

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

**Meta 2**  
**Meta médico de referencia**  
Julio 2016 – Marzo 2017  
Versión Octubre 2016

### 1) Introducción

El periodo julio 2016 – marzo 2017 será de transición y la Meta 2 estará compuesta por varios indicadores con algunas modificaciones respecto al período anterior.

Se propone continuar con el trabajo de control según pauta por parte del médico de referencia en la población adulta y adulta mayor, así como con los talleres de promoción de salud dirigidos a la población adolescente en instituciones sociales, culturales y deportivas.

Además, los integrantes del espacio adolescente de cada institución realizarán un diagnóstico con la finalidad de identificar los riesgos de salud prevalentes en la población adolescente. El objetivo final es elaborar protocolos institucionales de atención para dicha población. En apoyo a estos objetivos, el Ministerio de Salud realizará capacitaciones de asistencia obligatoria.

Por otra parte, luego de seis años de haberse iniciado el trabajo que impulsa la figura del Médico de referencia a través del pago por metas; el Ministerio de Salud continuará trabajando en conjunto con las instituciones en el análisis y evaluación de los perfiles de los médicos de referencia y su población referenciada.

### 2) Período de aplicación de la meta.

El período de aplicación del presente instructivo será desde Julio de 2016 a Marzo de 2017.

La relación entre el cumplimiento de la meta y el pago por meta se detalla en el siguiente cuadro:

| <b>Relación cumplimiento – pago</b>     |  |
|---|--|
| <b>El cumplimiento del trimestre...</b> | <b>Generará pagos para el trimestre...</b> |
| Julio-agosto-setiembre 2016             | Noviembre-diciembre 2016-enero 2017        |
| Octubre-noviembre-diciembre 2016        | Febrero-marzo-abril 2017                   |
| Enero-febrero-marzo 2017                | Mayo-junio-julio 2017                      |

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

### 3) Entrega de información

#### Formato de entrega

La información deberá entregarse a través de distintos documentos según el indicador que se refiera: planillas de Médico de Referencia (los indicadores X1.2, X2, X3 y X4), y los Protocolos exigidos (indicador X1.1). La información enviada a Metas Asistenciales por parte de las instituciones será confirmada por el Departamento Control de Prestadores.

#### Modalidad de entrega

La entrega de la información se realizará mediante dos correos electrónicos enviados a [metasasistenciales@msp.gub.uy](mailto:metasasistenciales@msp.gub.uy). El primero contendrá las planillas de Médico de Referencia, debiendo llevar por nombre: "NOMBRE DE INSTITUCIÓN\_M2\_TRIMESTRE" (ejemplo de nombre del archivo de la planilla: PRESTADOR X\_M2\_OND2016). El segundo correo contendrá adjunto los protocolos exigidos en los indicadores X1.1 y X1.2 y como asunto "NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN\_INDICADORES ADOLESCENTE" (ejemplo de asunto de mail: "PRESTADOR X\_INDICADORES ADOLESCENCIA").

Las guías de llenado y demás materiales se encuentran disponibles en los anexos de este instructivo.

#### Fechas de entrega

Cada trimestre tendrá una fecha y hora límite para entregar la información, como figura en el siguiente cuadro:

| Fecha y hora límite de entrega de información |  |          |
|---|--|----------|
| Trimestre                                     | Fecha límite de entrega de información | Hora     |
| Julio-agosto-setiembre 2016                   | Jueves 20 de octubre                   | 12:00 am |
| Octubre-noviembre-diciembre 2016              | Viernes 20 de enero de 2017            | 12:00 am |
| Enero-febrero-marzo 2017                      | Jueves 20 de abril de 2017             | 12:00 am |

### 4) Indicadores

La meta está constituida por cuatro componentes. Los dos primeros están destinados a fortalecer la asistencia de la población adolescente optimizando el vínculo con el médico de referencia y los espacios adolescentes (equipo básico de salud de abordaje a la problemática adolescente).

El tercer componente tiende a mejorar y evaluar la información disponible en relación a los médicos de referencia de las instituciones y el perfil de su población adscripta, debiendo cumplir con determinados criterios que se explicitarán.

Por último se propone el control según pauta de la población mayor de 45 años adscripta a un médico de referencia.

### **X1) Elaboración de protocolos de atención a Adolescentes**

---

Este componente tiene como objetivos la determinación de la problemática adolescente a nivel institucional a través de la realización de un diagnóstico de dicha población de forma de priorizar aquellas áreas en las que se trabajará en la elaboración de protocolos de atención a condiciones y/o problemas de salud prevalentes.

#### **Trimestre Julio-Agosto-Setiembre 2016**

##### **X.1.1) Caracterización de la población de adolescente y Priorización de dos de las problemáticas adolescentes a nivel institucional**

---

La institución determinará los dos problemas de salud priorizados de su población adolescente, teniendo en cuenta que a nivel poblacional los de mayor prevalencia son: el embarazo adolescente, el consumo problemático de alcohol y otras sustancias, el intento de autoeliminación, sobrepeso y obesidad y siniestralidad vial. El Ministerio de Salud brindará a las instituciones datos sobre algunos de estos problemas de salud como insumos para la concreción del diagnóstico a presentar por la institución.

El indicador se considerará cumplido cuando la institución **entregue un informe** en el que describa y fundamente los problemas de salud a ser abordados, que serán monitoreados y aprobados por el Área Programática de Salud Adolescente del Ministerio de Salud. Dicho informe deberá contener una caracterización de la población de adolescentes (10 a 19 años y 364 días) bajo su cobertura, identificando sus principales problemas/necesidades de salud; y además definir los **dos problemas de salud jerarquizados a protocolizar (ver anexo 1)**.

##### **X1.2) Capacitación de médicos de referencia e integrantes de Espacios Adolescentes**

---

El Ministerio de Salud brindará capacitación sobre los principales lineamientos metodológicos para la confección de los protocolos de abordaje de atención a adolescentes. Se realizarán dos talleres en el primer trimestre.

#### Indicador

Numerador: N° de referentes de la institución que concurren a la capacitación en metodología de elaboración de protocolo<sup>1</sup>.

Denominador: 3 integrantes: (dos integrantes del espacio de adolescentes y un representante de la dirección técnica)

Nota: <sup>1</sup>Deben haber concurrido al menos un representante de la dirección técnica, y dos integrantes del espacio adolescente para validar este número.

#### **Aclaraciones:**

Los destinatarios de dichos talleres serán al menos el director técnico o adjunto y dos representantes de los espacios adolescentes.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

La institución deberá enviar la designación de los siguientes representantes que concurrirán a las capacitaciones a desarrollarse en el trimestre julio – agosto – setiembre de 2016:

- Un titular y un suplente de la dirección técnica de la institución
- Dos titulares y dos suplentes de los espacios adolescentes/ referentes institucionales en adolescencia.

Este listado de designados deberá presentarse junto a la ficha de inscripción de los 2 talleres de capacitación que se implementarán en este primer trimestre del período. Las fechas y horarios de los 2 talleres se comunicarán con antelación y serán realizados en distintos horarios.

El Ministerio de Salud, en ocasión de dictarse el taller de capacitación, llevará un registro de asistentes el cual servirá para validar el indicador.

### **Trimestre octubre-noviembre-diciembre 2016**

Entrega de dos protocolos de atención para cada uno de las problemáticas identificadas en los adolescentes.

#### X.1.1) Protocolo para Problema 1

---

La institución deberá entregar un protocolo de atención al problema 1 identificado en el trimestre anterior. El mismo será validado por el Área Programática Adolescente de DIGESA. Tras esta aprobación se dará por cumplido el indicador.

#### X.1.2) Protocolo para Problema 2

---

La institución deberá entregar un protocolo de atención al problema 2 identificado en el trimestre anterior. El mismo será validado por el Área Programática Adolescente de DIGESA. Tras esta aprobación se dará por cumplido el indicador.

### **Trimestre enero-febrero-marzo 2017**

Difusión de los protocolos entre integrantes de espacio adolescente, médicos que atienden a adolescente y demás servicios de la institución que desde el problema abordado se consideren pertinentes.

El indicador se cumplirá con la aprobación del informe entregado sobre las acciones realizadas por la institución para la difusión.

Los lineamientos para la difusión de dicho Protocolo, serán enviados oportunamente por el Área Programática de Adolescencia. Cabe aclarar que para ello debe estar aprobado y validado el Protocolo Institucional por el área competente del Ministerio de Salud.

## **X2) Actividades con instituciones educativas**

---

Este indicador en el **trimestre julio-agosto-setiembre de 2016** continuará sin cambios.

