

## **Propuesta de modificación del instructivo de Meta 2 referente a un grupo de indicadores – Abril 2018**

*Indicador X.4.1 Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por IAM con ST elevado.*

*Indicador X5.1.3 Porcentaje de usuarias con biopsia CIN2 positiva en el semestre, que inician tratamiento.*

*Indicador X5.1.4 Tasa de cobertura de realización de test de sangre oculta en materias fecales (fecatest) en usuarios de 60 a 70 años*

*Indicador X5.1.5. Porcentaje de usuarios con fecatest positivo en el semestre que se realizaron fibrocolonoscopia*

Como resultado del trabajo de evaluación de los indicadores de Meta 2 y los procesos asociados al cumplimiento de las metas, tanto desde el Ministerio de Salud como en el propio marco de la Comisión Asesora de Metas, se ha entendido necesario proceder a realizar algunos cambios asociados a dicho grupo de indicadores. El primero corresponde a los indicadores Comunes a ser reportados por todos los prestadores y el resto a los Específicos.

A continuación se describen cada uno de los indicadores y la discusión que dio lugar a la modificación:

<b>Resultado esperado 2:</b> Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.
---

### **Indicador X4.1) Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por IAM con ST elevado.**

La principal dificultad asociada a este indicador refiere a la identificación de los casos de IAM con ST elevado, dado que este concepto no está incluido en la codificación de egresos por CIE 10 para los códigos requeridos I21 E I 22. Por tal motivo se deberá realizar una búsqueda de todos los IAM del semestre (egresos codificados con I21 a I22), que serán enlistados en la planilla nominalizada. En los mismos se deben identificar los que tuvieron ST elevado y los que no.

---

## Meta 2: Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

En ese sentido se propone dar plazo a las instituciones hasta el 20 de junio para realizar esa identificación en los casos reportados al 20 de abril (correspondientes al semestre octubre 2017 – marzo 2018). Los pagos vinculados a este cumplimiento (mayo 2018 a octubre 2018) se realizarán de acuerdo a lo reportado al 20 de junio por lo que podrán dar lugar a reliquidaciones.

Por otra parte, y dado el número reducido de casos de IAM en las instituciones, se consideró conveniente fijar las metas a alcanzar en cada semestre como un porcentaje fijo y común para todos los prestadores.

Se establece a su vez que la fecha a considerar para incluir el IAM en el semestre es la fecha del egreso, lo que no había sido explicitado en el instructivo vigente.

Descripción	Valor de referencia	Meta a marzo 2019	Fuente
Numerador: Cantidad de reperfusiones medicamentosas y/o mecánicas de IAM con segmento ST elevado realizadas en el semestre. Denominador: Número total de egresos por IAM con ST elevado del semestre por 100	90%	2do sem: al 20 de junio 2018, reporte de la nómina del total de IAM 2do sem: 70% 3er sem: 80% 4to sem: 90%	Numerador: FNR/institución Denominador: Egresos hospitalarios por IAMST de la institución

Se entiende como egreso por IAM al evento codificado al alta hospitalaria, según CIE 10, como I21 al I22, y se incluyen sólo los que tuvieron ST elevado. La fecha para considerar el caso en el semestre, es la fecha de egreso. Si una misma persona atraviesa distintos tipos de internación durante el evento (emergencia, piso, IMAE, etc.) se contará como un solo egreso. Si una misma persona tiene más de un evento de IAM con ST elevado en el semestre, cada uno de ellos se contará como un egreso. Los egresos por IAM con ST elevado que de acuerdo al protocolo tengan criterios de exclusión de reperfusión medicamentosa o mecánica, no se contarán en el denominador y deberán quedar especificados en la planilla nominalizada a fin de ser auditados. Los criterios de exclusión se especifican en la normativa, versión revisada en 2017:

[http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/medicamentos/n\\_trat\\_iam.pdf](http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/medicamentos/n_trat_iam.pdf)

**Aclaración del 2do semestre:** Las instituciones deberán cargar la hoja "reperfusión" de la planilla nominalizada con todos los IAM del semestre (todos los egresos codificados con I21 a I22). Específicamente para el 2do semestre, disponen hasta el 20 de junio a las 23.59 hs, para cargarla al RCIE. En base a este cumplimiento surgirán los pagos correspondientes al semestre.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se

debe subir la planilla nominalizada de meta 2 al RCIE con el total de los IAM del semestre.

Auditoría: se verificará con la información de seguimiento y control de los tratamientos autorizados por el FNR, y se auditarán las historias clínicas de aquellos casos de IAM tratados por fuera del financiamiento del FNR y los casos de IAM a los que no se les realizó tratamiento de reperfusión.

