



GUÍA METODOLÓGICA
AtuServicio.uy
2023

Glosario:

AES: Área Economía de la Salud

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

ATYR: Asesoría Tributaria y Recaudación

BPS: Banco de Previsión Social

DEMPESA: División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud

ECH: Encuesta Continua de Hogares

FONASA: Fondo Nacional de Salud

FNR: Fondo Nacional de Recursos

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

INE: Instituto Nacional de Estadística

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MUCAM: Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica

JUNASA: Junta Nacional de Salud

RUCAF: Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal

SCARH: Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos

SINADI: Sistema Nacional de información

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SNS: Seguro Nacional de Salud

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. Para los usuarios FONASA la fuente es BPS y para No FONASA el RUCAF.

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

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.

SISTEMA DE AGENDA DE CONSULTA EXTERNA

La nueva Ordenanza de Agenda de Consulta Externa, Ordenanza Ministerial N.º 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.º 603/2013) completándose en diciembre de ese mismo año la inclusión de todas las especialidades médicas.

Dicho sistema de Agenda para Consulta Externa implica 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.

La información publicada para tiempos de espera y solicitud de consulta corresponde al segundo semestre de 2022.

Indicador: Promedio de tiempo de espera para el primer especialista disponible para Medicina General-Pediatría-Cirugía General-Ginecología-Cardiología.

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-Ginecología-Cardiología).

Se discriminan los tiempos de espera para citas presenciales y para citas por telemedicina; en el caso en que las instituciones prestadoras de salud no pudieran realizar esta discriminación, se consideran los tiempos de espera en forma global sin discriminar.

En el contexto de la Ordenanza de Agenda de Consulta Externa se establece que el tiempo de espera para el primer especialista disponible 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 la 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 para el primer especialista disponible de cada especialidad considerada publicado, 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 solicitudes en las que efectivamente se agenda de manera concreta 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.

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 correo electrónico, página web, etc.

Indicador: Recordatorio de consulta.

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 y/o llamada telefónica. Este indicador refleja el uso de este tipo de recordatorio de citas.

Indicador: Caída de la reserva.

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 consultas, 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.

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

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. Estos precios se ajustan en dos momentos durante el año: enero y julio, habitualmente. Los precios publicados son los vigentes a partir de setiembre de 2023 y lo serán hasta el próximo ajuste en enero 2024.

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.
- Endoscopía digestiva. Endoscopia esofagogastroduodenal.
- Ecografía simple.
- Ecodoppler miembros (inferiores / superiores) arterial / venoso.
- Rx abdomen / aparato urinario simple.
- Rx torax.
- Rx colorrectal (con contraste)
- Resonancia nuclear magnética, una región.
- Tomografía axial computarizada, una región.

Los precios incluyen 10% de IVA y timbres profesionales (\$39 para los tickets de medicamentos y \$140 para los análisis clínicos, estudios y técnicas diagnósticas, precios vigentes hasta el 31/12/2023).

Desde setiembre de 2023 se estableció que ningún precio puede ser superior a \$880 más IVA y timbres (precio al afiliado: \$1108).

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.

METAS ASISTENCIALES

En consonancia con las temáticas sanitarias priorizadas por el Ministerio de Salud Pública, las Metas Asistenciales son una herramienta de pago por desempeño con la que cuenta JUNASA para incentivar mejoras en el desempeño de los prestadores de salud que integran el Seguro Nacional de Salud.

A través de la Meta Asistencial 2022-2023 se pretende fortalecer el correcto control de niños/as, embarazo y personas en situaciones de violencia, como a su vez focalizarse en aquellos problemas de salud más prevalentes de la sociedad uruguaya.

Indicador 1.1) Captación del 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.

El cumplimiento de la meta comprende el control efectivo de salud, así como protocolos de actuación los cuales contemplan determinados casos debidamente acreditados en los que los usuarios no concurren a los controles de salud en tiempo, a pesar de una actitud activa de citación por parte de la Institución.

Fecha del dato: Se toma el cumplimiento de la institución para el cuatrimestre enero-febrero-marzo-abril 2023.

Indicador 1.3) Control de desarrollo de niños a los 4 meses de edad

Definición: El indicador refiere al porcentaje de niños de 6 meses que cuentan con control de desarrollo entre los 3 y 5 meses de edad.

El cumplimiento de la meta comprende el control efectivo de salud, así como protocolos de actuación los cuales contemplan determinados casos debidamente acreditados en los que los usuarios no concurren a los controles de salud en tiempo, a pesar de una actitud activa de citación por parte de la Institución.

Fecha del dato: Se toma el cumplimiento de la institución para el cuatrimestre enero-febrero-marzo-abril 2023.

Indicador 1.4) Control de desarrollo de niños de 18 meses de edad.