Es así que las instituciones deberán desarrollar al menos una actividad de promoción de salud por trimestre con alguna institución educativa, deportiva o social de la zona.<sup>1</sup>

La actividad deberá ser comunicada con **al menos una semana de antelación a Metas Asistenciales, Área Programática de Salud Adolescente (saludado@m.gub.uy) y a la Dirección Departamental correspondiente.** Deberá informarse en el formato de la planilla "Meta 2 - Adolescentes - Actividades de promoción con instituciones" (se anexa):

- El nombre de la/s institución/es con la que se realizarán las actividades,
- las fechas de las actividades a realizar,
- las temáticas a trabajar,
- la metodología a emplear,
- la cantidad esperada de participantes.

Las actividades programadas deben tener como cantidad mínima esperada de participantes a 80 adolescentes, pudiendo distribuirse esta cifra en uno o más grupos.

Se busca trabajar la prevención de la morbimortalidad, tomando en cuenta una de las problemáticas que según la información epidemiológica se destaca en la adolescencia y juventud, debiendo tratar las siguientes temáticas: **Sexualidad, Salud mental, Violencia, Discapacidad, Consumo problemático de sustancias o Siniestralidad.**

Las propuestas enviadas serán analizadas por el Área Programática de Salud Adolescente de DIGESA, quien podrá realizar comentarios y sugerencias. Se podrá contar con el asesoramiento y capacitación de dicha área si el efector de salud lo requiere.

Los prestadores de salud de una misma zona pueden planificar y realizar actividades conjuntamente, debiendo multiplicar la cobertura de los adolescentes a alcanzar de acuerdo a la cantidad de prestadores participantes. Por ejemplo, si dos instituciones coordinan actividades en una misma zona, deberán alcanzar al menos a 160 adolescentes.

Luego de cada trimestre se deberá completar la **Hoja 6: Actividades con Instituciones educativas de la** planilla nominalizada de Meta2, dando cuenta de:

- El nombre de la/s institución/es con la que se realizó la actividad,
- las temáticas trabajadas,
- la metodología empleada,
- la cantidad de participantes,

---

<sup>1</sup> En el caso de las escuelas primarias se podrán realizar las actividades a nivel de sextos años.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

- una evaluación general de la actividad realizada, identificando debilidades y fortalezas de la misma.

Asimismo, la institución deberá contar con folletería de promoción y prevención en salud en los principales puntos de atención de adolescentes, así como material de educación para la salud enfocada en esta etapa de la vida en la página web institucional.

En el **trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2016**, cambiarán los lugares donde se realizarán las actividades. El Ministerio de Salud presentará un listado de zonas priorizadas, donde existirán coordinaciones entre distintos actores que permitirán el trabajo con adolescentes.

**En el trimestre enero-febrero marzo 2017:** se continuará con las actividades en las zonas priorizadas, como en el trimestre anterior.

### ***X3) Población referenciada***

---

El objetivo de este indicador es mejorar la calidad de la información sobre referenciación de la población y avanzar en una evaluación del perfil de los médicos de referencia de la institución y de su población referenciada. Esta información es de gran potencial para el diagnóstico y diseño de políticas vinculadas al fortalecimiento de la figura del médico de referencia como integrante clave del equipo de salud del primer nivel de atención.

Se establecerá un conjunto de criterios para realizar una depuración y control de calidad de los datos reportados en la **Hoja 1- POBLACIÓN REFERENCIADA y Hoja 2- MEDICOS DE REFERENCIA: de la** planilla nominalizada Meta 2. A su vez, se considera su compatibilización con los datos que surgen del Sistema de Agenda de Consulta Externa y Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH).

Se trabajará en las hojas "Población referenciada" y "Médicos de referencia", que en base a las hojas enviadas en anualidades anteriores por las instituciones, han sido simplificadas y se agregan nuevas variables que brindan mayor información para una mejor gestión.

En el **trimestre julio-agosto-setiembre de 2016:** será obligatoria la entrega de la nueva planilla, priorizando el trabajo en la hoja 2 "Médicos de referencia" de la planilla nominalizada de Meta 2. La carga horaria médica referida a "Horas mensuales de policlínica contratadas" se debe completar con las horas informadas en el SCARH en el mes del medio del trimestre<sup>2</sup>. A su vez en esta planilla se adiciona el algoritmo de cálculo de horas de policlínica que implica la población referenciada según el perfil de edad y sexo, que será comparado con la cantidad de horas de policlínica del médico de referencia asignadas por la institución.. Se

---

<sup>2</sup> En el caso de no contar con esta información, se podrá completar esta columna con la información volcada al SCARH para el mes del medio del trimestre anterior, debiéndose aclarar en el informe.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

solicitará a la institución una evaluación de los resultados de la comparación y del perfil de sus médicos de referencia, entregándose un informe preliminar de este análisis a metas asistenciales (se anexa pauta de informe).

Este indicador será aprobado con la entrega de la nueva planilla de meta 2, con la información validada con los criterios establecidos en el párrafo anterior.

En el **trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2016** se priorizará el trabajo en la hoja 1 "Población referenciada" de la planilla nominalizada de Meta 2. Se deberá corroborar con el Sistema de Agenda de Consulta Externa que los médicos de referencia coincidan con los establecidos para cada afiliado en la hoja de la nueva planilla. Así mismo se solicita otro tipo de información que surge del Sistema de Agenda de Consulta Externa. . Se deberá presentar al Departamento Control de Prestadores un informe con la evaluación del uso de la población referenciada.

Este indicador será aprobado con la entrega de la nueva planilla de meta 2, con la información validada con los criterios establecidos en el párrafo anterior, así como un informe del uso de la población referenciada de su médico de referencia.

En el **trimestre enero-febrero-marzo de 2017** la institución deberá presentar un informe que integre la información que surge de las planillas nominalizadas de los trimestres anteriores y la valoración de los esfuerzos propios en la estrategia de referenciación, que constituyan una evaluación crítica del proceso iniciado en el año 2010.

### ***X4) Control de adultos de 45 y más años con su médico de referencia según pauta***

---

Refiere al porcentaje de afiliados que están siendo monitoreados en el tiempo (usuarios que concurren nuevamente a control de salud) según las pautas de los programas nacionales preventivos. Se presentan dos indicadores:

#### X.4.1) Control de adultos 45 a 64 años según pauta

---

##### Indicador

Numerador: N° de afiliados de 45 a 64 años controlados con su médico de referencia según pauta.

Denominador: N° de afiliados de 45 a 64 años.

#### X.4.2) Control de adultos de 65 y más años según pauta

---

##### Indicador

Numerador: N° de afiliados de 65 y más años controlados con su médico de referencia según pauta.

Denominador: N° de afiliados de 65 y más años.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

La información del numerador se extraerá de la planilla de médico de referencia enviada por la institución. La edad del individuo se calculará al último día del trimestre.

Los adultos de 65 años con consulta realizada hasta los 64 años, podrán ser tomados en cuenta en el cálculo del indicador X4.1 Control de adultos 45 a 64 años según pauta, incorporándose tanto en el numerador como en el denominador del mismo. Únicamente se considerarán para el cumplimiento de este indicador si estos usuarios no fueron informados en la población de 65 y más, es decir, para el indicador X.4.2) Control de adulto de 65 y más años según pauta.

La información del denominador será extraída del RUCAF, utilizándose el valor del mes del medio del trimestre.

La pauta se cumplirá en la medida que:

### Población de 45 a 64 años:

1. Hayan tenido un control en los últimos treinta meses contados desde el último día del trimestre
2. El tiempo transcurrido entre esta consulta y la anterior sea como mínimo de 18 meses y como máximo de 30 meses.

### Población de 65 a 74 años:

1. Hayan tenido un control en los últimos quince meses contados desde el último día del trimestre
2. El tiempo transcurrido entre esta consulta y la anterior sea como mínimo de 9 meses y como máximo de 15 meses.

### Población de 75 años y más:

1. Hayan tenido un control en los últimos nueve meses contados desde el último día del trimestre
2. El tiempo transcurrido entre esta consulta y la anterior sea como mínimo de 3 meses y como máximo de 9 meses.



## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

### IR) Indicador resumen

Los indicadores X1, X2 y X3 no tienen pago proporcional.

En el caso del indicador X4 los valores se compararán con la meta del trimestre y el desempeño del trimestre anterior. A partir de allí el indicador variará entre 0 y 1, según el siguiente criterio:

| Si se cumple que...   | Entonces el cálculo de pago es...   |
|---|---|
| $X > \text{Meta del trimestre}$                                   | $I = 100\%$   |
| $\text{Desempeño del trimestre anterior} < X < \text{Valor base}$ | $I = \frac{X - \text{Valor base}}{\text{Meta del trimestre} - \text{Valor base}}$ |
| $X < \text{Valor base}$   | $I = 0\%$   |

El valor base para la determinación del pago proporcional será el mínimo entre el desempeño del trimestre anterior y la meta del trimestre anterior.

