Ministerio
de Salud
Pública

Instructivo del formulario SINADI Asistencial

ÁREA ECONOMÍA DE LA SALUD

DIRECCIÓN GENERAL
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Año 2023.

La frecuencia de envío de datos será **MENSUAL** en todos los casos, excepto los cuadros 7.1, 7.2 y 7.3 que deberán ser enviados **ANUALMENTE** (al 31 de diciembre del año correspondiente).

A) Descripción de los datos referidos a los beneficiarios

La información a solicitar al universo de instituciones con relación a beneficiarios va a ser sobre el número de estos, abriendo por **sexo y edad**, empleando para la edad los criterios que se detallan a continuación.

Edad:

La información debe ser aportada en ocho grupos de edades. Estos grupos han sido definidos en razón de criterios demográficos, epidemiológicos y socio – económicos. Se trata de grupos excluyentes, en los que ***se deberá incluir a la totalidad de los beneficiarios de manera tal que cada uno de ellos integre un solo grupo.***

Los grupos que deberán considerarse son:

- Menores de 1 año
- 1 a 4 años
- 5 a 14 años
- 15 a 19 años
- 20 a 44 años
- 45 a 64 años
- 65 a 74 años
- Mayores de 74 años

CUADRO 1.1 – Distribución de beneficiarios por edad y sexo según modalidad de afiliación

Se considera ***beneficiario*** de una institución a *toda persona que, mediante el aporte por única vez (socio vitalicio) o de cuotas mensuales (ya sea aportadas individualmente o por convenios colectivos) haya adquirido y mantenga el derecho a la totalidad de los servicios que brinda la Institución, o a parte de ellos, en caso de afiliados de reciente ingreso con limitaciones por patologías previas (AFILIACIÓN INTEGRAL), o en caso de*

afiliaciones parciales médico o quirúrgicas (AFILIACIÓN PARCIAL). En el contexto de la Reforma de Salud, se incorporarán progresivamente afiliaciones integrales a través del Fondo Nacional De Salud (FONASA).

Modalidad de afiliación:

Por modalidad de afiliación se entiende la forma de relación contractual existente entre el beneficiario y la institución. Esto incluye tanto el mecanismo de pago como el grado de cobertura del paquete de prestaciones contratadas.

Tipo de cobertura:

A efectos de este instructivo se define como **cobertura integral** la que las IAMCs están obligadas a prestar de acuerdo a lo establecido en el decreto ley 15.181 y demás normas complementarias. Asimismo, se define como cobertura parcial médico quirúrgica aquella cuyo paquete asistencial se encuentre por debajo del número y tipo de prestaciones que integran la cobertura de carácter integral.

Debe consignarse las **afiliaciones parciales médico quirúrgicas** sin considerar aquellos afiliados que sólo tengan otro tipo de cobertura parcial como por ejemplo urgencias o seguro odontológico.

Tipo de afiliación:

Afiliación individual:

- Por **prepago individual** se entiende todo aquel beneficiario que contrata su seguro de atención de forma *directa e independiente* con la institución prestadora, abonando por sus propios medios, la cuota o prima correspondiente.
- Se entiende por **afiliado vitalicio** aquel beneficiario individual que contrató su seguro de atención *de por vida de forma directa e independiente*, y que ha abonado un único pago y mantiene sus derechos de atención vigentes.

Afiliación colectiva:

- Se considera **afiliado colectivo** a todo beneficiario que contrata su seguro de atención de *forma directa en conjunto con un grupo de personas* relacionadas entre sí por algún tipo de actividad o institución, y que abona por sus propios medios la cuota o prima correspondiente (independiente de si la forma de cobro por parte de esta última se realiza mediante retención de haberes u otro mecanismo similar).

Afiliación FONASA:

Se debe informar en esta columna las afiliaciones por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), creado por la ley 18.131 del 18 de mayo de 2007, de acuerdo a la siguiente apertura:

- **Activos:** dentro de éstos se discriminará según correspondan a activos <u>públicos o privados.</u>
- **Pasivos.**
- **Hijos menores de 18 años y discapacitados.**
- **Hijos de 18 años a menores de 21 años.**

Afiliación BPS:

Refería a las afiliaciones a través de BPS de **Judiciales y Enseñanza. ESTAS COLUMNAS QUEDAN EN BLANCO.**

El censo de beneficiarios debe ser informado al **último día del mes en curso.**

CUADRO 1.2 y 1.3 – Altas y bajas de beneficiarios

Acerca del número total de beneficiarios de la institución, se solicita el **movimiento mensual de altas y bajas del padrón social.** Es decir que se solicita la información de cuantas personas adquieren derechos (altas) y cuantas pierden derechos (bajas).

Los formularios correspondientes deberán completarse con las altas y bajas registradas durante el mes en cuestión con cierre al último día de cada mes.

Se entiende por **alta** a toda persona que ingresa a la institución desde el momento en que generan el derecho a utilizar los servicios asistenciales aun cuando la cobertura fuese parcial o limitada por patologías previas

Se considerarán **bajas** a todos los beneficiarios que hayan perdido su condición de tales y en consecuencia no tengan derecho a la utilización de los servicios asistenciales.

B) Descripción de los datos referidos a los servicios asistenciales.

Los datos a consignar en los formularios referidos a la actividad asistencial deben contemplar las siguientes condiciones

- Cada institución **debe incluir** toda la información correspondiente a la producción de servicios destinados a sus afiliados, incluyendo aquellos provistos por la propia institución y los que se provea mediante la compra o contratación a terceros.
- **No deben incluirse** aquellos servicios que se otorgan mediante contraprestación económica aun cuando estén destinados a afiliados de la institución. A estos efectos no se consideran como contraprestaciones el pago de tiques o tasas moderadoras.
- Asimismo, **no deben incluirse** los servicios destinados a afiliados cuyo costo sea a cargo de otros organismos o empresas (IMAEs, BPS, BSE, etc.).
- **No deben incluirse** en los datos a consignar en los formularios las prestaciones brindadas a afiliados de otra institución dentro del marco

de convenios o contratos de venta de servicios, o aquellas destinadas a particulares. (En el primer caso la institución deberá remitir a la IAMC contratante el detalle de los servicios brindados a sus afiliados).

