



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

GUÍA METODOLÓGICA

Enero de 2015

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).

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 1° y el 28 de febrero de 2015

¿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 Metas, nivel de satisfacción de los usuarios y dotación de recursos humanos, 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 Integrales...

Aquellos usuarios que opten por afiliarse a un Seguro 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.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

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.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD:
--

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

- **Página web**

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.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado 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 Y CONTRATOS DE GESTIÓN:

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.

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.

Los contratos de gestión que firma la Junta Nacional de Salud (JUNASA) con los prestadores integrales del SNIS, se enmarcan en una relación de agencia en donde el principal de dicha relación es la Junta Nacional de Salud (contrata Servicios mediante un pago) y el agente es el prestador integral contratado por la misma (vende Servicios mediante un pago y ciertas obligaciones por los Servicios). Los contratos de gestión deben explicitar: qué se compra, incluyendo cantidad, calidad y disponibilidad, a quién se compra y cómo se paga.

La Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud (DIGESNIS) del MSP es responsable de realizar un monitoreo sistemático de los Contratos de



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Gestión, que permita conocer el desempeño de los prestadores en relación al contenido de los mismos.

Indicador: % de afiliados referenciados a un médico de referencia

Fecha del dato: Julio- Agosto- Setiembre 2014

Metodología: Con el objetivo de ofrecer continuidad y longitudinalidad en la atención de salud de las personas, el MSP impulsa a través de las metas asistenciales, la referenciación de los usuarios a un médico de referencia, siendo este una figura clave para la consolidación de un modelo de atención con abordaje biopsicosocial de la salud individual y colectiva en el primer nivel de atención. En este caso el indicador refiere al porcentaje de usuarios que cuentan con médico de referencia. Se toman los datos informados en el período Julio- Agosto- Setiembre 2014.

Indicador: % de niños de un año correctamente controlados

Fecha del dato: Promedio de los últimos cuatro trimestres (octubre 2013- setiembre 2014)

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 2013 hasta setiembre de 2014).

Indicador: % de embarazadas correctamente controladas

Fecha del dato: Promedio de los últimos cuatro trimestres (octubre 2013 - setiembre 2014)

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, el mínimo de controles exigidos por el MSP al momento del parto (6 controles hasta junio de 2013 y 5 controles de julio en adelante) y teniendo exámenes odontológicos y estudios de HIV y VDRL. Se toma un promedio de los últimos cuatro trimestres con información (desde octubre de 2013 hasta setiembre de 2014).



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Indicador: Existencia de Espacio Adolescente en la institución

Fecha del dato: Diciembre 2014

Metodología: Apuntando a la promoción y prevención en Salud, el Programa Nacional de Salud Adolescente recomienda que las instituciones cuenten con servicios diferenciales para los usuarios adolescentes. Los mismos deberán contar con variedad de servicios confidenciales, privados y asequibles, con horarios convenientes para esta población y con personal entrenado para respetar y satisfacer las necesidades de los adolescentes. Este indicador refleja si la institución cuenta o no con dichos espacios.

Indicador: Comunicación en soporte electrónico (página web)

Fecha del dato: Octubre 2014

Metodología: El artículo 59 del Contrato de Gestión firmado con los prestadores de Salud establece que el prestador deberá contar con medios electrónicos de información actualizada, donde conste como mínimo la siguiente información: nombre, teléfono, horarios de atención, cartelera de servicios, formas de acceso a los mismos, nómina de profesionales, director/a técnico y precios de tasas moderadoras, cuando corresponda. Este indicador refleja cuáles de estos ítems, figuran efectivamente en las páginas web de las instituciones. Los valores presentados en este indicador corresponden al relevamiento realizado en Octubre 2014.

INDICADORES SOBRE SATISFACCIÓN Y DERECHOS DE LOS USUARIOS
--

Los indicadores que se definen a continuación surgen de las Encuestas de Satisfacción de Usuarios realizadas en los años 2010 y 2014 sobre Satisfacción con los Servicios del Primer Nivel de Atención y 2012 sobre Satisfacción con Internación Hospitalaria. Las encuestas abarcaron a afiliados de todas las Instituciones que conforman el Seguro Nacional 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: la satisfacción de necesidades y expectativas del usuario, la 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.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Las tres encuestas de mencionadas (2010, 2012 y 2014) fueron realizadas en su gran mayoría por un consorcio integrado por las siguientes empresas encuestadoras: CIFRA, Equipos MORI, Factum, INTER CONSULT, OPCION Consultores.

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 en cuestión en los últimos doce meses.