El indicador resumen se calculará siguiendo la siguiente fórmula:

$$IR = (0.5 \times (I1.1 + I1.2)) / 2 + 0,5 \times I2 \times 0,3 + (0,5 \times I3 + 0.50 \times I4) \times 0,7$$

### Esquema de pago<sup>3</sup>

|  |                |
|--|----------------|
| Meta 2 – Periodo Julio – Diciembre 2016  | Valor \$ 35,52 |
| X1.1) Determinación de las 2 problemáticas adolescente más importantes a nivel institucional y Protocolo | \$ 2,66        |
| X1.2) Capacitación de MR e integrantes de Espacio Adolescentes y Protocolo                               | \$ 2,66        |
| X2) Actividad con Adolescentes (Promoción)   | \$ 5,33        |
| X3) Planilla de Referenciación   | \$ 12,43       |
| X4.1) Control Adultos según pauta 45 a 64  | \$ 6,215       |
| X4.2) Control Adultos según pauta 65 y más   | \$ 6.215       |

<sup>3 3</sup> Este valor será actualizado por paramétrica en las oportunidades definidas por el Poder Ejecutivo.

## 5) Características de las consultas

### Comprobante de aceptación del médico de referencia

Las instituciones deberán contar con un comprobante de respaldo que verifique que el afiliado acepta a su médico de referencia. El comprobante deberá tener los siguientes datos:

- Número de comprobante
- Nombre del afiliado
- C.I. del afiliado
- Nombre del médico de referencia que el afiliado acepta
- Firma del afiliado

### Perfil del médico de referencia

Podrán ser designados como médico de referencia:

- Médicos generales
- Médicos de familia
- Geriatras

### Adultos 45 a 64:

El Screening tiene como finalidad la detección precoz de enfermedades crónicas y factores de riesgo como Hipertensión, Diabetes, Obesidad/sobrepeso y cáncer de colon.

Se propone la realización de un control (screening) preventivo cada 2 años a la población del grupo etario de 45 a 64 años.

Para llevar a cabo este Screening deberá indagar:

- Alimentación saludable
- Aplicación de cuestionario o interrogatorio sobre hábitos de vida, factores de riesgo
- Presión arterial
- Medidas antropométricas: control de peso, talla y cintura
- Solicitud de paraclínica: glicemia y colesterolemia.
- Solicitud de Fecatest

Si al momento del screening el usuario cuenta con paraclínica vigente según pauta, no será necesaria la nueva solicitud. Se deberá dejar constancia de la vigencia de la misma en la HC.

La solicitud de Fecatest será necesaria solamente a partir de los 50 años.

### Pautas de realización de Paraclínica

Glicemia: El intervalo entre las mediciones será 3 años si los valores son normales.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

Colesterolemia: El intervalo entre las mediciones será de 5 años si los valores son normales.

Fecatest: El intervalo de mediciones será cada 2 años si los valores son normales.

### Adultos 65 años y más:

Además de la entrega del carné, en las consultas con médico de referencia deberá constar registro de 5 datos claves en la historia clínica:

- 1- ¿Ha tenido el usuario dos o más caídas en el último año o una única caída con lesiones?
- 2- ¿El usuario, su familiar o cuidador manifiesta alguna Queja Cognitiva?
- 3- ¿Ha presentado algún cambio en su estado de ánimo en los últimos 15 días?
- 4- ¿Tiene dificultades en la realización de alguna de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, que requieran ayuda o supervisión?
- 5- ¿Requiere ayuda para la realización de las actividades de autocuidado?

### 6) Metas mínimas

|   | <b>Jul-ago-set<br/>2016</b>                                 | <b>Oct-nov-dic<br/>2016</b>                                     | <b>Ene-feb-mar<br/>2017</b>                                     |
|---|---|---|---|
| <b>X1.1) Determinación de las 2 problemáticas adolescente más importantes a nivel institucional</b> | Entrega Informe: 2 problemas prioritarios                   | Protocolo de Atención – Problema 1                              | Difusión  |
| <b>X1.2) Capacitación de MR e integrantes de Espacio Adolescentes</b>                               | Capacitación  | Protocolo de Atención – Problema 2                              | Difusión  |
| <b>X2) Adolescentes (Promoción)</b>   | Realización de talleres según pautas establecidas por el MS | Realización de talleres según pautas establecidas por el MS/MEC | Realización de talleres según pautas establecidas por el MS/MEC |
| <b>X3) Planilla de referenciación</b>   | Planilla foco médico de ref.                                | Planilla foco usuarios ref.                                     | Informe evaluación  |
| <b>X4.1) Control Adultos según pauta 45 a 64</b>  | 13%   | 14%   | 15%   |
| <b>X4.2) Control Adultos según pauta 65 y más</b>   | 10%   | 10%   | 10%   |

## 7) Instructivo de Auditoría

### 1. Selección de HC

Para la realización de la auditoría se seleccionará un conjunto de historias clínicas a partir del listado enviado por las instituciones. Los auditores enviarán un día antes la muestra seleccionada, de forma que la institución pueda reunir las historias clínicas.

### 2. Planilla de auditoría e instructivo de llenado

La planilla de auditoría será la siguiente:

| Nº HC | C.I afiliado    | Localiz. HC | Fec Nac        | S/N | Apellido médico | S/N | Comp S/N | Fecha Cons 1   | S/N | Consulta S/N | Fecha Cons 2   | S/N | Consulta S/N | Correcto ref. | Correcto pau. | Obs |
|-------|-----------------|-------------|----------------|-----|-----------------|-----|----------|----------------|-----|--------------|----------------|-----|--------------|---------------|---------------|-----|
| 1     | 1,111,11<br>1-1 | CENTR<br>AL | 06/02/1<br>941 |     | AAA             |     |          | 12/11/2<br>010 |     |              | 17/10/2<br>012 |     |              |               |               |     |
| 2     | 1,111,11<br>1-2 | CENTR<br>AL | 02/08/1<br>944 |     | BBB             |     |          | 24/08/2<br>010 |     |              | 11/10/2<br>012 |     |              |               |               |     |
| 3     | 1,111,11<br>1-3 | CENTR<br>AL | 06/07/1<br>942 |     | CCC             |     |          | 07/09/2<br>010 |     |              | 30/10/2<br>012 |     |              |               |               |     |
| 4     | 1,111,11<br>1-4 | CENTR<br>AL | 22/05/1<br>944 |     | CCC             |     |          | 29/11/2<br>010 |     |              | 21/01/2<br>013 |     |              |               |               |     |
| 5     | 1,111,11<br>1-5 | CENTR<br>AL | 31/01/1<br>942 |     | SSS             |     |          | 20/09/2<br>010 |     |              | 12/09/2<br>012 |     |              |               |               |     |
| 6     | 1,111,11<br>1-6 | CENTR<br>AL | 16/11/1<br>943 |     | AAA             |     |          | 30/08/2<br>010 |     |              | 12/09/2<br>012 |     |              |               |               |     |

Y será completada de acuerdo a los siguientes criterios:

#### **Fecha de Nacimiento - S/N**

Colocar "S" si la fecha de nacimiento es correcta.

En caso de que no coincida la fecha de nacimiento con la que aparece en la planilla, corroborar que el usuario pertenezca al tramo de edad correspondiente. Si pertenece, colocar "S".

#### **Apellido Médico - S/N**

Colocar "S" en caso de coincidencia en el nombre del médico de referencia de la planilla y el que realizó el screening.

En caso de que el médico que figura en la planilla no coincida con el de la consulta, se deberá corroborar si existió un cambio de médico de referencia. En el caso en el que un usuario haya tenido más de un médico de referencia: si hay coincidencia entre la fecha de la consulta y el médico de referencia que tenía asignado en dicha fecha se coloca "S".

En caso de consulta con médico de referencia sin firma: se coloca "N", aclarándose en observaciones "Ausencia de firma del médico de referencia" (Sólo para consultas a partir del 1º de abril de 2012. Si falta la firma en consultas anteriores a dicha fecha, no se marca como irregularidad.)

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

Si existe consulta con médico diferente al asignado (licencias, jubilación, etc.) y sin que la Institución aporte evidencias suficientes para el auditor que justifiquen la causa del cambio: se coloca "N" y se realiza la aclaración en observaciones.

### **Apellido Médico - Comp S/N**

Colocar "S" en caso que:

1. Se encuentre el comprobante de aceptación del médico de referencia por parte del afiliado
2. El comprobante esté firmado
3. Se encuentren en el mismo los siguientes datos:
  - a. Número de comprobante
  - b. Nombre del afiliado
  - c. C.I. del afiliado
  - d. Nombre del médico de referencia que el afiliado acepta
  - e. Firma del afiliado
4. El nombre del médico de referencia coincida con el nombre que aparece en la HC.