- La información de las **afiliaciones parciales** sólo debe referirse a aquellas afiliaciones parciales de asistencia médica o quirúrgica, no debiendo incluirse otras afiliaciones parciales como por ejemplo aquellas correspondientes a servicios de emergencia móvil o seguro odontológico.

Modalidad asistencial:

Se entiende por modalidad asistencial la organización de los recursos destinados a la atención de los pacientes de acuerdo a sus necesidades asistenciales.

Se distinguen tres grandes capítulos:

- atención ambulatoria,
- internación,
- atención en centro quirúrgico,

Cada una con diversas modalidades que se describen en los apartados correspondientes.

–Atención ambulatoria

Es la modalidad de actuación realizada por uno o más miembros del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación [1] ya sea en el ámbito institucional o en domicilio.

1 Decreto N.º 148/001 - MERCOSUR.

"Glosario de Términos Comunes en los Servicios de Salud del Mercosur"

aprobado por la resolución N.º 21/00.

CUADRO 2.1 – Atención ambulatoria presencial – Consultas no urgentes

Consultas presenciales en Consulta Externa (Policlínica): es aquella consulta médica que se desarrolla presencialmente en policlínicas, centros de salud, policlínicas integrales y policlínicas de los sanatorios y hospitales.

A los efectos del presente instructivo se considerará dentro de la consulta externa centralizada la consulta de afiliados realizada en consultorios particulares de médicos de la institución.

Siempre se deberá consignar las consultas efectivamente realizadas; por tanto, se deberá excluir aquellas consultas otorgadas no realizadas por suspensión de la misma o inasistencia del paciente. En todos los casos la asignación de la consulta a una u otra especialidad estará determinada por la función que cumple el médico actuante independientemente de la especialidad que éste tenga. A modo de ejemplo si un médico reviste la calidad de especialista en Neurología, pero realiza consultas de Medicina General, la consulta deberá asignarse a Medicina General.

Las consultas por repetición de medicamentos serán contabilizadas como consultas en la especialidad que corresponda.

Las interconsultas indicadas por médico tratante deberán consignarse como una nueva consulta en la especialidad que corresponda.

No se consignarán las consultas con odontólogo, o con servicios técnicos paramédicos. Tampoco deberán consignarse las citas para vacunaciones, inyectables y nebulizaciones.

Las consultas solicitadas como urgentes a consultorio o policlínicas se considerarán como no urgentes a los efectos del llenado del presente formulario.

Especialidades:

En la consulta externa centralizada deberá considerarse las siguientes especialidades:

- Medicina General
- Pediatría
- Ginecoobstetricia
- Cirugía General
- Especialidades Médicas: Alergista, Cardiología, Dermatología, Diabetología, Endocrinología, Fisiatría, Geriatría, Gastroenterología, Hematología, Hemoterapia, Infectología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Neuropediatría, Oncología, Psiquiatría, Reumatología, etc.
- Especialidades Quirúrgicas: Anestesia, Cirugía Plástica, Cirugía Vascular, Cirugía Pediátrica, Cirugía de Tórax, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Oftalmología, Traumatología, Urología, etc.

Se considerarán como consultas en la especialidad de Pediatría sólo las que se realicen con pediatras generales. Las consultas de subespecialidades pediátricas deberán consignarse en el capítulo de especialidades correspondientes. Por ejemplo, en el caso de las consultas de neuropediatra, éstas se consignarán como consultas con especialidades médicas.

En el caso de las consultas de Oncología no deben incluirse las citas para quimioterapia en régimen de hospital de día ni las citas para radioterapia.

Asimismo, en el caso de Fisiatría sólo deben incluirse las consultas médicas de esta especialidad; no deben incluirse las citas para tratamientos con fisioterapeuta.

Las consultas de Médico de Familia se incluirán en Medicina general.
En medicina familiar se considerará una consulta por cada integrante de la familia visto.

Consulta en domicilio no urgente (de radio): es aquella consulta coordinada no urgente que se realiza a través de médicos generales de adultos o por pediatras en el domicilio de los pacientes.
En la consulta domiciliaria deberá considerarse las siguientes especialidades: Adultos y Pediatría.

Las consultas domiciliarias realizadas por especialistas se registrarán de acuerdo a la edad del paciente en las categorías establecidas de adultos y pediatría.

Aquellas consultas solicitadas como urgentes a domicilio realizadas por médicos de radio se considerarán como no urgentes a los efectos del llenado del presente formulario.

CUADRO 2.2 – Atención ambulatoria presencial – Consultas urgentes

En este cuadro se considera el conjunto de atenciones de **Urgencia y Emergencia** de acuerdo al siguiente criterio: es la modalidad asistencial destinada a la atención de pacientes que por su condición médico-quirúrgica requieren atención inmediata y la aplicación de medidas terapéuticas sin demora alguna (emergencia) o que requiere atención médica inmediata en la que la aplicación de medidas terapéuticas puede diferirse (urgencia).

Consulta en urgencia centralizada: es aquella que se realiza en el servicio de Urgencia o Emergencia de la Institución.

Consulta de urgencia en domicilio propios: es aquella que realizan los médicos de guardia (interna o a retén) para la atención de llamados domiciliarios de urgencia con móvil propio o institucional.

Consulta de urgencia en domicilio convenio: es aquella consulta de urgencia que se realiza a afiliados de la institución, pero con servicios prestados por otra institución debido a la existencia de un convenio asistencial.

En todos los casos se clasificarán las consultas de acuerdo a la edad y sexo del paciente en las categorías Adultos y Pediatría, independientemente de la especialidad del médico asistente.

CUADRO 2.3 – Atención ambulatoria presencial – Total de consultas

Se considera la totalidad de consultas médicas presenciales en su modalidad centralizada y domiciliaria, tanto en régimen de urgencia como coordinada. (2.1 más 2.2). No se debe completar pues el valor sale automáticamente por fórmula.

CUADRO 2.4 – Atención ambulatoria – Salud bucal

Consulta odontológica programada: es aquella consulta coordinada no urgente con odontólogo.

