

GUÍA METODOLÓGICA

Enero de 2014

**Movilidad Regulada de los usuarios
del Seguro Nacional de Salud - FONASA**

¿Quiénes pueden cambiarse?

Los usuarios amparados por el FONASA que al 31 de enero tengan por lo menos tres años de afiliación a una misma Institución de asistencia médica podrán afiliarse a otra de las que integran el SNIS (según el decreto N° 3 de enero de 2011). En el caso de los Jubilados y Pensionistas amparados por el FONASA, podrán cambiarse si al 31 de enero cuentan con al menos 5 años de afiliación en la misma institución de asistencia médica (según decreto N° 22 de junio 2011).

También podrán cambiarse los beneficiarios a través del FONASA que hubieran sido registrados de oficio en ASSE (por no haber elegido otra Institución de Salud cuando tuvieron oportunidad de hacerlo).

¿Cuándo pueden cambiarse?

Entre el 1º y el 28 de febrero de 2014

¿Cómo pueden cambiarse?

El cambio se realiza de forma personal: en las sedes y locales de la Institución de salud elegida.

El Ministerio de Salud Pública recomienda mirar los indicadores publicados en esta página web antes de hacer la elección de la nueva Institución de Salud. Se presentan datos de la ubicación geográfica de las sedes, indicadores asistenciales, indicadores asociados a cumplimiento Metas, nivel de satisfacción de los usuarios, tiempos de espera, dotación de recursos humanos y solicitud de consulta, además de las tasas moderadoras.

Durante todo el año...

La JUNASA autoriza la movilidad de aquellos usuarios que:

- demuestren disconformidad con la atención recibida, configurándose la ruptura del vínculo asistencial
- por cambios de domicilio no tengan garantizado el acceso a la asistencia.

A su vez, en todo momento los usuarios pueden:

- cambiarse a ASSE
- cambiarse a un Seguro Integral
- suspender su afiliación a un Seguro Integral, debiendo regresar a su anterior Institución de Salud.

Seguros Privados Integrales

Aquellos usuarios que opten por afiliarse a un Seguro Privado Integral a través del FONASA, podrán tener que realizar un pago adicional a la Institución de Salud, de modo de complementar el monto volcado desde el FONASA. Dicho pago o cuota complementaria no está regulada, por lo que la Institución de Salud puede fijarla libremente.

INDICADORES PUBLICADOS

La presente guía pretende orientar en la comprensión de los indicadores publicados en el sitio web del M.S.P en oportunidad de la apertura del período de movilidad regulada en el próximo mes de febrero.

Los datos se encuentran disponibles para todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Seguros Privados Integrales y A.S.S.E. a nivel departamental.

Esta publicación tiene como objetivos, por un lado, el de servir a la población como insumo al momento de tomar una decisión en relación a la permanencia o cambio de institución de salud, y por el otro, el de presentar una herramienta para el análisis del sector en base a la información disponible, presentada en forma de indicadores comparables que pretenden aproximarse a distintas dimensiones del proceso asistencial, su accesibilidad y resultados.

La información a partir de la cual se construyeron los indicadores presentados proviene de las diversas fuentes desde las cuales el M.S.P., o bien la JU.NA.SA., recaban regularmente información de las Instituciones de Salud.

Dado que no existen estándares que actúen como línea de referencia para evaluar a las distintas instituciones en base a los indicadores publicados, la utilidad del análisis radica en la comparación entre instituciones de acuerdo a las características a las que cada usuario asigne mayor valor.¹

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD

- **Nombre completo de la Institución de Salud**
- **Página web**

¹ Para los indicadores “Razón [Consultas en policlínica] / [Consultas urgentes centralizadas]” y “Razón [Consultas con especialidades básicas] / [Consultas con resto de las especialidades]” se presentan como referencia los valores promedios del país para dichos indicadores al interior de cada uno de estos subsectores: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Seguros Privados, A.S.S.E.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

La Junta Nacional de Salud plantea como obligación que todas las Instituciones deben contar con página web, que incluya como mínimo nombre, teléfono, horarios de atención, cartelera de servicios y formas de acceso, nómina de profesionales, director/a técnico/a y precios de tasas moderadoras.

- **Ubicación de la Sede Principal**

Dirección de la sede principal de la Institución de Salud.

- **Localidad y departamento de los Servicios de Atención Ambulatoria**

Ubicación de los servicios de atención ambulatoria de la Institución de Salud.