A partir de julio de 2012 no se considera válida la referenciación realizada mediante llamada telefónica. Tampoco se considera válida la referenciación realizada mediante correo electrónico, salvo los casos en donde el usuario haya contestado afirmativamente que desea determinado médico de referencia. Para los usuarios referenciados antes de julio de 2012 seguirán siendo válidas las opciones telefónicas y de correo electrónico.

En el caso del adolescente, el comprobante de aceptación de médico de referencia podrá estar firmado por un responsable.

Si se encuentran enmiendas, tachaduras, y adhesivos, etc.: Se coloca "N". Se debe traer copia de dicha irregularidad, y registrar en acta y en observaciones de la Planilla de auditoría: "Se constatan enmiendas en los siguientes ítems....".

### **Fecha Cons 1 - S/N**

Colocar "S" si la fecha de consulta es correcta.

Si la fecha de consulta de la Historia Clínica no coincide con la informada en la planilla pero está comprendida dentro del período válido para la meta: colocar "S" y registrar en observaciones la fecha diferente.

### **Fecha Cons 2 - S/N**

Colocar "S" si la fecha de consulta es correcta.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

Si la fecha de consulta de la Historia Clínica no coincide con la informada en la planilla pero está comprendida dentro del período válido para la meta: colocar "S" y registrar en observaciones la fecha diferente.

### **Screening - S/N**

Colocar "S" si en la consulta se realizó el screening preventivo con los requisitos planteados en el instructivo.

Los requisitos del screening son:

- Alimentación saludable
- Aplicación de cuestionario o interrogatorio sobre hábitos de vida, factores de riesgo
- Presión arterial.
- Medidas antropométricas: control de peso, talla y cintura
- Solicitud de paraclínica: glicemia y colesterolemia.
- Solicitud de Fecatest

No es necesario que consten los resultados de la paraclínica, basta con la solicitud de la misma.

En caso que no se haya solicitado la paraclínica, verificar que cuente con paraclínica vigente. Las pautas de realización de paraclínica son:

1. Glicemia: El intervalo entre las mediciones será 3 años si los valores son normales.
2. Colesterolemia: El intervalo entre las mediciones será de 5 años si los valores son normales.
3. Fecatest: El intervalo de mediciones será cada 2 años si los valores son normales (en caso de ausencia de fecatest y presencia de fibrocolonoscopia vigente (5 años) se da por válido).

### **Correcto referenciación**

Colocar "S" en caso que se haya colocado "S" en:

- Fecha de Nacimiento
- Apellido médico
- Apellido médico Comp
- Fecha Cons 1

En caso que las dos columnas referidas a la Consulta 1 no sean "S", pero las dos columnas referidas a la Consulta 2 sí sean "S": colocar "S".

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

### **Correcto pauta**

Colocar "S" en caso que se haya colocado "S" en:

- Fecha de Nacimiento
- Apellido médico
- Apellido médico Comp
- Fecha Cons 1
- Cons 1 Screening
- Fecha Cons 2
- Cons 2 Screening

### **Observaciones**

Colocar cualquier observación que se considere pertinente.

### **3. Planilla resumen**

Se dejará copia del acta de auditoría realizada, la que tendrá las siguientes características:

#### **Meta 2:**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Nombre de los auditores:</b> |  |
| <b>Fecha:</b>                   |  |
| <b>Hora inicio:</b>             |  |
| <b>Hora finalización:</b>       |  |
| <b>Institución:</b>             |  |
| <b>Período evaluado:</b>        |  |

| <b>ADULTOS</b>                           |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| <b>Pauta</b>                             |  |
| Cantidad de HC encontradas correctamente |  |
| Cantidad de HC con irregularidades       |  |
| Cantidad de HC no disponibles            |  |
| Total                                    |  |

### **8) Motivos de no cobro de la meta extra cálculo de desempeño**

#### Entrega fuera de fecha

La entrega de información fuera de la fecha y hora límites implicará el no cobro de algunos de los meses de la meta, siguiendo el siguiente criterio:

| <b>Entrega de información fuera de fecha y hora límites</b> |  |
|---|--|
| <b>Entrega de información...</b>                            | <b>No cobrará...</b>                             |
| 30 días corridos posteriores a la fecha límite              | El primer mes del trimestre de pago              |
| Entre 30 y 60 días corridos posteriores a la fecha límite   | El primer y el segundo mes del trimestre de pago |
| Más de 60 días corridos posteriores a la fecha límite       | Los tres meses del trimestre de pago             |

#### Modificaciones por auditoría

Si por las auditorías realizadas se constata que la información enviada no ha sido ajustada a la realidad, se podrán realizar descuentos totales o parciales del pago por meta.

### **9) Mecanismo de respuesta de consultas**

Las instituciones podrán realizar consultas al correo electrónico [metasasistenciales@msp.gub.uy](mailto:metasasistenciales@msp.gub.uy), o al teléfono 1934 (1078). Podrán siempre que lo deseen pedir una reunión con el equipo de Metas Asistenciales.

#### **Equipo de Metas Asistenciales**

##### **Departamento Control de Prestadores**

##### **Área Economía de la Salud**

**JUNTA NACIONAL DE SALUD  
MINISTERIO DE SALUD**



## ANEXO 1: GUÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE LAS PROBLEMÁTICAS ADOLESCENTES A NIVEL INSTITUCIONAL

### PROPÓSITO

La presente se propone brindar orientación a los equipos técnicos de los prestadores integrales del SNIS a efectos de que puedan:

- Realizar una caracterización de la población de adolescentes (10 a 19 años y 364 días) bajo su cobertura, identificando sus principales problemas/necesidades de salud;
- Definir como prioritarias dos de las siguientes áreas según el perfil identificado en su población: Embarazo adolescente, Consumo problemático de alcohol y de otras sustancias, Intento de Autoeliminación, Sobrepeso y Obesidad y Siniestralidad vial.

### FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

Los adolescentes a menudo representan más del 20% de la población de un país. Las trayectorias que se establecen durante la adolescencia aumentan los factores de riesgo o factores de protección, determinando condiciones de salud, tales como enfermedades no transmisibles.

Los adolescentes **son un activo clave y recursos para el presente**, así como para el futuro, y tienen un gran potencial para contribuir a sus familias, comunidades y países. Son agentes de cambio social, y no simplemente beneficiarios de los programas sociales<sup>4</sup>. Por otra parte “los adolescentes conforman uno de los grupos peor atendidos por los Servicios de Salud existentes. A medida que los países trabajan en pro de la cobertura sanitaria universal en el contexto de la Agenda para el Desarrollo después de 2015, sería importante que este segmento de la población, reciba una adecuada atención. Aunque es poco probable que la prestación de Servicios de Salud per se, pueda evitar gran parte de las principales causas de mortalidad en la adolescencia, no hay duda que, pueden contribuir de una manera fundamental a atender y tratar los problemas de salud y los comportamientos relacionados con estos, que son causa de morbilidad durante la segunda década de la vida”...<sup>5</sup>

En virtud de ello se han desarrollado estrategias, acciones y actividades propuestas por el Ministerio de Salud y el Área Programática de Atención de Adolescencia y Juventud para esta población.

<sup>4</sup> A68 / 15 tema del programa provisional 14.3 10 de abril del año 2015 salud de los adolescentes Informe de la Secretaría [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68-REC1/A68\\_2015\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-sp.pdf)

<sup>5</sup> Health for the World's Adolescents- a second chance in the second decade Summary World Health Organization 2014

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

Entre ellas la Meta 2 ha sido una valiosa herramienta para lograr el control de salud adolescente según pauta y con entrega del carné de salud adolescente, contribuyendo de esta forma a la captación, diagnóstico oportuno e intervenciones tendientes a dar repuesta a las diferentes necesidades.

Para este período julio 2016 - marzo 2017, *la Meta 2 Médico de Referencia* en sus dos primeros componentes, propone implementar un sistema de mejora continua en los procesos de calidad de atención a la salud de adolescentes en el marco del SNIS, mediante el desarrollo de protocolos de atención a condiciones o problemas de salud prevalentes.

Teniendo en cuenta que en cada uno de los diferentes niveles de gestión, existen datos en cantidad y calidad suficientes para permitir el análisis y la toma de decisiones, se propone sistematizar los datos y la información disponible y priorizar los problemas vinculados a la población adolescente cuya cobertura sanitaria es responsabilidad de cada prestador.

### **METODOLOGÍA**

El prestador determinará una línea de base, a partir de diferentes fuentes de datos institucionales disponibles, de los problemas de salud ya señalados.

La misma intentará ser lo más abarcativa e incluyente posible, para lo cual se deberán relevar los datos estadísticos en diferentes ámbitos de la institución:

Servicios de urgencia-emergencia, internación, atención ambulatoria – de los espacios adolescentes y otros equipos de atención tales como salud mental, violencia, Salud Sexual y Reproductiva, adicciones, nutrición, endocrinología, médicos del primer nivel de atención (médicos de referencia). Las fuentes podrán ser entre otras, partes diarios, historia clínica del SIA, historia clínica institucional, alertas de historia clínica electrónica, entrevistas a personal calificado que aporte datos comprobables u otras fuentes de las que disponga la institución.

