador de tratamiento (5.1.3) no se observan grandes fluctuaciones entre ambos periodos.

**Cuadro 22- Cumplimiento alcanzado Meta 2, Componente Cáncer de Cuello Uterino.**

COMPONENTE: CÁNCER DE CUELLO UTERINO					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>X5.1.1</b>	ENE-ABR 22	28,97%	0	0	100%
	MAY-JUN 22	80,59%	100	0	100%
<b>X5.1.2</b>	ENE-ABR 22	71,54%	100	0	100%
	MAY-JUN 22	82,24%	100	0	100%
<b>X5.1.3</b>	ENE-ABR 22	85,01	100	0	100
	MAY-JUN 22	84,60	100	0	100

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

En cuanto al indicador de tamizaje de cáncer de mama (X5.1.6) nuevamente se constata un aumento progresivo entre ambos semestres, de 23,21% a 72,01%, vinculado al proceso de normalización de la atención médica post pandemia y la regularización de las actividades de tamizaje. Asimismo, el aumento también puede estar asociado a las flexibilizaciones realizadas para los indicadores de tamizaje, dónde se fijó que el valor meta sería el valor piso definido anteriormente por instructivo.

En relación con la confirmación del diagnóstico (X5.1.7) se observa un incremento entre ambos semestres que va desde el 87,50% llegando a un 100%, en tanto para el indicador sobre inicio de tratamiento de cáncer de mama (X5.1.8) no se visualizan cambios significativos.

**Cuadro 23- Cumplimiento alcanzado Meta 2, Componente Cáncer de mama.**

COMPONENTE: CÁNCER DE MAMA					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>X5.1.6</b>	ENE-ABR 22	23,21%	5,47%	0	100%
	MAY-JUN 22	72,01%	100%	0	100%
<b>X5.1.7</b>	ENE-ABR 22	87,50%	100%	0	100%
	MAY-JUN 22	100%	100%	100%	100%
<b>X5.1.8</b>	ENE-ABR 22	92,34%	100%	0	100%
	MAY-JUN 22	92,36%	100%	50%	100%

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

## META TRANSITORIA DE NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La Meta Transitoria de Normalización de la Atención Médica tuvo como objetivo evaluar los resultados del proceso de recuperación de la actividad asistencial, a punto de partida de su afectación debido a la pandemia de Covid-19.

Este proceso de normalización se enmarca en las sucesivas normativas adoptadas por el MSP tendientes a la regularización del desempeño del sistema. En particular, el numeral 4to. de la resolución N° 17/2021 de la Dirección General del Sistema Nacional de Salud incorpora como meta de carácter transitorio y excepcional el seguimiento de un conjunto de indicadores de producción asistencial y accesibilidad, buscando alcanzar a diciembre 2021 niveles de desempeño comparables a los observados previos a la pandemia.

Las condiciones de cumplimiento y pago se encuentran definidos en el respectivo Instructivo<sup>12</sup>, aprobado por la Junta Nacional de Salud según Resolución N° 202 del 31 de agosto de 2021.

El periodo de aplicación de la meta transitoria tuvo lugar en setiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2021 y su cumplimiento se asocia a los pagos de los meses de mayo y junio de 2022.

En este marco, se evaluó el cumplimiento de los siguientes indicadores:

**Tabla 6 – Indicadores meta transitoria**

Indicadores	Monto (\$U)
CP.1: Consultas presenciales en consulta externa de Medicina General por afiliado	4.1
CP.2: Consultas presenciales en consulta externa de Pediatría y Gineco-obstetricia por afiliado	4.1
CP.3: Consultas presenciales en consulta externa de Especialidades Médicas por afiliado	2.05
CP.4: Consultas presenciales en consulta externa de Especialidades Quirúrgicas por afiliado	2.05
IQ.1/LEQ.1: Indicador combinado- Intervenciones quirúrgicas coordinadas totales por mil afiliados y Lista de Espera Quirúrgica excedida.	9.27

El cumplimiento de la Meta Transitoria se vinculó al pago de \$21,57 por mes por usuario FONASA, distribuido por indicador según detalla el cuadro precedente.

En cuanto a la performance obtenida por los Prestadores, se observa un cumplimiento total promedio de 95.4% y una mediana de cumplimiento de 99.9%. El cuadro a continuación muestra el promedio y la mediana de cumplimiento por indicador:

**Cuadro 24- Cumplimiento alcanzado meta transitoria**

	CP.1	CP2	CP.3	CP.4	IQ.1-LEQ.1
Promedio	92,1%	98,2%	96,5%	97,6%	94,9%
Mediana	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

<sup>12</sup> <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/meta-transitoria>

## META 2022-2023: UNIFICACIÓN DE LA META 1 Y 2

### Diseño de la meta según Instructivo vigente

La Meta asistencial 2022-2023, cuya implementación comenzó en enero de 2022, fusiona indicadores de las precedentes Metas 1 y 2 además de agregar nuevos indicadores. Las condiciones de cumplimiento y pago quedan establecidas en la Resolución de la Junta Nacional de Salud N° 380 del 9 de diciembre de 2021.

Según lo definido en el Anexo III<sup>13</sup> del Contrato de Gestión, para la definición de una nueva meta se deben cumplir condiciones que incluyen en términos generales: discusión de nueva propuesta a nivel de Comisión Asesora constituida por representantes del MSP y Prestadores de Salud, creación de un anteproyecto al que se le da difusión entre todos los prestadores del país, definición de plazo de un mes para recepción de posibles cambios del ante proyecto, redacción final de instructivo y aprobación del mismo en el ámbito de la Junta Nacional de Salud. Este proceso se realizó durante el segundo semestre de 2021.

La nueva meta asistencial tiene una periodicidad de cumplimiento y pago cuatrimestral. Está organizada en cuatro componentes temáticos que son:

1. Salud del niño y niña: reúne 8 indicadores;
2. Salud de la embarazada y puérpera: compuesta por 3 indicadores;
3. Violencia basada en género y generaciones: con 1 indicador y
4. Prevención y tratamiento de enfermedades no trasmisibles (ENT): compuesta por 9 indicadores.

Conjuntamente con la aprobación del instructivo se diseñaron una serie de documentos (Diccionario de Variables, Reglas de Control de Formato y Reglas de Control de Datos para cálculo) cuya finalidad es facilitar la entrega estandarizada de la información por parte de los prestadores de salud y la posterior obtención de un cálculo automático del cumplimiento y pago.