Se define atención ambulatoria como la actuación realizada por uno o más miembros del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación, ya sea en el ámbito institucional o en domicilio.

- **Localidad y departamento del Servicio de Internación**

Ubicación de los servicios de internación de la Institución de Salud.

Las Instituciones de Salud pueden contar con servicios de internación propios, contratar los mismos en su totalidad a otras Instituciones, o tener una combinación de ambas modalidades.

METAS ASISTENCIALES:

Las Metas Asistenciales son herramientas que dispone la JUNASA para orientar la conducta de las Instituciones de Salud hacia los objetivos planteados por el SNIS y las políticas diseñadas por el MSP.

A través de la Meta 1 se pretende fortalecer el Programa Nacional de Atención a la Niñez con énfasis en la vigilancia y control adecuado del crecimiento, el desarrollo, el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, la detección precoz de defectos congénitos y la promoción de hábitos de vida saludables.

Al mismo tiempo, y considerando la importancia del binomio madre-hijo, se establecieron metas para el embarazo. De esta forma, las Instituciones estarán garantizando la continuidad del cuidado de las mujeres durante el proceso del embarazo, con los más altos niveles de calidad.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Las metas 2 y 3 buscan impulsar el papel del médico de referencia en el primer nivel de atención, ya que este abordará integralmente los problemas de salud del paciente. La visión integral del paciente y el vínculo longitudinal con el mismo, a lo largo de sus diferentes etapas de la vida o de su periplo asistencial, son parte de las claves para asegurar el cambio de modelo que tiene como objetivo la Reforma de la Salud.

A su vez, a partir de julio 2013, la meta 2 incorpora un indicador cualitativo, que da cuenta de las actividades de promoción en salud con adolescentes, que realizan los prestadores de salud con instituciones educativas, deportivas o sociales.

Indicador: % de niños de un año correctamente controlados

Fecha del dato: Promedio de los últimos cuatro trimestres (octubre 2012-setiembre 2013)

Metodología: A través de la meta 1 se intenta apoyar el correcto control del niño en sus primeros años de vida, tanto en la captación del recién nacido y en la visita domiciliaria al recién nacido de riesgo como en los controles durante el primer, segundo y tercer año de vida.

El indicador seleccionado dentro de los controles del niño en sus primeros años de vida, refiere al porcentaje de niños de un año que están controlados según pauta ministerial (10 controles en el primer año de vida y CEV según pauta). Para su construcción se tomó un promedio de los últimos cuatro trimestres con información (desde octubre de 2012 hasta setiembre de 2013).

Cumplimiento promedio de la anualidad: 89%

Indicador: % de embarazadas correctamente controladas

Fecha del dato: Promedio de los últimos cuatro trimestres (octubre 2012 -setiembre 2013)

Metodología: También mediante la meta 1 se intenta priorizar la salud de la embarazada. En este contexto, se incentiva que las embarazadas sean captadas de forma temprana y tengan un correcto control durante su embarazo, alcanzando al menos 5 controles al momento del parto y teniendo exámenes odontológicos y



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

estudios de HIV y VDRL. El indicador seleccionado en este caso para reflejar el correcto control de la embarazada refiere al porcentaje de embarazadas que llegan al parto con al menos los controles exigidos por el MSP (6 controles hasta junio de 2013 y 5 controles de julio en adelante). Se toma un promedio de los últimos cuatro trimestres con información (desde octubre de 2012 hasta setiembre de 2013).

Cumplimiento promedio de la anualidad: 96%

Indicador: % de adolescentes con consulta con su médico de referencia

Fecha del dato: Abril – Mayo - Junio 2013

Metodología: Desde la meta 2 se pretende apoyar los controles de salud de los adolescentes del país, quienes tienen derecho a una consulta gratuita anual con su médico de referencia. El indicador refiere al porcentaje de adolescentes entre 12 y 19 años que fueron al menos una vez a consulta con su médico de referencia desde julio de 2010 en adelante. En este caso, los valores que se presentan corresponden a los porcentajes alcanzados en el trimestre Julio – Agosto – Setiembre 2013.

