

**INSTRUCTIVO META 2**  
**OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2020**  
**Enero 2019 - Diciembre 2020**  
**Versión final- junio 2019**

### 1) Introducción

En el período abril 2017 - marzo 2019, la Meta 2 operativizó los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN)<sup>1</sup>. Para ello, el Ministerio de Salud definió una serie de indicadores de proceso que permitieron monitorear el desempeño de los prestadores integrales del SNIS de manera semestral. A partir de la evaluación de los resultados obtenidos en los diferentes indicadores y en el marco del trabajo conjunto en la Comisión Asesora de Metas, se ha entendido adecuado introducir modificaciones a la estructura de la Meta 2 y a los indicadores que la componen.

### 2) Objetivos

Promover el avance de líneas de acción vinculadas al resultado esperado de reducción de la carga de morbilidad de las Enfermedades No Transmisibles, fortaleciendo el trabajo en hipertensión, cardiopatía isquémica, diabetes y cáncer.

### 3) Período de aplicación de la meta

El presente instructivo, será de aplicación en el período que va desde enero 2019 a diciembre 2020, manteniendo el criterio semestral para el \_cumplimiento de la META 2.

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

<b>Relación Cumplimiento – Pago</b>	
<b>El cumplimiento de:</b>	<b>Genera pagos en:</b>
Primer semestre	De noviembre de 2019 a abril de 2020
Segundo semestre	De mayo de 2020 a octubre de 2020
Tercer semestre	De noviembre de 2020 a abril de 2021
Cuarto semestre	De mayo de 2021 a octubre de 2021

### 4) Entrega de información

Formato y modalidad de entrega

<sup>1</sup> <http://www.msp.gub.uy/noticia/presentaci%C3%B3n-de-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

Los datos correspondientes a cada indicador serán informados únicamente a través del sistema de Recepción y Control de Información Externa (RCIE).

Los documentos que se especifican en el presente instructivo (planillas nominalizadas, declaraciones juradas, informes, etc.) deberán ser subidos al RCIE:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tramites-y-servicios/servicios/rcie-recepcion-y-control-de-informacion-externa-0>

Las planillas nominalizadas deberán entregarse respetando su formato predeterminado. El RCIE prevé la funcionalidad de reporte de errores de formato ("Descargar resultado"), de aceptación definitiva de la planilla nominalizada así como la opción de observaciones de consistencia de la información; además estará disponible el instructivo para el llenado de dicha planilla. El formato predeterminado de las planillas nominalizadas será notificado a las instituciones oportunamente.

La existencia de los archivos en dichos programas podrá verificarse por parte del prestador, como por el Departamento Control de Prestadores del MSP. No será válida ninguna entrega de información que no sea por las vías y sistemas anteriormente mencionados.

#### Fechas de entrega

Los semestres a reportar se acompañan a los semestres calendario. Las fechas y horas límite para entregar la información (sistema informático y documentos complementarios) en cada semestre se detalla en el siguiente cuadro:

Período de Meta 2 a reportar:	Período de información	Fecha y hora límite de entrega
Líneas de base (diabetes)	Abril-setiembre 2018	Lunes 15 de julio de 2019; 23:59
Semestre 1	Enero-junio 2019	Viernes 20 de setiembre de 2019; 23:59
Línea de base (cáncer)	Abril-setiembre 2018	Miércoles 30 de octubre de 2019; 23:59.
Semestre 2	Julio-diciembre 2019	Viernes 20 de marzo de 2020; 23:59
Semestre 3	Enero-junio 2020	Lunes 21 de setiembre de 2020; 23:59
Semestre 4	Julio-diciembre 2020	Lunes 22 de marzo de 2021; 23:59

Las líneas de base a informar serán la de los indicadores de diabetes y cáncer para aquellas instituciones que no tuvieron el tema en el bienio 2017-2019.

Con posterioridad a cada fecha límite de entrega, se habilitarán "entregas tardías" (hasta los 30, 60 y 90 días) que habilitarán pagos de los meses posteriores, según se especifica más adelante en el apartado de pagos.

### **5) Indicadores de la Meta 2 por resultado específico**

Para el período enero 2019 a diciembre 2020, la Meta 2 se centra en la "Reducción de la carga de morbilidad de las ENT prevalentes (OSN2020) y se estructurará en base a cuatro resultados esperados (RE):

- RE 1: Disminución de las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial.
- RE 2: Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.
- RE 3: Disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes.
- RE 4: Reducción de la mortalidad por cáncer, con énfasis en las muertes prematuras.

Para cada RE se definen indicadores de monitoreo, la meta a alcanzar, el valor piso y la línea de base.

El valor piso se define como el valor a partir del cual las instituciones están habilitadas para recibir pagos proporcionales al nivel de cumplimiento. Por debajo de este valor, las instituciones no obtendrán pago alguno.

Para el cálculo del pago proporcional se aplicará la siguiente fórmula, donde X es el cumplimiento alcanzado:

$$\frac{X - \text{Piso}}{\text{Meta del semestre} - \text{Piso}}$$

El valor específico de las metas y los valores piso se definen para cada uno de los indicadores.

Para ilustrar el cálculo de la meta en indicadores cuya meta sea cubrir un porcentaje de la brecha entre la línea de base de la institución y el valor de referencia de un indicador hipotético, se utilizará un ejemplo.

Suponemos que el prestador tiene una línea de base de 15%, un valor de referencia de 36,6% y una meta a cubrir del 28% de la brecha.

Brecha = Valor de referencia - línea de base = 36,6% - 15% = 21,6%

Meta = Línea de base + (brecha \* proporción a cubrir de la brecha) = 15 + (21,6% \* 0,28) = 21,05%

Para el caso de los indicadores del RE 1, 3 y 4, el criterio a considerar para los usuarios dados de baja de las instituciones ya sea por desafiliación o fallecimiento, es el de incluir en la nómina a los que hayan perdurado cuatro o más meses del semestre en la institución.

### **5.1. RE 1: Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial**

Dentro de este RE, se incluirá a dos indicadores:

- X1) Porcentaje de usuarios de 25 a 64 años en tratamiento para hipertensión según protocolo de historia clínica;
- X2.3) Porcentaje de usuarios hipertensos, de 25 a 64 años, con consulta médica vigente.

**Indicador X1) Porcentaje de usuarios de 25 a 64 años en tratamiento para hipertensión según protocolo de atención clínica**

Descripción	Valor de referencia	Meta a diciembre 2020	Fuente
Numerador: número de usuarios de 25 a 64 años, que recibieron prescripción o retiraron al menos un medicamento antihipertensivo en la farmacia de la institución desde 1° de octubre 2016, sumados a los pacientes hipertensos identificados por otro tipo de registros.  Denominador: total de usuarios de 25 a 64 años; por 100.	36,6%  (Prevalencia nacional) <sup>2</sup>	Cubrir el 36% de la brecha entre la línea de base del prestador y la prevalencia nacional.  Sem 1: 25% de la brecha Sem 2: 28% de la brecha Sem 3: 32% de la brecha Sem 4: 36% de la brecha	Numerador: Sistemas de farmacia/ Registro de hipertensos  Denominador: RUCAF

Para el retiro de medicación se toma como fecha de inicio el 1 de octubre de 2016. La medicación antihipertensiva a considerar es la siguiente:

1) IECA

- Captopril
- Cilazapril
- Enalapril
- Lisinapril
- Perindopril
- Quinapril
- Ramipril
- Benazepril

2) ARA II

- Candesartan
- Irbesartan
- Losartan
- Telmisartan
- Valsartan
- Olmesartán

3) CALCIOANTAGONISTAS

- Amlodipina
- Diltiazem
- Lercandipina
- Nicardipina
- Nifedipina
- Nitrendipina