El prestador caracterizará a la población adolescente, según las fuentes de datos sistemáticas de las que disponga. Se espera conocer el perfil según sexo, edad (10 a 14 y 15 a 19 años), nivel educativo, ocupación, adscripción a un médico de referencia, motivos de consulta y diagnósticos clínicos por los que consultan en los distintos niveles de atención de salud de la institución

Los datos a relevar, corresponderán al período de atención comprendido entre enero/2014 a diciembre/2015.

Deberá presentarse un informe diagnóstico, el que describirá los pasos del proceso realizado a la interna institucional y la metodología empleada para la obtención de los datos y construcción de la línea de base que será uno de los insumos utilizados para la elección de los dos problemas o condiciones de salud a protocolizar en su atención, para el trimestre siguiente.

## ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Desde la Dirección General de la Salud del MSP y específicamente, desde el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud, se pondrá a disposición los datos estadísticos disponibles a nivel país, referente a los principales problemas de salud de esta franja etaria que justifican la elección de los problemas sugeridos a relevar. A esta información se accederá a través de los links que se enviarán a los DT de los prestadores.

Priorizar implica la aplicación de los conocimientos sobre la importancia de los problemas, así como la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones en base al conocimiento sistematizado disponible. Mediante este proceso las prioridades son determinadas en función de factores sociales, ambientales y organizacionales.

Existen diferentes criterios de priorización de problemas, teniendo en cuenta la frecuencia, importancia, posibilidades de abordaje y la percepción de los actores.

Los criterios que clásicamente se utilizan son cuatro: la magnitud del problema, la severidad o trascendencia, la factibilidad, y la viabilidad de solución<sup>6</sup>.

1. Magnitud del problema. Se refiere a su extensión - Número de personas afectadas en relación con la población total de la institución

2. La trascendencia o severidad - Valora la repercusión que tiene el problema sobre la salud y su impacto económico y psicosocial (días de trabajo o estudio perdidos, incapacidad). Este componente puede apoyarse para su evaluación en datos subjetivos y objetivos.

Algunas preguntas que pueden ayudar a estimar la severidad son:

- ¿Es considerado este problema como grave?
- ¿De cuántas muertes prematuras o de años potenciales de vida perdidos es responsable?
- ¿Cuál es la importancia de la incapacidad temporal o permanente que le está asociada, de la falta de confort?
- ¿Existe pérdida de autonomía, perturbación del desarrollo del individuo, desorganización familiar o carga social?

---

<sup>6</sup>Berterretche R., Petit I., Lindner C., Garré L., Lamique G., Bruno A., Cuadrado M., Olinisky M., Sosa A. Análisis de la situación de salud comunitaria. Tomo II del libro del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. (En edición)

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

- ¿Es este problema más importante en el grupo etario señalado en la institución?

3. La eficacia de la solución o viabilidad, está referida a la disponibilidad de tecnologías y capacidades de los equipos de salud para poder abordarlo.

4. La factibilidad es la capacidad real según los recursos disponibles y la aceptación por parte de la institución y la población destinataria de las intervenciones posibles

Determinar si el problema tiene solución, mantenimiento y continuidad y si las acciones son aplicables, determinar costos y cobertura, si se visualizan oportunidades de intervención, a través de estrategias y acciones institucionales y nacionales

### **PRESENTACIÓN DE LOS DATOS**

Cada institución entregará a [metasasistenciales@msp.gub.uy](mailto:metasasistenciales@msp.gub.uy) el 20 de Octubre de 2016, como fecha límite, un informe en formato Word u Open Office con su respaldo correspondiente en Excel u Open Office. Debe constar la lista de técnicos y profesionales responsables del proceso de elaboración. Debe constar la lista de técnicos y profesionales que participaron o fueron consultados.

Debe estar firmado por las Direcciones Técnicas y responsables de los equipos de salud adolescente de las instituciones.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

### Anexo 2. Planificación actividades de promoción con Adolescentes

Planilla “Meta 2 - Adolescentes - Actividades de promoción con instituciones”

#### METAS ASISTENCIALES

#### META 2 - MÉDICO DE REFERENCIA

Adolescentes - Actividades de promoción con instituciones (Indicador X2)

Nombre de la Institución

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre de la/s institución/es con la que se realizó la actividad</b> |  |
| <b>Dirección donde se realizará la actividad</b>                        |  |
| <b>Fechas de las actividades a realizar</b>                             |  |
| <b>Temáticas a trabajar</b>   |  |
| <b>Metodología a emplear</b>  |  |
| <b>Cantidad esperada de participantes</b>                               |  |
| <b>Comentarios adicionales</b>  |  |

## **ANEXO 3: GUÍA PARA EL LLENADO DE PLANILLAS NOMINALIZADAS META 2**

### **INTRODUCCIÓN**

A continuación se presentan algunas puntualizaciones sobre el llenado de la planilla nominalizada de meta 2 para el período julio 2016-marzo 2017, en lo que respecta al componente que tiene por objetivo mejorar la información en cuanto al médico de referencia y la población referenciada (cada aspecto se trata en diferentes hojas de la planillas).

Tal como describe el Instructivo recordamos que la planilla debe ser enviada con el nombre de cada institución siguiendo el formato: "NOMBRE DE INSTITUCIÓN\_M2\_TRIMESTRE (JAS2016)"

Constituye un objetivo la unificación y mejora de la calidad de la información reportada, incluyendo la adherencia al formato solicitado según parámetro a reportar.

**Se detalla la forma de completar la planilla de Meta 2 según las hojas que la componen.**

**Hoja 1- POBLACIÓN REFERENCIADA:** tiene como objetivo informar el indicador X3 de la Meta 2 del período julio 2016-marzo 2017.

En esta planilla se enlistan los afiliados referenciados de la institución de todas las edades.

Para su explicación se divide la misma en dos partes:

1) Datos del afiliado:

| Institución | Período | CI afiliado | Nº historia clínica | Localización de la HC | Sexo | Fecha de nacimiento del afiliado |
|-------------|---------|-------------|---------------------|-----------------------|------|----------------------------------|
|             |         |             |                     |                       |      |                                  |
|             |         |             |                     |                       |      |                                  |

**Nombre Institución:** identificación de institución.

**Período:** describe el trimestre que se reporta

**CI afiliado:** Se debe llenar con dígito verificador, pero sin puntos ni guion: Ej.: 25849548.

**Nº Historia Clínica:** se debe completar el Nº de historia clínica del afiliado.

**Localización de HC:** filial donde se encuentra la HC

**Sexo:** F/M

**Fecha de Nacimiento:** Fecha de nacimiento del afiliado en formato fecha corta: Ej.: 01/01/1999.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

II) Datos del médico.

| CI médico | Apellido del médico | Nombre del médico | Especialidad | Fecha Referenciación | Nº de Consultas agendadas con médico general, geriatras, médicos de familia y pediatra, en los últimos 24 meses. | Nº de Consultas agendadas con médico de referencia en los últimos 24 meses | Observaciones |
|-----------|---------------------|-------------------|--------------|----------------------|--|--|---------------|
|           |                     |                   |              |                      |  |  |               |
|           |                     |                   |              |                      |  |  |               |

**CI médico:** Se debe llenar con dígito verificador, pero sin puntos ni guion: Ej.: 25849548.

**Apellido del médico:** primer apellido

**Nombre del médico:** primer nombre

**Especialidad:** Seleccionar de la lista desplegable la especialidad. Se recuerda que las especialidades médico de referencia son las siguientes: médico general, médico de familia, pediatra o geriatra.

**Fecha de referenciación:** Fecha en que el afiliado firmó aceptación del MR. En caso de no contar con dicha información, completar con la fecha de la primera consulta con su médico de referencia y aclarar en observaciones que se utilizó dicha información. El llenado de esta columna es en formato fecha corta Ej.: 10/08/2011.

**Nº de consultas agendadas con médico general, de familia, geriatras y pediatras en los últimos 24 meses:** Colocar el número total de consultas agendadas del usuario con médico general, geriatra, médico de familia, pediatra, en los últimos 24 meses. Sacar dato del Sistema de Agenda de Consulta Externa.

**Nº de consultas agendadas con médico de referencia en los últimos 24 meses:** Colocar el número total de consultas agendadas del usuario con su médico de referencia realizada en los últimos 24 meses. Sacar datos del Sistema de Agenda de Consulta Externa. Si el usuario cambia de médico de referencia en estos 24 meses, se deberá reportar la suma de las consultas agendadas con su médico de referencia en cada momento.