Meta mínima Abril – Mayo – Junio: 23%

Indicador: % de adultos con consulta con su médico de referencia

Fecha del dato: Julio - Agosto - Setiembre 2013

Metodología: También desde la meta 2 se apunta a apoyar la realización de un control preventivo de salud gratuito con su médico de referencia en los adultos entre 45 y 64 años. El control incluye, en el caso que no estén vigentes, estudios de glicemia, colesterolemia y fecatest de forma gratuita (sin costo de ticket). Este indicador refiere al porcentaje de adultos entre 45 y 64 años que fueron al menos una vez a consulta con su médico de referencia desde julio de 2010 en adelante. Los valores presentados en este indicador corresponden a los porcentajes alcanzados en el trimestre Julio – Agosto – Setiembre 2013.

Meta mínima Julio – Agosto – Setiembre: 44%



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Indicador: % de adultos mayores con consulta con su médico de referencia

Fecha del dato: Julio - Agosto - Setiembre 2013

Metodología: La meta 3 consiste en apoyar la realización de un control de salud gratuito con su médico de referencia en los adultos mayores de 65 años o más. Los adultos mayores de 65 años tienen derecho a un control preventivo anual gratuito con su médico de referencia, mientras que los adultos mayores de 75 años tienen derecho a dos controles preventivos anuales con su médico de referencia. En ambos casos también tienen derecho a recibir el Carné del Adulto mayor, que tiene como objetivo resumir la situación global de salud y las condiciones más relevantes para la atención de las personas adultas mayores, a los efectos de facilitar información en el contacto con los equipos de atención en todos los niveles. En este caso se selecciona, para reflejar el correcto control de los adultos mayores, el indicador referido al porcentaje de adultos mayores entre 65 y 74 años que fueron al menos una vez a consulta con su médico de referencia desde julio de 2010 en adelante. Los valores presentados en este indicador corresponden a los porcentajes alcanzados en el trimestre Julio – Agosto – Setiembre 2013.

Meta mínima Julio – Agosto - Setiembre: 58%

INDICADORES ASISTENCIALES (CONSULTAS):

Indicador: razón [consultas policlínica] / [consultas urgentes centralizadas]

Fecha del dato: Octubre 2012 - Setiembre 2013

Metodología: Este indicador refleja la relación entre las consultas ambulatorias de policlínica y las consultas urgentes centralizadas, es decir las efectuadas a nivel del Servicio de Urgencia - Emergencia Institucional, realizadas en el último año (desde octubre de 2012 hasta setiembre de 2013). El número de consultas en cada ámbito son informadas al MSP por las Instituciones mensualmente.

El cambio en el modelo de atención que se está implementando prioriza la prevención y promoción de salud, así como el diagnóstico precoz, a diferencia del enfoque de respuesta a la enfermedad que ha caracterizado el sistema de salud del país antes de



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

la Reforma. Las actividades de prevención y promoción, diagnóstico y tratamiento precoz se realizan fundamentalmente a partir del ámbito ambulatorio no urgente, mientras que las consultas urgentes responden a la presencia de alteraciones agudas de la salud. Por lo tanto, valores altos de la razón [consultas Policlínica] / [consultas urgentes centralizadas], indicarían un modelo de atención más asociado al promovido por el nuevo modelo.

Promedios:

- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva Interior: 4,9
- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva Montevideo: 7,5
- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva Total País: 6,1
- Seguros Privados: 8,5
- ASSE País: 2,5

Indicador: razón [consultas especialidades básicas] / [consultas resto de las especialidades]

Fecha del dato: Octubre 2012 - Setiembre 2013

Metodología: Este indicador refleja la relación entre las consultas de especialidades básicas (Medicina General, Pediatría y Ginecoobstetricia) y las consultas del resto de las especialidades (Cirugía General, Especialidades Médicas y Quirúrgicas), realizadas en el último año (desde octubre de 2012 hasta setiembre de 2013). El número de consultas en cada especialidad son informadas al MSP por las Instituciones mensualmente.

El nuevo modelo de atención que se está implementando, pretende favorecer la entrada al Sistema de Salud por el Médico de Referencia o Médico tratante del usuario (correspondiente a especialidades básicas), de forma de mejorar la calidad de atención y satisfacción del paciente. En tal sentido, un mayor valor del indicador podría estar indicando un comportamiento más acorde al nuevo modelo.

Promedios:

- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva Interior: 1,4
- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva Montevideo: 0,8
- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva Total País: 1,0
- Seguros Privados: 0,9
- ASSE País: 1,8

INDICADORES SOBRE SATISFACCIÓN Y DERECHOS DE LOS USUARIOS :

Estos indicadores surgen de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios, que se desarrolló durante los meses de setiembre y octubre de 2012, y abarcó a afiliados de todos los prestadores que conforman el Seguro Nacional Integrado de Salud.