Consulta odontológica urgente: se debe consignar el número de consultas urgentes con odontólogo.

En los dos casos se clasificarán las consultas de acuerdo a la edad y sexo del paciente.

CUADRO 2.5 – Atención ambulatoria – Consultas urgentes con especialistas

Consultas o interconsultas en urgencia centralizada: se considera el total de interconsultas realizadas a especialistas ya sea que éstos estén en régimen de retén o en guardia interna, solicitadas por parte del médico de guardia de adultos o del pediatra.

CUADRO 2.6 – Atención ambulatoria – Procedimientos quirúrgicos

Procedimientos quirúrgicos menores ambulatorios: se entiende por tales todos aquellos procedimientos cuya realización no requiere internación ni uso de block quirúrgico.

CUADRO 2.7 – Reconsultas en el servicio de urgencia centralizada

A los efectos del presente formulario se considerará el número de usuarios que reconsulten, considerando como **reconsultas** aquellas consultas realizadas en el servicio de urgencia centralizada por un mismo beneficiario en el curso de las 72 horas posteriores a la resolución de la consulta en el servicio mencionado.

CUADRO 2.8 – Tiempo mínimo de demora en otorgamiento de citas en consulta externa CUADRO EN DESUSO, SE RELEVA INFORMACIÓN POR SISTEMA DE AGENDA DE CONSULTA EXTERNA

CUADRO 2.9 – Atención ambulatoria – Traslados

Se considerará como **unidad de traslado** el recorrido desde el punto de partida hasta un punto de llegada. El traslado de un paciente de ida y vuelta desde y hacia un mismo punto se considerará como dos traslados. Incluye todo tipo de pacientes ya sea ambulatorio o en internación y procedentes de cualquier nivel de cuidados. Se debe incluir solo los traslados en AMBULANCIA.

Número de traslados en ambulancia común: se trata del número total de traslados realizados a los beneficiarios en unidades de ambulancia común, es decir unidades sin equipamiento especializado ni personal técnico específico, dentro de un mismo departamento.

Número de traslados en ambulancia especializada: se trata del número total de traslados realizados a los beneficiarios de la institución en unidades de traslado especializadas, es decir con personal técnico y equipadas para la realización de traslados de pacientes en estado crítico (inestabilidad de parámetros fisiológicos y compromiso severo de uno o más sistemas, con alto riesgo de complicaciones y riesgo de muerte) o con riesgo moderado de complicaciones aunque sin riesgo de muerte inminente, dentro de un mismo departamento.

Número de traslados fuera del departamento: se registrará el número de traslados realizados en los que el punto de partida y el punto de llegada se encuentran en diferentes departamentos.

CUADRO 2.10 – Atención ambulatoria – Consultas no presenciales

Orientación telefónica: consultas telefónicas de evacuación de dudas generales o solicitud de orientación atendidas por profesional médico, sin posibilidad de adoptar una conducta asistencial (solicitud de estudios, indicaciones terapéuticas, etc.). El acceso a la historia clínica es opcional, determinado por la Institución.

Consultas de telemedicina: son aquellas consultas, programadas o no, brindadas por un profesional médico a través de tecnologías de la información y comunicación (teléfono, videollamada o sistemas similares), que constituyen un acto asistencial, con sus características:

- Acceso a la historia clínica (consulta y registro).
- Posibilidad de adoptar una conducta asistencial, incluyendo solicitud de estudios, realización de indicaciones preventivas y/o terapéuticas (medicamentosas o no), etc.

Se deberá discriminar los datos según edad y sexo.

CUADRO 2.11 – Atención ambulatoria – Total de consultas (presencial y no presencial)

Se considera la totalidad de consultas médicas presenciales y no presenciales en su modalidad centralizada y domiciliaria, tanto en régimen de urgencia como coordinada. (2.3 más 2.10). No se debe completar pues el valor sale automáticamente por fórmula.

–Atención en internación

Es la modalidad de atención destinada a los individuos que por las características de su proceso patológico requieren cuidados médicos y de enfermería permanentes.

La atención en internación puede realizarse en el propio domicilio del paciente o en el ámbito institucional:

Internación domiciliaria: es la modalidad de internación en la que los cuidados asistenciales permanentes se instrumentan en el domicilio del paciente, dentro del marco de un programa específico definido por la institución.

Internación institucional: es la modalidad de internación en la que los cuidados asistenciales permanentes se desarrollan en el sanatorio institucional.

En esta última modalidad se consideran distintos niveles de cuidado según el tipo de paciente y sus necesidades en atención médica, y las características de la oferta de servicios.

Niveles de cuidados en internación institucional:

- **Cuidados Básicos**: sector destinado a la atención de pacientes crónicos o en etapa preclínica o de convalecencia, en período evolutivo NO crítico, con escasa dependencia y autosuficiente, y/o con estabilidad de parámetros fisiológicos y compromiso mínimo de uno o más sistemas, y en situación de bajo riesgo de complicaciones. Se incluye en este nivel de cuidados aquellos pacientes crónicos que requieren cuidados permanentes mínimos en los que las alternativas terapéuticas son de carácter meramente paliativo.

  Sólo se considerará como cuidados básicos aquellos sectores de internación específicamente diseñados y destinados a tal fin**, tales como sector destinado a adultos mayores de alto riesgo, o pacientes geriátricos, o sectores destinados específicamente a cuidados paliativos,** a los que se les haya asignado un número de camas de dotación predefinido.

- **Cuidados Moderados**: sector destinado a pacientes en etapa aguda, en período no crítico, con escasa dependencia y estabilidad de parámetros, con compromiso moderado de uno o más sistemas y en situación de riesgo de complicaciones.

Sólo se considerarán los sectores de internación destinados a la internación de este tipo de pacientes, y a los que se les haya asignado un número específico de camas de internación. **Se trata del sector de internación convencional**.

- **Cuidados Intermedios**: sector destinado a pacientes en etapa aguda, en período no crítico, con dependencia marcada, estabilidad de parámetros sin compromiso severo de uno o más sistemas, con riesgo moderado de complicaciones, pero sin riesgo de muerte inminente.