Definición: El indicador refiere al porcentaje de niños de 21 meses que cuentan con control de desarrollo entre los 16 y 20 meses de vida.

El cumplimiento de la meta comprende el control efectivo de salud, así como protocolos de actuación los cuales contemplan determinados casos debidamente acreditados en los que los usuarios no concurren a los controles de salud en tiempo, a pesar de una actitud activa de citación por parte de la Institución.

Fecha del dato: Se toma el cumplimiento de la institución para el cuatrimestre enero-febrero-marzo-abril 2023.

Indicador 1.6) Control de desarrollo de niños de 4 años de edad

Definición: El indicador refiere al porcentaje de niños de 55 meses que cuentan con control de desarrollo entre los 42 y 54 meses de vida.

El cumplimiento de la meta comprende el control efectivo de salud, así

como protocolos de actuación los cuales contemplan determinados casos debidamente acreditados en los que los usuarios no concurren a los controles de salud en tiempo, a pesar de una actitud activa de citación por parte de la Institución.

Fecha del dato: Se toma el cumplimiento de la institución para el cuatrimestre enero-febrero-marzo-abril 2023.

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

Indicador 4.1) Tasa de cobertura de tamizaje en cáncer colorrectal en usuarios de 60 a 70 años.

Definición: Este indicador refiere al porcentaje de afiliados de 60 a 70 años de la institución que se les realizó en los últimos 2 años el tamizaje de cáncer colo-rectal a través de la realización de un test de sangre oculta en materias fecales. Dicho indicador busca estimular la realización de este test con el fin de diagnosticar precozmente este tipo de cáncer con la posibilidad de realizar el tratamiento oportuno.

Indicador 4.3) Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años

Definición: Este indicador refiere al porcentaje de afiliadas de 21 a 64 años de la institución que se les realizó en los últimos 3 años el tamizaje de cáncer de cuello de útero a través de la realización del Papanicolau. Dicho indicador busca estimular una mayor realización de este estudio con el fin de diagnosticar precozmente este tipo de cáncer y poder realizar tratamiento oportuno.

Indicador 4.6) Tasa de cobertura de tamizaje con mamografía en

mujeres de 50 a 69 años.

Definición: Este indicador refiere al porcentaje de afiliadas de 50 a 69 años de la institución que se les realizó en los últimos 2 años el tamizaje de cáncer de mama a través de la realización de mamografía. Dicho indicador busca estimular una mayor realización de este estudio con el fin de diagnosticar precozmente este tipo de cáncer y poder realizar tratamiento oportuno.

Indicador: Tasa de cesárea.

Definición: Este indicador refiere al porcentaje de partos por cesárea sobre el total de partos para cada Institución para el año 2022. El mismo no forma parte de los indicadores de pago por desempeño de las Metas Asistenciales. No obstante, es un indicador de relevancia en cuanto a la calidad de la atención en salud perinatal.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Personal básico orientado a la asistencia

Los indicadores de esta sección muestran la disponibilidad de personal para la atención en policlínica. Un nivel alto del indicador refleja una mayor disponibilidad de cargos por usuario y es de esperar que eso tenga impacto positivo sobre el acceso a la consulta y la calidad asistencial de la población. Fuentes de información: Sistema de Información del Personal de Salud (SIPS) y Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Fecha de la información: se presentan datos mensuales considerando el promedio de mayo 2021, agosto 2021, noviembre 2021 y febrero 2022.

Indicador: Cargos de medicina general en policlínica cada 10.000 usuarios mayores de 14 años

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 175 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.

Metodología: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de médicos generales de cada institución a nivel país y por departamento. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos de 175 horas mensuales (horas contratadas en policlínica / 175 = cantidad de cargos de 175 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución a nivel país y por departamento, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios mayores de 14 años.

Indicador: Cargos de medicina familiar en policlínica cada 10.000 usuarios

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 175 horas mensuales de policlínica de medicina familiar cada 10.000 usuarios.

Metodología: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de médicos de familia de cada institución a nivel país y por departamento. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos de 175 horas mensuales (horas contratadas en policlínica / 175 = cantidad de cargos de 175 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución a nivel país y por departamento, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios.

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

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 175 horas

mensuales de policlínica de pediatría 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.

Metodología: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de pediatras de cada institución a nivel país y por departamento. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos de 175 horas mensuales (horas contratadas en policlínica / 175 = cantidad de cargos de 175 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución a nivel país y por departamento, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios menores de 15 años.

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

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 175 horas mensuales de policlínica de ginecología cada 10.000 usuarias mayores de 14 años. Se toma dicho rango por entender que es el grupo de población que abarca la ginecología.

Metodología: 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 175 horas mensuales (horas contratadas en policlínica / 175 = cantidad de cargos de 175 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución a nivel país y por departamento, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarias mujeres mayores de 14 años.