FICHA TÉCNICA ENCUESTA SATISFACCIÓN 2010 Y 2014 (Primer Nivel de Atención):

- Universo: Usuarios que hayan tenido en los últimos 12 meses al menos una consulta médica con médico general y/o especialista en alguno de los siguientes servicios: Centro de Salud (centralizado, descentralizado, consultorio médico), Médico a domicilio o Urgencia Centralizada de la Institución de Salud.
- Tamaño muestral de cada Institución: 350 casos, con un margen de error aproximado +/- 5 puntos según el tamaño de cada Institución.
- Modo de aplicación: telefónica.
- Marco muestral: provisto por cada Institución (usuarios de la Institución, se entrevista a aquellos que se hayan atendido en el último año).
- 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.
- Trabajo de campo 2010: Setiembre - Octubre de 2010
- Trabajo de campo 2014: Agosto- Setiembre de 2014

FICHA TÉCNICA ENCUESTA SATISFACCIÓN 2012 (Internación Hospitalaria):

- Universo: Usuarios que en los últimos 12 meses hayan utilizado los servicios de internación en cuidados moderados, por un lapso mínimo de 48hs.
- Tamaño muestral de cada Institución: 350 casos, con un margen de error aproximado +/- 5 puntos según el tamaño de cada Institución.
- Modo de aplicación: telefónica.
- Marco muestral: provisto por cada Institución (usuarios de la Institución, se entrevista a aquellos que se hayan atendido en el último año).
- 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.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

- Trabajo de campo: Setiembre - Octubre de 2012

Indicador: Conformidad con disponibilidad de agenda para consulta médica (2014).

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Muy Buena" y "Buena" a la siguiente pregunta: Cuando Ud. pide hora en IS para consultar médico (personalmente, por teléfono o por Internet) ¿Cómo diría que es la disponibilidad de horarios para ver al médico/especialista que quiere consultar?

Indicador: Evaluación de tiempo de espera en sala (2014)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Muy corto", "Corto" y "Razonable" a la siguiente pregunta: Y ese tiempo de espera, ¿le parece corto, razonable o largo?

Indicador: Facilidad para realizar trámites y gestiones (2014)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Muy Fácil" y "Fácil" a la siguiente pregunta: Los trámites y gestiones que debe realizar en (Institución) para consultar médico de medicina general o especialista, ¿le resultan fáciles o difíciles?

Indicador: Disponibilidad de medicamentos en farmacia (2014)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Siempre" y "Casi siempre" a la siguiente pregunta: Cuando concurre a la farmacia de la Institución donde se atiende (SI TIENE) ¿siempre están disponibles los medicamentos o alguna vez se fue sin conseguirlos?

Indicador: Información sobre Derechos (2014)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Sí" a la siguiente pregunta: En los últimos doce meses, ¿ha recibido por parte de (Institución) alguna información respecto a sus derechos como usuario?

Indicador: Si hoy tuviese una queja o sugerencia sabe a dónde dirigirse (2014)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Sí" a la siguiente pregunta: Si hoy tuviese una queja o sugerencia para hacerle a (Institución) ¿sabe qué tiene que hacer, a dónde se debe dirigir?

Indicador: Satisfacción con Servicios del Primer Nivel de Atención (2014)

Índice construido a partir de las respuestas obtenidas en la siguiente pregunta: Teniendo en cuenta todos los aspectos evaluados ¿Cuán satisfecho se encuentra con (Institución) ?. Varía de 2 a 10.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Indicador: Satisfacción con Internación Hospitalaria (2012)

Índice construido a partir de las respuestas obtenidas en la siguiente pregunta: Teniendo en cuenta todos los aspectos evaluados ¿Cuán satisfecho se encuentra con (Institución) ?. Varía de 2 a 10.

Indicador: Indicador: Conformidad con disponibilidad de agenda para consulta médica (2010).

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Muy Buena" y "Buena" a la siguiente pregunta: Cuando Ud. pide hora en IS para consultar médico (personalmente, por teléfono o por Internet) ¿Cómo diría que es la disponibilidad de horarios para ver al médico/especialista que quiere consultar?

Indicador: Evaluación de tiempo de espera en sala (2010)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Muy corto", "Corto" y "Razonable" a la siguiente pregunta: Y ese tiempo de espera, ¿le parece corto, razonable o largo?

Indicador: Facilidad para realizar trámites y gestiones (2010)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Muy Fácil" y "Fácil" a la siguiente pregunta: Los trámites y gestiones que debe realizar en (Institución) para consultar médico de medicina general o especialista, ¿le resultan fáciles o difíciles?

Indicador: Disponibilidad de medicamentos en farmacia (2010)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Siempre" y "Casi siempre" a la siguiente pregunta: Cuando concurre a la farmacia de la Institución donde se atiende (SI TIENE) ¿siempre están disponibles los medicamentos o alguna vez se fue sin conseguirlos?

Indicador: Información sobre Derechos (2010)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Sí" a la siguiente pregunta: En los últimos doce meses, ¿ha recibido por parte de (Institución) alguna información respecto a sus derechos como usuario?