- **Cuidados Intensivos**: sector destinado a pacientes en etapa aguda, período crítico, muy dependientes, con inestabilidad de parámetros fisiológicos y compromiso severo de uno o más sistemas, con alto riesgo de complicaciones y riesgo de muerte.

  Se considerarán globalmente los sectores de cuidados intermedios e intensivos, los cuales deben corresponder a sectores de internación específicamente destinados a estos fines con un número determinado de camas asignadas.

Egresos

Se considera egreso a todo paciente que tanto sea por alta médica como por fallecimiento, o por transferencia a otro nivel de cuidados o a otra institución, deja el sector de internación, independientemente del nivel de cuidados en que se encuentre.

Ingresos

Se considera como ingreso a todo paciente que por indicación médica ingresa a internación cualquiera sea el nivel de cuidados que le corresponda o la modalidad de internación que se le indique.

Días Cama Ocupados

Se entiende por día cama ocupado, cada cama disponible que se encuentre ocupada por un paciente. El total de días cama ocupados en un mes corresponde a la suma de camas ocupadas en cada día del mes considerado.

Días Cama Disponibles

Se entiende por día cama disponible, cada cama de la que dispone la institución para la internación de sus pacientes. El total de días cama disponibles en un mes corresponde a la suma de camas habilitadas para internación en cada día del mes considerado.

CUADRO 3.1 – Egresos por nivel de cuidados

A los efectos del llenado del presente cuadro, se considerará a cada sector como independiente de los demás niveles de cuidados, por lo que los egresos quedarán definidos:

Egresos de internación domiciliaria: se considera como tal todo paciente que encontrándose en este régimen de internación:
(1) se le otorga el alta médica,
(2) fallece o
(3) es transferido a otro nivel de cuidados

Egresos de Cuidados Básicos: se considera como tal todo paciente que encontrándose en este sector de internación institucional:
(1) se le otorga el alta médica,
(2) fallece o
(3) es transferido a otro nivel de cuidados

Egresos de Cuidados Moderados (CM): se considera como tal todo paciente que encontrándose en este sector de internación institucional:
(1) se le otorga el alta médica,
(2) fallece o
(3) es transferido a otro nivel de cuidados

Los egresos de cuidados moderados deberán consignarse de acuerdo a las siguientes **especialidades**: **medicina, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía y psiquiatría**, siendo determinante para esta categorización el diagnóstico principal al egreso y la especialidad del médico a cargo del paciente durante la internación. En los casos en que no se pueda discriminar la especialidad, pero si corresponda a un egreso del nivel de cuidados moderados, debe informarse en la fila sin dato

- Los pacientes pediátricos quirúrgicos se deben informar en Cirugía y no en Pediatría.

Egresos de Cuidados Intermedios e Intensivos: se considera como tal todo paciente que encontrándose en este sector de internación institucional:
(1) se le otorga el alta médica,
(2) fallece o
(3) es transferido a otro nivel de cuidados.

En el caso de los sectores de cuidados intermedios e intensivos, las **especialidades** a considerar son: **Adultos y Pediatría** (incluye neonatología)

CUADRO 3.2 – Ingresos por nivel de cuidados

A los efectos del llenado del presente cuadro, se considerará a cada sector como independiente de los demás niveles de cuidados, por lo que los ingresos quedarán definidos:

Ingresos Internación Domiciliaria: se consignan todos los pacientes ingresados o transferidos en el mes al programa de internación domiciliaria.

Ingresos Internación en Cuidados Básicos: se consignan todos los pacientes que en el mes fueron ingresados o transferidos a este sector de internación específico.

Ingresos Internación Cuidados Moderados: se consigna el total de pacientes ingresados o transferidos en el mes a este sector independientemente de la especialidad por la que fuera ingresado.

Ingresos Internación CTI / CI: corresponde a todos los pacientes que hayan ingresado o hayan sido transferidos en el mes a cualquiera de los dos niveles de cuidados críticos.

CUADRO 3.3 – Tipo de egresos por nivel de cuidados

Altas de internación domiciliaria, cuidados básicos, cuidados moderados o CTI / CI: se considera alta a todo paciente que por indicación médica y de acuerdo a sus necesidades asistenciales, deja de requerir cuidados permanentes y por tanto abandona el sector de internación cualquiera sea el nivel de cuidados en que se

encuentre, para pasar a su domicilio. Asimismo, se considera como alta a todo paciente que por iguales motivos abandona el régimen de internación domiciliaria.

No se consideran altas aquellos pacientes que por indicación médica pasan de un nivel de cuidados a otro. Si el paciente pasa del sector de cuidados moderados al sector de cuidados básicos o al régimen de internación domiciliaria no constituye un alta.
Se considerará como un alta la salida institucional de un paciente a un IMAE, siempre y cuando el período estimado de permanencia fuera de la institución supere las 24 hs. y no se mantenga la cama reservada para este paciente.

Defunciones en internación domiciliaria, cuidados básicos, cuidados moderados o CTI / CI: se considera como tal a todo paciente que fallece en el curso de la internación en cualquiera de estas modalidades de internación.

En aquellas instituciones que cuenten con internación domiciliaria y/o sector de cuidados básicos la suma de las altas y defunciones en cada uno de estos sectores o modalidades de internación (cuidados básicos, moderados o en domicilio) deben ser iguales o menores al total de egresos consignado en el cuadro 3.1 para cada una de ellas.

Asimismo, en todos los casos la suma de las altas y defunciones de CTI / CI deben ser menor o igual a los egresos totales de CTI / CI consignados en el cuadro 3.1

Transferencias: A los efectos del presente cuadro se considerará transferencia la salida del paciente a otro nivel de internación, cualquiera sea el nivel de cuidados al que sea derivado.

- En los egresos de cuidados moderados en que no se pueda discriminar la especialidad, debe informarse en la fila **sin dato.**

CUADRO 3.4 – Ingresos a Cuidados Moderados según modalidad

Número de Ingresos a Cuidados Moderados Coordinados: son aquellos pacientes que ingresan en el mes a internación en Cuidados Moderados por indicación médica con fecha previamente establecida.