**Hoja 2- MEDICOS DE REFERENCIA:** se realiza el registro nominalizado de los médicos de referencia.

Para su explicación se la divide en 4 partes:

I) Datos del médico:

| Datos del Médicos |                     |                   |              |  |
|-------------------|---------------------|-------------------|--------------|--|
| CI Médico         | Apellido del médico | Nombre del médico | Especialidad | Horas mensual de policlínica contratadas |
|                   |                     |                   |              |  |
|                   |                     |                   |              |  |

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

**CI médico:** Se debe llenar con dígito verificador, pero sin puntos ni guion: Ej.: 25849548.

**Apellido del médico:** Primer apellido

**Nombre del médico:** Primer nombre

**Especialidad:** Seleccionar de la lista desplegable la especialidad del médico. Se recuerda que las especialidades del médico de referencia son las siguientes: (médico general, médico de familia, pediatra o geriatra).

**Horas mensuales de policlínica contratadas a cada médico de referencia reportado:** Se debe completar el valor informado en el Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH), del mes del medio del trimestre. Ej.: Julio-Agosto-Setiembre, informar Agosto. En caso de no contar con esta información, se utilizarán las horas mensuales de policlínicas contratadas informadas en el SCARH para el mes del medio del trimestre anterior. Ej. Para el período Julio-Agosto-Setiembre 2016, se toma lo informado en mayo 2016. Aclarar en observaciones y en el informe correspondiente.

II) Perfil de población referenciada por médico de referencia:

| Población referenciada |   |       |   |        |   |         |   |         |   |         |   |         |   |      |   |       |  |
|------------------------|---|-------|---|--------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|------|---|-------|--|
| <1                     |   | 1 a 4 |   | 5 a 14 |   | 15 a 19 |   | 20 a 44 |   | 45 a 64 |   | 65 a 74 |   | > 74 |   | s/d   | El médico cuenta con acceso a su padrón de referenciados (SI/NO) |
| M                      | F | M     | F | M      | F | M       | F | M       | F | M       | F | M       | F | M    | F | Total |  |
|                        |   |       |   |        |   |         |   |         |   |         |   |         |   |      |   |       |  |
|                        |   |       |   |        |   |         |   |         |   |         |   |         |   |      |   |       | 0  |

Se deberá informar la cantidad de población referenciada según edad y sexo por cada médico de referencia. Se admiten solo valores numéricos como registro. La columna **Total** cuenta con fórmula de suma de los registros anteriores.

**El médico cuenta con acceso a su padrón de referenciados (SI/NO):** Completar con SI en caso de que el médico cuente con el listado de sus referenciados; con NO si no es así.

III) Cálculo relacionando el perfil de la población referenciada y carga horaria total de policlínica del médico de referencia

| Consultas necesarias para atender población referenciada |   |       |   |        |   |         |   |         |   |         |   |         |   | Consultas anuales médico referencia |   |  |   |  |   |
|--|---|-------|---|--------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|-------------------------------------|---|--|---|--|---|
| <1   |   | 1 a 4 |   | 5 a 14 |   | 15 a 19 |   | 20 a 44 |   | 45 a 64 |   | 65 a 74 |   | >74                                 | Número de pacientes por hora en área ambulatoria acordado en la institución | Total de Consultas Anuales de acuerdo a carga horaria médico | Total de Consultas anuales requeridas para atención de población referenciada | Diferencia consultas médico de referencia y consultas requeridas por referenciados | % de potenciales consultas de referenciados respecto a total de consultas de médico (anual) |
| M  | F | M     | F | M      | F | M       | F | M       | F | M       | F | M       | F |                                     |   |  |   |  |   |
| 0  | 0 | 0     | 0 | 0      | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0                                   | 0   | 0  | 0   | 0  | #DIV/0!   |
| 0  | 0 | 0     | 0 | 0      | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0                                   | 0   | 0  | 0   | 0  | #DIV/0!   |

La planilla consiste en un cálculo de consultas necesarias del médico de referencia para satisfacer la atención de su población referenciada según perfil de edad y sexo.



## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

La metodología utilizada se basa en el documento "Nuevo régimen de trabajo médico:" (Año 2015).<sup>7</sup>

**Consultas necesarias para atender población referenciada según perfil:** Esta sección de la planilla contiene valores parametrizados según dicho perfil y no es para ser llenado por el prestador de salud.

**Nº de pacientes por hora en área ambulatoria acordado por la institución según convenio:** Se debe informar cuantos pacientes por hora atiende cada médico de referencia según su especialidad y según política optada por la institución. Referencia: "Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014- Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015"<sup>8</sup>

**Total de Consultas Anuales de acuerdo a carga horaria del médico:** Este valor surge del cálculo según carga horaria informada del médico de referencia.

**Total de Consultas Anuales requeridas de acuerdo a la población referenciada asignada:**

Este valor surge de la carga horaria requerida y calculada según perfil de población de referencia informado.

Estos valores pueden ser o no coincidentes, y de su análisis podrán surgir conclusiones que ayudarán en la gestión del uso de las horas para médico de referencia y distribución del pool de afiliados referenciados.

Con este criterio las columnas siguientes expresan las razones y el porcentaje de utilización de la consulta de médico de referencia respecto de otros:

**Diferencia consultas médico de referencia y consultas requeridas por referenciados**

**% de potenciales consultas según población referenciada respecto a total de consultas de médico (anual)**

IV) Descripción de población diagnosticada con ENT.

| Población con ENTs prevalentes |                     |                                   |                             |     | Observaciones |
|--------------------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----|---------------|
| Cantidad Hipertensos           | Cantidad Diabéticos | Cantidad Hipertensos y diabeticos | Sin hipertensión o diabetes | s/d |               |
|                                |                     |                                   |                             |     |               |
|                                |                     |                                   |                             |     |               |

Se deberá informar el número de casos diagnosticados de la población referenciada con enfermedades no transmisibles prevalentes por médico de referencia.

**Hojas 3, 4 y 5 –Control de adultos con su médico de referencia según pauta, de 45-64 años, de 65-74 años y 75 y más años: tienen como objetivo informar el indicador X4 de la Meta 2 del período julio 2016-marzo 2017.**

<sup>7</sup> Metodología para el cálculo de la población referenciada .Página 12. Ver anexo 1

<sup>8</sup> Ver anexo 2.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

| CI afiliado | Nº historia clínica | Localización de la HC | Fecha de nacimiento del afiliado | CI médico | Apellido del médico | Nombre del médico | Especialidad | Fecha consulta 1 | Fecha consulta 2 |
|-------------|---------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------|---------------------|-------------------|--------------|------------------|------------------|
|             |                     |                       |                                  |           |                     |                   |              |                  |                  |
|             |                     |                       |                                  |           |                     |                   |              |                  |                  |

**CI afiliado:** Se debe llenar **con** dígito verificador, **pero sin puntos ni guion:** Ej.: 25849548.

**Nº Historia Clínica:** se debe completar el Nº de historia clínica que posee afiliado referenciado

**Localización de HC:** filial donde se encuentra la HC

**Fecha de Nacimiento del afiliado:** Fecha de nacimiento del afiliado en formato fecha corta: Ej.: 01/01/1999.

**CI médico:** Se debe llenar **con** dígito verificador, **pero sin puntos ni guion:** Ej.: 25849548.

**Apellido del médico:** primer apellido

**Nombre del médico:** primer nombre

**Especialidad:** Seleccionar de la lista desplegable la especialidad del médico. Se recuerda que las especialidades del médico desde referencia son las siguientes: médico general, médico de familia, pediatra o geriatra.

**Fecha consulta 1:** Debe ser informada la fecha de la consulta anterior a la consulta 2 con su médico de referencia, donde se cumplió con lo requerido por la pauta. El formato de la fecha debe ser fecha corta.

**Fecha consulta 2:** Debe ser informada la fecha en la que el afiliado consultó nuevamente con su médico de referencia según la pauta y los criterios establecidos en el instructivo. Utilizar formato fecha corta. Ej.: 31/07/2016.

**Control fecha:** Permite realizar un control de consistencia de las fechas para evitar posibles errores de registro. La fecha Consulta 2 deberá ser en todos los casos mayor a la fecha Consulta 1

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

**Hoja 6: Actividades con Instituciones educativas. Refiere al indicador X2 de la Meta 2 del período julio 2016-marzo2017.**

|  |  |
|--|--|
| Nombre de la institución con la que se realizó la actividad                                      |  |
| Fecha  |  |
| Tipo de Institución  |  |
| Temática trabajada   |  |
| Metodología empleada   |  |
| Cantidad de participantes (solo numérico)  |  |
| Evaluación general de la actividad realizada, identificando debilidades y fortalezas de la misma |  |

**Nombre de la Institución con la que se realizó la actividad:** Identificar el centro.

**Fecha:** La fecha corresponder a la solicitada según periodo que se reporte y deberá ser informada en formato fecha corta. Ej.: 15/07/2016

**Tipo de Institución:** Las actividades deberán realizarse con diferentes centros culturales. Identificar si corresponde a un centro Educativo, Social, Deportivo u Otro.