Indicador: Si hoy tuviese una queja o sugerencia sabe a dónde dirigirse (2010)

Refiere al Porcentaje de usuarios que responden "Sí" a la siguiente pregunta: Si hoy tuviese una queja o sugerencia para hacerle a (Institución) ¿sabe qué tiene que hacer, a dónde se debe dirigir?

Indicador: Satisfacción Global (2010)

Índice construido a partir de las respuestas obtenidas en la siguiente pregunta: Teniendo en cuenta todos los aspectos evaluados ¿Cuán satisfecho se encuentra con (Institución)?. Varía de 2 a 10.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

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

Fecha del dato: Promedio simple de Noviembre 2013, Febrero 2014, Mayo 2014 y Agosto 2014 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Datos de octubre 2014 (ASSE).

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de médicos generales de cada institución. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos de 26 horas mensuales (horas contratadas en policlínica / 26 = cantidad de cargos de 26 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, en este caso se consideran los usuarios mayores de 14 años.

Metodología - ASSE: este indicador se calculó en base a la cantidad de cargos de Medicina General en los servicios de policlínica de ASSE. Luego de obtenida la cantidad de cargos por departamento, se calculó 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 tomó el supuesto de que trabajan 12 horas semanales (mínima carga horaria de policlínica en ASSE). Con el total de horas contratadas en policlínica se calculó la cantidad de cargos de 26 horas mensuales. Luego se calculó la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios 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 usuarios de Montevideo.

Indicador: Cargos de médicos de familia en policlínica cada 10.000 usuarios

Fecha del dato: Promedio simple de Noviembre 2013, Febrero 2014, Mayo 2014 y Agosto 2014 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Datos de octubre 2014 (ASSE).

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de médicos de familia de cada institución. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos de 26 horas mensuales (horas contratadas en policlínica / 26 = cantidad de cargos de 26 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Metodología - ASSE: este indicador se calculó en base a la cantidad de cargos de Medicina de Familia en los servicios de policlínica de ASSE. Luego de obtenida la cantidad de cargos por departamento, se calculó 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 tomó el supuesto de que trabajan 12 horas semanales (mínima carga horaria de policlínica en ASSE). Con el total de horas contratadas en policlínica se calculó la cantidad de cargos de 26 horas mensuales. Luego se calculó la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios. 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.

Indicador: Cargos de médicos pediatras en policlínica cada 10.000 usuarios menores de 15 años

Fecha del dato: Promedio simple de Noviembre 2013, Febrero 2014, Mayo 2014 y Agosto 2014 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Datos de octubre 2014 (ASSE).

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de médicos pediatras de cada institución. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos de 26 horas mensuales ($\text{horas contratadas en policlínica} / 26 = \text{cantidad de cargos de 26 horas mensuales}$). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, en este caso se consideran los usuarios menores de 15 años.

Metodología - ASSE: este indicador se calculó 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 calculó 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 tomó el supuesto de que trabajan 12 horas semanales (mínima carga horaria de policlínica en ASSE). Con el total de horas contratadas en policlínica se calculó la cantidad de cargos de 26 horas mensuales. Luego se calculó la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios 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.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

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

Fecha del dato: Promedio simple de Noviembre 2013, Febrero 2014, Mayo 2014 y Agosto 2014 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Datos de octubre 2014 (ASSE).

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de ginecología de cada institución. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos de 26 horas mensuales (horas contratadas en policlínica / 26 = cantidad de cargos de 26 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, en este caso se consideran las mujeres mayores de 14 años.

Metodología - ASSE: este indicador se calculó 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 calculó 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 tomó el supuesto de que trabajan 12 horas semanales (mínima carga horaria de policlínica en ASSE). Con el total de horas contratadas en policlínica se calculó la cantidad de cargos de 26 horas mensuales. Luego se calculó la cantidad de cargos cada 10.000 usuarias 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 usuarios de Montevideo.

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

Fecha del dato: Promedio simple de Noviembre 2013, Febrero 2014, Mayo 2014 y Agosto 2014 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Datos de octubre 2014 (ASSE).

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de auxiliares de enfermería de cada institución. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos de 144 horas mensuales (horas contratadas en policlínica / 144 = cantidad de cargos de 144 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios.

Metodología - ASSE: este indicador se calculó en base a la cantidad de cargos de auxiliares de enfermería en las policlínicas de ASSE. Luego de obtenida la



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

cantidad de cargos por departamento, se calcula la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia, 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.

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

Fecha del dato: Promedio simple de Noviembre 2013, Febrero 2014, Mayo 2014 y Agosto 2014 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Datos de octubre 2014 (ASSE).

Metodología - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de licenciadas de enfermería de cada institución. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos de 144 horas mensuales (horas contratadas en policlínica / 144 = cantidad de cargos de 144 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios.

Metodología - ASSE: este indicador se calculó 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, 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.