Número de Ingresos a Cuidados Moderados Urgentes: son aquellos pacientes que ingresan en el mes a internación en Cuidados Moderados por indicación médica de

forma urgente, de acuerdo a sus necesidades asistenciales, tanto sea provenientes de su domicilio, como del servicio de urgencia centralizada o policlínica.

CUADRO 3.5 – Días de internación de los egresos

Se debe consignar el **total de días que estuvo internado cada egreso** según el nivel de cuidados, considerando los niveles CTI/CI, cuidados moderados, cuidados básicos e internación domiciliaria (se deben considerar los egresos del mes informado, pero contando todos los días de internación del egreso, ya sea de ese mes o meses anteriores). En el caso de cuidados moderados el total surge de la sumatoria de los días de internación en las diferentes especialidades: medicina, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía, psiquiatría y sin dato en caso de no poder discriminar. En el caso de CTI/CI se diferenciará los egresos de adultos y pediatría.

Se deberá informar considerando la apertura por edad y sexo del paciente.

CUADRO 3.6 – Días Cama Ocupados por nivel de cuidados (propios y contratados fijos) y Días Cama Ocupados de internación domiciliaria

En el presente cuadro se deben informar los días cama ocupados en Servicios de Internación **propios o contratados fijos.**

Días Cama Ocupados en Internación Domiciliaria: corresponde a la suma de días cama ocupados de todos los pacientes en régimen de internación domiciliaria, en un mes, independientemente de su egreso.

Días Cama Ocupados en Cuidados Básicos: corresponde a la suma de días cama ocupados en el mes, en el sector de cuidados básicos.

Días Cama Ocupados en Cuidados Moderados: corresponde a la suma de días cama ocupados en el mes en el sector de cuidados moderados según las especialidades mencionadas anteriormente (**medicina, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía, psiquiatría**), o si corresponde a DCO de cama **Polivalente**.

Días Cama Ocupados en Cuidados Intermedios e Intensivos: corresponde a la suma de días cama ocupados en el mes en los sectores de cuidados intermedios e intensivos para cada una de las especialidades mencionadas anteriormente (adultos y pediatría).

CUADRO 3.7 – Días Cama Ocupados por nivel de cuidados (contratados a demanda)

Se deberá especificar en este cuadro los Días Cama Ocupados en Servicios contratados a demanda, con la misma apertura prevista en el cuadro (sexo, edad y nivel de cuidados).

CUADRO 3.8 – Días Cama Disponibles por nivel de cuidados

En el presente cuadro se debe informar los **días cama disponibles *"propios"*** o ***"contratados en forma fija"*** (es decir, reserva de camas en otra Institución para uso exclusivo de los socios independientemente que estén ocupados o no). No se incluye aquí los días cama contratados a terceros a demanda.

Días Cama Disponibles en Cuidados Básicos corresponde a la suma de días cama disponibles en el mes en el sector de cuidados básicos.

Días Cama Disponibles en Cuidados Moderados corresponde a la suma de días cama disponibles en el mes en el sector de cuidados moderados según las especialidades mencionadas anteriormente **(medicina, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía, psiquiatría).**
En caso de no existir una asignación específica de camas para las diferentes especialidades, se deberá consignar el número de días cama disponible para internación **Polivalente.**

Días Cama Disponibles en Cuidados Intermedios e Intensivos: corresponde a la suma de días cama disponibles en el mes en los sectores de cuidados intermedios e intensivos para cada una de las especialidades mencionadas anteriormente (adultos y pediatría).

CUADRO 3.9 – Días Cama Ocupados por terceros

Días Cama Ocupados por terceros en Cuidados Básicos: corresponde a los días cama ocupados en Cuidados Básicos, por pacientes que no son beneficiarios formales de la institución y/o que pueden incluirse en el rubro de venta de servicios a terceros en sus diferentes formas: otras IAMC, IMAEs, seguros comerciales, otros.

Días Cama Ocupados por terceros en Cuidados Moderados: corresponde a los días cama ocupados en Cuidados Moderados, por pacientes que no son beneficiarios formales de la institución y/o que pueden incluirse en el rubro de venta de servicios a terceros en sus diferentes formas: otras IAMC, IMAEs, seguros comerciales, otros.

Días Cama Ocupados por terceros en CI/CTI: corresponde a los días cama ocupados en CI/CTI por pacientes que no son beneficiarios formales de la institución y/o que pueden incluirse en el rubro de venta de servicios a terceros en sus diferentes formas: otras IAMC, IMAEs, seguros comerciales, otros.

CUADRO 3.10 – Tiempo promedio de demora en ingreso a internación desde emergencia

Es un promedio de tiempo (medido en horas) entre que el médico de urgencia decide la internación y el paciente se traslada al área de cuidados moderados. Se calcula a través del siguiente cociente: sumatoria de los tiempos de demora por paciente en horas desde que se solicita el ingreso y es trasladado efectivamente al área de internación (CM) / número de pacientes que ingresan desde emergencia a CM en el mismo período.

CUADRO 3.11 – Camas disponibles propias por nivel de cuidados

Se deberá consignar el número de camas disponibles PROPIAS en los diferentes niveles de cuidados, considerando si las mismas son destinadas a afiliados o destinadas a terceros (venta de servicios). Debe considerarse el número de camas, y no el número de días cama disponibles, que son considerados en el cuadro 3.8.

Este censo de camas debe ser informado según el número de camas propias disponibles el **último día del mes en curso.**

CUADRO 3.12 – Atención en hospital de día

Número de atenciones: se deberá consignar el número de episodios de atención registrados en el mes en esta modalidad asistencial, discriminando en oncología, psiquiatría y otras atenciones en hospital de día.

No corresponde al número de pacientes, sino al número de atenciones.
Se deberá discriminar los datos según edad y sexo.

–Atención en centro quirúrgico

CUADRO 4.1 – Atención en centro quirúrgico – Intervenciones según tipo

Se consideran sólo las intervenciones quirúrgicas que para su realización requieren el uso de block quirúrgico ya que las intervenciones menores ambulatorias que se practican fuera de este ámbito son consideradas en el cuadro 2.6.

Se debe consignar el número de intervenciones quirúrgicas del mes según grupo de edad y sexo del paciente.