En su mayoría, los indicadores que conforman la meta son cuantitativos y su información la proporcionan los prestadores de salud, mediante una planilla de cálculo nominalizada y a través del sistema RCIE. (Recepción y Control de Información Externa).

Los indicadores cualitativos se entregan a través del mismo sistema y para su cumplimiento los prestadores entregan informes con pautas predefinidas, cuya aprobación es responsabilidad de las Áreas Programáticas de DIGESA. Estos indicadores son:

---

<sup>13</sup> Anexo III de Contrato de Gestión –Decreto 81/012 de 13/3/2012

- En el primer cuatrimestre: indicadores 2.2 y 2.3 referidos a la salud de la puérpera;
- En todo el período de 2022-2023, informes sobre VBGG;
- En todo el período de 2022-2023 informe de ACV, conjuntamente con información de casos de infartos cerebrales en planilla nominalizada.

La Tabla 7 describe los indicadores que integran cada componente de la Meta 2022-2023. Se detallan los Valores Meta, entendido como el nivel de desempeño definido como objetivo a alcanzar por el Prestador en cada cuatrimestre, pudiéndose tratar de un único valor fijo, un valor fijo cuatrimestral con evolución ascendente en cada cuatrimestre (X2.2) o un valor de crecimiento (reducción de brecha entre dos parámetros: línea de base (LB) y valor de referencia (VR)).

Finalmente, se presenta el Monto Disponible (en pesos) vigentes entre julio y diciembre de 2022, siendo el pago que se efectúa por usuario FONASA cuando se alcanza el 100% del cumplimiento del indicador<sup>14</sup>

El monto disponible total para la Meta 2022-2023 para el periodo julio-diciembre 2022 fue de \$193,76.

**Tabla 7: Descripción de indicadores de Meta 2022-2023. Periodo 2022-2023**

COMPONENTE	INDICADOR	VALOR META	MONTO DISPONIBLE A DICIEMBRE A 2022
<b>Salud del Niño y de la Niña</b>	1.1 Captación del Recién Nacido	95%	4,52
	1.2 Visita domiciliaria del Recién nacido de riesgo	95%	4,52
	1.3 Control de desarrollo a los 4 meses	95%	9,01
	1.4 Control de desarrollo a los 18 meses	95%	9,01
	1.5 Seguimiento diagnóstico de Hipoacusia congénita	95%	9,01
	1.6 Control de desarrollo a los 4 años	90%	9,01
	1.7 Control odontológico a los 4 años	80%	4,52
	1.8 Control oftalmológico a los 5 años	80%	9,01
<b>Salud embarazada y puérpera</b>	2.1 Curso de preparación para el nacimiento	70%	9,01
	2.2 Acompañamiento en primer puerperio	70% al final del periodo	13,51
	2.3 Consulta con Comité de puérpera con indicio de depresión	50%	9,01
<b>Violencia basada en Género y</b>	3. VBGG	Informes según pautas predefinidas	9,01

<sup>14</sup>Cuando el prestador no logra alcanzar el 100%, pero su cumplimiento se encuentra por encima del valor definido como valor piso obtiene un pago proporcional. Por debajo del valor piso, no corresponde pago alguno.

Generaciones			
<b>Enfermedades no transmisibles</b>	4.1 Tamizaje de cáncer colorrectal	Disminución de 40% entre LB y VR al final del periodo	13,51
	4.2 Diagnóstico por Fibrocolonoscopia	75%	9,01
	4.3 Tamizaje de cáncer de cuello	Disminución de 65% entre LB y VR al final del periodo	13,51
	4.4 Colposcopia	Disminución de 80% entre LB y VR al final del periodo	9,01
	4.5 Biopsia HSIL y más con tratamiento	80%	9,01
	4.6 Tamizaje de cáncer de mama	Disminución de 50% entre LB y VR al final del periodo	13,51
	4.7 Mamografías BIRADS IV y V con AP	50%	9,01
	4.8 AP confirmatorio de cáncer de mama con inicio de tratamiento	80%	9,01
	4.9 Abordaje del ACV Isquémico	Informes según pautas y declaración de casos de ACV isquémicos. 10% de casos trombolizados al final de periodo.	9,01

Un aspecto a destacar de la Meta 2022-2023 es la aplicación de un tope general al uso de los Protocolos de Actuación en los indicadores de la salud de la niñez y la mujer embarazada.

Los Protocolos de Actuación se incorporan a los indicadores de Meta 1 en el año 2012, en tanto correctivo que valida en determinadas circunstancias documentadas administrativamente la no realización de la actividad asistencial definida por el indicador. Este correctivo, que se contabiliza como cumplimiento del indicador, se justifica en aquellos indicadores que combinan valores metas exigentes con poblaciones objetivo pequeñas y ventanas de oportunidad asistencial acotadas.

Desde el año 2019 se inició un proceso de regulación del uso de esta herramienta a punto de partida de la constatación de un uso poco proporcionado y en algunos casos atípico con respecto al comportamiento sectorial promedio. Para el periodo 2019-2020 se aplicó un tope parcial para la utilización de Protocolos, que topeaba a dos de las cinco categorías de protocolos disponibles<sup>15</sup>, quedando libre de tope las tres categorías restantes.

<sup>15</sup> Las circunstancias que habilitan el uso de protocolos son las siguientes: (1) Negativa del usuario, (2) Doble cobertura, (3) Internación/Reposo, (4) No se logró comunicación y (5) Otros.

En la medida que se siguió constatando el mismo comportamiento, para la Meta 2022-2023 se propuso y negoció en el marco de la Comisión Asesora la incorporación de un tope general. En esta etapa, el objetivo es la aplicación progresiva de un tope general al uso de los Protocolos de Actuación que habilite el uso proporcionado de la herramienta, estableciendo distintos porcentajes (en algunos casos decrecientes) en función del análisis particular realizado de cada indicador.

Posteriormente a la aprobación del Instructivo de la Meta 2022-2023 se realizaron una serie de modificaciones, acordadas en la Comisión Asesora y aprobadas en la Resolución N° 361 de 3 de noviembre de 2022 por la Junta Nacional de Salud.

