



GUÍA METODOLÓGICA

Enero de 2013

Movilidad Regulada de los usuarios del Seguro Nacional de Salud - FONASA

¿Quiénes pueden cambiarse?

Los usuarios amparados por el FONASA que al 31 de enero tengan por lo menos tres años de afiliación a una misma Institución de asistencia médica podrán afiliarse a otra de las que integran el SNIS (según el decreto N° 3 de enero de 2011).

También podrán cambiarse los beneficiarios a través del FONASA que hubieran sido registrados de oficio en ASSE (por no haber elegido otra Institución de Salud cuando tuvieron oportunidad de hacerlo).

¿Cuándo pueden cambiarse?

Entre el 1° y el 28 de febrero de 2013

¿Cómo pueden cambiarse?

El cambio se realiza de forma personal: en las sedes y locales de la Institución de salud elegida.

El Ministerio de Salud Pública recomienda mirar los indicadores publicados en esta página web antes de hacer la elección de la nueva Institución de Salud. Se presentan datos de la ubicación geográfica de las sedes, indicadores asistenciales, indicadores asociados a Metas, nivel de satisfacción de los usuarios y dotación de recursos humanos, además de las tasas moderadoras.

Durante todo el año...

La JUNASA autoriza la movilidad de aquellos usuarios que:

- demuestren disconformidad con la atención recibida, configurándose la ruptura del vínculo asistencial
- por cambios de domicilio no tengan garantizado el acceso a la asistencia.

A su vez, en todo momento los usuarios pueden:

- cambiarse a ASSE
- cambiarse a un Seguro Integral
- suspender su afiliación a un Seguro Integral, debiendo regresar a su anterior Institución de Salud.

Seguros Integrales...

Aquellos usuarios que opten por afiliarse a un Seguro Integral a través del FONASA, podrán tener que realizar un pago adicional a la Institución de Salud, de modo de complementar el monto volcado desde el FONASA. Dicho pago o cuota complementaria no está regulada, por lo que la Institución de Salud puede fijarla libremente.



INDICADORES PUBLICADOS

La presente guía pretende orientar en la comprensión de los indicadores publicados en el sitio web del M.S.P en oportunidad de la apertura del período de movilidad regulada en el próximo mes de febrero.

Los datos se encuentran disponibles para todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Seguros Privados Integrales y A.S.S.E. a nivel departamental.

Esta publicación tiene como objetivos, por un lado, el de servir a la población como insumo al momento de tomar una decisión en relación a la permanencia o cambio de institución de salud, y por el otro, el de presentar una herramienta para el análisis del sector en base a la información disponible, presentada en forma de indicadores comparables que pretenden aproximarse a distintas dimensiones del proceso asistencial, su accesibilidad y resultados.

La información a partir de la cual se construyeron los indicadores presentados proviene de las diversas fuentes desde las cuales el M.S.P., o bien la JU.NA.SA., recaban regularmente información de las Instituciones de Salud.

Dado que no existen estándares que actúen como línea de referencia para evaluar a las distintas instituciones en base a los indicadores publicados, la utilidad del análisis radica en la comparación entre instituciones de acuerdo a las características a las que cada usuario asigne mayor valor.¹

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD:

- **Nombre completo de la Institución de Salud**
- **Página web**

La Junta Nacional de Salud plantea como obligación que todas las Instituciones deben contar con página web, que incluya como mínimo nombre, teléfono, horarios de atención, cartelera de servicios y formas de acceso, nómina de profesionales, director/a técnico/a y precios de tasas moderadoras.

¹ Para los indicadores “Razón [Consultas en policlínica] / [Consultas urgentes centralizadas]” y “Razón [Consultas con especialidades básicas] / [Consultas con resto de las especialidades]” se presentan como referencia los valores promedios del país para dichos indicadores al interior de cada uno de estos subsectores: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Seguros Privados, A.S.S.E.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

- **Ubicación de la Sede Principal**

Dirección de la sede principal de la Institución de Salud.

- **Localidad y departamento de los Servicios de Atención Ambulatoria**

Ubicación de los servicios de atención ambulatoria de la Institución de Salud.

Se define atención ambulatoria como la actuación realizada por uno o más miembros del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación, ya sea en el ámbito institucional o en domicilio.

- **Localidad y departamento del Servicio de Internación**

Ubicación de los servicios de internación de la Institución de Salud.

Las Instituciones de Salud pueden contar con servicios de internación propios, contratar los mismos en su totalidad a otras Instituciones, o tener una combinación de ambas modalidades.

