

GUÍA METODOLÓGICA

atuservicio.uy

2018

INDICADORES PUBLICADOS

La presente guía pretende servir de orientación para comprender los indicadores publicados en el sitio web del Ministerio de Salud.

Los datos se encuentran disponibles para todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Seguros Privados Integrales y para la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Esta publicación busca ser una herramienta para el análisis del sector en base a la información disponible y se presenta en forma de indicadores comparables buscando aproximarse a distintas dimensiones del proceso asistencial, su accesibilidad y sus resultados. El otro objetivo de esta guía es servir como insumo para que la población tome decisiones informadas en relación a la permanencia o al cambio de institución de salud.

Los datos a partir de los cuales se construyeron los indicadores provienen de las diversas fuentes desde las cuales el Ministerio de Salud recaba regularmente información de las Instituciones.

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**
- **Sitio web de la institución**

La Junta Nacional de Salud (JUNASA) obliga a todas las Instituciones a contar con página web, que incluya, como mínimo, nombre, teléfono, horarios de atención, cartelera de servicios y formas de acceso a los mismos, nómina de profesionales, director/a técnico/a y precios de tasas moderadoras (cuando corresponda).

- **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.

- **Cantidad de usuarios por institución**

Cantidad de afiliados de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Integrales y de usuarios de ASSE, desagregados según sean beneficiarios FONASA y No FONASA a octubre de 2016.

- **Comunicación en soporte electrónico (página web)**

Fecha del dato: Julio 2018

Definición: 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 los anteriores ítems figuran efectivamente en las páginas web de las instituciones.

- **Disponibilidad de Espacios específicos para atención a adolescentes**

Los servicios de atención diferenciados para adolescentes permiten conocer la población usuaria adolescente y las variables socio epidemiológicas básicas identificando sus necesidades y problemas de salud. Estos últimos requieren, dada su complejidad, una valoración y tratamiento integral y en equipo. Son necesarias acciones intersectoriales que aborden sus determinantes sociales y generen la real participación de los adolescentes para su resolución. Se espera que estos servicios tengan la capacidad resolutive necesaria para contribuir a mejorar la calidad y respuesta disminuyendo así las múltiples derivaciones a especialistas. Esto no solo redunda en menores costos para el sistema de salud sino que permite que el adolescente tenga una experiencia positiva en el contacto con los servicios de salud.

NUEVO SISTEMA DE AGENDA DE CONSULTA EXTERNA

La nueva Ordenanza de Agenda de Consulta Externa, Ordenanza Ministerial N° 830, de octubre de 2016, 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 45 días, actualizándose día a día. La implementación de este sistema de asignación de citas ha sido gradual desde el año 2013 (a partir de la normativa original - Ordenanza N° 603/2013) completándose en diciembre de ese mismo año la inclusión 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-Pediatría-Cirugía General-Ginecotocología-Cardiología.

Fecha del dato: Promedio semestre julio - diciembre 2017.

Metodología: El tiempo de espera informado en este indicador es el correspondiente al primer médico disponible dentro de la especialidad considerada (Medicina General-Pediatría-Cirugía General-Ginecotocología-Cardiología).

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 las cuales pueda no haber coincidencia entre la fecha de la cita otorgada al usuario y el primer hueco disponible en la agenda de especialidad médica solicitada (aplazamiento voluntario, aplazamiento por solicitud de médico de elección y cita a fecha fija por criterio médico). Se contabiliza, 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 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 período, dividido el número total de citas solicitadas.

Aclaración: Estos promedios son realizados con los datos de las llamadas o solicitudes presenciales en las que efectivamente se concreta el agendamiento de una consulta; no se cuenta 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: Noviembre 2017.

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: Noviembre 2017.

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 cual se realiza a través de mensaje de texto por telefonía celular (vía SMS), mensaje de correo electrónico (vía mail) y/o llamada telefónica. Este indicador refleja el uso de este tipo de recordatorio de citas.

Indicador: Caída de la reserva.

Fecha del dato: Noviembre 2017.

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: Noviembre 2017.

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 y a través de que vía.



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 2014 y 2017 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. Las tres encuestas de mencionadas (2012, 2014 y 2017) fueron realizadas 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 2014 y 2017 (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.

Ficha técnica Encuesta de 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.

Indicador: Conformidad con disponibilidad de agenda para consulta médica (Primer Nivel de Atención- 2017). 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: Conformidad con disponibilidad de agenda para consulta médica (Primer Nivel de Atención- 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 (Primer Nivel de Atención- 2017) 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: Evaluación de tiempo de espera en sala (Primer Nivel de Atención- 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 (Primer Nivel de Atención-2017). 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: Facilidad para realizar trámites y gestiones (Primer Nivel de Atención-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 (Primer Nivel de Atención-2017). 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) ¿suelen estar disponibles los medicamentos que le indicó su médico?

Indicador: Información sobre Derechos y Obligaciones (Primer Nivel de Atención-2017) 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 y obligaciones como usuario?