Tradicionalmente el concepto de calidad asistencial se relacionaba con el cumplimiento de normas y estándares científico – técnicos: calidad objetiva. Hoy en día se incluye una nueva dimensión que ocupa un sitio de especial relevancia: la satisfacción de necesidades y expectativas del usuario: calidad percibida.

Es una medición que complementa otros indicadores de desempeño de naturaleza diferente, ya sea de cumplimientos de metas, de dotación de stocks de tecnologías o personal, y también de mecanismos institucionales tales como las Oficinas de Atención al Usuario por ejemplo.

En su gran mayoría, la encuesta la llevó adelante el consorcio de las siguientes empresas encuestadoras:



Cabe aclarar que este indicador proporciona información sobre la "calidad percibida", por lo tanto, no constituye una medida "objetiva" de desempeño, ya que se formula desde la subjetividad de las personas que contestaron la encuesta, es decir, se basa en sus propias experiencias, necesidades, expectativas, etc.

Esta encuesta se realizó de forma telefónica, a un grupo representativo de usuarios de cada institución, definiéndose previamente que los posibles afiliados a encuestar serían aquellos que hubieran utilizado los servicios de internación hospitalaria en cuidados moderados, por un lapso mínimo de 48 horas, en los últimos doce meses.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

FICHA TÉCNICA:

- ❖ **Universo:** Usuarios de la Institución de Salud que en los últimos 12 meses hayan utilizado los servicios de internación en cuidados moderados, por un lapso mínimo de 48hs.
- ❖ **Tamaño de muestra:** Aproximadamente 350 casos por Institución, lo que permite obtener estimaciones con un margen de error no superior al 5%, para un intervalo de confianza del 95% y bajo la hipótesis de una distribución con una probabilidad de 0.5.
- ❖ **Modo de aplicación:** telefónica.
- ❖ **Modo de selección de la muestra:** la muestra es probabilística y se aplican cuotas de sexo y edad para asegurar que los resultados ajusten a la composición del universo mencionado.

A lo largo de la encuesta, se indaga sobre los siguientes aspectos vinculados a los servicios de internación hospitalaria en cuidados moderados:

- **Respeto en el trato:** Trato personal de los distintos actores del sistema, personal administrativo, enfermería y médicos: amabilidad, respeto, no diferenciación en el trato, etc.
- **Accesibilidad (organizativo-funcional):** tiempos de espera y complejidad de las gestiones.
- **Competencias de los profesionales médicos y de enfermería:** tiempo dedicado, disposición a escuchar y claridad y cantidad de la información que le brinda, eficacia para solucionar problemas
- **Continuidad asistencial:** ¿los diferentes profesionales cuentan con toda la información sobre el paciente?
- **Confort y amenidades del entorno físico:** comodidad de los espacios, limpieza, ventilación, señalización, etc.
- **Difusión de Derechos y mecanismos para su ejercicio:** Información sobre derechos y obligaciones: ¿Reciben información al respecto de su centro de salud? ¿Conocimiento sobre lugares donde presentar una queja o sugerencia? ¿Conocimiento de las Oficinas de Atención al Usuario?

Indicador: Entrega de Información sobre Derechos (2012)

Fecha del dato: Setiembre - Octubre de 2012

Metodología: La pregunta que se tomó como base para este indicador es de carácter más general, y dice “En los últimos doce meses, ¿ha recibido por parte de “INSTITUCIÓN X” alguna información respecto a sus Derechos como usuario?”



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

El valor que se presenta refiere al porcentaje de usuarios que indicaron haber recibido información, en el último año, sobre sus Derechos por parte de su Institución de la Salud. Por tratarse de un porcentaje, el valor del indicador para cada Institución se hallará comprendido entre 0 y 100.

Cuanto mayor sea el valor más positivo se considera el desempeño de la Institución en cuanto a la difusión de los Derechos entre sus usuarios en general y en particular, sobre la distribución de la ""Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud"" (http://www.msp.gub.uy/ucsnis_5005_1.html) según lo establece la cláusula 52 del Contrato de Gestión firmado en 2008 entre las Instituciones de Salud y la JUNASA (Decreto 464/008).