Entre los mismos se enumeran los que tuvieron impacto en el cambio de pago con respecto a los criterios establecidos en el Instructivo inicial:

- Se modificaron los porcentajes admitidos de uso de los protocolos de actuación, con postergación de la aplicación del esquema de reducción paulatina establecida inicialmente en algunos de los indicadores de niñez y curso de preparación para el nacimiento (Indicadores 1.6, 1.7, 1.8 y 2.1).
- Se extendió el plazo al cierre del periodo (hasta 45 días) para la realización de los controles o tratamiento en los indicadores 4.2, 4.4 y 4.5.
- Se modificó el alcance de la entrega tardía establecida por Instructivo, habilitando la rectificación del primer mes de pago (si correspondiera), de acuerdo con el cumplimiento alcanzado por el prestador en la segunda instancia de entrega (entrega tardía).

### Resultados de la meta 2022-2023

En este apartado se presentan medidas resumen (mediana, promedio, mínimo y máximo) de los cumplimientos de Meta 2022-2023 que originaron los pagos efectuados desde julio a diciembre de 2022, según se detalla en el esquema de cumplimiento y pago presentado en el cuadro 25.

**Cuadro 25: Esquema de cumplimiento y pago 2022 de la Meta 2022-20231**

BIANUALIDAD	TRIMESTRE DE CUMPLIMIENTO	PAGOS (meses)
2022-2023	Enero-febrero-marzo-abril 2022	Julio-agosto-setiembre-octubre 2022
2022-2023	Mayo-junio-julio-agosto 2022	Noviembre-diciembre 2022-enero.febrero 2023

Al igual que las anteriores metas descritas, es importante destacar que estos datos no pueden ser interpretados como desempeño asistencial propiamente dicho, sino como el porcentaje de cumplimiento de la meta.

El cuadro 26 muestra el **cumplimiento alcanzado** para la Meta 2022-2023, cuyo promedio del período enero- agosto 2022 fue de 89,94%.

**Cuadro 26- Cumplimiento alcanzado Meta 2022-2023, enero-agosto 2022.**

Cumplimiento	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
ENERO-AGOSTO 2022	89,94%	95,14%	30,23%	100%

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

A continuación, se detallan valores de cumplimiento alcanzado para cada uno de los 21 indicadores que integran la Meta 2022-2023.

- **Salud del niño y de la niña**

Dentro de los indicadores que componen este eje temático se encuentran aquellos referidos a controles de primera infancia. El indicador de captación de recién nacido (1.1) continúa siendo el de mejor performance, en torno al 97%.

Los restantes indicadores que refieren a los controles de niños hasta los de 5 años (1.3, 1.4, 1.6, 1.7 y 1.8) han sufrido una disminución en su desempeño comparándolos con anteriores años.

**Cuadro 27- Cumplimiento alcanzado, componente Salud niño/a.**

COMPONENTE: Salud del niño/a					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>1.1</b>	Julio-octubre 22	97,10%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	97,56%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>1.2<sup>16</sup></b>	Julio-octubre 22	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	97,56%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>1.3</b>	Julio-octubre 22	87,51%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	87,63%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>1.4</b>	Julio-octubre 22	88,47%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	78,54%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>1.5<sup>8</sup></b>	Julio-octubre 22	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	95,12%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>1.6</b>	Julio-octubre 22	85,12%	100,00%	0,00%	100,00%

<sup>16</sup> Indicadores de cumplimiento anual

	Noviembre-diciembre 22	83,27%	100,00%	0,00%	100,00%
1.7	Julio-octubre 22	79,90%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	83,27%	100,00%	0,00%	100,00%
1.8	Julio-octubre 22	89,24%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	86,93%	100,00%	0,00%	100,00%

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

Con respecto a los indicadores 1.2 (Visita domiciliaria de Recién Nacido de Riesgo) y el 1.5 de Seguimiento diagnóstico de niños con segunda Emisiones oto-acústica (EOA) alterada o Potenciales Evocados de Tronco Alterados (PEAT), estos tienen una periodicidad anual debido a lo reducido de sus denominadores.

Es por ello que en el tercer y sexto cuatrimestre de la Meta 2022-2023 se realiza el cálculo del cumplimiento anual acumulado, a partir de la sumatoria de los casos contabilizados en numerador y denominador para cada uno de los tres cuatrimestres involucrados de cada año.

Es así que para el primer y segundo cuatrimestre se realizó el pago del indicador 1.2 y 1.5 contra entrega de la información, siendo esto lo que reflejan las medidas resumen presentadas en el cuadro anterior. Estos pagos realizados se encuentran sujetos a reliquidación de acuerdo al cumplimiento anual alcanzado, por lo que los mismos podrían modificarse obteniendo su resultado final en la próxima Rendición de Cuentas 2023.

- Salud embarazada y primer puerperio

El indicador 2.1 de Curso de preparación de nacimiento se continuó en líneas generales como el período anterior, con una disminución de la población objetivo y con una aplicación de tope al uso de Protocolos de Actuación. En esta oportunidad, se contempla a las mujeres que no han tenido ningún parto/cesárea. El porcentaje exigido para el período es de 70%.

En cuanto al cumplimiento alcanzado, para el primer cuatrimestre fue de 91.41% y para el segundo de 88.68%, disminución que puede vincularse al inicio de la aplicación del tope al uso de protocolos de actuación, con una tolerancia del 10% sobre los casos declarados en el denominador.

**Cuadro 28- Cumplimiento alcanzado, componente Control de la embarazada.**

COMPONENTE: SALUD EMBARAZADA Y PUÉRPERA					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
2.1	Julio-octubre 22	91,41%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	88,68%	100,00%	0,00%	100,00%

<b>2.2</b>	Julio-octubre 22	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	90,24%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>2.3</b>	Julio-octubre 22	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	88,88%	100,00%	0,00%	100,00%

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

Por otro lado, se incorporan dos nuevos indicadores referidos a la salud en el primer puerperio. Se diseñó de tal forma que la mujer tenga dos consultas de acompañamiento y consejería en su primer puerperio durante los primeros 90 días desde su parto o cesárea (Indicador 2.2).

Las dos instancias de consejerías abordan pautas de cuidado de salud de la mujer y su hijo; y adicionalmente en la segunda instancia se realiza la pesquisa de depresión post-parto mediante un test auto-gestionado, con la consecuente obtención de una Escala de depresión de Edinburg. Si el resultado del test supera determinado puntaje, debe derivarse a la usuaria a consulta con un Comité de Salud Mental o a consulta con Psiquiatría o Psicología en un lapso máximo de 30 días (Indicador 2.3).

Para ambos indicadores, en el primer cuatrimestre los prestadores de salud debieron entregar un informe con el desarrollo de cada una las áreas tratadas en cada consulta, el abordaje de las temáticas según pauta, los tiempos, técnicos y ámbitos de realización del acompañamiento y consejería, así como la oportunidad y realización del tamizaje de la depresión posparto y eventualmente su derivación oportuna. En esta oportunidad, todos los Prestadores lograron el 100% de los indicadores al haber presentado y aprobado sus planes de consejería.