Indicador: Si hoy tuviese una queja o sugerencia sabe a dónde dirigirse (Primer Nivel de Atención- 2017) 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: Si hoy tuviese una queja o sugerencia sabe a dónde dirigirse (Primer Nivel de Atención- 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 (2017) 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. La metodología de construcción se detalla a continuación:

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni, ni	Insatisfecho	Muy insatisfecho
(a) Peso	0.1	0.08	0.06	0.04	0.02
(b) % obtenido	10	70	14	5	1
(a) * (b)	1	5.6	0.84	0.2	0.01
Índice = $\sum (a) * (b) = 7,7$					

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. La metodología de construcción se detalla a continuación:

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni, ni	Insatisfecho	Muy insatisfecho
(a) Peso	0.1	0.08	0.06	0.04	0.02
(b) % obtenido	10	70	14	5	1
(a) * (b)	1	5.6	0.84	0.2	0.01
Índice = $\sum (a) * (b) = 7,7$					

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.

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni, ni	Insatisfecho	Muy insatisfecho
(a) Peso	0.1	0.08	0.06	0.04	0.02
(b) % obtenido	10	70	14	5	1
(a) * (b)	1	5.6	0.84	0.2	0.01
Índice = $\sum (a) * (b) = 7,7$					



PRECIOS DE TICKETS Y ÓRDENES

Fecha del dato: Enero 2018

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 2018.

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.
- 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 (\$26 para los tickets de medicamentos y \$90 para los análisis clínicos, estudios y técnicas diagnósticas).

Desde julio de 2014 se estableció que ningún precio puede ser superior a \$800 más IVA y timbres (precio al afiliado: \$970).



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 de cada año). Los precios pueden ser reducidos en cualquier momento si las Instituciones así lo desean, pero no pueden aumentarse en otra fecha distinta a la de los decretos de aumento de precios. Se puede 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 puede 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.

INDICADORES ASISTENCIALES

En consonancia con los OSN (Objetivos Sanitarios Nacionales) planteados desde el Ministerio de Salud, las Metas Asistenciales son herramientas con las que cuenta JUNASA para incentivar mejoras en el desempeño de los prestadores de salud

A través de la Meta 1 se pretende fortalecer el correcto control de niños/as, embarazo y personas en situaciones de violencia.

Mientras que la Meta 2 busca impulsar el logro de los Objetivos Sanitarios Nacionales focalizándose en aquellos problemas de salud más prevalentes de la sociedad uruguaya

Indicador: Porcentaje de captación de recién nacido

Definición: El indicador refiere al porcentaje de niños nacidos vivos, afiliados a la institución, que presentan su primer control médico en los primeros 10 días de vida

Fecha del dato: Se toma el cumplimiento de la institución para el trimestre enero-febrero-marzo 2018.



Indicador: Porcentaje de niños de un año con control de desarrollo en el 4to mes de vida

Definición: El indicador refiere al porcentaje de niños de un año que cuentan con control de desarrollo en el 4to mes de vida.

Fecha del dato: Se toma el cumplimiento de la institución para el trimestre enero-febrero-marzo de 2018.

Estos dos últimos indicadores pretenden mostrar los resultados de las instituciones respecto al adecuado control y seguimiento del niño/a.

Indicador: Porcentaje de embarazadas con control de HIV y VDRL en el 1er, 2° y 3er trimestre.

Definición: El indicador refiere al porcentaje de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre y cuentan con análisis paraclínico de VDRL y HIV en el 1er, 2° y 3er trimestre de embarazo.

Fecha del dato: Se toma el cumplimiento de la institución para el trimestre enero-febrero-marzo de 2018.

Este indicador pretende mostrar los resultados de las instituciones respecto al adecuado seguimiento de la embarazada.

Indicador: Porcentaje de pacientes hipertensos captados, de 25 a 64 años, en tratamiento para hipertensión.

Según la ENFRENT 2013, 36.6% de la población de este rango etario es hipertensa y se toma dicho valor como referencia para realizar la pesquisa de la enfermedad.

Fecha del dato: Se toma el cumplimiento de la institución para el semestre octubre 2017-marzo 2018.



Indicador: Porcentaje de médicos capacitados en la detección precoz y oportuna del síndrome coronario agudo con ST elevado.

En el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) con ST elevado, son cruciales los tiempos de respuesta de la asistencia para mejorar el pronóstico y sobrevida de los pacientes que lo han sufrido. Este indicador consiste en la "capacitación para la reperfusión en el IAM". Está destinado a los médicos de los servicios involucrados en la asistencia de esta patología. Se realiza en modalidad virtual con un componente presencial de los referentes de cada una de las instituciones.

Fecha del dato: Se toma el cumplimiento de la institución para el semestre abril-setiembre de 2017.

Indicador: Tasa de cesáreas

Definición: la tasa de cesáreas es el porcentaje de partos terminados por esta vía en relación al total de partos.

Fecha del dato: Surge de los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) del año 2017.

La cesárea ha demostrado ser eficaz para reducir la morbilidad materna – perinatal cuando está indicada correctamente, sin embargo los riesgos superan los beneficios cuando no está justificada.