Indicador: Conocimiento de lugar donde presentar quejas y/o sugerencias (2012)

Fecha del dato: Setiembre - Octubre de 2012

Metodología: La pregunta que se tomó como base para este indicador es de carácter más general, y dice: "Si hoy tuviese una queja o sugerencia para hacerle a "INSTITUCIÓN X" ¿sabe qué tiene que hacer, a dónde se debe dirigir?"

El valor que se presenta refiere al porcentaje de usuarios que indicaron saber qué hacer o a dónde dirigirse en caso de querer realizar una queja o sugerencia a su Institución de Salud. Por tratarse de un porcentaje, el valor del indicador para cada Institución se hallará comprendido entre 0 y 100.

Cuanto mayor sea el valor más positivo se considera el desempeño de la Institución en cuanto a la difusión de los mecanismos existentes para el ejercicio de los Derechos de sus usuarios y para el planteo de denuncias cuando existan situaciones donde sean vulnerados. En particular, indica cuál ha sido su desempeño respecto de lo establecido en la cláusula 55 del Contrato de Gestión firmado en 2008 entre las Instituciones de Salud y la JUNASA (Decreto 464/008) según la cual las Instituciones de Salud deben tener Oficinas de Atención al Usuario en sus sedes principales y buzones de recepción en el resto de sus centros, los cuales deben estar ubicados en lugares destacados y de fácil acceso, así como señalización que indique las gestiones que allí se pueden realizar.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN MEDICINA:

Indicador: Comité de Seguridad del Paciente

Fecha del dato: Diciembre de 2012

Metodología: Cada Institución que brinda asistencia médica integral, sea Pública o Privada, debe disponer de una Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (COSEPA). Dicha Comisión tiene por objetivo diseñar, implementar y evaluar acciones orientadas a garantizar la Seguridad del Paciente en su respectiva Institución. Este indicador da cuenta de la existencia o no de la COSEPA.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD:

Indicador: Cargos de médicos generales en policlínica cada 10.000 usuarios mayores de 14 años

Fecha del dato: Mayo 2013 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Agosto 2013 (ASSE).

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: Los cargos de policlínica de medicina general para el subsector privado son de 26 horas mensuales según el laudo del SMU del subsector privado. Para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para los médicos generales y médicos familiares dividido 26 horas. De esta forma se obtienen la cantidad de cargos de 26 horas en policlínica de Medicina General. Luego se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran los mayores de 14 años.

Metodología - ASSE: este indicador se calcula en base a la cantidad de cargos de Medicina General y Medicina Familiar en los servicios de policlínica de ASSE. Luego de obtenida la cantidad de cargos por departamento, se calcula la cantidad de horas contratadas de policlínica en base a las horas que figuran en los compromisos funcionales. Para aquellos cargos que no cuentan con compromiso funcional se toma el supuesto de que trabajan 12 horas semanales (mínima carga horaria de policlínica en ASSE). Con el total de horas contratadas en policlínica se calculan la cantidad de cargos de 26 horas mensuales. Luego se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran los mayores de 14 años. Cabe aclarar que las horas contratadas en centros de referencia nacional



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

ubicados en Montevideo fueron asignadas a las horas totales de Montevideo, y para el cálculo del indicador fueron considerados los usuarios de Montevideo.

Promedio Medicina General: 16,24

Indicador: Cargos de médicos ginecólogos en policlínica cada 10.000 usuarias mayores de 14 años

Fecha del dato: Mayo 2013 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Agosto 2013 (ASSE)

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: Los cargos de policlínica de ginecología para el subsector privado son de 26 horas mensuales según el laudo del SMU del subsector privado. Para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para los ginecólogos dividido 26 horas. De esta forma se obtiene la cantidad de cargos de 26 horas en policlínica de Ginecología. Luego se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran las mujeres mayores de 14 años.

Metodología - ASSE: este indicador se calcula en base a la cantidad de cargos de Ginecología en los servicios de policlínica de ASSE. Luego de obtenida la cantidad de cargos por departamento, se calcula la cantidad de horas contratadas de policlínica en base a las horas que figuran en los compromisos funcionales. Para aquellos cargos que no cuentan con compromiso funcional se toma el supuesto de que trabajan 12 horas semanales (mínima carga horaria de policlínica en ASSE). Con el total de horas contratadas en policlínica se calculan la cantidad de cargos de 26 horas mensuales. Luego se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran las mujeres mayores de 14 años. Cabe aclarar que las horas contratadas en centros de referencia nacional ubicados en Montevideo fueron asignadas a las horas totales de Montevideo, y para el cálculo del indicador fueron considerados los usuarias de Montevideo.