En el segundo cuatrimestre, donde el pago estaba asociado al desempeño efectivo, el cumplimiento fue de 90.24% y 88.88% en cada indicador respectivamente.

#### - **Violencia basada en Género y Generaciones**

El objetivo del indicador es seguir avanzando en mejorar el abordaje de las situaciones de violencia basada en género y generaciones. En cada cuatrimestre se realizan determinadas acciones para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las personas afectadas por este tipo de violencia.

Es así que, en el primer cuatrimestre, el objetivo de este indicador fue visibilizar a través de las redes sociales, App institucional, TV de salas de espera y disposición en la página web

institucional los datos de contacto y horarios de atención del Equipo de Referencia de Violencia doméstica y sexual institucional.

También se exigió poner a disposición una herramienta de auto pesquisa sobre violencia de género en las páginas web institucionales, a efectos de que los usuarios puedan eventualmente identificarse con alguna vivencia de violencia para así poder obtener orientaciones generales para un primer contacto con la institución si el usuario/a lo desea.

En el segundo cuatrimestre se trabajó en la creación y difusión de las rutas institucionales y el número de retén de asesoramiento para los usuarios internos de las organizaciones; tanto en policlínicas, urgencia de radio, en escritorios y en oficinas de atención al usuario.

**Cuadro 29- Cumplimiento alcanzado, componente VBG**

	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>3</b>	Julio-octubre 22	92.68%	100%	0	100%
	Noviembre-diciembre 22	97,56%	100%	0	100%

Las pautas descriptas fueron plasmadas en informes cuya aprobación, validación y verificación le correspondió al Área Programática de DIGESA. En el primer cuatrimestre el cumplimiento promedio fue de 92.68%, lo que significa que 38 de 41 instituciones aprobaron el informe y en el segundo de 97.56%, lo que significa que fueron 40 de 41.

- **Enfermedades No Trasmisibles**

El componente temático 4 de las Meta Asistencial 2022-2023, Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles se encuentra integrado por un total de 9 indicadores, de los cuales 8 están vinculados a cáncer. Se continúa haciendo foco en 3 de los cánceres más frecuentes en nuestra población: colon, mama y cuello uterino.

En los indicadores de tamizaje y diagnóstico de cáncer de colon se da continuidad al trabajo que se venía realizando en todas las instituciones en la Meta 2 (2019-2021). Los indicadores de mama y cuello uterino que eran opcionales, en este período pasan a ser comunes a todos los prestadores.

Por tal motivo, fue necesaria la construcción de Líneas de Base en aquellas instituciones donde no se estaba trabajando con estos indicadores, a partir de la información declarada por los propios prestadores.

En cada caso, la Línea de Base permite determinar el punto de partida en el que se encuentra cada institución, reflejando su desempeño asistencial al inicio de la meta, a partir del cual debe trabajar en su población de usuarios/as objetivos de los indicadores, para alcanzar los valores meta, entendidos en disminuciones de brecha cuatrimestrales, entre la línea de base y el valor de referencia.

De los ocho indicadores sobre cáncer, los siguientes cuatros fueron definidos como indicadores con un valor meta relativo (reducción de brecha):

- 4.1) Tasa de cobertura de tamizaje en cáncer colo-rectal en usuarios de 60 a 70 años;
- 4.3) Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años;
- 4.4) Porcentaje de mujeres con PAP patológico que se realizan colposcopías;
- 4.6) Tasa de cobertura de tamizaje con mamografía de 50 a 69 años;

El resto de los indicadores siguen la lógica de alcanzar un valor meta fijo, que junto con un valor piso define el rango que habilita un pago proporcional.

**Cuadro 30- Cumplimiento alcanzado, Componente ENT**

COMPONENTE: ENT					
	Periodo de pago	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>4.1</b>	Julio-octubre 22	75,61%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	76,73%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>4.2</b>	Julio-octubre 22	74,54%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	90,15%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>4.3.</b>	Julio-octubre 22	85,37%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	86,59%	100%	0%	100%
<b>4.4</b>	Julio-octubre 22	90,24%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	90,24%	100,00%	0%	100%
<b>4.5</b>	Julio-octubre 22	95,07%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	96,83%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>4.6</b>	Julio-octubre 22	85,37%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	85,37%	100,00%	0%	100%
<b>4.7</b>	Julio-octubre 22	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
	Noviembre-diciembre 22	95,12%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>4.8</b>	Julio-octubre 22	94,73%	100,00%	0,00%	100,00%

	Noviembre-diciembre 22	94,68%	100,00%	0%	100%
4.9	Julio-octubre 22	97,56%	-----	-----	-----
	Noviembre-diciembre 22	100%	-----	-----	-----

Dentro de los indicadores de tamizaje, tanto el de cuello de útero (4.3) como del de mama (4.6) presentan cumplimientos semejantes que rondan el 85%. El de cáncer de colón, aunque es el que más tiempo de vigencia tiene y todos los prestadores vienen realizándolo, logra un cumplimiento menor comparado a los anteriores rondando el 76%.

En cuanto al seguimiento diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino (4.4 y 4.5) y mama (4.7 y 4.8) muestran porcentajes de cumplimiento superiores al 90% y semejantes en ambos cuatrimestres, con la excepción del indicador 4.7 donde el cumplimiento promedio baja 5 puntos porcentuales asociado al no cumplimiento de dos instituciones para ese periodo.

En cambio, para el indicador de seguimiento diagnóstico de cáncer de colon (realización de fibrocolonoscopia posterior a un test SOH positivo) el cumplimiento promedio aumenta en 15 puntos porcentuales entre el primer y el segundo cuatrimestre.

Por último, con respecto al indicador X 4.9 de abordaje a ACV isquémico, en este primer año los Prestadores debieron entregar informes de hoja de ruta institucionales para la atención integral de los ACV, basándose en el Protocolo Nacional de dicha patología e informe con definición de equipo y recursos asistenciales para la atención integral de ACV.

El desempeño de este indicador ha sido cercano al 100%, siendo solo una institución que no alcanzó las condiciones mínimas de aprobación durante el primer cuatrimestre.

Junto con cada informe, los prestadores de salud debieron declarar mediante planilla nominalizada la cantidad de casos de infartos cerebrales isquémicos, con la identificación de aquellos a los que se les realizó la trombólisis medicamentosa, de forma de conocer el porcentaje de usuarios tratados con esta técnica.