4) SIMPATICOLITICOS

- Alfametildopa
- Clonidina
- Doxasocina

5) VASODILATADORES ANTIHIPERTENSIVOS

---

<sup>2</sup> ENFRENT (2013)

- Hidralazina

6) ANTIHIPERTENSIVOS ASOCIADOS

- IECA con Hidroclorotiazida
- IECA con Indapamida
- ARA II con Hidroclorotiazida
- Calcioantagonistas con IECA
- ARA II con Dihidroclorotiazida
- ARA II CON CALCIOANTAGONISTAS

7) BETABLOQUEANTES

- Atenolol
- Bisoprolol
- Metoprolol
- Carvedilol
- Propanolol
- Labetalol
- Nebivolol
- Nadolol
- Pindolol
- Betabloqueantes asociados con diuréticos

8) DIURÉTICOS

- Hidroclorotiazida
- Indapamida
- Furosemida
- Eplerenona
- Espironolactona
- Torasemida
- Triamtirene
- Dihidroclorotiazida
- Diuréticos asociados

La información del numerador se extrae de la planilla nominalizada, donde figurará la información del sistema de farmacia y de registros auditables de hipertensos de la institución (registro específico de hipertensos diagnosticados, historia clínica electrónica, prescripción de medicación antihipertensiva, historia clínica, o cualquier otro tipo de registro auditable que permita identificar a las personas ). La edad del individuo se calcula al último día del semestre.

La información del denominador se extrae del RUCAF. Se utilizará el valor del cuarto mes del semestre (abril 2019, octubre 2019, abril 2020 y octubre 2020).

Línea de Base

Será la de octubre 2016–marzo 2017, notificada por el Ministerio de Salud en el expediente 12/001/3/3551/2018

Valor piso

Considerando el carácter acumulativo de este indicador desde la línea de base, se tomará como piso el valor de la meta del segundo semestre octubre 2017-marzo 2018.

Valor meta

Se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia. El valor a alcanzar en cada semestre del bienio 2019-2020 no podrá ser menor al 90% del valor alcanzado en el tercer semestre abril-setiembre 2018, siempre y cuando este valor no se encuentre por debajo de la meta establecida por brecha. En este caso, los valores a alcanzar serán 25%, 28%, 32% y 36% de esta brecha, para los semestres 1 al 4 respectivamente.

#### Auditoría

Se verificará que los casos que surgen del sistema de farmacia y que cumplen con los criterios establecidos en este indicador coincidan con los casos notificados en la planilla nominalizada. Además, se auditará una muestra de las historias clínicas (HC) de los casos del numerador. En dichas HC debe figurar el diagnóstico de hipertensión y el tratamiento basado en modificación de estilos de vida y/o la medicación antihipertensiva indicada en el caso que corresponda.

### **Indicador X2.3) Porcentaje de usuarios hipertensos de 25 a 64 años, con consulta médica vigente**

Descripción	Valor de referencia	Meta a Diciembre 2020	Fuente
Numerador: cantidad de usuarios hipertensos con consulta médica vigente.  Denominador: número de usuarios hipertensos; por 100.	80%	Cubrir el 60% de la brecha. Sem 1: 15% Sem 2: 30% Sem 3: 45% Sem 4: 60%	Numerador: sistema de agenda y/o historia clínica.  Denominador: sistema de farmacia /registro de hipertensos

Se consideran "usuarios hipertensos" a los usuarios de 25 a 64 años que retiraron al menos un medicamento antihipertensivo en la farmacia de la institución desde octubre de 2016, más los usuarios identificados como hipertensos con tratamiento basado en modificación de estilos de vida y/o medicación antihipertensiva que surjan de otros registros auditables (registro específico de hipertensos diagnosticados, HC, prescripción de medicación antihipertensiva, u otro tipo de registro que permita identificar a personas hipertensas).

Se define "consulta médica" como la consulta médica de policlínica y de radio no urgente (según definición SCARH)<sup>3</sup> realizadas en el semestre, con registro de presión arterial incluido en historia clínica. Las consultas médicas que se considerarán para el control de los hipertensos serán las siguientes: medicina general, medicina interna, cardiología, medicina familiar, diabetología y endocrinología.

La vigencia de dicha consulta es hasta 12 meses al último día del semestre.

#### Línea de base y valor piso

<sup>3</sup> Se presta atención no urgente en domicilio del paciente, con visita coordinada a realizar a lo largo del día (no urgente). Se considera como una actividad complementaria a la función de policlínica, por la cual no se percibe salario sino únicamente el destajo respectivo (llamado más viático). Se incluye: horas\_radio\_contratado, horas\_radio\_efectivo, actos\_radio, pagos\_radio\_llamado y pagos\_radio\_viatico

La línea de base es el porcentaje de usuarios hipertensos con registro de Presión Arterial (PA), según lo informado en la segunda auditoría de historias clínicas de hipertensión, correspondiente al semestre abril- setiembre 2018 (indicador X2.2 Meta 2, 2017-2019). Este será también el valor piso para el pago proporcional.

#### Auditoría

Se verificará tipo y vigencia de las consultas de control de hipertensos reportadas con la información del sistema de agenda de la institución y se auditarán las historias clínicas.

#### Información adicional

Asimismo, a partir del tercer semestre (enero-junio 2020) deberán enviarse también los valores de PA –Sistólica y Diastólica- para cada una de las consultas informadas en el semestre.

### **5.2\_RE 2: Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares**

Constará de dos indicadores:

- X.4.1) Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por IAM con ST elevado en el semestre
- X.4.2) Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas realizadas en menos de tres horas a usuarios con IAMST

Se incluye a todo usuario que haya tenido un IAM con segmento ST elevado en el semestre, independientemente de cuantos meses perdure en la institución.

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

Descripción	Valor de referencia	Meta	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 IAMST del semestre; por 100.	90%	90% en cada semestre	Numerador: egresos hospitalarios  Denominador: egresos hospitalarios

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. 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.

De la misma manera en que se venía realizando en el periodo abril 2017 – marzo 2019, se deberá listar en la planilla nominalizada a todos los IAM del semestre, adjudicando el código 6 a los casos de IAM sin ST elevado. Aquellos egresos por IAM con ST elevado que contaran con criterios de exclusión para la reperfusión, no serán contados en el denominador y deberán quedar especificados en la planilla nominalizada con el código 4 y con el criterio de exclusión que corresponda. Los criterios de exclusión para la reperfusión aparecerán codificados a fin de poder reportarlos en la PN, correspondiendo en algunos casos a reperfusión mecánica y a los que se especifican en la normativa de cobertura del Fondo Nacional de Recursos “Tratamiento con fibrinolíticos en el infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST” (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)

#### Valor piso

En los casos de las instituciones que hayan tenido de uno a cuatro IAM con ST elevado en el semestre, el valor piso será un 1 caso. No se accederá al pago proporcional cuando no se haya reperfundido a ningún caso.

En las instituciones con cinco o más casos de IAM con ST elevado, el piso es 20%. Si el cumplimiento fuera menor o igual al 20%, no se obtendrá pago alguno.

Superando el piso anteriormente descripto, se accederá a un pago proporcional aplicando la siguiente fórmula (para cualquiera de los dos grupos de instituciones):

$$\frac{X - \text{Piso}}{\text{Meta del semestre} - \text{Piso}}$$

Siendo:

X: Cumplimiento alcanzado

Piso: 20%

Meta del semestre: 90%

#### Auditoría

Se verificarán en los IAM del semestre las reperfusiones realizadas a usuarios con IAM con ST elevado a partir de las historias clínicas del prestador y de la información del Fondo Nacional de Recursos. El resultado de la auditoría podría generar reliquidaciones.