**Temática Trabajada:** Esta establecido que los talleres deben ser realizados enfocados en distintas temáticas definidas por el Área Programática Adolescente, seleccionar dentro de cual está enfocada: Consumo problemático de sustancias, capacidades diferentes, Salud Mental, Siniestralidad, Sexualidad, Violencia, otra temática autorizada.

**Metodología Empleada:** presentación, taller etc.

**Cantidad de Participantes:** Solo registro numérico.

**Evaluación general de la actividad realizada, identificando debilidades y fortalezas de la misma:** campo abierto destinado a describir conclusiones de la actividad.

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

**Hoja 7: INFORMACIÓN ADICIONAL:** Es una planilla resumen de algunos datos de las planillas anteriormente completadas.

| Médico de Referencia    |   |         |
|-------------------------|---|---------|
| 1                       | Cantidad de afiliados con médico de referencia (a fin del trimestre) (todas las edades)                             | 0       |
| 2                       | Cantidad de médicos de referencia (a fin del trimestre)   | 0       |
| 3                       | Cantidad de médicos generales, médicos de familia, pediatras y geriatras de la institución (a fin del trimestre)    |         |
| 4                       | Promedio de afiliados por médico de referencia (a fin del trimestre)  | #DIV/0! |
| Consultas               |   |         |
| 5                       | Cantidad de consultas con médico de referencia (en el trimestre) (todas las edades)                                 | 0       |
| 6                       | Cantidad de consultas a médico general, médico de familia, geriatra o pediatra (en el trimestre) (todas las edades) | 0       |
| 7                       | Relación entre consultas con MR/Consultas totales con M.generales,pediatras, de familia y geriatras                 | #DIV/0! |
| Hipertensión y Diabetes |   |         |
| 8                       | Cantidad de afiliados con hipertensión diagnosticada (a fin del trimestre)  | 0       |
| 9                       | Cantidad de afiliados con diabetes diagnosticada (a fin del trimestre)  | 0       |
| 10                      | Cantidad de afiliados con hipertensión y diabetes diagnosticada (a fin del trimestre)                               | 0       |

En este caso se cuenta con un resumen de las planillas anteriores, todas las celdas cuentan con fórmulas aplicadas donde se obtiene el dato en forma automática, excepto el punto 3 donde se deberá informar la cantidad de médicos generales, de familia, pediatras y geriatras de la institución (al fin del trimestre).

Los datos de número de médicos de referencia, población referenciada, staff total de médicos generales, pediatras, geriatras y de familia, consultas efectuadas, surgen de las planillas de hojas 1 y 2.

De sus relaciones, surgen promedios, y tasas de utilización y porcentajes que servirán para la mejor gestión institucional.

### ANEXO 1 de guía de llenado:

#### **"3.8. Metodología para el cálculo de la población de referencia"<sup>9</sup>.**

1. El mecanismo de referenciación incorpora el ajuste por riesgo. 2. Para el cálculo de la población de referencia se consideran: a. Las consultas potencialmente realizables por el médico en policlínica (que surgen de multiplicar el total de horas de policlínica anuales que tiene asignadas el médico, suponiendo 43 semanas laborales al año, por la cantidad de consultas por hora que corresponda en el marco de los acuerdos vigentes). b. La proporción entre consultas de control de los programas y las consultas por episodios de enfermedad. i. La cantidad de consultas de control esperadas anuales, por tramo de edad y sexo, establecidas en los programas de salud del MSP. ii. La cantidad de consultas esperadas por episodios de enfermedad, por tramo de edad y sexo. c. La cantidad de usuarios de referencia de cada médico varía de acuerdo a la estructura por tramo de edad y sexo de la misma. d. Cada usuario de acuerdo a su edad y sexo, tiene una cantidad de consultas totales anuales esperadas (surge de sumar por el tramo de edad y sexo correspondiente, 2.b.i y 2.b.ii) 3. En la medida que cada usuario se va

<sup>9</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

referenciando al médico, se descuentan del total de consultas que potencialmente puede realizar en el año (2.a) las consultas anuales esperadas del usuario (2.d). La población de referencia del médico puede aumentar en la medida que la cantidad de consultas potencialmente realizables restantes sean suficientes para cubrir las consultas esperadas del usuario. 17 Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012 18 Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012 19 Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012 13 4. En la transición y hasta que no se cuente con la información desagregada entre consultas de control y consultas por episodios de enfermedad, el total de consultas anuales esperadas por tramo de edad y sexo (2.d) surgirá de los datos sectoriales del SINADI. Luego de transcurridos 18 meses de la firma del presente documento, se deberá convocar a las partes para que, en base a los datos de los nuevos cargos y analizando las frecuencias que surjan de la práctica, se calculen las proporciones de consultas programadas y espontáneas y se comience a aplicar el método original. 5. La institución será responsable de brindar trimestralmente al médico un listado taxativo de los usuarios referenciados así como el número de cupos que el médico tiene disponible. El médico tiene la obligación de informar a la institución cualquier cambio que se realice en dicha lista, ya sea de nuevas personas referenciadas como otras que dejan de atenderse con dicho médico”.

### 3.9. Información SINADI para la referenciación.

Para operativizar el método de referenciación acordado, se presentan a continuación las tasas de utilización registradas en el SINADI asistencial durante el período enero – diciembre de 2011, para las especialidades comprendidas en el acuerdo de noviembre de 2012.”

| SEXO           | EDAD    | Pediatría | Medicina General | Ginecología |
|----------------|---------|-----------|------------------|-------------|
| SEXO MASCULINO | < 1     | 12,3      |                  |             |
|                | 1 a 4   | 3,8       |                  |             |
|                | 5 a 14  | 1,8       |                  |             |
|                | 15 a 19 |           | 1,0              |             |
|                | 20 a 44 |           | 0,9              |             |
|                | 45 a 64 |           | 1,9              |             |
|                | 65 a 74 |           | 3,5              |             |
|                | > 74    |           | 4,1              |             |
| SEXO FEMENINO  | < 1     | 12,0      |                  |             |
|                | 1 a 4   | 3,7       |                  |             |
|                | 5 a 14  | 1,8       |                  |             |
|                | 15 a 19 |           | 1,5              | 1,1         |
|                | 20 a 44 |           | 1,6              | 1,8         |
|                | 45 a 64 |           | 3,0              | 0,9         |
|                | 65 a 74 |           | 4,3              | 0,4         |
|                | > 74    |           | 4,0              | 0,2         |

**ANEXO 2 de guía de llenado:**

**"MÁXIMO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HORA EN POLICLÍNICA.**

**2.1. Primera etapa<sup>10</sup>**

a. Para el pago del complemento variable cuando corresponda, se establecieron franjas proporcionales a las actuales para la labor de policlínica.

b. A partir del 1º de marzo de 2011 el número máximo de atención de pacientes deberá ser de cinco por hora, para las especialidades de medicina general, medicina familiar, ginecología, pediatría y geriatría. A los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto anteriormente, las empresas podrán realizar un cronograma de implementación que no podrá superar el 30 de agosto de 2011.

c. A partir del 1º de setiembre de 2011 el número máximo de atención de pacientes deberá ser de cinco por hora, para aquellos médicos no contemplados en el literal anterior y que en el artículo 3 del Decreto 440/985 de 15 de agosto de 1985 se les determinaba un máximo de atención de 6 pacientes por hora. A los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto anteriormente, las empresas podrán realizar un cronograma de implementación que no podrá superar el 30 de junio de 2012.

**2.2. Segunda etapa<sup>11</sup>**

Las partes acuerdan determinar el número de pacientes por hora en área ambulatoria, en atención a los grupos de situaciones que se detallarán a continuación.

El Grupo N° I está integrado por las siguientes especialidades: Fisiatría, Neurología, Neuropediatría, Psiquiatría, Geriatría, para las cuales las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas:

- 1) cuatro (4) pacientes por hora y doble turno en la primera consulta; o
- 2) tres (3) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.

La especialidad de Neurología quedará comprendida necesariamente en la opción N° 1.