## META 4: NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO

### Diseño de la meta según Instructivo vigente

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 ASSE. Las especialidades comprendidas en el NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos marco firmados en Consejo de Salarios.

Para los prestadores integrales del subsector privado y para ASSE, dentro del NRTM se encuentran los Médicos Generales y las siguientes especialidades: Medicina Familiar, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Medicina Intensiva de adultos y pediátrica, Neonatología, Psiquiatría de adultos y pediátrica, Cirugía General y Medicina de Emergencia; con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales, con presencia en la institución a lo largo de toda la semana. También están comprendidas dentro del NRTM otras especialidades médicas: Alergología, Laboratorio de patología clínica, microbiología y parasitología y micología médica, Anatomía Patológica, Medicina del Deporte, Cardiología, Nefrología, Dermatología, Neumología, Endocrinología y Metabolismo, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Neuropediatría, Gastroenterología, Oncología Médica, Genetista, Oncología radioterápica, Geriatria, Rehabilitación y Medicina Física, Hematología, Reumatología, Hemoterapia y Medicina Transfusional; con un régimen de trabajo de 20 o 30 a 48 horas semanales, dependiendo la especialidad, e Imagenología con un régimen de trabajo de 30 a 48 horas semanales. Para ASSE se suma Anestesia y Medicina Rural con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales.

Se presta a continuación un cuadro resumen que pretende reflejar las principales variables que contempla la meta 4 para el período considerado.

**Cuadro 31 – Cumplimiento y pagos generados Meta 4**

El cumplimiento al mes de:	Exigencia. Cantidad de cargos cada 7.000 <sup>17</sup> afiliados FONASA. <sup>18</sup>	Generará pagos para:	% de CAD < a 40 horas semanales que valen como 1	Incidencia de cada componente		
				1	2	3
Jun-21	4,88	Enero 2022	25%	5,35%	6,93%	87,72%
Dic-21	5,08	Febrero-Julio 2022	20%	5,35%	0,00%	94,65%
Jun-22	5,08	Agosto-Diciembre 2022	20%	5,35%	0,00%	94,65%

<sup>17</sup>Para el caso de ASSE se consideran funciones cada 7.776 afiliados (Resolución nº884 JUNTA NACIONAL DE SALUD – noviembre 2014).

<sup>18</sup>Estos valores se aplican a todos los prestadores con excepción de Blue Cross, Hospital Británico y Medicina Personalizada, por no entrar en la flexibilización establecida en la resolución Nº 486 de la Junta Nacional de Salud. La exigencia para esos tres prestadores es de 5,08 cargos cada 7.000 afiliados FONASA.

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

Componente 1: Financiación de Costos Permanentes

Componente 2: Esfuerzos en la contratación de Cargos de Alta Dedicación

Componente 3: Cargos de Alta Dedicación

El valor de cada componente va cambiando en cada entrega, se contempla el pasaje gradual del componente 2 al componente 3 de manera de incrementar el pago asociado a la cantidad de CAD o FAD contratados. El pasaje total del pago del componente 2 al componente 3 se da a partir de las exigencias a diciembre de 2021 con impactos en los pagos de febrero 2022 en adelante.

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

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

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

Para el caso de las especialidades médicas, aquellos CAD o FAD con una carga horaria menor a 175 horas mensuales, se computan para la meta 4 como 1 CAD o FAD siempre que no superen los porcentajes del total de CAD o FAD contratados por la institución de acuerdo al esquema que se presentó en el cuadro anterior.

Por encima de los umbrales definidos, cada CAD o FAD adicional de menos de 175 horas mensuales se computa para la meta en un porcentaje calculado de la siguiente manera:

$$\frac{\text{(Cantidad de horas semanales promedio del total de cargos de menos de 40 horas semanales)}}{44}$$
 horas semanales. Para el cómputo de la meta 4, se multiplica dicho porcentaje por el total de CAD o FAD de menos de 175 horas mensuales que quedan por encima de los umbrales.

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

#### Resultados de Meta 4

Como se detalló previamente, los pagos realizados por la Meta 4 para el año 2022, corresponden a desempeños de tres semestres (enero-junio 2021, julio-diciembre 2021 y enero-junio 2022).

#### Enero 2022

En enero 2022 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a junio 2021.

**Cuadro 32- Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Enero 2022.**

	Componente 1		Componente 2		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro	No cobro	Total	Parcial	No cobro
Sector mutual	35	0	34	1	28	5	2
ASSE	1	0	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	6	0	0	6

De las 28 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 23 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 5 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 5 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 85%.

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

**Cuadro 33- Cantidad de CAD/FAD que se computaron para el pago de la meta 4. Enero 2022.**

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento agregado
Sector mutual	1.327	1.265,30	95%
ASSE	296	371,21	125%
Seguros integrales	50	0	0%

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

radican en el cómputo proporcional de los CAD/FAD de menos de 40 horas semanales que superen el 25% de los CAD/FAD contratados por cada institución.

Las instituciones del sector mutual contrataron 182 cargos con menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 180,30 debido a que en tres instituciones dichos cargos superaron el 25% del total de CAD contratados y se aplicó la proporcionalidad establecida en el instructivo. Por su parte ASSE contrató 101 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 98,21 debido a que dichos cargos superaron el 25% del total de FAD contratadas.

#### Febrero – Julio 2022

Para los meses de febrero a julio 2022 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a diciembre de 2021. Adicionalmente, para algunos meses se tuvieron en cuenta cambios realizados con posterioridad al cierre del informe. Concretamente, una de las instituciones alcanza el 100% del cumplimiento del componente 3 a partir de marzo 2022, en febrero no cobró dicho componente. Los valores presentados en los cuadros incorporan dichos cambios.

A partir de estos meses deja de controlarse y pagarse el componente 2, pasando el monto totalmente al componente 3.

**Cuadro 34-Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Febrero a Julio 2022.**

	Componente 1		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro		No cobro
			Total	Parcial	
Sector mutual	35	0	24	9	2
ASSE	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	0	6

De las 24 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 18 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 6 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 9 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 91%.