Indicador: Cargos de auxiliares de enfermería en policlínica cada 10.000 usuarios

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 144 horas mensuales de policlínica de auxiliares de enfermería cada 10.000 usuarios.

Metodología: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de auxiliares de enfermería de cada institución a nivel país y por departamento. 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 a nivel país y por departamento, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios.

Indicador: Cargos de licenciadas de enfermería en policlínica cada 10.000 usuarios

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de 144 horas mensuales de policlínica de licenciadas en enfermería cada 10.000 usuarios.

Metodología: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica de licenciadas de enfermería de cada institución a nivel país y por departamento. 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 a nivel país y por departamento, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios.

Médicos generales y especialistas con alta dedicación

Los indicadores de esta sección muestran la disponibilidad de cargos de alta dedicación de medicina. Los cargos de alta dedicación son un beneficio

importante para los usuarios, en la medida que permiten mejorar su vínculo con el médico tratante, quien al tener una mayor dedicación horaria 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.

Fuentes de información: Sistema de Información del Personal de Salud (SIPS) y Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Fecha de la información: se presentan datos mensuales considerando el promedio de mayo 2021, agosto 2021, noviembre 2021 y febrero 2022.

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, e Imagenología con un régimen de trabajo de 30 a 48 horas semanales. Para ASSE se suma Anestesia y Medicina Rural con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales.

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

Indicador: Cantidad de cargos de alta dedicación de medicina general

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de alta dedicación (CAD) de medicina general cada 10.000 usuarios mayores de 14 años.

Metodología: para el cálculo del indicador se consideró la cantidad de cargos de alta dedicación de medicina general contratados por cada institución. Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados mayores de 14 años de cada institución, se calculó la razón de cantidad de CAD cada 10.000 usuarios.

Indicador: Cantidad de cargos de alta dedicación de medicina familiar

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de alta dedicación (CAD) de medicina familiar cada 10.000 usuarios.

Metodología: para el cálculo del indicador se consideró la cantidad de cargos de alta dedicación de medicina familiar contratados por cada institución. Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución, se calculó la razón de cantidad de CAD cada 10.000 usuarios.

Indicador: Cantidad de cargos de alta dedicación de pediatría

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de alta dedicación (CAD) de pediatría cada 10.000 usuarios menores de 15 años.

Metodología: para el cálculo del indicador se consideró la cantidad de cargos de alta dedicación de pediatría contratados por cada institución. Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados menores de 15 años de cada institución, se calculó la razón de cantidad de CAD cada 10.000 usuarios.

Indicador: Cantidad de cargos de alta dedicación de ginecología

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de alta dedicación (CAD) de ginecología cada 10.000 usuarias mayores de 14 años.

Metodología: para el cálculo del indicador se consideró la cantidad de cargos de alta dedicación de ginecología contratados por cada institución. Teniendo en cuenta la cantidad de afiliadas mayores de 14 años de cada institución, se calculó la razón de cantidad de CAD cada 10.000 usuarias.

Indicador: Cantidad de cargos de alta dedicación de psiquiatría

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de alta dedicación (CAD) de psiquiatría cada 10.000 usuarios mayores de 14 años.

Metodología: para el cálculo del indicador se consideró la cantidad de cargos de alta dedicación de psiquiatría contratados por cada institución.

Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados mayores de 14 años de cada institución, se calculó la razón de cantidad de CAD cada 10.000 usuarios.

Indicador: Cantidad de cargos de alta dedicación de psiquiatría pediátrica

Descripción: este indicador refleja la cantidad de cargos de alta dedicación (CAD) de psiquiatría pediátrica cada 10.000 usuarios menores de 15 años.

Metodología: para el cálculo del indicador se consideró la cantidad de cargos de alta dedicación de psiquiatría pediátrica contratados por cada institución. Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados menores de 15 años de cada institución, se calculó la razón de cantidad de CAD cada 10.000 usuarios.

Indicador: CTI de adultos en régimen de alta dedicación

Descripción: el indicador señala si el CTI de adultos funciona en régimen de alta dedicación o no. La transformación hacia el nuevo régimen de trabajo no es individual de cada médico sino del CTI en su conjunto.

Metodología: el indicador toma valor “si” cuando el CTI cuenta con médicos intensivistas con cargos de alta dedicación, que trabajan en el servicio diariamente dando continuidad a la atención a lo largo de toda la semana.

Indicador: CTI pediátrico en régimen de alta dedicación

Descripción: el indicador señala si el CTI pediátrico funciona en régimen de alta dedicación o no. La transformación hacia el nuevo régimen de trabajo no es individual de cada médico sino del CTI en su conjunto.