**Indicadores Específicos modificados:**

**Resultado Esperado:** Reducción de la carga de morbi-mortalidad de las ENT prevalentes. Reducción de mortalidad precoz por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras.

**Indicador X5.1.3) Porcentaje de usuarias con biopsia CIN2 y más en el semestre que inician tratamiento**

Las dificultades identificadas para este indicador refieren a la precisión de la definición de caso del denominador y del reporte que explique los casos con biopsias CIN 2 y más que no iniciaron el tratamiento. Por lo que se hace necesario precisar que los casos a reportar son los de usuarias portadoras de CIN 2 y más (CIN 2, carcinoma in situ y carcinoma invasor) y para los casos del numerador de no comienzo de tratamiento en el semestre, deberá presentar copia de hoja específica de historia clínica con las condiciones que se explican más abajo.

En ese sentido se propone dar plazo a las instituciones hasta el 20 de junio para realizar la identificación de los casos no tratados al 20 de abril (correspondientes al semestre octubre 2017 – marzo 2018).

Por otra parte dado el número reducido de casos reportados, se consideró conveniente fijar las metas a alcanzar en cada semestre como un porcentaje fijo y común para todos los prestadores.

<b>Descripción</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>Meta Marzo 2019</b>	<b>Fuente</b>
<p>Numerador: Total de usuarias con resultado de biopsia CIN2 y más en el semestre, que iniciaron tratamiento hasta el día de la entrega de la meta.</p> <p>Denominador: Total de usuarias con resultado de biopsia CIN2 y más del semestre, por 100.</p>	<p>100%</p> <p>(Ordenanza 721/12; menor a 20 días)</p>	<p>80%</p> <p>2do sem: al 20 de junio 2018, copia de hoja específica de HC de todos los casos no tratados (si no alcanza 80%).</p> <p>3er y 4to sem: con cierre de la meta se envía copia HC cuando corresponde.</p> <p>2do sem: 80%</p> <p>3er sem: 80%</p> <p>4to sem: 80%</p>	<p>Prestador/ Sistema de Información de la CHLCC</p>

La información del numerador y el denominador la reporta el prestador y debe coincidir con la del Sistema Informático Metas Asistenciales y la del sistema de la CHLCC Metas Cáncer.

Se define como resultado de biopsia CIN2 y más, cuando el resultado de la anatomía patológica es biopsia CIN2, carcinoma in situ o carcinoma invasor.

Se toma como fecha de biopsia la del resultado, el que debe estar en el semestre.

Se entiende como tratamiento la aplicación de la terapéutica indicada por el especialista, ya sea realización de cirugía o inicio de quimioterapia y/o radioterapia.

Para el numerador se considerarán las usuarias con resultado de biopsia CIN 2 y más en el semestre que han iniciado el tratamiento. La fecha de inicio del tratamiento puede ir hasta el día de la entrega de la meta (20 días después del semestre).

En aquellos casos en que la usuaria no concurra a la segunda cita coordinada para la realización de la colposcopia o haya dado su rechazo, se contarán en el numerador y se deberá especificar en la planilla nominalizada como "NO CONCURRE 2DA CITA" y "RECHAZO" respectivamente. Ambas situaciones deben ser auditables.

**Meta:** Para este indicador se establece una meta fija de cumplimiento semestral del 80%. En caso de no lograr la meta, se deberá presentar copia de hoja específica de historia clínica (con firma de Dirección Técnica) en donde conste motivo/s de no inicio de tratamiento de los casos. Los motivos considerados por PRONACAN como válidos, serán considerados para el numerador luego de dicho aval.

**Aclaración del 2do semestre:** En caso de no lograr la meta, la institución podrá cargar en el RCIE (en caso de no encontrarse habilitada la opción será a través del FTP) copia de hoja específica de historia clínica que justifique el no inicio de tratamiento. Específicamente para el 2do semestre, disponen hasta el 20 de junio a las 23.59 hs, para cargarla. Los pagos vinculados a este cumplimiento (mayo 2018 a octubre 2018) se realizarán de acuerdo a lo reportado al 20 de junio por lo que podrán dar lugar a reliquidaciones.

Entrega vinculada a este indicador: Se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales. También se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas, incluyéndose en la muestra a los casos de no concurrencia a segunda cita y rechazo. Además, se contrastará con la información de CHLCC (Sistema Metas Cáncer).

**Indicador X5.1.4) Tasa de cobertura de realización de test de sangre oculta en materias fecales (fecatest) en usuarios de 60 a 70 años**

Para este indicador se ajustó el tramo etario elegido como trazador del monitoreo de la cobertura de tamizaje para cáncer de colon, definiendo como único método reportable de tamizaje en población sana, el test de sangre oculta en heces.