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

**Cuadro 35- Cantidad de CAD/FAD que se computaron para el pago de la meta 4. Febrero a Julio 2022.**

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento agregado
Sector mutual	1.401	1.321,43	94%
ASSE	313	358,24	114%
Seguros integrales	50	0	0%

La cantidad de CAD/FAD contabilizados para el pago de la meta 4 puede no coincidir estrictamente con la cantidad de CAD/FAD contratados por las instituciones. Las diferencias se explican por el cómputo proporcional de los CAD/FAD de menos de 40 horas semanales que superan el 20% de los CAD/FAD contratados en algunas instituciones.

Las instituciones del sector mutual contrataron 191 CAD/FAD con menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 184,43 debido a que en nueve instituciones dichos cargos superaron el 20% del total de CAD contratados y se aplicó la proporcionalidad establecida en el instructivo. Por su parte ASSE contrató 100 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 90,24 debido a que superaron el 20% de FAD contratadas.

#### Agosto – Diciembre 2022

Para los meses de agosto a diciembre 2022 se ejecutó el pago del desempeño logrado por los prestadores integrales a junio 2022. Adicionalmente, se tuvieron en cuenta cambios realizados con posterioridad al cierre del informe. Concretamente, dos instituciones alcanzan el 100% del cumplimiento del componente 3 a partir de setiembre 2022, en agosto no cobraron dicho componente. Los valores presentados en los cuadros incorporan dichos cambios.

**Cuadro 36- Cantidad de instituciones según cobro de cada componente. Agosto-diciembre 2022.**

	Componente 1		Componente 3		
	Cobro	No cobro	Cobro Total	Parcial	No cobro
Sector mutual	34	0	27	5	2
ASSE	1	0	1	0	0
Seguros integrales	0	6	0	0	6

De las 27 instituciones del sector mutual que cobraron la totalidad del componente 3, 17 instituciones contrataron la cantidad exacta de CAD exigidos y 10 instituciones contrataron por encima de las exigencias. Las 5 instituciones que tuvieron un cobro parcial del componente 3, alcanzaron en promedio un cumplimiento del 86%.

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

**Cuadro 37- Cantidad de CAD/FAD que se computaron para el pago de la meta 4. Agosto-diciembre 2022.**

	Exigidos	Contabilizados para meta 4	% cumplimiento agregado
Sector mutual	1.395	1.330,76	95%
ASSE	335	350,38	105%
Seguros integrales	53	0	0%

La cantidad de CAD/FAD contabilizados para el pago de la meta 4 puede no coincidir estrictamente con la cantidad de CAD/FAD contratados por las instituciones. Las diferencias se explican por el cómputo proporcional de los CAD/FAD de menos de 40 horas semanales que superan el 20% de los CAD/FAD contratados en algunas instituciones y por el cómputo proporcional de los CAD de la ex Casa de Galicia. A partir de las exigencias a junio 2022 aquellas instituciones que absorbieron usuarios de la ex Casa de Galicia y contrataron a los trabajadores médicos que cumplían con un CAD en dicho prestador, con una flexibilización de hasta el 70% de su carga horaria, pueden computarlos para la meta de manera proporcional en relación a un cargo de 44 horas semanales.

Las instituciones del sector mutual contrataron 197 CAD/FAD con menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 188,21, debido a que en siete instituciones dichos cargos superaron el 20% del total de CAD contratados y se aplicó la proporcionalidad establecida en el instructivo.

Las instituciones comprendidas en el acuerdo de la ex Casa de Galicia contrataron a 17 de los médicos CAD que trabajaban en dicha institución, que fueron computados para meta 4 como 10,34 dada la cantidad de horas informadas.

Por su parte ASSE contrató 98 cargos de menos de 40 horas semanales que fueron computados para meta 4 como 88,38 debido a que superaron el 20% de FAD contratadas.

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

En el año 2022 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.

En junio de 2022 finalizaron los acuerdos alcanzados en la octava ronda del Consejo de Salarios. La novena ronda transcurrió en el segundo semestre del año, llegando a un acuerdo para los trabajadores no médicos en octubre mientras que para los trabajadores médicos se firma a fines de diciembre. Por tales motivos, en el año 2022 no se implementó la capacitación y pago de la partida de los trabajadores médicos que quedó para inicios de 2023. 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 2022.

Para el caso de ASSE el pago realizado en 2022 se corresponde con lo devengado en 2021.

Para obtener la partida anual variable cada trabajador debía realizar una capacitación - curso virtual auto administrada que para el año 2022 fue de 4 horas obligatorias que habilitan el cobro de la partida. En el caso del subsector privado el trabajador no médico debía realizar el curso “Autocuidado para el personal en primera línea de respuesta en emergencia” y en el caso de ASSE la partida que se paga en 2022 es contra el curso de 2021 denominado “Estrategias de autocuidado para el personal de la salud”

La partida salarial anual variable para este año en el subsector privado se define de acuerdo al Consejo de Salarios de la siguiente manera:

- Trabajadores no médicos: el pago de la partida salarial de los trabajadores no médicos es equivalente a una partida fija igual a \$16.284 a valores de julio de 2022 y tiene un tope global máximo de \$909.000.000 que incluye las incidencias. El valor de la partida puede verse incrementada en la medida que exista un excedente de la aplicación del tope mencionado. En el caso de trabajadores que tengan más de 2 vínculos laborales cobran un máximo de dos partidas que se abonan en aquellas instituciones donde la masa salarial acumulada anual sea mayor. Si el trabajador egresó de alguna de ellas durante el período en que estaba el curso disponible, las

partidas se abonan en la institución del egreso y en la de mayor masa salarial de los restantes vínculos laborales.

En el caso de los trabajadores no médicos, junto con la partida se liquidó, con el salario de diciembre, la cuota parte de salario vacacional, licencia y aguinaldo, los cuales fueron incluidos en el valor final de la partida que informó el MSP.

Al igual que en 2021, la meta 5 se liquida por única vez en diciembre y no se realizan reliquidaciones posteriores. Los pagos de meta 5 que se realizarán al comienzo de 2023 corresponderán a la capacitación de los médicos del subsector privado y no a una reliquidación.

De acuerdo a lo establecido en el Instructivo de Meta 5 definido por Resolución N° 369 de la JUNASA del 23 de noviembre de 2022, se informa para el subsector privado:

En el caso de los no médicos, el excedente a redistribuir asciende a \$ 185.720.640. A cada prestador se le informó de manera nominalizada el detalle de cuáles trabajadores deben cobrar la partida de acuerdo al instructivo vigente, el monto de la partida y el correspondiente costo trasladado a meta 5.