**Indicador X4.2) Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas realizadas en menos de tres horas a usuarios con IAMST**

Descripción	Valor de referencia	Meta a Diciembre 2020	Fuente
Numerador: número de reperfusiones medicamentosas y/o mecánicas de IAMST del semestre realizadas antes de las tres horas.  Denominador: número total de reperfusiones realizadas por IAMST del semestre; por 100.	90%	Sem 1: 50% Sem 2: 65% Sem 3: 75% Sem 4: 85%	Numerador: FNR e historia clínica del prestador (reperfusiones no cubiertas por FNR)  Denominador: FNR e historia clínica del prestador (reperfusiones no cubiertas por FNR)

Las reperfusiones a considerar serán las de aquellos usuarios cuya fecha de IAM se encuentre en el semestre a informar.

La información de reperfusiones será reportada por el FNR, para los casos financiados por el mismo y por las instituciones para los casos de reperfusiones medicamentosas no financiadas por el FNR.

Se considera un tiempo menor de 3 horas de acuerdo a las siguientes definiciones:

**Definiciones operativas**

Concepto	Definición	Tiempo
Primer contacto médico (PCM)	Es la hora cero del proceso asistencial. Corresponde al primer contacto con el médico que asiste a un paciente en el que se sospecha o diagnostica IAMST. Este PCM es la base para el éxito de la estrategia de reperfusión.	Hora cero
Tiempo PCM-ATC	Tiempo estimado entre el PCM y la insuflación del balón de ATC.	<3 horas
Tiempo PCM-aguja	Tiempo entre el PCM y el inicio de la infusión i/v del fibrinolítico.	<3 horas

Fuente: Guía de Tratamiento de reperfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST)

Valores de referencia y metas semestrales

Los valores de referencia y metas semestrales propuestas se basan en el análisis presentado por el FNR en julio del 2017 "Efectividad de dos estrategias de reperfusión en el IAM bajo cobertura del FNR".

Valor piso

El valor piso para acceder al pago proporcional y el cálculo de dicho pago se realizará de manera análoga a la descrita en el indicador X4.1.

### Auditoría

Se verificarán las reperfusiones de los IAM con ST elevado en el total de los IAM del semestre y las historias clínicas a partir de la información de ambas fuentes. El resultado de la auditoría podría generar reliquidaciones.

### **5.3\_RE 3: Disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes**

El RE 3 también estará constituido por dos indicadores.

El primer indicador (para todos los prestadores):

X5.2.1) Porcentaje de usuarios con diabetes en relación al total de usuarios de 25 a 64 años.

El segundo indicador diferirá según se trate de:

- Grupo I: Instituciones que no tenían este resultado esperado en Meta 2 2017-2019  
X5.2.2) Porcentaje de usuarios con diabetes que se realizaron hemoglobina glicosilada en el último año.
- Grupo II: Instituciones que tenían este resultado esperado en Meta 2 2017-2019  
X5.2.3) Porcentaje de usuarios con diabetes con resultado de hemoglobina glicosilada menor a 8%.

#### **Primer indicador de diabetes para todas las instituciones**

#### **Indicador X5.2.1) Porcentaje de usuarios con diabetes sobre total de usuarios de 25 a 64 años**

Descripción	Valor de referencia	Meta Diciembre 2020		Fuente
		Grupo 1 de prestadores*	Grupo 2 de prestadores**	
Numerador: número de usuarios con diabetes de 25 a 64 años  Denominador: cantidad de usuarios de 25 a 64 años; por 100.	Prevalencia estimada para cada prestador.	Cubrir el 32% de la brecha entre la línea de base del prestador y su prevalencia estimada  Sem 1: 4% de la brecha Sem 2: 10% de la brecha Sem 3: 20% de la brecha Sem 4: 32% de la brecha.	Cubrir el 60% de la brecha entre la línea de base del prestador y su prevalencia estimada.  Sem 1: 40% de la brecha Sem 2: 45% de la brecha Sem 3: 55% de la brecha Sem 4: 60% de la brecha.	Numerador: sistema de farmacia de la institución, historia clínica electrónica, otros registros auditables de diabéticos  Denominador: RUCAF

\*Grupo 1: instituciones que no eligieron el RE Diabetes para Meta 2 del bienio 2017-2019.

\*\*Grupo 2: instituciones que eligieron el RE Diabetes para Meta 2 del bienio 2017-2019.

A los efectos de este indicador son usuarios con diabetes:

- 1) Quienes retiraron al menos un medicamento antidiabético en la farmacia de la institución desde octubre de 2016.
- 2) Aquellos usuarios con diagnóstico de diabetes identificados en otro tipo de registro de la institución.

Los registros que sean fuente de dicha información podrán ser todos aquellos que refieran al diagnóstico de manera directa o indirecta y deberán ser auditables. También será fuente de información el listado de usuarios que retiran medicación de farmacia, prescripción de medicación antidiabética, registro de los diagnósticos médicos en historia clínica.

La medicación antidiabética a considerar es la siguiente:

#### **a) ANTIDIABÉTICOS ORALES**

##### **I. Sensibilizadores de insulina**

- a. Biguanidas
  - Metformina.
- b. Tiazolidinedionas
  - Pioglitazona

##### **II. Insulino secretores**

- a. Sulfonilureas
  - 1ª generación:
    - Clorpropamida
  - 2ª generación:
    - Glibenclamida.
    - Glimepirida
    - Gliclazida
- b. Meglitinidas:
  - Repaglinida.

##### **III. Inhibidores de la Dipeptidil Peptidasa 4**

- Linagliptina
- Saxagliptina
- Sitagliptina
- Vildagliptina

##### **IV. Asociaciones**

- Metformina + Glibenclamida
- Linagliptina+Metformina
- Vildagliptina+ Metformina
- Saxagliptina+metofrmina

## **b) INSULINAS Y ANÁLOGOS**

### **I. Insulinas Humanas**

Insulina corriente.

Insulina NPH o Intermedia.

### **II. Análogos de acción Rápida**

Insulina Aspártica

Insulina Glulisina

Insulina Lispro

### **III. Análogos de acción Lenta**

Insulina Detemir

Insulina Glargina

### **IV. Insulinas y Análogos Bifásicos o Mixtos**

Insulina Aspártica Bifásica

#### Línea de base

Para los prestadores del *grupo 1*, se construirá una línea de base. Las instituciones de este grupo deberán entregar al 15 de julio de 2019 la nómina de los usuarios con diabetes (acumulado desde octubre de 2016) correspondiente a lo que reportaron en semestre abril – setiembre 2018. En caso de no enviar esta información, se imputará como línea de base a esas instituciones, el desempeño indicado en el Componente 2 (Reporte) de ese mismo semestre.

Para el *grupo 2*, la línea de base que se considerará es la correspondiente al semestre octubre 2016-marzo 2017.

#### Valor meta

No se exigirán cumplimientos mayores a la prevalencia estimada.

Grupo 1: La meta se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.

Grupo 2: La meta se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia. El valor a alcanzar en cada semestre del bienio 2019-2020 no podrá ser menor al 90% del valor alcanzado en el tercer semestre abril-setiembre 2018, siempre y cuando este valor no esté por debajo de la meta establecida por brecha. En este caso, los valores a alcanzar serán 40%, 45%, 55% y 60% de esta brecha, para los semestres 1 al 4 respectivamente.

#### Valor piso

Grupo 1: se tomará como valor piso para el grupo 1 a la línea de base. Para los casos en los que la línea de base fuera superior a la prevalencia estimada, deberá

alcanzarse dicha prevalencia para acceder al cobro. En este caso no habrá pago proporcional.

Grupo 2: Se tomará como valor piso para el grupo 2, el valor meta del segundo semestre (octubre 2017-marzo 2018). En caso de alcanzar un cumplimiento por debajo de este valor, no se obtendrá pago alguno. Si se encuentra entre el piso y el valor meta obtendrá un pago proporcional.