Indicador: Cantidad de cargos de alta dedicación cada 10.000 usuarios

Fecha del dato: noviembre 2014.

Este indicador refleja la cantidad de cargos de alta dedicación (CAD) cada 10.000 usuarios. Los CAD surgen como consecuencia de un proceso de instauración de un nuevo régimen de trabajo médico con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida del profesional. En la actualidad, los cargos de alta dedicación que se financian con metas asistenciales comprenden a Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Medicina Intensiva de adultos y pediátrica, y Neonatología. El régimen de trabajo de estos cargos es de 40 a 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



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

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.

Metodología: para el cálculo del indicador se consideró la cantidad de cargos de alta dedicación (de las especialidades comprendidas en la meta asistencial) contratados por cada institución a noviembre 2014. Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución, se calculó la razón de cantidad de cargos de alta dedicación cada 10.000 usuarios.

A su vez, se presenta de forma desagregada la cantidad de cargos de alta dedicación contratados por especialidad en cada institución.

PRECIOS DE TICKETS Y ÓRDENES

Fecha del dato: Enero 2015

Los precios del listado son los valores máximos de tickets y órdenes que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) están autorizadas a cobrar a sus afiliados a partir de enero de 2015.

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

- Ticket de medicamentos - general.
- Ticket de medicamentos topeados- antihipertensivos (Valsartán, Amlodipina, Hidroclorotiazida, Enalapril).
- Consulta no urgente consultorio: Medicina General.
- Consulta no urgente consultorio: Pediatría.
- Consulta no urgente consultorio: Gineco-Obstetricia (control de embarazo).
- Consulta no urgente consultorio: Ginecología.
- Consulta no urgente consultorio: otras especialidades.
- Consulta urgencia centralizada
- Consulta no urgencia domicilio.
- Consulta urgencia domicilio.
- Consulta odontológica.
- Consulta medico de referencia.
- Endoscopia digestiva. Endoscopia esofagogastroduodenal.
- Ecografía simple.
- Ecodoppler miembros (inferiores / superiores) arterial / venoso.
- Rx abdomen / aparato urinario simple.
- Rx torax.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

- Rx colorectal (con contraste)
- Resonancia nuclear magnética, una región.
- Tomografía axial computarizada, una región.
- Laboratorio, rutina básica.

Aclaración: Los estudios correspondientes a la "Rutina de laboratorio" son hemograma, glicemia, creatinina, colesterol total, colesterol HDL, examen de orina.

Los precios incluyen 10% de IVA y timbres profesionales (\$20 para los tickets de medicamentos y \$70 para los análisis clínicos, estudios y técnicas diagnósticas).

Desde julio de 2015 se estableció que ningún precio puede ser superior a \$800 más IVA y timbres (precio al afiliado: \$950).

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva pueden aumentar sus tickets y órdenes solamente cuando sea autorizado a través de decretos del Poder Ejecutivo (generalmente cada seis meses, a principios y a mediados del 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. Por tratarse de precios que no se encuentran regulados, en el marco de un régimen de libre contratación, los Seguros no tienen la obligación de informar los valores cobrados.

ASSE no cobra tasas moderadoras a sus afiliados para ninguna de las prestaciones que brinda.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

NUEVO SISTEMA DE AGENDA DE CONSULTA EXTERNA:

La Ordenanza Ministerial N° 603, de octubre de 2012, establece que los prestadores integrales, públicos y privados, del Sistema Nacional Integrado de Salud, deben 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 desde 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: Promedio de tiempo de espera para Medicina General

Fecha del dato: Promedio del trimestre Julio - Setiembre 2014

Metodología: En el contexto de la Ordenanza de Agenda de Consulta Externa se establece que el tiempo de espera se calculará tomando en cuenta la fecha de solicitud de la cita y la fecha de la cita médica otorgada, exceptuando aquellos casos en que exista alguna de las circunstancias especiales establecidas, por lo que el tiempo de espera considerado es el correspondiente al primer médico disponible dentro de la especialidad (Medicina General).



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Se deberá contabilizar, en días, la diferencia entre ambas fechas. 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 de cada especialidad corresponde a la suma de los tiempos de espera individuales de cada una de las citas solicitadas para esa especialidad en el mes, dividido el número total de citas solicitadas.

Aclaración: Estos promedios son realizados con los datos de las llamadas o solicitudes presenciales que efectivamente se concreta el agendamiento de una consulta; no contando con la información de aquellos casos en que el usuario llama o concurre para agendarse a una cita y por diferentes motivos no se agenda.

Indicador: Vías de asignación de citas

Fecha del dato: Diciembre 2014

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 una 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 2014

Definición: A lo largo de la implementación del nuevo sistema de asignación de citas desde 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.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Indicador: Caída de la reserva

Fecha del dato: Diciembre 2014

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 2014

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.