A continuación, se presentan los montos pagados por meta 5 en el 2022 para cada prestador integral privado:

**Cuadro 38- Pagos Meta 5 Año 2022**

Prestador	Meta 5 2022 – FUS - pagado en diciembre 2022
AMDM	30.505.986,71
AMEDRIN	4.813.993,63
AMSJ	17.182.547,73
ASOCIACION ESPAÑOLA	81.295.699,69
CAAMEPA	15.281.044,83
CAMCEL	15.461.255,23
CAMDEL	12.401.839,51
CAMEC	19.705.221,14
CAMEDUR	16.123.075,14
CAMOC	8.077.233,47
CAMS	20.095.078,44
CAMY	2.537.528,13
CASMER	16.486.242,86
CASMU	92.753.308,04
CIRCULO CATOLICO	42.690.155,81

COMECA	22.564.681,07
COMEF	14.871.202,37
COMEFLO	4.751.203,72
COMEPA	28.239.622,66
COMERI	10.592.903,49
COMERO	17.859.903,94
COMTA	14.130.378,00
COSEM	15.491.945,34
CRAME	16.529.157,32
CRAMI	17.327.023,49
CUDAM	16.092.207,29
GREMCA	5.618.473,79
GREMEDA	11.246.602,28
HOSPITAL BRITANICO	27.941.030,68
HOSPITAL EVANGELICO	36.850.930,52
IAC	7.938.324,40
MEDICA URUGUAYA	111.513.284,70
MEDICARE	515.741,64
MP	7.371.675,39
SEGURO AMERICANO	28.203.040,30
SMI	50.176.428,08
SMQS	15.240.543,27
SUMMUM	860.463,36
SWISS MEDICAL URUGUAY	1.360.918,32
UNIVERSAL	30.302.096,34
<b>Total</b>	<b>908.999.992,10</b>

En el caso de ASSE el pago de meta 5 realizado en octubre de 2022 fue de \$576.554.107 y correspondió a la aplicación de la meta para el año 2021.

#### PAGO POR METAS

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

**Cuadro 39- Valor máximo de cada Meta por afiliado FONASA**

<b>PAGO POR AFILIADO FONASA (\$)</b>	<b>META 1</b>	<b>META 2</b>	<b>META 4</b>	<b>META 2022-2023</b>	<b>META TRANSITORIA</b>
Enero	110	67,78	57,59	X	X
Febrero	110	67,78	57,59	X	X
Marzo	100	67,78	57,59	X	X
Abril	110	67,78	57,59	X	X
Mayo	X	156,21	57,59	X	21,57
Junio	X	156,21	57,59	X	21,57
Julio	X	X	62,76	193,76	X
Agosto	X	X	62,76	193,76	X
Setiembre	X	X	62,76	193,76	X
Octubre	X	X	62,76	193,76	X
Noviembre	X	X	62,76	193,76	X
Diciembre	X	X	62,76	193,76	X

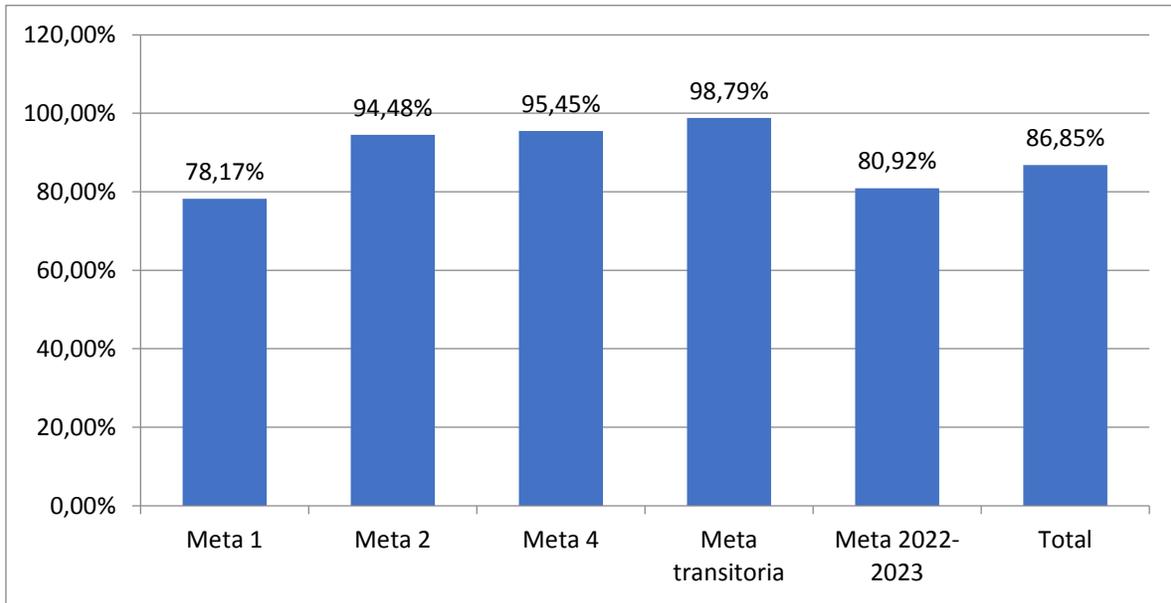
Fuente: Área Economía de la Salud

En el gráfico siguiente se detalla el porcentaje de pago global para cada una de las metas con relación al valor máximo para el año 2022.

En el año 2022 los prestadores del SNS cobraron por el componente meta el 86,85 % del máximo posible, lo que puede considerarse como un indicador del cumplimiento o desempeño global en las acciones promovidas a través de este mecanismo de pago.

La Meta transitoria fue la que presentó un mayor porcentaje de pago 98,79%. En segundo lugar, se encuentra Meta 4 con un 95,45%. Le siguen las Metas 2 y Meta 2022-2023 con el 94,48% y 80,92% respectivamente. Por último se encuentra Meta 1 con un 78,17%

**Gráfico 4 - Porcentaje de pago por Metas sobre el máximo a cobrar 2022**



Fuente: Área Economía de la Salud

## ANEXO - INFORME REVISIÓN LIMITADA BPS

## **INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS**

### **FONDO NACIONAL DE SALUD 2022**

He realizado la Rendición de Cuentas correspondiente a los fondos recibidos y aplicados por el Banco de Previsión Social (BPS) en el Ejercicio 2022 en atención al Fondo Nacional de Salud (FONASA) de acuerdo a la normativa vigente aplicable. De la misma surge que, antes de considerar los efectos de la emergencia sanitaria y el financiamiento del Fondo Solidario Covid19 (Ley 19.874), el FONASA presentó un **déficit de \$27.504.125.617.**

Los principales rubros de egresos considerados son:

- Cuotas de Salud (art. 55 – Ley 18.211); cápitas y metas.
- Cuotas de Inversión.
- Devolución de aportes a contribuyentes del sistema (art. 11 Ley 18.731).
- Devolución de aportes a Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales, corresponde a la cuota parte de aportes a las cajas de auxilio calculados sobre subsidios pagados por BPS.