#### Valor de referencia

Será la prevalencia estimada para cada prestador. Dicha prevalencia se estimó considerando la prevalencia nacional por grupo de edad (25-34, 35-44, 45-54 y 55-64) que surge de la encuesta ENFRENT 2013 y la estructura de edad de cada prestador dada por el RUCAF de noviembre 2018.

#### **Valores de Prevalencia estimada por institución**

<b>Prestador</b>	<b>Prevalencia estimada</b>
AMDM	7,8%
Amedrin	7,6%
Asse	7,7%
Blue Cross	6,6%
Cancel	7,7%
Camdel	8,2%
Camedur	7,8%
Camoc	8,0%
Casmer	7,7%
Casmu	8,5%
Comeca	7,8%
Comeflo	8,1%
Comeri	7,6%
Comta	8,2%
Cosem	7,2%
Cudam	6,8%
Española	8,6%
Evangélico	7,7%
Gremca	8,0%
Gremeda	8,5%
Iac	8,1%
Medicare	7,7%
MP	8,0%
SMI	7,8%
SMQ	7,9%

Summum	7,2%
Universal	7,6%
Americano	8,8%
AMSJ	7,7%
Caamepa	8,1%
Camec	7,9%
Cams	7,8%
Camy	7,7%
Casa de Galicia	8,7%
Círculo	7,6%
Comef	8,0%
Comepa	7,8%
Comero	7,9%
Comett	7,4%
Crame	7,3%
Crami	8,1%
MUCAM	7,0%
Británico	7,9%

### **Segundo indicador de diabetes según grupo**

#### **Grupo 1 de prestadores (que no optaron por diabetes en 2017-2018):**

#### **Indicador X5.2.2) Porcentaje de usuarios con diabetes que se realizaron hemoglobina glicosilada en el último año.**

<b>Descripción</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>Meta Diciembre 2020</b>	<b>Fuente</b>
Numerador: Número de usuarios con diabetes de 25 a 64 años que se realizaron al menos una hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses. Denominador: total de usuarios con diabetes de 25 a 64 años, por 100.	100%	Cubrir un 80% la brecha entre la línea de base del prestador y el valor de referencia.  Sem. 1: 10% de la brecha Sem. 2: 30% de la brecha Sem. 3: 55% de la brecha Sem. 4: 80% de la brecha	Numerador: Sistema de Laboratorio  Denominador: Sistema de Farmacia, historia clínica electrónica, otros registros de diabéticos auditables.

La información del numerador se extrae de la planilla nominalizada, donde figurará la información del sistema de laboratorio y de otros registros pasibles de ser auditados que permitan identificar a usuarios con diabetes con al menos una hemoglobina glicosilada realizada en los últimos 12 meses. Se toma la definición de "usuarios con diabetes" del indicador anterior X5.2.1.

La edad del usuario se calcula al último día del semestre.

Se toma como fecha de corte para la vigencia de exámenes, el último día del semestre.

El denominador de este indicador es el numerador del indicador X5.2.1; se extrae de la planilla nominalizada, donde figura información del sistema de farmacia y otros registros que permitan identificar a usuarios con diabetes.

#### Línea de base

Se construirá la línea de base para aquellos prestadores del grupo 1. Las instituciones de este grupo deberán reportar al 15 de julio de 2019 la nómina de los usuarios con diabetes (acumulado desde octubre de 2016) con hemoglobina vigente correspondiente a lo que reportaron en semestre abril – setiembre 2018. En caso de no enviar esta información, se imputará como línea de base a esas instituciones, el desempeño indicado en el Componente 2 (Reporte) de ese mismo semestre.

#### Valor meta

Grupo 1: Se calcula a partir de la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.

#### Piso

Se tomará como piso para el pago proporcional a la línea de base.

### **Grupo 2 de prestadores (que optaron por diabetes en 2017-2019):**

#### **Indicador X5.2.3) Porcentaje de usuarios con diabetes con resultado de hemoglobina glicosilada menor a 8%.**

Descripción	Valor de referencia	Meta Marzo 2019	Fuente
Numerador: número de usuarios con diabetes de 25 a 64 años con hemoglobina glicosilada menor a 8% anual.  Denominador: total de usuarios con diabetes de 25 a 64 años; por 100.	70%	Cubrir el 100% de la brecha entre la línea de base y el valor de referencia  Sem 1: 25% de la brecha Sem 2: 50% de la brecha Sem 3: 75% de la brecha Sem 4: 100% de la brecha	Numerador: sistema de laboratorio  Denominador: sistema de farmacia, historia clínica, otros registros de diabéticos auditables

La información del numerador se extrae de la planilla nominalizada, donde figurará la información del sistema de laboratorio, donde se identificará a usuarios con diabetes (definidas según indicador X5.2.1) y con resultado de hemoglobina glicosilada realizada en los últimos 12 meses. Si el usuario se realizó más de una hemoglobina en dicho período, se reporta y contabiliza para el indicador la última realizada.

La edad del usuario se calcula al último día del semestre. Se toma como fecha de corte para la vigencia de exámenes, el último día del semestre.

El denominador de este indicador es el numerador del indicador X5.2.1 y se extrae de la planilla nominalizada, en la que figura información del sistema de farmacia, historia clínica u otro registro auditable sobre usuarios con diabetes.

#### Línea de base

Para el grupo 2 la línea de base será la que surge de las planillas nominalizadas del tercer semestre (abril-setiembre 2018).

#### Valor meta

Grupo 2: Se calcula a partir de la brecha entre la línea de base (abril-setiembre 2018) y el valor de referencia.

#### Piso

Se tomará como piso para el pago proporcional a la línea de base.

### **5.4\_ RE 4: Reducción de la mortalidad por cáncer, con énfasis en las muertes prematuras.**

A fin de continuar con las líneas de trabajo establecidas en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, en las áreas de intervención del Resultado Esperado "Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras", el Ministerio de Salud Pública propone como parte de la reformulación de la Meta Asistencial 2 la extensión del Resultado Esperado Cáncer para la totalidad de los prestadores integrales.

La nueva propuesta a su vez plantea que el Resultado Esperado se desarrolle en dos fases consecutivas:

- Fase 1 - Implantación y monitoreo de la Historia Clínica Electrónica Oncológica (HCEO)
- Fase 2 - Indicadores de cáncer. Todos los prestadores tendrán que cumplir con los indicadores de cáncer colo-rectal, y podrán elegir entre el conjunto de indicadores de cáncer de cuello uterino o cáncer de mama.

#### **5.4.1. Fase 1 - Implantación y monitoreo de la HCEO**

La Historia Clínica Electrónica Oncológica (HCEO) es un sistema de registro clínico electrónico con capacidad de generar una visión integral del paciente oncológico y contribuir a mejorar su atención médica. El diseño se enmarca en los lineamientos estratégicos de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN). HCEO es utilizada por los especialistas y equipo de salud que atienden pacientes con patología oncológica, en el área de oncología médica y radioterápica.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Extraído de AGESIC - Programa Salud.Uy  
(<https://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/4425/1/agesic/programa-saluduy.html?idPadre=4572>)

Objetivo de la Fase 1 del RE Cáncer de la Meta 2: Lograr la implantación de la HCEO a diciembre de 2019 y monitoreo de su utilización, cumpliendo con los siguientes hitos:

**1. Agenda interoperable con la HCEO.**

Refiere a la Integración del sistema de agenda institucional del prestador con la HCEO. Esto se traduce en recibir electrónicamente mensajes de citas del servicio de oncología médica de la institución en el ambiente pre-productivo de la solución de HCEO y que éstas queden en la lista de pacientes para ser atendidos a través de HCEO.