<b>Descripción</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>Meta Marzo 2019</b>	<b>Fuente</b>
Numerador: Cantidad de usuarios de 60 a 70 años con fecatest vigente Denominador: total de usuarios de 60 a 70 años, por 100	70% <sup>1</sup>	Disminuir 50% la brecha entre su línea de base y el 70%.  Sem. 1: 10% de la brecha Sem. 2: 25% de la brecha Sem. 3: 35% de la brecha Sem. 4: 50% de la brecha	Numerador: Sistema de Información de la CHLCC/Prestador  Denominador: RUCAF

La información del numerador la reporta el prestador y debe coincidir con la del Sistema Informático Metas Asistenciales y la del sistema de la CHLCC Metas Cáncer.

El estudio de sangre oculta en materias fecales se debe realizar a las personas asintomáticas (sin sangrados digestivos evidentes u otros síntomas que justifiquen la FCC) y sin factores de riesgo para cáncer colorectal.

Los factores de alto riesgo para cáncer colorectal son: antecedentes personales de adenomas o cáncer colo rectal; historia familiar compatible con riesgo genético (ej. familiar de primer grado con cáncer colorectal antes de los 50 años, poliposis familiar); enfermedad inflamatoria intestinal (CUC, Chron). En estos casos está indicada directamente la realización de la FCC.

La vigencia del tamizaje para cáncer colo-rectal en población asintomática es de 2 años. Se toma como fecha de corte para la vigencia del fecatest y la edad del individuo el último día del semestre.

La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor informado al MSP en el 4to mes de cada semestre: julio 2017, enero 2018, julio 2018 y enero 2019 respectivamente.

Entrega vinculada a este indicador: Se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales. También se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente, en donde figuren los usuarios de 60 a 70 con fecatest vigentes.

<sup>1</sup> Tasa de cobertura de fecatest en usuarios de 50 a 70 años, a nivel nacional: 41,6% (ENFRENT 2013).

Auditoría: se auditarán las historias clínicas. Además, se contrastará con la información de CHLCC (Sistema Metas Cáncer).

El valor del denominador será comparado con la información volcada por la institución al RUCAF.

**Indicador X5.1.5) Porcentaje de usuarios con fecatest positivo en el semestre que se realizaron fibrocolonoscopia**

Para este indicador se definió reportar el mismo tramo etario que el anterior de cobertura, dado que no se establecía ningún rango etario. Este cambio no supone esfuerzos para los prestadores, ya que este dato está incluido en la información que ya se reporta.

Esta propuesta implicará reportar un número bajo de casos por lo que se consideró conveniente fijar las metas a alcanzar en cada semestre como un porcentaje fijo y común para todos los prestadores.

<b>Descripción</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>Meta Marzo 2019</b>	<b>Fuente</b>
<p>Numerador: Total de usuarios de 60 a 70 años con fecatest positivo que se realizaron FCC hasta el día de la entrega de la meta.</p> <p>Denominador: Cantidad de usuarios de 60 a 70 años con fecatest positivos del semestre, por 100</p>	100%	2do Sem: 75% 3er Sem: 80% 4to Sem: 80%	Prestador/ Sistema de Información de la CHLCC

La información del numerador y el denominador la reporta el prestador y debe coincidir con la del Sistema Informático Metas Asistenciales y la del sistema de la CHLCC Metas Cáncer.

Se toma como fecha de fecatest la del resultado, el que debe estar en el semestre. Se toma como fecha de corte para la edad del individuo el último día del semestre.

Para el numerador se considerarán los usuarios de 60 a 70 años con fecatest positivo en el semestre que se le haya realizado la fibrocolonoscopia (FCC). La fecha de realización de FCC puede ir hasta el día de la entrega de la meta (20 días después del semestre).

En aquellos casos en que el usuario no concorra a la segunda cita coordinada para la realización de la FCC o haya dado su rechazo; se contarán en el numerador y se

---

## Meta 2: Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

---

deberá especificar en la planilla nominalizada como “NO CONCURRE 2DA CITA” y “RECHAZO” respectivamente. Ambas situaciones deben ser auditables.

**Meta:** Para este indicador, se establece una meta fija de cumplimiento del 75% para el primer semestre y del 80% para el tercer y cuarto semestre.

**Aclaración del 2do semestre:** Con la información entregada por las instituciones en la fecha de cierre, se calculará el cumplimiento de acuerdo a nuevo tramo etario y meta. En base a este cumplimiento surgirán los pagos correspondientes al semestre.

Entrega vinculada a este indicador: Se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales. También se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas, incluyéndose en la muestra a los casos de no concurrencia a segunda cita y rechazo. Además, se contrastará con la información de CHLCC (Sistema Metas Cáncer).