Intervenciones quirúrgicas coordinadas con internación: se trata de todas aquellas cirugías de coordinación que requieren internación del paciente tanto de forma previa como posterior a la intervención y que suponen la ocupación de una cama por un plazo no menor a 12 horas.

Intervenciones quirúrgicas coordinadas ambulatorias (o cirugía de día): se trata de todas aquellas cirugías de coordinación que requieren sala de cirugía, que compromete partes blandas, paredes abdominales sin penetrar en cavidades celómicas, y en las que se puede otorgar el alta dentro de las 12 hs sin que el paciente requiera ingreso a internación**.** Incluye procedimientos de cirugía menor y corriente, realizados con anestesia local o general.

Total de intervenciones quirúrgicas coordinadas: se entiende por tales aquellas cuya realización se prevé con antelación en función de la situación clínica del paciente, y para las cuales se coordina la utilización de sala de cirugía. Corresponde a la suma de las intervenciones mencionadas precedentemente (coordinadas con internación y cirugías del día).

Total de intervenciones quirúrgicas urgentes: son aquellas que en función de la situación clínica del paciente deben ser realizadas de forma inmediata sin que hubiese coordinación previa de uso de sala de cirugía

Total de intervenciones quirúrgicas: corresponde el total de cirugías en su modalidad coordinada o urgente.

CUADRO 4.2 – Atención en centro quirúrgico – Intervenciones según complejidad

Intervenciones quirúrgicas menores: son aquellas que de acuerdo a la categorización realizada por la sociedad científica correspondiente a la especialidad de que se trate, entren dentro de la definición de intervención menor**.**

Intervenciones quirúrgicas corrientes: son aquellas que de acuerdo a la categorización realizada por la sociedad científica correspondiente a la especialidad de que se trate, entren dentro de la definición de intervención corriente**.**

Intervenciones quirúrgicas mayores: son aquellas que de acuerdo a la categorización realizada por la sociedad científica correspondiente a la especialidad de que se trate, entren dentro de la definición de intervención mayor.

- ✓ Las cesáreas se incluyen dentro de esta categoría.

Intervenciones quirúrgicas altamente especializadas: son aquellas que de acuerdo a la categorización realizada por la sociedad científica correspondiente a la especialidad de que se trate, entren dentro de la definición de intervención altamente especializada.

Intervenciones quirúrgicas laparoscópicas y endoscópicas: son aquellas que se realizan en sala de cirugía en base a procedimientos laparoscópicos y endoscópicos de acuerdo a la definición de la sociedad científica correspondiente.
Se debe incluir en esta categoría solamente los procedimientos de CIRUGIA laparoscópica o endoscópica, NO debiéndose considerar los procedimientos diagnósticos no quirúrgicos.

Se deberá informar considerando la apertura por edad y sexo del paciente.

CUADRO 4.3 – Atención en sala de partos – Número de partos

Parto natural: se trata de todos los partos por vía vaginal de madres beneficiarias de la institución cuyo parto haya sido atendido por los servicios propios o contratados de la institución a la que pertenece la madre e independientemente de la afiliación prenatal del recién nacido.

Parto por cesárea: se trata de todos los partos por cesárea de madres beneficiarias de la institución cuyo parto haya sido atendido por los servicios propios o contratados de

la institución a la que pertenece la madre e independientemente de la afiliación prenatal del recién nacido.

Total de partos: se trata del número total de partos asistidos a las madres beneficiarias de la institución. Se deberá consignar la edad de la madre según los grupos de edad previstos en el formulario.

Total de nacidos vivos: se trata del número total de nacidos vivos como producto de los partos atendidos de madres afiliadas a la institución.

CUADRO 4.4 – Atención en centro quirúrgico – Cirugía coordinada

Tiempo promedio de demora para la cirugía coordinada: **CUADRO EN DESUSO, SE RELEVA INFORMACIÓN POR SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ESPERA QUIRÚRGICA.**

CUADRO 4.5 – Control de embarazos

Número de embarazos captados en el primer trimestre: Se debe considerar el número de pacientes que tuvo una captación del embarazo en el primer trimestre, del total de partos asistidos en el mes.

CUADRO 4.6 – Número de defunciones de menores de 1 año

Se incluye en este formulario el registro de las defunciones de menores de 1 año. Para ello se considerarán todos aquellos afiliados de menos de 1 año que hayan fallecido en el mes en cuestión según los siguientes tramos de edad: menores de 7 días, de 7 a 28 y de 29 a 365 días.

–Servicios de diagnóstico y tratamiento

Se consideran como tales todos aquellos servicios de apoyo a los servicios de atención ambulatoria y de internación que realizan estudios y procedimientos de carácter diagnóstico o terapéutico.

CUADRO 5.1 – Servicios de diagnóstico y tratamiento – Cantidad de exámenes de laboratorio

Se considerará la totalidad de estudios de laboratorio clínico destinados a los beneficiarios de la institución y realizados con recursos propios o contratados.
Se registrará la cantidad total de exámenes realizados, discriminadas en las siguientes categorías:

- **Atención ambulatoria**: se discriminarán en consulta no urgente centralizada (policlínica), consulta no urgente domicilio (radio), consulta urgente centralizada y consulta urgente domiciliaria. Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las categorías anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención ambulatoria.

- **Atención en internación**: se registrarán los análisis realizados a pacientes internados en las diferentes modalidades de internación (Internación Domiciliaria; Cuidados Básicos; Cuidados Moderados y CTI-CI). Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las modalidades anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención en internación.

- **Sin datos:** Se registrarán los análisis realizados que no se pueda identificar la procedencia.

CUADRO 5.2 – Servicios de diagnóstico y tratamiento – UVR de exámenes de laboratorio

Se considerará la totalidad de estudios de laboratorio clínico destinados a los beneficiarios de la institución y realizados con recursos propios o contratados.

Se registrará la cantidad total de unidades de valor relativo (UVR) de los exámenes de laboratorio, definidas por la Asociación Uruguaya de Laboratorios de Análisis Clínicos (AULAC), discriminadas en las siguientes categorías:

- **Atención ambulatoria**: se discriminarán en consulta no urgente centralizada (policlínica), consulta no urgente domicilio (radio), consulta urgente centralizada y consulta urgente domiciliaria. Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las categorías anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención ambulatoria.