**2. Configuración de la HCEO según parámetros del prestador.**

Refiere a la puesta a punto de tareas técnicas y funcionales para el correcto funcionamiento de la HCEO. Actividades técnicas en la arquitectura del prestador, como validar el proceso de guardado de un CDA en el repositorio XDS pre-productivo de la institución. A su vez, también refiere a configurar la red para utilizar HCEO dentro de la LAN del prestador. Por último, el ingreso de los usuarios que utilizarán el sistema y los parámetros propios de cada prestador.

**3. Capacitación Recursos Humanos.**

Refiere a la preparación de los aspectos funcionales para el uso y monitoreo de la HCEO. Capacitar al personal involucrado de salud en el uso de la HCEO e instrumentar en el servicio oncológico de la institución el procedimiento de llamado a mesa de ayuda AGESIC.

**4. Puesta en funcionamiento.**

Refiere a la puesta en marcha y comienzo del uso de HCEO en la institución. Implica recibir un CDA en HCEO y en HCEN a raíz de la atención real de al menos un paciente oncológico por parte de un profesional clínico en el servicio de oncología médica de la institución.

El 15 de diciembre de 2019 AGESIC reportará a Metas Asistenciales un informe sobre cada prestador, determinando el cumplimiento de los hitos, que darán lugar a los pagos correspondientes al primer semestre de meta 2 2019-2020 (pagos de noviembre 2019 a abril de 2021). Además, el informe incluirá el detalle del monitoreo de utilización que se informará una vez cumplidos hitos de implantación. El cumplimiento de los hitos será seguido y valorado por la AGESIC con indicadores objetivables y mensurables, coordinando con el Programa Nacional del Cáncer y Comisión honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC).

En caso de que la implantación no sea completa a esa fecha, AGESIC continuará informando los avances cada 30 días hasta el 15 de mayo de 2020. Los pagos mensuales para estos prestadores por la Fase 1 podrán variar en la medida en que se vayan cumpliendo los restantes hitos. Cada hito corresponde a un 25% del pago de este componente de la meta.

### Relación cumplimiento de hitos por fecha-pago que genera

Cantidad de hitos cumplidos al:	Genera pagos en:
15 de diciembre de 2019	Noviembre 2019-abril 2020 (se reliquida pago de noviembre)
15 de enero de 2020	Diciembre 2019-abril 2020 (se reliquida pago de diciembre)
15 de febrero de 2020	Enero-abril 2020 (se reliquida pago de enero)
15 de marzo de 2020	Febrero-abril 2020 (se reliquida pago de febrero)
15 de abril de 2020	Marzo-abril 2020 (se reliquida pago de marzo)
15 de mayo de 2020	Abril 2020

Adicionalmente, y a los efectos de monitorear los avances de implementación y utilización, AGESIC – PRONACAN - CHLCC realizarán informes bimensuales desde inicio de la Fase 1 hasta el 15 de mayo de 2020, medida que posibilitará los ajustes que sean necesarios para alcanzar la implementación en el período estipulado.

### Meta Primer Semestre- Implantación y monitoreo de HCEO

Indicador	Valor de referencia	Meta Primer semestre Grupo 1 y grupo 2
<b>Implantación de HCEO</b>	4 hitos cumplidos e informe de monitoreo de utilización de AGESIC	4 hitos cumplidos e informe de monitoreo de utilización de AGESIC

### 5.4.2- Fase 2 – Indicadores de Cáncer

También para los indicadores de este componente la información de los semestres se acompaña a los semestres calendario:

Período de Meta 2 a reportar:	Período de la información	Fecha de entrega
Líneas de base cáncer de colo-recto y cuello uterino	Abril-setiembre 2018	30 de octubre 2019
Semestre 2/ LB de Ind.X5.1.6	Julio-diciembre 2019	20 de marzo 2020
Semestre 3	Enero-junio 2020	21 setiembre 2020
Semestre 4	Julio-diciembre 2020	22 de marzo 2021

En esta bianualidad no se considerarán como circunstancias especiales los casos de "Rechazo" y "No concurre a 2da cita". En tanto la información reportable a la CHLCC en el sistema Metas (<http://www.metascancer.uy/>), según ordenanza 402/006, es requerida para todos los indicadores del RE Cáncer y será un dato exigible, ya que será la única fuente de información a considerar para el cumplimiento de los mismos en el cuarto semestre.

### Grupos de instituciones a considerar:

**Grupo 1:** las que no tenían el tema Cáncer como RE.

**Grupo 2:** las que sí lo tuvieron en el período 2017-2019.

Para ambos grupos se definirán metas para cada semestre.

**Tema obligatorio para todos los prestadores: Cáncer de colo-rectal**

Comprende dos indicadores obligatorios vinculados a tamizaje y diagnóstico, que se describen a continuación.

**Indicador X5.1.4.) Tasa de cobertura de tamizaje en cáncer de colo-rectal en usuarios de 60 a 70 años**

Descripción	Valor de referencia	Fuente
Numerador: cantidad de usuarios de 60 a 70 años con tamizaje en cáncer de colo-rectal vigente.  Denominador: total de usuarios de 60 a 70 años, por 100	70%	Numerador: 2º y 3º SEM. Prestador/Sistema de Información de la CHLCC. 4º SEM. CHLCC  Denominador: RUCAF

El tamizaje en cáncer colo-rectal<sup>5</sup> debe realizarse a los usuarios de riesgo promedio (según recomendación de la Guía Práctica Clínica de tamizaje del cáncer colo-rectal 2018<sup>6</sup>) e incluirá los casos con test de sangre oculta en materias fecales y con fibrocolonoscopia (FCC) completa y de calidad, realizados.

El test de sangre oculta en materias fecales se debe realizar a las personas asintomáticas o sin signos de cáncer colo-rectal (CCR) (sin sangrados digestivos evidentes u otros síntomas que justifiquen la FCC), que no tengan una FCC completa, de calidad y normal realizada en los últimos 10 años y sin factores de alto riesgo para desarrollar CCR.

Los factores de alto riesgo para desarrollar CCR son:

- antecedentes personales de adenomas o cáncer colo-rectal o de pólipos adenomatosos.
- historia personal de enfermedad inflamatoria intestinal (Ej. Colitis ulcerosa crónica, enfermedad de Crohn).
- historia familiar de CCR en familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos)
- síndromes de predisposición hereditaria al CCR (Ej. Poliposis adenomatosa familiar, síndromes de Lynch).

En estos casos, está indicado realizar directamente la Fibrocolonoscopia (FCC) y no serán considerados para el indicador.

La FCC que se podrá considerar para el numerador del indicador es la realizada en forma completa, es decir que llegó hasta el ciego y el colon estaba bien preparado. Además debe ser efectuada a los usuarios sin factores de alto riesgo de desarrollar CCR y/o la FCC normal después de un estudio de sangre oculta en materias fecales positivo.

La vigencia del tamizaje para cáncer colo-rectal en población asintomática es de 2 años para test de sangre oculta en materias fecales. Cuando el resultado de la FCC

<sup>6</sup>Guía de práctica clínica de tamizaje del cáncer colo-rectal 2018 MSP  
[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=guia-de-practica-clinica-de-tamizaje-del-cancer-colo-rectal-2018&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=guia-de-practica-clinica-de-tamizaje-del-cancer-colo-rectal-2018&Itemid=307)

completa y de calidad es normal, la vigencia será de 10 años, en el caso de las FCC de tamizaje con resultado patológico la vigencia se reduce al semestre en que fue realizada.

Se toma el último día del semestre como fecha de corte para la vigencia del test de sangre oculta en materias fecales, FCC y la edad del individuo.

La información del denominador se extrae del RUCAF y se utiliza el valor informado al Ministerio de Salud en el cuarto mes de cada semestre, es decir, abril de 2019, octubre de 2020, abril de 2020 y octubre de 2020, respectivamente.