RECURSOS HUMANOS EN SALUD

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

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 26 horas mensuales de policlínica de medicina general cada 10.000 usuarios mayores de 14 años. Se toma dicho rango de edades por entender que es el grupo de población que principalmente abarca la medicina general. Un nivel alto de este indicador refleja una mayor disponibilidad de cargos médicos por usuarios y es de esperar que eso tenga impacto positivo sobre la calidad asistencial de la población.

Fecha del dato: promedio simple de Noviembre 2016, Febrero 2017, Mayo 2017 y Agosto 2017 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Datos de Diciembre 2017 (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 ($\text{horas contratadas en policlínica} / 26 = \text{cantidad de cargos de 26 horas mensuales}$). 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 mayores de 14 años.

Metodología - ASSE: este indicador se calculó en base a la cantidad de horas contratadas de medicina general en los servicios de policlínica de 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.

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

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 26 horas mensuales de policlínica de medicina familiar cada 10.000 usuarios. Un nivel alto de este indicador refleja una mayor disponibilidad de cargos médicos por usuarios y es de esperar que eso tenga impacto positivo sobre la calidad asistencial de la población.

Fecha del dato: promedio simple de Noviembre 2016, Febrero 2017, Mayo 2017 y Agosto 2017 en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros. Datos de Diciembre 2017 (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.

Metodología - ASSE: este indicador se calculó en base a la cantidad de horas contratadas de medicina familiar en los servicios de policlínica de 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 de población de referencia. En este caso se consideran los usuarios totales.

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

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 26 horas mensuales de policlínica de médicos pediatras cada 10.000 usuarios menores de 15 años. Se toma dicho rango por entender que es el grupo de población que principalmente abarca la pediatría. Un nivel alto de este indicador refleja una mayor disponibilidad de cargos médicos por usuarios y es de esperar que eso tenga impacto positivo sobre la calidad asistencial de la población.

Fecha del dato: promedio simple de Noviembre 2016, Febrero 2017, Mayo 2017 y Agosto 2017 en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros. Datos de Diciembre 2017 (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 (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 menores de 15 años.

Metodología - ASSE: este indicador se calculó en base a la cantidad de horas contratadas de pediatría en los servicios de policlínica de 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.



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

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 26 horas mensuales de policlínica de médicos ginecólogos cada 10.000 usuarias mayores de 14 años. Se toma dicho rango por entender que es el grupo de población que abarca la ginecología. Un nivel alto de este indicador refleja una mayor disponibilidad de cargos médicos por usuarias y es de esperar que eso tenga impacto positivo sobre la calidad asistencial de la población.

Fecha del dato: promedio simple de Noviembre 2016, Febrero 2017, Mayo 2017 y Agosto 2017 en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros. Datos de Diciembre 2017 (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 horas contratadas de ginecología en los servicios de policlínica de 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.

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

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 144 horas mensuales de policlínica de auxiliares de enfermería cada 10.000 usuarios. Un nivel alto de este indicador refleja una mayor disponibilidad de cargos de auxiliares de enfermería por usuarios y es de esperar que eso tenga impacto positivo sobre la calidad asistencial de la población.

Fecha del dato: promedio simple de Noviembre 2016, Febrero 2017, Mayo 2017 y Agosto 2017 en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros. Datos de Diciembre 2017 (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 horas contratadas de auxiliares de enfermería en los servicios de policlínica de ASSE. Con el total de horas contratadas en policlínica se calculó la cantidad de cargos de 144 horas mensuales. Luego se calculó la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia. En este caso se consideran los usuarios totales.

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

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 144 horas mensuales de policlínica de licenciadas en enfermería cada 10.000 usuarios. Un nivel alto de este indicador refleja una mayor disponibilidad de cargos de licenciadas de enfermería por usuarios y es de esperar que eso tenga impacto positivo sobre la calidad asistencial de la población.

Fecha del dato: promedio simple de Noviembre 2016, Febrero 2017, Mayo 2017 y Agosto 2017 en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros. Datos de Diciembre 2017 (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 horas contratadas de licenciadas de enfermería en los servicios de policlínica de ASSE. Con el total de horas contratadas en policlínica se calculó la cantidad de cargos de 144 horas mensuales. Luego se calculó la cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de población de referencia. En este caso se consideran los usuarios totales.



Indicador: Cantidad de cargos de alta dedicación cada 10.000 usuarios

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de alta dedicación (CAD) cada 10.000 usuarios. Los cargos de alta dedicación se enmarcan dentro del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM). Las especialidades comprendidas en el NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos marco firmados en Consejo de Salarios.

Para los prestadores integrales del sector privado y para la Administración de Servicios de Salud del Estado (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. Para los prestadores integrales del sector privado se suma Imagenología al NRTM, y para ASSE se suma Anestesia y Medicina Rural.

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.

Fecha del dato: noviembre 2017.

Metodología: para el cálculo del indicador se consideró la cantidad de cargos de alta dedicación (de las especialidades comprendidas en el Nuevo Régimen de Trabajo Médico) contratados por cada institución a noviembre 2017 y aprobados por el MSP. 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.