Promedio Ginecólogos: 10,42

Indicador: Cargos de médicos pediatras en policlínica cada 10.000 usuarios menores de 14 años

Fecha del dato: Mayo 2013 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Agosto 2013 (ASSE).



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: Los cargos de policlínica de pediatría para el subsector privado son de 26 horas mensuales según el laudo del SMU del subsector privado. Para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para los pediatras dividido 26 horas. De esta forma se obtiene la cantidad de cargos de 26 horas en policlínica de Pediatría. Luego se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran los menores de 15 años.

Metodología - ASSE: este indicador se calcula en base a la cantidad de cargos de Pediatría en los servicios de policlínica de ASSE. Luego de obtenida la cantidad de cargos por departamento, se calcula la cantidad de horas contratadas de policlínica en base a las horas que figuran en los compromisos funcionales. Para aquellos cargos que no cuentan con compromiso funcional se toma el supuesto de que trabajan 12 horas semanales (mínima carga horaria de policlínica en ASSE). Con el total de horas contratadas en policlínica se calculan la cantidad de cargos de 26 horas mensuales. Luego se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran los menores de 15 años. Cabe aclarar que las horas contratadas en centros de referencia nacional ubicados en Montevideo fueron asignadas a las horas totales de Montevideo, y para el cálculo del indicador fueron considerados los usuarios de Montevideo.

Promedio Pediatras: 23,26

Indicador: Cargos de auxiliares de enfermería en policlínica cada 10.000 usuarios (totales)

Fecha del dato: Mayo 2013 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros).
Agosto 2013 (ASSE)

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: Los cargos de policlínica de auxiliares de enfermería para el subsector privado son de 144 horas mensuales según el laudo de la FUS. Para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para las auxiliares de enfermería dividido 144 hs. De esta forma se obtiene la cantidad de cargos de 144 hs en policlínica de Auxiliares de Enfermería para el subsector privado. Luego se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran los usuarios totales.

Metodología - ASSE: este indicador se calcula en base a la cantidad de cargos de Auxiliares de Enfermería en las policlínicas de ASSE. Luego de obtenida la cantidad de cargos por departamento, se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran los usuarios totales. Cabe

aclarar que las horas contratadas en centros de referencia nacional ubicados en Montevideo fueron asignadas a las horas totales de Montevideo, y para el cálculo del indicador fueron considerados los usuarios de Montevideo.

Promedio Aux. Enfermería: 10,55

Indicador: Cargos de licenciadas de enfermería en policlínica cada 10.000 usuarios (totales)

Fecha del dato: Mayo 2013 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Agosto 2013 (ASSE)

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: Los cargos de policlínica de licenciadas de enfermería para el subsector privado son de 144 horas mensuales según el laudo de la FUS. Para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para las licenciadas de enfermería dividido 144 hs. De esta forma se obtiene la cantidad de cargos de 144 hs en policlínica de Licenciadas de Enfermería para el subsector privado. Luego se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran los usuarios totales.

Metodología - ASSE: este indicador se calcula en base a la cantidad de cargos de Licenciadas de Enfermería en las policlínicas de ASSE. Luego de obtenida la cantidad de cargos por departamento, se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, que en este caso se consideran los usuarios totales. Cabe aclarar que las horas contratadas en centros de referencia nacional ubicados en Montevideo fueron asignadas a las horas totales de Montevideo, y para el cálculo del indicador fueron considerados los usuarios de Montevideo.

Promedio Lic. Enfermería: 1,32

Indicador: Cargos de Alta dedicación

Fecha del dato: Julio – Diciembre 2013

En el año 2013 se comenzó un proceso de instauración de un nuevo régimen de trabajo médico a través de la creación de cargos de alta dedicación con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida del profesional. Los cargos de alta dedicación comprenden a Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Medicina Intensiva de adultos y pediátrica, y



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Neonatología. El régimen de trabajo de estos cargos es de 40 o 48 horas semanales, con presencia en la institución a lo largo de toda la semana. Los cargos de alta dedicación son un beneficio importante para los usuarios del SNIS, en la medida que permiten mejorar su vínculo con el médico tratante, quien tendrá una mayor disponibilidad para atender las necesidades de su población de referencia y podrá dar una mayor continuidad a la atención, tanto en policlínica como en los distintos episodios de enfermedad que requieran atención en cualquier nivel asistencial. La incorporación de cargos de alta dedicación no es de carácter obligatorio, queda sujeto a la disponibilidad y posibilidades de cada Institución.