Entrega vinculada a este indicador: Para la línea de base y los semestre 2 y 3 se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente, en donde figuren los usuarios de 60 a 70 con test de sangre oculta en materias fecales y FCC vigente. También se debe reportar la información definida en el sistema MetasCancer de la CHLCC (<http://www.metascancer.uy/>), de acuerdo a la ordenanza 402/006. Para el cuarto semestre, la única fuente que se considerará será la del sistema MetasCáncer.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas.

#### Valor meta

Grupo 1: La meta se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.

Grupo 2: La meta se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia. El valor a alcanzar en cada semestre del bienio 2019-2020 no podrá ser menor al 90% del valor alcanzado en el tercer semestre abril-setiembre 2018, siempre y cuando este valor no esté por debajo de la meta establecida por brecha.

Indicador	Valor de referencia	Meta a diciembre 2020	
		Grupo 1	Grupo 2
<b>X5.1.4.) Tasa de cobertura de tamizaje de cáncer colo-rectal en usuarios de 60 a 70 años</b>	70%	Disminuir 35% la brecha entre su línea de base y el 70%. Sem 2: Línea de base (datos de abril-setiembre 2018) 10% de la brecha Sem 3: 25% de la brecha Sem 4: 35% de la brecha	Disminuir 55% la brecha entre su línea de base y el 70%. Sem 2: 50% de la brecha Sem 3: 50% de la brecha Sem 4: 55% de la brecha

#### Línea de base

Para los prestadores del *grupo 1*, se construirá una línea de base. Las instituciones de este grupo deberán entregar la nómina de los usuarios con tamizaje de cáncer colo-rectal correspondiente al semestre abril – setiembre 2018. En caso de no enviar esta información, se imputará como línea de base a esas instituciones, la mediana de desempeño de las instituciones que seleccionaron el RE Cáncer en el bienio 2017-2019.

Para el *grupo 2*, la línea de base que se considerará es la correspondiente al semestre octubre 2016-marzo 2017.

Valor piso

Grupo 1: se tomará como valor piso para el grupo 1 a la línea de base. En este caso no habrá pago proporcional.

Grupo 2: Se tomará como valor piso para el grupo 2, el valor meta del segundo semestre (octubre 2017-marzo 2018). En caso de alcanzar un cumplimiento por debajo de este valor, no se obtendrá pago alguno. Si se encuentra entre el piso y el valor meta obtendrá un pago proporcional.

**Indicador X5.1.5) Porcentaje de usuarios con test de sangre oculta en materias fecales positivo del semestre que se realizaron fibrocolonoscopia**

Descripción	Valor de referencia	Fuente
Numerador: total de usuarios de 60 a 70 años con test positivo de sangre oculta en materias fecales, que se realizaron FCC hasta 20 días después de la fecha de cierre del semestre.  Denominador: cantidad de usuarios de 60 a 70 años con test de sangre oculta en materias fecales positivos del semestre, por 100	100%	Numerador y denominador: 2º y 3º SEM. Prestador/Sistema de Información de la CHLCC. 4º SEM.CHLCC

Se toma como fecha del test de sangre oculta en materias fecales la del resultado, 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 test de sangre oculta en materias fecales positivo en el semestre que se le haya realizado la fibrocolonoscopia (FCC). La fecha de realización de FCC puede ir hasta 20 días después de la fecha de cierre del semestre (20 de julio/20 de enero). La fecha de la FCC deberá ser posterior a la del test positivo de sangre oculta en materias fecales.

Entrega vinculada a este indicador: Para los semestres 2 y 3 se debe subir la planilla nominalizada correspondiente al RCIE en donde figure las fechas de resultados de test de sangre oculta positivo del semestre de los usuarios de 60 a 70 años y en estos casos las fechas respectivas de realización de FCC. También se debe reportar la información definida en el sistema MetasCancer de la CHLCC (<http://www.metascancer.uy/>), de acuerdo a la ordenanza 402/006. Para el cuarto semestre, la única fuente que se considerará será la del sistema MetasCáncer.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas.

Valor meta

Indicador	Valor de referencia	Meta a diciembre 2020	
		Grupo 1	Grupo 2
<b>X5.1.5) Porcentaje de usuarios con test de sangre oculta en materias fecales positivo en el semestre que se realizaron fibrocolonoscopia</b>	100%	Sem 2: 75% Sem 3: 75% Sem 4: 75%	Sem 2 75% Sem 3 75% Sem 4 75%

Valor piso

El piso para el pago proporcional será del 20%.

**Opcionales: Cáncer de Cuello Uterino – Cáncer de Mama**

El prestador deberá elegir entre el tema Cáncer de cuello uterino o cáncer de mama. Cada uno de estos temas implicará para metas asistenciales el cumplimiento de 3 indicadores vinculados a tamizaje, diagnóstico y tratamiento, que se describen a continuación.

**Opcional 1: Cáncer de Cuello Uterino**

**Indicador X5.1.1) Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años**

Descripción	Valor de referencia	Fuente
Numerador: número de mujeres de 21 a 64 años con PAP vigente  Denominador: número de usuarias de 21 a 64 años, por 100.	80%	Numerador: 2º y 3º SEM. Prestador/Sistema de Información de la CHLCC. 4º SEM. CHLCC  Denominador: RUCAF

Se incluirán en el numerador las afiliadas de entre 21 y 64 años con PAP vigente (como máximo 3 años de realizado).

La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor del cuarto mes de cada semestre: abril de 2019, octubre de 2020, abril de 2020 y octubre de 2020, respectivamente (propuesta en revisión).

Se toma el último día del semestre como fecha de corte para la vigencia del PAP y la edad del individuo.

Entrega vinculada a este indicador: Para la línea de base y los semestre 2 y 3 se debe subir la planilla nominalizada correspondiente al RCIE en donde figuren las usuarias de 21 a 64 años con fecha de PAP vigente. También se debe reportar la información definida en el sistema MetasCancer de la CHLCC

(<http://www.metascancer.uy/>), de acuerdo a la ordenanza 402/006. Para el cuarto semestre, la única fuente que se considerará será la del sistema MetasCáncer.

Auditoría: se basará en el análisis de las historias clínicas.

#### Valor meta

Grupo 1: La meta se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.

Grupo 2: La meta se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia. El valor a alcanzar en cada semestre del bienio 2019-2020 no podrá ser menor al 90% del valor alcanzado en el tercer semestre abril-setiembre 2018, siempre y cuando este valor no esté por debajo de la meta establecida por brecha.

Indicador	Valor de referencia	Meta diciembre 2020	
		Grupo 1	Grupo 2
<b>X5.1.1) Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años</b>	80%	Disminuir el 55% de la brecha entre la línea de base y el valor de referencia. Sem 2 Línea de base (datos de abril-setiembre 2018) 20% de la brecha Sem 3: 45% de la brecha Sem 4: 55% de la brecha	Disminuir el 75% de la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.  Sem 2: 70% de la brecha Sem 3: 70% de la brecha Sem 4: 75% de la brecha

#### Línea de base

Para los prestadores del *grupo 1*, se construirá una línea de base. Las instituciones de este grupo deberán entregar la nómina de las usuarias con tamizaje de cáncer de cuello de útero correspondiente al semestre abril – setiembre 2018. En caso de no enviar esta información, se imputará como línea de base a esas instituciones, la mediana de desempeño de las instituciones que seleccionaron el RE Cáncer en el bienio 2017-2019.

Para el *grupo 2*, la línea de base que se considerará es la correspondiente al semestre octubre 2016-marzo 2017.

#### Valor piso

Grupo 1: se tomará como valor piso para el grupo 1 a la línea de base. En este caso no habrá pago proporcional.

