

Meta 2: Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

ANEXO

MODIFICACIONES

Modificación Indicadores para instituciones que eligieron área temática cáncer

Indicador	Descripción	Valor de referencia	Meta a marzo 2019	Fuente
Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años	<p>Numerador: Número de usuarias de 21 a 64 años que se realizaron PAP en los últimos 3 años</p> <p>Denominador: Número de usuarias de 21 a 64 años, por 100.</p>	80%	<p>Cubrir el 70% de la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.</p> <p>Sem. 1: 20% de la brecha</p> <p>Sem. 2: 45% de la brecha</p> <p>Sem. 3: 55% de la brecha</p> <p>Sem. 4: 70% de la brecha</p>	<p>Numerador: Sistema de Información de la CHLCC</p> <p>Denominador: RUCAF</p>
Porcentaje de mujeres con PAP patológico en el semestre que se realizan colposcopías.	<p>Numerador: Total de usuarias con PAP patológico del semestre que se realizan colposcopia hasta el día de la entrega de la meta.</p> <p>Denominador: Cantidad de usuarias con PAP patológico del semestre (todas las edades), por 100</p>	100%	<p>Sem. 1: 25% de la brecha</p> <p>Sem. 2: 45% de la brecha</p> <p>Sem. 3: 65% de la brecha</p> <p>Sem. 4: 90% de la brecha</p>	Sistema de Información de la CHLCC
Porcentaje de usuarias con biopsia CIN2 positiva en el semestre, que inician tratamiento.	<p>Numerador: Total de usuarias con resultado de biopsia CIN 2 positivo 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 CIN 2 positivo del semestre, por 100</p>	100%	<p>Sem. 1: 25% de la brecha</p> <p>Sem. 2: 45% de la brecha</p> <p>Sem. 3: 65% de la brecha</p> <p>Sem. 4: 90% de la brecha</p>	Sistema de Información de la CHLCC

Tasa de cobertura de realización de test de sangre oculta en materias fecales (fecatest) en usuarios de 60 a 70 años	<p>Numerador: Cantidad de usuarios de 60 a 70 años con fecatest vigente</p> <p>Denominador: total de usuarios de 60 a 70 años, por 100</p>	70%	<p>Disminuir 50% la brecha entre su línea de base y el 70%.</p> <p>Sem. 1: 10% de la brecha</p> <p>Sem. 2: 25% de la brecha</p>	<p>Numerador: Sistema de Información de la CHLCC</p> <p>Denominador: RUCAF</p>
---	--	-----	---	--

Meta 2: Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

			Sem. 3: 35% de la brecha Sem. 4: 50% de la brecha	
Porcentaje de usuarios con fecatest positivo en el semestre que se realizaron fibrocolonoscopia	Numerador: Total usuarios con fecatest positivos en el semestre, que se realizaron fibrocolonoscopia hasta el día de la entrega de la meta. Denominador: Cantidad usuarios con fecatest positivos del semestre, por 100	100%	Sem. 1: 25% de la brecha Sem. 2: 45% de la brecha Sem. 3: 65% de la brecha Sem. 4: 90% de la brecha	

Modificación Indicadores del reporte (todas las instituciones)

Indicador	Descripción	Valor de referencia	Fuente
Tiempo promedio transcurrido entre PAP patológico y la realización de la colposcopia.	Numerador: sumatoria de días entre fecha de resultado de PAP patológico del semestre y fecha de realización de colposcopia (hasta el día de la entrega de la meta). Denominador: Cantidad de casos de PAP patológico del semestre con realización de colposcopia (hasta el día de la entrega de la meta; todas las edades)	Menor a 15 días (Ordenanza 721/12)	Numerador: Reporte enviado por el Prestador/ Sistema de Información de la CHLCC Denominador: Sistema de Información de la CHLCC
Tiempo transcurrido entre BIOPSIA CIN 2 positivo y la realización del Tratamiento	Numerador: sumatoria de tiempo en días entre fecha de resultado de la BIOPSIA CIN 2 positivo del semestre y fecha de Inicio del tratamiento (hasta el día de la entrega de la meta). Denominador: Cantidad de casos de BIOPSIA CIN 2 positivo del semestre con inicio de tratamiento (hasta el día de la entrega de la meta; todas las edades).	Menor a 20 días (Ordenanza 721/12)	Numerador: Reporte enviado por el Prestador/ Sistema de Información de la CHLCC Denominador: Sistema de Información de la CHLCC

Meta 2: Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

Tiempo promedio entre realización de fecatest positivo y Fibrocolonoscopia	Numerador: sumatoria de días entre resultado de fecatest positivo del semestre by fecha de realización de FCC (hasta el día de la entrega de la meta; todas las edades). Denominador: cantidad de casos de fecatest positivo del semestre con realización de FCC (hasta el día de la entrega de la meta; todas las edades).	Menor a 30 días	Numerador: Reporte enviado por el Prestador/ Sistema de Información de la CHLCC Denominador: Sistema de Información de la CHLCC
---	--	-----------------	--

Modificación indicadores correspondientes a rutina de laboratorio en hipertensión arterial (HTA)

- 1 Se mantendrá como línea de base la que fue entregada por los prestadores, cuyo criterio de vigencia de los estudios era de 12 meses.
- 2 A partir de las “Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención”, recientemente difundidas por el MSP, para el seguimiento paraclínico de los pacientes con HTA, se indica que los exámenes de orina y creatinina se realicen cada 3 años.
- 3 Este criterio determina que en el reporte del semestre *del Indicador X2.1) Porcentaje de pacientes hipertensos captados, de 25 a 64 años, con rutina de laboratorio vigente*, aquellas personas que caerían del numerador por cumplir un año, se mantengan en el mismo hasta cumplir los 3 años de realizados ambos estudios. La vigencia de ambos estudios es de 36 meses a partir de abril de 2017. Esta vigencia se mantendrá en los semestres subsiguientes.

Modificación indicadores correspondientes a Prematurez:

La institución que eligió este Resultado Esperado ante la situación de no haber tenido casos en el semestre abril-setiembre 2017 de recién nacidos prematuros severos (menor a 32 semanas de edad gestacional al nacimiento), deberá presentar un protocolo de actuación institucional ante el eventual nacimiento de un niño prematuro severo. El mismo deberá contemplar:

- Edad gestacional a partir de la cual el nacimiento puede ocurrir en la institución,
- indicaciones del traslado in útero, coordinación del traslado (unidad móvil que lo realiza- propia o contratada),
- institución con la que coordina el traslado.

En caso de que el nacimiento prematuro ocurra en la institución:

- que protocolo de atención al RN utiliza,
- coordinación del traslado a la unidad neonatal (móvil del traslado propio o contratado),
- convenios existentes.

Meta 2: Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

- Protocolo de atención al seguimiento del RN prematuro: si cuenta o no con una policlínica específica de seguimiento, equipo técnico encargado del seguimiento, etc.

Aclaración indicador X5.8.3.

En el instructivo de junio de 2017 hubo un error en la formulación del indicador, por lo que se aclara que el indicador correctamente formulado es el planteado en el Marco normativo:

Indicador X5.8.3) Porcentaje de ginecólogos con una tasa de cesáreas mayor al 30%, con auditoría interna realizada.

El numerador es la cantidad de ginecólogos con tasa de cesáreas mayor al 30% en el semestre anterior, con auditoría interna de todas sus cesáreas.

El denominador es la cantidad de ginecólogos con tasa de cesáreas superior al 30% en el semestre anterior.