El Grupo N° II está integrado por las siguientes especialidades: Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Interna, para las cuales las Instituciones seguirán los siguientes criterios:

- En Medicina General, las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas: a) el médico atenderá cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta para los pacientes que soliciten referenciarse; o b) cuatro (4) 2 Cláusula 7 del acta de Consejo de Salarios de 3 de noviembre de 2010. 3 Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015. 6 pacientes por hora sin doble

<sup>10</sup> Cláusula 7 del acta de Consejo de Salarios de 3 de noviembre de 2010

<sup>11</sup> Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014 – Acta Consejo de Salarios de 15 de junio de 2015

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

*turno en primera consulta. En la policlínica de atención inmediata, atenderá cinco (5) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.*

- *En Medicina Familiar se atenderán cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta para los pacientes que soliciten referenciarse.*
- *En Pediatría, las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas: a) cuatro (4) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta; o b) cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta para los pacientes que soliciten referenciarse. En la policlínica de atención inmediata, se atenderán cinco (5) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.*
- *En Medicina Interna, las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas: a) cuatro (4) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta; o b) cinco (5) pacientes por hora con doble turno en la primera consulta.”*

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

### **Anexo 4: PAUTA PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE MÉDICOS DE REFERENCIA DE LAS INSTITUCIONES DEL SNIS.**

#### **Trimestre julio-agosto-setiembre de 2016.**

##### **1. Objetivo**

Con el objetivo de mejorar la calidad de la información sobre referenciación de la población y avanzar en una evaluación del perfil de los médicos de referencia (MR) de la institución y de su población referenciada, es que se elabora la siguiente pauta de análisis de las planillas nominalizadas de Meta 2.

La información contenida en estas planillas es de gran potencial para el diagnóstico y diseño de políticas vinculadas al fortalecimiento de la figura del médico de referencia como integrante clave del equipo de salud del primer nivel de atención.

En el **trimestre julio-agosto-setiembre de 2016 se trabajará en el análisis hoja 2 “médicos de referencia”**.

Como complemento a esta guía se agrega el archivo “Cuadros para informe MR”, donde se presentan los posibles cuadros a reportar con las fórmulas ya incorporadas.

##### **2. Criterios de depuración y control de la información Hoja 2- MÉDICOS DE REFERENCIA.**

En la Hoja 2 debe figurar todo el listado de médicos que tengan al menos 1 usuario referenciado al último día del trimestre.

Se debe corroborar que todos los médicos que figuran en la hoja 1 de “POBLACIÓN\_REFERENCIADA” figuren en la hoja 2. Que las columnas H a la K de la hoja 1 sean consistentes con la información de las columnas A a la D de la hoja 2 de “MÉDICOS DE REFERENCIA”.

Corroborar que cada una de las columnas que van de la F a la V de la Hoja 2 coincidan con lo informado en la hoja 1 (la suma por grupo etario/sexo, para cada médico de referencia). Es decir, que la cantidad de usuarios referenciados menores de un año masculinos que figuran en la hoja 1 con determinado MR, sea la misma cantidad que figura en la columna F de la hoja 2 de ese mismo MR. Así para el resto de los tramos de edad/sexo por MR.

A su vez, la columna E “horas mensuales de policlínica contratadas” deberá ser cargada con los datos que surgen del Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH). Dado que la fecha de cierre de la información del mes de agosto 2016 del SCARH es cercana al cierre de meta 2, se podrá completar esta columna con la información volcada al SCARH para mayo de 2016.



## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

### **3. Análisis de los resultados de médicos de referencia (elaboración de informe).**

#### **A) Aclaraciones metodológicas**

En la primera parte del informe se deberán hacer las aclaraciones metodológicas que correspondan.

Especificar la fecha de cierre de la información, y qué mes de horas contratadas de policlínica se consideró.

#### **B) Cantidad y perfil de médicos de referencia**

Ver cuadro 1 de "Cuadros para Informe MR Meta 2" como guía para responder a las siguientes preguntas y evaluar los resultados:

¿Qué proporción del total de médicos de cada especialidad actúa como MR?

¿Cuál es la distribución de MR de la institución entre las diferentes especialidades?

#### **C) Horas mensuales**

Ver cuadros 2 y 3 de "Cuadros para Informe MR Meta 2" como guía para responder a las siguientes preguntas y evaluar los resultados:

¿Cuál es la distribución del total de horas contratadas de MR entre las diferentes especialidades?

¿Cuál es el promedio de horas mensuales contratadas de médicos de referencia por especialidad?

¿Cuál es la distribución de MR por horas mensuales contratadas que describe el cuadro 3 (entre 0-19 hs, 20-29 hs, 30-39 hs, 40-49 hs, 50 y más hs)?

Identificar la cantidad de casos que figuran con 0 horas, y fundamentar si corresponde mantener el registro.

#### **D) Acceso a padrón de referenciados y número de pacientes por hora**

Especificar la forma de acceso al padrón de referenciados que brinda la institución al médico. En los casos que se completa con un "NO", presentar alguna propuesta para que el médico tenga acceso al mismo.

Especificar el número de pacientes por hora en el área ambulatoria acordada en la institución por especialidad.

#### **E) Consultas anuales de médicos de referencia/ población referenciada**

Ver cuadros 4 y 5 de "Cuadros para Informe MR Meta 2" como guía.

% potenciales consultas referenciados/ total de consultas (columna AS): Esta columna muestra el porcentaje de consultas anuales del médico que estaría ocupado por su población referenciada. Este porcentaje surge considerando la tasa de utilización registradas en el SINADI asistencial durante el período enero – diciembre de 2011, para las especialidades comprendidas en el acuerdo de

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

noviembre de 2012 (ver anexo 1 de guía de llenado planilla nominalizada Meta 2).  
¿Cuál es la distribución de médicos por tramos de valores de este %?

Estudiar los casos con valores superiores a 100% evaluando las posibles razones. Si se cree necesario, presentar posibles estrategias para lograr una proporción adecuada (ejemplo, otorgar más horas de consulta a estos médicos para contemplar a toda su población referenciada, re-referenciar a los usuarios a otro médico, etc.). Clasificar a los médicos en los siguientes grupos de acuerdo al porcentaje de potenciales consultas de referenciados/total de consultas (columna AS).

### F) Población con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT)

Describir como se obtiene el dato de las columnas AT a AW de la hoja 2 de Meta 2.

¿Es posible que el médico de referencia y el equipo de atención identifiquen en su listado de población referenciada a los usuarios portadores de dichas enfermedades? Identificar a esta población permite conocer si el seguimiento de los usuarios cumple con los flujogramas de atención a los que adhiere la institución según Guías Clínicas por Patología.

En el caso de no poseer información, presentar una propuesta que logre la identificación y seguimiento mínimo esperado de esta población.

Estimar la prevalencia de ENT en el total de referenciados (ver cuadro 6 de "Cuadros para Informe MR Meta 2" como guía) y compararlos con la prevalencia nacional (cuadros de la 2da ENFRENT 2013). ¿Cuál es la estimación de la prevalencia para el total de la población usuaria? ¿Cuáles cree que pueden ser las razones que explican las diferencias con las prevalencias nacionales tanto de la población referenciada como del total de usuarios? Por ej.: población más envejecida, problemas de registro, escasas acciones para el tamizaje, etc.

A continuación se presentan los cuadros con las prevalencias nacionales por tramo etario para presión arterial elevada y diabetes.

### Prevalencia de presión arterial elevada\* según edad. Uruguay. 2013

| Grupo de edad<br>(en años) | Presión arterial elevada %<br>(IC) |
|----------------------------|------------------------------------|
| <b>15 a 24</b>             | 8,7% (5,6-11,9)                    |
| <b>25 a 34</b>             | 18,9% (14,8-23,1)                  |
| <b>35 a 44</b>             | 25,6% (21,3-29,9)                  |
| <b>45 a 54</b>             | 47,9% (42,9-52,9)                  |
| <b>55 a 64</b>             | 62,8% (58,8-67,4)                  |
| <b>15 a 64</b>             | 29,9 (28,1-31,8)                   |

Fuente: 2ª ENFRENT (MSP, 2013)

Nota: \*Sistólica  $\geq$  140 mmHg y/o diastólica  $\geq$  90 mmHg y/o tomando medicación para hipertensión arterial.

### Prevalencia de diabetes\* según edad. Uruguay. 2013

| Grupo de edad | Glucemia elevada |
|---------------|------------------|
|---------------|------------------|

## Instructivo Meta 2 – Julio 2016- Marzo 2017

| (en años)      | % (IC)            |
|----------------|-------------------|
| <b>15 a 24</b> | 0,0% (**)         |
| <b>25 a 34</b> | 3,8% (1,5-6,1)    |
| <b>35 a 44</b> | 4,0% (2,2-5,8)    |
| <b>45 a 54</b> | 8,5% (5,9-11,2)   |
| <b>55 a 64</b> | 16,8% (13,3-20,2) |
| <b>15 a 64</b> | 6,0% (5,0-7,0)    |

Fuente: 2ª ENFRENT (MSP, 2013)

Nota: \*  $\geq 126$  mg/dg y/o en tratamiento medicamentoso por diabetes. \*\* Los casos de la muestra no son suficientes para estimar prevalencia con una precisión estadística recomendable.

### G) Conclusiones.

Realice un resumen de la situación de la Institución respecto a la implementación de la estrategia de médico de referencia y enfermedades crónicas prevalentes a partir de los resultados analizados en los puntos descriptos más arriba.