Grupo 2: Se tomará como valor piso para el grupo 2, el valor meta del segundo semestre (octubre 2017-marzo 2018). En caso de alcanzar un cumplimiento por debajo de este valor, no se obtendrá pago alguno. Si se encuentra entre el piso y el valor meta obtendrá un pago proporcional.

**Indicador X5.1.2) Porcentaje de mujeres con PAP patológico del semestre, que se realizan colposcopías**

Descripción	Valor de referencia	Fuente
Numerador: total de usuarias con PAP patológico del semestre que se realizan colposcopia hasta 20 días posteriores a la fecha de cierre del semestre.  Denominador: cantidad de usuarias con PAP patológico del semestre (todas las edades), por 100.	100%	Numerador y denominador: 2º y 3º SEM. Prestador/Sistema de Información de la CHLCC. 4º SEM. CHLCC

Se acota el grupo de PAP patológicos a ser monitoreados a través de metas asistenciales (denominador), excluyendo dos de los tipos citológicos anormales. De los que describe la Guía de Práctica Clínica de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino (MSP; 2014: pp28), se incluirán como PAP patológico los siguientes resultados: ASC-H, H-SIL, ACG, AIS, carcinoma escamoso invasor y adenocarcinoma invasor.

Para el denominador se considera al total de usuarias, de todas las edades, con fecha de resultado de PAP patológico (fecha de informe) en el semestre.

Para el numerador se considera a aquellas del denominador que cuentan con colposcopia realizada hasta los 20 días posteriores a la fecha de cierre del semestre (20 de julio, 20 de enero).

Entrega vinculada a este indicador: Para los semestres 2 y 3 se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente, en donde figuren las usuarias de todas las edades con PAP patológicos realizados en el semestre y las respectivas fechas de colposcopías realizadas. También se debe reportar la información definida en el sistema MetasCancer de la CHLCC (<http://www.metascancer.uy/>), de acuerdo a la ordenanza 402/006. Para el cuarto semestre, la única fuente que se considerará será la del sistema MetasCáncer.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas.

Valor meta

Grupo 1: La meta se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.

Grupo 2: La meta se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia. El valor a alcanzar en cada semestre del bienio 2019-2020 no podrá ser menor al 90% del valor alcanzado en el tercer semestre abril-setiembre 2018, siempre y cuando este valor no esté por debajo de la meta establecida por brecha.

Indicador	Valor de referencia	Meta diciembre 2020	
		Grupo 1	Grupo 2
<b>Indicador X5.1.2) Porcentaje de mujeres con PAP</b>	100%	Disminuir el 65% de la brecha entre la línea de base y el valor de	Sem 2: 90% de la brecha Sem 3: 90% de la

patológico en el semestre, que se realizan colposcopías		referencia. Sem 2: Línea de base (datos de abril-setiembre 2018) 25% de la brecha Sem 3: 45% de la brecha Sem 4: 65% de la brecha	brecha Sem 4: 90% de la brecha
---	--	---	-----------------------------------

#### Línea de base

Para los prestadores del *grupo 1*, se construirá una línea de base. Las instituciones de este grupo deberán entregar la planilla nominalizada correspondiente al indicador al semestre abril – setiembre 2018. En caso de no enviar esta información, se imputará como línea de base a esas instituciones, la mediana de desempeño de las instituciones que seleccionaron el RE Cáncer en el bienio 2017-2019.

Para el *grupo 2*, la línea de base que se considerará es la correspondiente al semestre octubre 2016-marzo 2017.

#### Valor piso

Grupo 1: se tomará como valor piso para el grupo 1 a la línea de base. En este caso no habrá pago proporcional.

Grupo 2: Se tomará como valor piso para el grupo 2, el valor meta del segundo semestre (octubre 2017-marzo 2018). En caso que el valor de esta sea mayor a 90% se tomará como piso 90%.

### **Indicador X5.1.3) Porcentaje de usuarias con biopsia H-SIL y más del semestre, que inician tratamiento.**

Descripción	Valor de referencia	Fuente
Numerador: total de usuarias con resultado de biopsia H-SIL y más en el semestre, que iniciaron tratamiento hasta 20 días posteriores a la fecha de cierre del semestre.  Denominador: total de usuarias con resultado de biopsia H-SIL y más en el semestre. Por 100.	100%	Numerador y denominador: 2º y 3º SEM. Prestador/Sistema de Información de la CHLCC. 4º SEM.CHLCC

Para el denominador se consideran a todas las usuarias (todas las edades) con resultado de biopsia H-SIL (displasia moderada y severa), carcinoma y adenocarcinoma in situ e invasor, otros tumores epiteliales y mesenquimáticos malignos y otras neoplasias malignas.

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 cono LEEP, cirugía o inicio de quimioterapia y/o radioterapia, teniendo como referencia la Ordenanza 721/12 que fija el tiempo de espera para inicio de tratamiento en 20 días.

Para el numerador se considerarán las usuarias de todas las edades, con resultado de biopsia H-SIL y más del semestre que han iniciado el tratamiento. La fecha de inicio del tratamiento se considerará hasta los 20 días posteriores a la fecha de cierre del semestre (20 de enero/20 de julio).

Entrega vinculada a este indicador: Para los semestres 2 y 3 se debe subir la planilla nominalizada correspondiente al RCIE en donde figuren las usuarias de todas las edades con fechas de resultados de biopsias H-SIL y más del semestre y las respectivas fechas de inicio de tratamiento. También se debe reportar la información definida en el sistema MetasCancer de la CHLCC (<http://www.metascancer.uy/>), de acuerdo a la ordenanza 402/006. Para el cuarto semestre, la única fuente que se considerará será la del sistema MetasCancer.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas.

Valor meta

Indicador	Valor de referencia	Meta diciembre 2020	
		Grupo 1	Grupo 2
<b>X5.1.3) Porcentaje de usuarias con biopsia H-SIL y más en el semestre, que inician tratamiento</b>	100%	Sem 2: 80% Sem 3: 80% Sem:4 80%	Sem 2: 80% Sem 3: 80% Sem:4 80%

Valor piso

El piso para el pago proporcional será del 20%.

## Opcional 2. Cáncer de Mama

**Indicador X5.1.6) Tasa de cobertura de tamizaje con mamografía en mujeres de 50 a 69 años.**

Descripción	Valor de referencia	Fuente
Numerador: número de mujeres de 50 a 69 años con mamografía de tamizaje vigente, en el semestre. Denominador: número de usuarias de 50 a 69 años, por 100	70%	Numerador: 3º SEM. Prestador/Sistema de Información de la CHLCC. 4º SEM.CHLCC Denominador: RUCAF

Será mamografía de tamizaje la realizada a mujeres en el grupo etario recomendado<sup>7</sup>, sin antecedentes de cáncer mamario y mamografía anterior con resultado BIRADS II o menor.

En el numerador se incluyen las usuarias de 50 a 69 años con mamografía de tamizaje vigente, es decir, como máximo 2 años de realizada.

La información del denominador se extrae del RUCAF y se utiliza el valor informado al Ministerio de Salud en el cuarto mes de cada semestre, es decir, abril de 2019, octubre de 2020, abril de 2020 y octubre de 2020, respectivamente.

Se toma el último día del semestre como fecha de corte para la vigencia de la mamografía y la edad del individuo.

Entrega vinculada a este indicador: Para la línea de base y los semestres 3 y 4 se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente, en donde figuren las usuarias de 50 a 69 años con fecha de mamografía vigente. También se debe reportar la información definida en el sistema MetasCancer de la CHLCC (<http://www.metascancer.uy/>), de acuerdo a la ordenanza 402/006. Para el cuarto semestre, la única fuente que se considerará será la del sistema MetasCancer.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas.

#### Valor meta

La meta se calcula en base a la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.