- **Atención en internación**: se registrarán las UVR de los análisis realizados a pacientes internados en las diferentes modalidades de internación (Internación Domiciliaria; Cuidados Básicos; Cuidados Moderados y CTI-CI). Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las modalidades anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención en internación.

- **Sin datos:** Se registrarán las UVR de los análisis realizados que no se pueda identificar la procedencia.

CUADRO 5.3 – Servicios de diagnóstico y tratamiento – Cantidad de estudios de radiología convencional

Se considerará la totalidad de estudios de radiología destinados a los beneficiarios de la institución y realizados con recursos propios o contratados.

- **Atención ambulatoria**: se discriminarán en consulta no urgente centralizada (policlínica), consulta no urgente domicilio (radio), consulta urgente centralizada y consulta urgente domiciliaria. Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las categorías anteriores, pero que se conoce su pertenencia a Atención ambulatoria.

- **Atención en internación**: se registrarán los estudios realizados a pacientes internados en las diferentes modalidades de internación (Internación

Domiciliaria; Cuidados Básicos; Cuidados Moderados y CTI-CI). Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las modalidades anteriores, pero que si se conoce que pertenece a Atención en internación.

- **Sin datos:** Se registrarán los estudios realizados que no se pueda identificar la procedencia.

CUADRO 5.4 – Servicios de diagnóstico y tratamiento – UVR de estudios de radiología convencional

Se considerará la totalidad de estudios de radiología destinados a los beneficiarios de la institución y realizados con recursos propios o contratados. Se registrará el total de unidades de valor relativo (UVR) definidas por la Asociación Uruguaya de Médicos Radiólogos discriminadas en las siguientes categorías:

- **Atención ambulatoria**: se discriminarán en consulta no urgente centralizada (policlínica), consulta no urgente domicilio (radio), consulta urgente centralizada y consulta urgente domiciliaria. Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las categorías anteriores, pero que si se conoce que pertenece a Atención ambulatoria.

- **Atención en internación**: se registrarán las UVR de los estudios realizados a pacientes internados en las diferentes modalidades de internación (Internación Domiciliaria; Cuidados Básicos; Cuidados Moderados y CTI-CI). Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las modalidades anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención en internación.

- **Sin datos:** Se registrarán las UVR de los estudios realizados que no se pueda identificar la procedencia.

CUADRO 5.5 – Servicios de diagnóstico y tratamiento – Cantidad de ecografías

Se considerará la totalidad de ecografías destinadas a los beneficiarios de la institución y realizadas con recursos propios o contratados.

- **Atención ambulatoria**: se discriminarán en consulta no urgente centralizada (policlínica), consulta no urgente domicilio (radio), consulta urgente centralizada y consulta urgente domiciliaria. Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las categorías anteriores, pero que si se conoce que pertenece a Atención ambulatoria.

- **Atención en internación**: se registrarán los estudios realizados a pacientes internados en las diferentes modalidades de internación (Internación Domiciliaria; Cuidados Básicos; Cuidados Moderados y CTI-CI). Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las modalidades anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención en internación.

- **Sin datos:** Se registrarán los estudios realizados que no se pueda identificar la procedencia.

CUADRO 5.6 – Servicios de diagnóstico y tratamiento – Cantidad de eco doppler

Se considerará la totalidad de eco doppler destinados a los beneficiarios de la institución y realizados con recursos propios o contratados.

- **Atención ambulatoria**: se discriminarán en consulta no urgente centralizada (policlínica), consulta no urgente domicilio (radio), consulta urgente centralizada y consulta urgente domiciliaria. Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las categorías anteriores, pero que si se conoce que pertenece a Atención ambulatoria.

- **Atención en internación:** se registrarán los estudios realizados a pacientes internados en las diferentes modalidades de internación (Internación Domiciliaria; Cuidados Básicos; Cuidados Moderados y CTI-CI). Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las modalidades anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención en internación.

- **Sin datos:** Se registrarán los estudios realizados en los cuales no sea posible identificar la procedencia.

CUADRO 5.7 – Servicios de diagnóstico y tratamiento – Cantidad de Tomografías Axial Computarizada

Se considerará la totalidad de TAC destinadas a los beneficiarios de la institución y realizadas con recursos propios o contratados.

- **Atención ambulatoria**: se discriminarán en consulta no urgente centralizada (policlínica), consulta no urgente domicilio (radio), consulta urgente centralizada y consulta urgente domiciliaria. Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las categorías anteriores, pero que si se conoce que pertenece a Atención ambulatoria.

- **Atención en internación**: se registrarán los estudios realizados a pacientes internados en las diferentes modalidades de internación (Internación Domiciliaria; Cuidados Básicos; Cuidados Moderados y CTI-CI). Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las modalidades anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención en internación.

- **Sin datos:** Se registrarán los estudios realizados en los cuales no sea posible identificar la procedencia.

CUADRO 5.8 – Servicios de diagnóstico y tratamiento – Cantidad de Resonancia Nuclear Magnética.

Se considerará la totalidad de RNM destinadas a los beneficiarios de la institución y realizadas con recursos propios o contratados.

- **Atención ambulatoria**: se discriminarán en consulta no urgente centralizada (policlínica), consulta no urgente domicilio (radio), consulta urgente centralizada y consulta urgente domiciliaria. Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las

categorías anteriores, pero que si se conoce que pertenece a Atención ambulatoria.

- **Atención en internación**: se registrarán los análisis realizados a pacientes internados en las diferentes modalidades de internación (Internación Domiciliaria; Cuidados Básicos; Cuidados Moderados y CTI-CI). Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las modalidades anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención en internación.

- **Sin datos:** Se registrarán los estudios realizados en los cuales no sea posible identificar la procedencia.

CUADRO 5.9 – Servicios de diagnóstico y tratamiento – Cantidad de endoscopias.

Se considerará la totalidad de endoscopias destinadas a los beneficiarios de la institución y realizadas con recursos propios o contratados.