Metodología: Para este indicador, se clasificaron a las instituciones en cuatro categorías, según el grado de avance en la implementación de los cargos de alta dedicación: Cuentan con cargos, realizaron llamados, realizaron relevamiento, sin avances.

PRECIOS DE TICKETS Y ÓRDENES:

Fecha del dato: Enero 2014

Metodología: Los precios del listado son los valores máximos de tickets y órdenes que cada institución está autorizada a cobrar a sus afiliados a partir de enero de 2014, desagregados en: precio máximo cobrado al interior del colectivo de afiliados a través del FONASA y precio máximo cobrado a los afiliados NO FONASA.

El listado de prestaciones cuyos precios se encuentran publicados es el siguiente:

- Medicamentos, desagregados en: ticket de medicamentos general y ticket de medicamentos antihipertensivos cuyos valores se encuentran topeados (Valsartán, Amlodipina, Hidroclorotiazida, Enalapril)

- Consulta en Medicina General
- Consulta con Especialista
- Llamado a Médico de Radio
- Llamado a Médico de Urgencia
- Consulta en puerta (Urgencia)
- Consulta Odontológica
- Consulta de Pediatría



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

- Consulta de Gineco-Obstetricia (Control de embarazo)
- Consulta Ginecología
- Consulta con Médico de Referencia

- Endoscopia Esofagogastroduodenal
- Ecografía simple
- Ecografía Obstétrica
- Ecodoppler de miembros arterial/venoso
- Radiología de abdomen/aparato urinario simple (sin contraste)
- Radiología de tórax (sin contraste)
- Radiología Colorectal (con contraste)
- Resonancia: una región (sin contraste)
- Tomografía Axial: una región (sin contraste)
- Rutina básica de laboratorio (hemograma, glicemia, creatinina, colesterol total, colesterol HDL, examen de orina).

Los precios incluyen 10% de IVA y timbres profesionales (\$18 para los tickets de medicamentos y \$64 para los análisis clínicos, estudios y técnicas diagnósticas).

Ningún precio puede ser superior a \$1000 más IVA y timbres (precio al afiliado: \$1164).

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva pueden aumentar los valores de sus tickets y órdenes solamente cuando sea autorizado a través de decretos del Poder Ejecutivo (generalmente cada seis meses, a principios y a mitad de cada año). Los precios podrán ser reducidos en cualquier momento si las Instituciones así lo desean, pero no podrán aumentarse en otra fecha distinta a la de los decretos de aumento de precios. Se podrá consultar en cada Institución la existencia de beneficios especiales para diferentes colectivos de afiliados.

Los precios de tickets y órdenes de los seguros privados integrales son fijados por cada seguro, quien podrá modificarlos según establezca el contrato firmado entre el prestador y sus afiliados.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

SOLICITUD DE CONSULTA:

La Ordenanza Ministerial N° 603, de octubre de 2012, establece que los prestadores integrales, públicos y privados, del Sistema Nacional Integrado de Salud, deberán instaurar un sistema de asignación de citas para Consulta Externa con apertura de agenda de al menos 3 meses, actualizándose día a día.

La implementación de este sistema de asignación de citas ha sido gradual durante el año 2013, completándose en diciembre la inclusión al mismo de todas las especialidades médicas.

El nuevo sistema de Agenda para Consulta Externa implica además la creación de un sistema informático en el que se deben registrar ciertos datos referidos al usuario, al médico y al proceso de otorgamiento de la cita. Se incluyen como datos imprescindibles para el correcto cálculo del tiempo de espera, la fecha de solicitud de la cita por parte del usuario, la fecha de la cita médica concedida y la existencia o no de circunstancias especiales por las cuales pueda no haber coincidencia entre la fecha de la cita otorgada al usuario y el primer hueco disponible en la agenda de la especialidad médica solicitada (aplazamiento voluntario, aplazamiento por solicitud de médico de elección y cita a fecha fija por criterio médico).

La normativa también establece en forma obligatoria la existencia de dos vías de asignación de citas: presencial y telefónica, y el aviso al usuario ante posibles cambios en una consulta ya agendada: suspensión, modificación de fecha y hora, concurrencia de médico suplente, etc.