Indicador	Valor de referencia	Meta diciembre 2020
		Grupo 1 y 2
<b>X5.1.6) Tasa de cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 69 años.</b>	70%	Disminuir el 50% de la brecha entre la línea de base del prestador y el valor de referencia. Sem 2: Línea de base. Abril-setiembre 2018 Sem 3: 25 % de la brecha Sem 4: 50 % de la brecha

#### Línea de base

Para todos los prestadores que elijan este RE, se construirá una línea de base. Las instituciones de este grupo deberán entregar la planilla nominalizada correspondiente al indicador al semestre abril – setiembre 2018. En caso de no enviar esta información, se imputará la mediana de las instituciones que la reporten.

#### Valor piso

Se tomará como valor piso a la línea de base.

<sup>7</sup> <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-de-practica-clinica-de-deteccion-cancer-de-mama>

**X5.1.7) Porcentaje de mujeres con resultado de mamografía BIRADS IV y V del semestre con informe de anatomía patológica**

Descripción	Valor de referencia	Fuente
Numerador: número de mujeres con mamografías BIRADS IV y V en el semestre con resultado de anatomía patológica (AP) realizado hasta los 45 días posteriores Denominador: número de mujeres con resultado de mamografías BIRADS IV y V en el semestre, por 100	<b>80%</b>	2º y 3º SEM. Prestador/Sistema de Información de la CHLCC. 4º SEM. CHLCC

Se incluirán las mujeres de todas las edades con resultado de mamografías realizadas BIRADS IV (examen con hallazgos sospechosos) y V (examen con alto riesgo de cáncer)<sup>8</sup> del semestre y fecha de informe de anatomía patológica (incluye resultado de citología e histopatológico) antes de los 45 días posteriores a la fecha de informada la mamografía.

Se podrá considerar en el numerador los casos con resultado de biopsia extemporánea cuando esta genere un tratamiento en el mismo tiempo quirúrgico.

La información del denominador incluirá todas las usuarias con fechas de resultados de mamografías BI-RADS IV y V del semestre.

Entrega vinculada a este indicador: Para los semestres tres y cuatro se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente, en donde figuren las usuarias de todas las edades con fecha de resultado de mamografía BI-RADS IV y V y las fechas de los informes respectivos de anatomía patológica. Para el cuarto semestre, la única fuente que se considerará será la del sistema Metas Cáncer.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas.

Valor meta

Indicador	Valor de referencia	Meta diciembre 2020
		Grupo 1 y 2
<b>X5.1.7 Porcentaje de mujeres con resultado de mamografía BIRADS IV y V del semestre con informe de anatomía patológica realizado.</b>	80%	Sem 2: 50% Sem 3: 50% Sem 4: 50%

Valor piso

Se tomará como valor piso el 10%.

<sup>8</sup>Breast Image Reporting and Data System, es una clasificación desarrollada en 1993 por el Colegio Americano de Radiología

**5.1.8) Porcentaje de usuarias con resultados confirmatorios de cáncer de mama por anatomía patológica en el semestre, que inician tratamiento.**

Descripción	Valor de referencia	Fuente
Numerador: total de usuarias con resultados de AP confirmatorio de cáncer en el semestre, que iniciaron tratamiento hasta los 60 días posteriores al resultado anatomopatológico.  Denominador: total de usuarias con resultado de AP confirmatorio de cáncer en el semestre.	<b>80%</b>	2º y 3º SEM. Prestador/Sistema de Información de la CHLCC. 4º SEM.CHLCC

Se incluirán en el numerador las usuarias de todas las edades con fecha de resultado de anatomía patológica (AP) confirmatoria de cáncer de mama en el semestre y con fecha de inicio de tratamiento hasta los 60 días posteriores a la fecha del resultado de AP.

Serán resultados de AP confirmatorias de cáncer de mama: carcinomas y adenocarcinomas in situ e invasores, inflamatorio, sarcoma, filodes y otros menos comunes.

Se entiende como inicio de tratamiento a la aplicación de la terapéutica indicada por el especialista, ya sea realización de cirugía, tratamiento sistémico y/o radioterápico. Cuando el resultado de una biopsia extemporánea haya generado un tratamiento antes de la anatomía patológica definitiva, puede considerarse la primera intervención quirúrgica como inicio de tratamiento.

La información del denominador incluirá todas las usuarias con resultados de AP confirmatorio de cáncer del semestre.

Entrega vinculada a este indicador: Para los semestres tres y cuatro se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente, en donde figuren todas las usuarias con resultados de AP confirmatorio de cáncer en el semestre y las respectivas fechas de inicio de tratamiento. También se debe reportar la información definida a la CHLCC según ordenanza 402/006 en el sistema Metas-Cáncer(<http://www.metascancer.uy/>). Para el cuarto semestre, la única fuente que se considerará será la del sistema Metas-Cáncer

Auditoría: se auditarán las historias clínicas.

Valor meta

Indicador	Valor de referencia	Meta diciembre 2020
		Grupo 1 y 2
<b>X5.1.8) Porcentaje de usuarias con resultados confirmatorios de cáncer de mama por anatomía patológica en el semestre, que inician tratamiento.</b>	80%	Sem 2: 80% Sem 3: 80% Sem 4: 80%

Valor piso

El piso para el pago proporcional será del 20%.

**6) Pagos**

El valor vigente de la Meta 2 para el periodo enero 2019 – diciembre 2020, es de 42,77\$<sup>9</sup>, pero será actualizado por paramétrica en las oportunidades definidas por el Poder Ejecutivo.

Cada uno de los 4 componentes (RE1, RE2, RE3, RE4), participa en un 25% del pago total. A su vez, se dividirá el valor de cada RE en partes iguales según la cantidad de indicadores que lo componen.

El pago por indicador de la meta se calculará considerando el siguiente criterio, siendo X el cumplimiento alcanzado:

Si se cumple que...	Entonces la proporción a pagar es...
$X > \text{Meta del semestre}$	100%
$\text{Valor piso} < X < \text{Meta del semestre}$	$\frac{X - \text{Valor piso}}{\text{Meta del semestre} - \text{Valor piso}}$
$X < \text{Valor piso}$	0%

	Indicador	Valor(\$)/ Indicador	Valor(\$)/ RE
RESULTADO ESPERADO 1	X1	5,346	10,69
	X2.3	5,346	
RESULTADO ESPERADO 2	X4.1	5,346	10,69
	X4.2	5,346	
RESULTADO ESPERADO 3	X5.2.1	5,346	10,69

<sup>9</sup> Valor vigente desde enero 2019.

	X5.2.2/X5.2.3	5,346	
RESULTADO ESPERADO 4	Cáncer	10,69	10,69

Resultado específico 4\_ Valor por indicador por semestre

	Indicador	Valor(\$)/ Indicador	Valor(\$)/ RE
Semestre 1- Implantación y monitoreo de HCEO	Hito 1	2,673	10,69
	Hito 2	2,673	
	Hito3	2,673	
	Hito 4	2,673	
Semestre 2 al 4	X5.1.4	2,138	
	X5.1.5	2,138	
	X5.1.1/X5.1.6	2,138	
	X5.1.2/X5.1.7	2,138	
	X5.1.3/ X5.1.8	2,138	

### 6.1) 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, que implicará el no cobro de algunos de los meses de la meta, se detalla en el siguiente cuadro:

<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 semestre de pago
Entre 30 y 60 días corridos posteriores a la fecha límite.	El primer y segundo mes del semestres de pago
Entre 60 y 90 días corridos posteriores a la fecha límite.	El primer, segundo y tercer mes del semestres de pago
Más de 90 días corridos posteriores a la fecha límite.	Los seis meses del semestre 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.

**Equipo de Metas Asistenciales**  
**Departamento Control de Prestadores**  
**Área Economía de la Salud**  
**Junta Nacional de Salud**  
**Ministerio de Salud**