- **Atención ambulatoria**: se discriminarán en consulta no urgente centralizada (policlínica), consulta no urgente domicilio (radio), consulta urgente centralizada y consulta urgente domiciliaria. Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las categorías anteriores, pero que si se conoce que pertenece a Atención ambulatoria.

- **Atención en internación**: se registrarán los estudios realizados a pacientes internados en las diferentes modalidades de internación (Internación Domiciliaria; Cuidados Básicos; Cuidados Moderados y CTI-CI). Se agrega la opción de sin discriminar para aquellos casos en que no se tenga el dato discriminado en las modalidades anteriores, pero que sí se sabe que pertenece a Atención en internación.

- **Sin datos:** Se registrarán los estudios realizados en los cuales no sea posible identificar la procedencia.

–Medicamentos

CUADRO 6.1 – Recetas expedidas y gasto de medicamentos

Número de recetas expedidas en atención ambulatoria: Se consignará el total de las recetas expedidas a nivel de las consultas ambulatorias discriminando según edad y sexo, dentro de las siguientes categorías:

- No Urgentes: se consignarán las recetas de policlínica y radio.
- Urgencia Centralizada
- Urgencia Domiciliaria
- Hospital de Día
- Sin Discriminar: se consignarán las recetas expedidas en atención ambulatoria que no sea posible discriminar según los criterios mencionados anteriormente.

Gasto de medicamentos en Atención ambulatoria: Se deberá consignar el gasto total por concepto de medicamentos destinados a la Atención Ambulatoria, siguiendo la misma apertura mencionada en Número de Recetas Expedidas.

Gasto de medicamentos en Atención en internación: Se deberá consignar el gasto total por concepto de medicamentos destinados a la Atención en Internación, discriminando por edad y sexo, dentro de las siguientes modalidades:

- Cuidados Básicos
- Internación Domiciliaria
- Cuidados Moderados
- CTI/CI
- Sin discriminar: se consignará el gasto de medicamentos en internación que no sea posible discriminar dentro de las modalidades mencionadas anteriormente.

Se considerará solamente el gasto destinado a los beneficiarios de la Institución (es decir no incluye gasto por concepto de IMAE ni venta de servicios).

CUADRO 6.2 – Recetas expedidas y gasto de medicamentos por categorías de medicamentos seleccionadas

Se deberá consignar el número de recetas expedidas a nivel ambulatorio y el gasto total por concepto de medicamentos en atención ambulatoria y en internación de los medicamentos incluidos en los siguientes capítulos:

- Oncología
- Antirretrovirales
- Antibióticos
- Psiquiatría
- Cardiovascular
- Inmunología
- Neurología

–Datos anuales

CUADRO 7.1 – Atención ambulatoria – Beneficiarios

Número de beneficiarios que consultaron por primera vez en el año en policlínica: se incluyen todos aquellos beneficiarios que consultaron en los servicios de policlínica en el año. Es decir, más allá que un beneficiario haya utilizado el servicio de policlínica más de una vez en el año, se contabiliza solamente una vez. Se quiere medir la extensión de uso del servicio, cuántos beneficiarios hacen uso de un servicio en el correr del año, sin importar si ese beneficiario repite el uso. Su número no podrá ser mayor que el número de consultas registradas en policlínica.

Número de beneficiarios que consultaron por primera vez en el año en urgencia centralizada: se incluyen todos aquellos beneficiarios que consultaron en el servicio de urgencia centralizada en el año. Es decir, más allá que un beneficiario haya utilizado el servicio de urgencia centralizada más de una vez en el año, se contabiliza solamente una vez. Se quiere medir la extensión de uso del servicio, cuántos beneficiarios hacen uso de un servicio en el correr del año, sin importar si ese beneficiario repite el uso. Su número no podrá ser mayor que el número de consultas registradas en ese servicio.

CUADRO 7.2. – Atención en internación – Beneficiarios

Número de beneficiarios que ingresaron a internación en el año: se incluyen todos aquellos beneficiarios que ingresaron a internación en el año. Es decir, más allá que un beneficiario haya utilizado el servicio de internación más de una vez en el año, se contabiliza solamente una vez. Se quiere medir la extensión de uso del servicio, cuántos beneficiarios hacen uso de un servicio en el correr del año, sin importar si ese beneficiario repite el uso. Se considerarán los ingresos en cualquier modalidad o nivel de cuidados.

Número de beneficiarios que ingresaron a internación en el año en cuidados moderados: se incluyen todos aquellos beneficiarios que ingresaron a internación en el año. En este caso, se considerarán solamente los ingresos en Cuidados Moderados. Es decir, más allá que un beneficiario haya utilizado el servicio de internación de Cuidados Moderados más de una vez en el año, se contabiliza solamente una vez.

CUADRO 7.3. – Salud bucal– Beneficiarios

Número de beneficiarios que consultaron en forma programada en el año: se incluyen todos aquellos beneficiarios que consultaron en odontología en forma programada en el año. Es decir, más allá que un beneficiario haya utilizado el servicio de salud bucal más de una vez en el año, se contabiliza solamente una vez. Se quiere medir la extensión de uso del servicio, cuántos beneficiarios hacen uso de un servicio en el correr del año, sin importar si ese beneficiario repite el uso. Su número no podrá ser mayor que el número de consultas odontológicas programadas registradas en policlínica.

Número de beneficiarios que consultaron en urgencia odontológica en el año: se incluyen todos aquellos beneficiarios que consultaron en el servicio de urgencia odontológica en el año. Es decir, más allá que un beneficiario haya utilizado el servicio de urgencia odontológica más de una vez en el año, se contabiliza solamente una vez. Se quiere medir la extensión de uso del servicio, cuántos beneficiarios hacen uso de un servicio en el correr del año, sin importar si ese beneficiario repite el uso. Su número no podrá ser mayor que el número de consultas odontológicas urgentes.

Se recuerda que los cuadros 7.1, 7.2 y 7.3 deben enviarse en forma ANUAL.

SINADI ASISTENCIAL

Área Economía de la Salud

Ministerio de Salud Pública

Tel.: 1934 INT.1105

Avenida 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Tel.: 1934. **msp.gub.uy**