Metodología: el indicador toma valor “si” cuando el CTI cuenta con médicos intensivistas pediátricos con cargos de alta dedicación, que trabajan en el

servicio diariamente dando continuidad a la atención a lo largo de toda la semana.

Indicador: CTI neonatal en régimen de alta dedicación

Descripción: el indicador señala si el CTI neonatal funciona en régimen de alta dedicación o no. La transformación hacia el nuevo régimen de trabajo no es individual de cada médico sino del CTI en su conjunto.

Metodología: el indicador toma valor “si” cuando el CTI cuenta con médicos neonatólogos con cargos de alta dedicación, que trabajan en el servicio diariamente dando continuidad a la atención a lo largo de toda la semana.

Especialistas y principales profesiones

Los indicadores de esta sección brindan la posibilidad de consultar la disponibilidad de algunas especialidades o profesiones de su interés. Un nivel alto del indicador refleja una mayor disponibilidad en relación a la cantidad de usuarios de la institución y es de esperar que eso tenga impacto positivo sobre el acceso a la consulta por parte de los usuarios.

Fuentes de información: Sistema de Información del Personal de Salud (SIPS) y Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Fecha de la información: se presentan datos mensuales considerando el promedio de mayo 2021, agosto 2021, noviembre 2021 y febrero 2022.

Descripción: los indicadores reflejan la cantidad de cargos de 175 horas mensuales por especialidad o profesión cada 10.000 usuarios de referencia.

Metodología: para el cálculo del indicador se realizó la suma de las horas totales contratadas por especialidad o profesión de cada institución a nivel país y por departamento. Con dichas horas se calculó la cantidad de cargos

de 175 horas mensuales (horas contratadas / 175 = cantidad de cargos de 175 horas mensuales). Teniendo en cuenta la cantidad de afiliados de cada institución a nivel país y por departamento, se calculó la razón de cantidad de cargos cada 10.000 usuarios de referencia. La siguiente tabla muestra la población de referencia considerada para cada indicador.

Indicador	Población de referencia
MEDICINA GENERAL	usuarios mayores de 14 años
ODONTOLOGÍA	usuarios totales
ALERGOLOGÍA	usuarios totales
ANESTESIOLOGÍA	usuarios totales
CARDIOLOGÍA	usuarios totales
CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	usuarios menores de 15 años
CIRUGÍA GENERAL	usuarios mayores de 14 años
CIRUGÍA CARDÍACA	usuarios totales
CIRUGÍA DE TORAX	usuarios totales
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	usuarios menores de 15 años
CIRUGÍA PLÁSTICA	usuarios totales
CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	usuarios totales
CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCO-MAXILO-FACIAL	usuarios totales
CUIDADOS PALIATIVOS DEL ADULTO	usuarios mayores de 14 años
DERMATOLOGÍA	usuarios totales
DIABETOLOGÍA	usuarios totales
ENDOCRINOLOGÍA	usuarios totales
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	usuarios totales
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	usuarios totales
FISIATRÍA	usuarios totales
GASTROENTEROLOGÍA	usuarios totales
GERIATRÍA	usuarios mayores de 64 años
GINECOTOCOLOGÍA	usuarias mayores de 14 años
HEMATOLOGÍA	usuarios totales
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	usuarios totales
MEDICINA INTENSIVA	usuarios mayores de 14 años
MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	usuarios menores de 15 años

MEDICINA INTERNA	usuarios mayores de 14 años
NEFROLOGÍA	usuarios mayores de 14 años
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	usuarios menores de 15 años
NEONATOLOGÍA	usuarios menores de 1 año
NEUMOLOGÍA	usuarios totales
NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	usuarios menores de 15 años
NEUROCIRUGÍA	usuarios totales
NEUROLOGÍA	usuarios mayores de 14 años
NEUROPEDIATRÍA	usuarios menores de 15 años
OFTALMOLOGÍA	usuarios totales
ONCOLOGÍA MÉDICA	usuarios totales
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	usuarios totales
TRAUMATOLOGÍA	usuarios totales
OTORRINOLARINGOLOGÍA	usuarios totales
PEDIATRÍA	usuarios menores de 15 años
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA	usuarios totales
PSIQUIATRÍA	usuarios mayores de 14 años
PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	usuarios menores de 15 años
REUMATOLOGÍA	usuarios totales
UROLOGÍA	usuarios mayores de 14 años
UROLOGÍA PEDIÁTRICA	usuarios menores de 15 años
FISIOTERAPIA	usuarios totales
FONOAUDILOGÍA	usuarios totales
NUTRICIÓN	usuarios totales
PSICOLOGÍA	usuarios totales
PSICOMOTRICIDAD	usuarios totales
PSICOPEDAGOGÍA	usuarios totales
TRABAJO SOCIAL	usuarios totales
OBSTETRA PARTERA	usuarias mayores de 14 años