Además habilita la utilización de mecanismos de penalización contra el ausentismo de los usuarios a las consultas: suspensión temporal del uso de los medios no presenciales de reservas de citas y cobro de la tasa moderadora de la consulta, en los casos en que éste esté habilitado. Estas medidas deben ser comunicadas al usuario al momento de asignarse la cita.

Indicador: Vías de asignación de citas

Fecha del dato: Diciembre 2013

Definición: En el contexto de la Ordenanza de Agenda de Consulta Externa se establece en forma obligatoria la existencia de dos vías de asignación de citas: presencial y telefónica, las cuales deben estar disponibles para el usuario a la hora de realizar un solicitud de consulta. Este indicador da cuenta de la existencia o no de las dos vías obligatorias de asignación de citas, así como también de otras vías no obligatorias como son vía correo electrónico o página web.

Indicador: Recordatorio de consulta

Fecha del dato: Diciembre 2013

Definición: A lo largo de la implementación del nuevo sistema de asignación de citas durante el año 2013 los prestadores han ido desarrollando estrategias para disminuir el ausentismo por parte de los usuarios a las consultas. Entre los mecanismos implementados está el recordatorio de consulta por parte del prestador, el mismo se realiza a través de mensaje de texto por telefonía celular (vía SMS), mensaje de correo electrónico (vía mail) y/o llamada telefónica; siendo el más utilizado el SMS. Este indicador refleja el uso de este tipo de recordatorio de citas.

Indicador: Caída de la reserva

Fecha del dato: Diciembre 2013

Definición: Otro de los mecanismos implementados por los prestadores para disminuir el ausentismo de los usuarios y para fomentar un buen uso del sistema de agenda, es la caída de la reserva determinado tiempo antes o después de iniciada la consulta, si esta no fue confirmada por el usuario.

Esta forma de gestionar la agenda de consulta, permite que aquellas consultas que no fueron confirmadas o bien fueron canceladas puedan ser aprovechadas por otro usuario. Este indicador da cuenta si el prestador de salud tiene implementado o no el sistema de caída de reservas.

Indicador: Comunicación con el usuario

Fecha del dato: Diciembre 2013

Definición: En el contexto de la Ordenanza de Agenda de Consulta Externa también se establece la obligatoriedad del aviso al usuario ante posibles cambios en una consulta ya agendada: por ejemplo suspensión, modificación de fecha y hora, concurrencia de médico suplente, etc. Este indicador da a conocer si el prestador realiza o no esta comunicación.

TIEMPOS DE ESPERA:

De acuerdo al Decreto 357/2007 del Ministerio de Salud Pública, todos los prestadores integrales de salud deberán otorgar cita para consulta externa a Medicina General,



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Pediatría y Ginecología en un plazo máximo de 24 horas (un día) y en un plazo máximo de 48 horas (dos días) para Cirugía General. El tiempo de espera se calcula con una herramienta específica que toma en cuenta la solicitud de la cita y la fecha de otorgamiento de la misma, exceptuando aquellas donde existan circunstancias especiales por las cuales no coincida la fecha de la cita otorgada con el primer número disponible de la agenda en la especialidad petitionada.

Para el caso de ASSE, la institución no ha terminado de implementar y expandir el nuevo Sistema de Gestión de Consultas (SGC) que permitirá, entre otras cosas registrar las circunstancias especiales para el cálculo adecuado de los tiempos de espera.

Indicador: Promedio de tiempo de espera según especialidad (Medicina general / Pediatría / Cirugía General y Ginecotocología)

Fecha del dato: diciembre 2013

Metodología: Se contabiliza, en días, la diferencia entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha de la cita médica otorgada. Si las mismas coinciden se contabiliza 0 día de demora (cita otorgada en el mismo día en que fue solicitada). Para el cálculo se considera la cantidad de días en forma corrida, incluyendo fines de semana y feriados.

El promedio mensual de tiempos de espera para la especialidad, corresponde a la suma de los tiempos de espera individuales de cada una de las citas solicitadas para esta especialidad en el mes, dividido el número total de citas solicitadas.

Referencias:

La institución cumple con la normativa si:

- El indicador Promedio de tiempos de espera para Medicina General, Pediatría ó Ginecotocología se encuentra entre 0 y 1 días.
- El indicador Promedio de tiempos de espera se encuentra entre 0 y 2 días.