Los principales rubros de ingresos considerados son:

- Los aportes obligatorios percibidos de contribuyentes a través de la red de cobranza de BPS (art. 60 – Ley 18.211), que se vieron afectados por una disminución de aportes vía sueldos debido al aumento de certificaciones médicas durante los primeros meses del año 2022 en el marco de la emergencia sanitaria.
- Las retenciones efectuadas sobre las prestaciones liquidadas por el Banco de Previsión Social (art. 60 – Ley 18.211) incrementadas por una mayor transferencia desde BPS debido al aumento de los subsidios por enfermedad operados durante los primeros meses del año 2022 a raíz de la emergencia sanitaria.
- El 6% de costo de administración cobrado a los Seguros Integrales de Salud (art. 22 – Ley 18.211).
- Otros ingresos financieros.

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

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

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

Como información complementaria, en el cuadro 3 se informan los movimientos compensatorios con el Fondo Solidario Covid-19 relacionados con el aumento de los ingresos de aportes derivados del incremento del subsidio por enfermedad, así como con la resignación de aportes sobre sueldos, de acuerdo a las estimaciones proporcionadas por el Ministerio de Economía y Finanzas.

**CUADRO 1: RESULTADO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD - PERSPECTIVA FINANCIERA**

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
<b><u>INGRESOS</u></b>		
Recaudación Directa B.P.S.	69.103.382.127	60.177.366.936
Recaudación sobre Prestaciones Económicas B.P.S.	12.127.351.938	11.502.860.855
Aportes Patronales Prestaciones B.P.S.	1.074.998.622	1.251.364.297
Comisiones Seguros Integrales	154.120.912	134.338.058
Otros Ingresos	0	0
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>82.459.853.599</b>	<b>73.065.930.147</b>
<b><u>EGRESOS</u></b>		
Liquidaciones Mutualistas	80.923.672.672	74.690.547.025
Cesiones a ASSE Ley 19.535 arts. 145 a 149	2.589.761	4.638.201
Fondo de Inversiones Mutualistas	-4.412	-4.679
Liquidaciones a Seguros Integrales	2.567.574.508	2.238.967.684
Liquidaciones F.N. Recursos	9.970.900.965	9.643.680.345
Devoluciones de aportes a contribuyentes	6.040.521.825	5.448.156.263
Otros Egresos	0	0
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>99.505.255.320</b>	<b>92.025.984.839</b>
<b>RESULTADO FINANCIERO (INGRESOS – EGRESOS)</b>	<b>-17.045.401.721</b>	<b>-18.960.054.692</b>
<b><u>MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS</u></b>		
Recaudación del Gobierno Central (CGN) compensada	12.535.980.022	11.500.411.450
Transferencias a ASSE compensadas	-22.994.703.918	-20.181.114.638
<b>RESULTADO MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS</b>	<b>-10.458.723.896</b>	<b>-8.680.703.188</b>
<b>ASISTENCIA FINANCIERA FONASA</b>	<b>-27.504.125.617</b>	<b>-27.640.757.880</b>

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

**CUADRO 1: RESULTADO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD - PERSPECTIVA CONTABLE**

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
<b><u>INGRESOS</u></b>		
Recaudación Directa B.P.S.	69.103.382.127	60.177.366.936
Recaudación sobre Prestaciones Económicas B.P.S.	13.202.350.560	12.754.225.153
Comisiones Seguros Integrales	154.120.912	134.338.058
Recaudación del Gobierno Central	12.535.980.022	11.500.411.450
Otros Ingresos	0	0
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>94.995.833.621</b>	<b>84.566.341.597</b>
<b><u>EGRESOS</u></b>		
Cuotas de Salud Prestaciones Mutuales y ASSE	103.920.966.351	94.876.299.864
Cuotas de Salud Seguros Integrales	2.567.574.508	2.238.967.684
Cuotas de Inversión Prestadores	-4.412	-4.679
Cuotas Fondo Nacional de Recursos	9.970.900.965	9.643.680.345
Devoluciones de aportes a contribuyentes Ley 18.731	6.040.521.825	5.448.156.263
Otros Egresos	0	
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>122.499.959.238</b>	<b>112.207.099.477</b>
<b>RESULTADO DEL EJERCICIO (INGRESOS - EGRESOS)</b>	<b>-27.504.125.617</b>	<b>-27.640.757.880</b>

**EFFECTOS DE LA EMERGENCIA SANITARIA Y DEL FONDO SOLIDARIO COVID 19**

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

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

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
<b>RESULTADO FONASA SIN IMPACTO FONDO COVID19</b>	<b>-27.504.125.617</b>	<b>-27.640.757.880</b>
Extensión de cobertura mutual en abril/20 (autorizado por JUNASA)	0	0
Extensión de cobertura mutual al amparo del decreto 217/020	0	61.944.579
Extensión de cobertura mutual al amparo del decreto 4/021	0	584.593.307
Aumento <u>estimado por MEF</u> de aportes sobre SDES y SENF	-273.895.958	-829.854.796
Resignación <u>estimada por MEF</u> de aportes sobre sueldos	391.279.940	1.432.162.758
<b>RESULTADO FONASA CON FINANCIAMIENTO FONDO COVID19</b>	<b>-27.386.741.635</b>	<b>-26.391.912.032</b>

Esta Rendición de Cuentas constituye una afirmación de la Dirección de la entidad sobre la totalidad de los fondos a rendir. Fue realizada siguiendo los lineamientos del Pronunciamiento N° 20 del Colegio de Contadores, Economistas y Administradores del Uruguay y no constituye un examen de Auditoría, de acuerdo a Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas para emitir un Dictamen. Esta rendición también cumple con las disposiciones de la Ordenanza N° 77 del Tribunal de Cuentas de la República y normas establecidas por la Contaduría General de la Nación.

Esta Rendición incluyó el cotejo de una muestra representativa de la documentación original de ingresos y egresos de fondos. De acuerdo al trabajo efectuado, no tengo evidencia de que se deban realizar modificaciones significativas al informe referido según la normativa vigente.

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

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

Montevideo, 02 de mayo de 2023