METAS ASISTENCIALES:

Las Metas Asistenciales son herramientas que dispone la JUNASA para orientar la conducta de las Instituciones de Salud hacia los objetivos planteados por el SNIS y las políticas diseñadas por el MSP.

A través de la Meta 1 se pretende fortalecer el Programa Nacional de Atención a la Niñez con énfasis en la vigilancia y control adecuado del crecimiento, el desarrollo, el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, la detección precoz de defectos congénitos y la promoción de hábitos de vida saludables.

Al mismo tiempo, y considerando la importancia del binomio madre-hijo, se establecieron metas para el embarazo. De esta forma, las Instituciones estarán garantizando la continuidad del cuidado de las mujeres durante el proceso del embarazo, con los más altos niveles de calidad.

Las metas 2 y 3 buscan impulsar el papel del médico de referencia en el primer nivel de atención, ya que este abordará integralmente los problemas de salud del paciente. La visión integral del paciente y el vínculo longitudinal con el mismo, a lo largo de sus diferentes etapas de la vida o de su periplo asistencial, son parte de las claves para asegurar el cambio de modelo que tiene como objetivo la Reforma de la Salud.

Indicador: % de niños de un año correctamente controlados

Fecha del dato: Promedio de los últimos cuatro trimestres (octubre 2011-setiembre 2012)



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Metodología: A través de la meta 1 se intenta apoyar el correcto control del niño en sus primeros años de vida, tanto en la captación del recién nacido y en la visita domiciliaria al recién nacido de riesgo como en los controles durante el primer, segundo y tercer año de vida.

El indicador seleccionado dentro de los controles del niño en sus primeros años de vida, refiere al porcentaje de niños de un año que están controlados según pauta ministerial (10 controles en el primer año de vida). Para su construcción se tomó un promedio de los últimos cuatro trimestres con información (desde octubre de 2011 hasta setiembre de 2012).

Indicador: % de embarazadas correctamente controladas

Fecha del dato: Promedio de los últimos cuatro trimestres (octubre 2011 - setiembre 2012)

Metodología: También mediante la meta 1 se intenta priorizar la salud de la embarazada. En este contexto, se incentiva que las embarazadas sean captadas de forma temprana y tengan un correcto control durante su embarazo, alcanzando al menos 6 controles al momento del parto y teniendo exámenes odontológicos y estudios de HIV y VDRL. El indicador seleccionado en este caso para reflejar el correcto control de la embarazada refiere al porcentaje de embarazadas que llegan al parto con al menos 6 controles. Se toma un promedio de los últimos cuatro trimestres con información (desde octubre de 2011 hasta setiembre de 2012).

Indicador: % de adolescentes con consulta con su médico de referencia

Fecha del dato: Julio - Agosto - Setiembre 2012

Metodología: Desde la meta 2 se pretende apoyar los controles de salud de los adolescentes del país, quienes tienen derecho a una consulta gratuita anual con su médico de referencia. El indicador refiere al porcentaje de adolescentes entre 12 y 19 años que fueron al menos una vez a consulta con su médico de referencia desde julio de 2010 en adelante. En este caso, los valores que se presentan corresponden a los porcentajes alcanzados en el trimestre Julio – Agosto – Setiembre 2012.

Indicador: % de adultos con consulta con su médico de referencia

Fecha del dato: Julio - Agosto - Setiembre 2012

Metodología: También desde la meta 2 se apunta a apoyar la realización de un control preventivo de salud gratuito con su médico de referencia en los adultos entre 45 y 64 años. El control incluye, en el caso que no estén vigentes,



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

estudios de glicemia, colesterolemia y fecatest de forma gratuita (sin costo de ticket). Este indicador refiere al porcentaje de adultos entre 45 y 64 años que fueron al menos una vez a consulta con su médico de referencia desde julio de 2010 en adelante. Los valores presentados en este indicador corresponden a los porcentajes alcanzados en el trimestre Julio – Agosto – Setiembre 2012.

Indicador: % de adultos mayores con consulta con su médico de referencia

Fecha del dato: Julio - Agosto - Setiembre 2012

Metodología: La meta 3 consiste en apoyar la realización de un control de salud gratuito con su médico de referencia en los adultos mayores de 65 años o más. Los adultos mayores de 65 años tienen derecho a un control preventivo anual gratuito con su médico de referencia, mientras que los adultos mayores de 75 años tienen derecho a dos controles preventivos anuales con su médico de referencia. En ambos casos también tienen derecho a recibir el Carné del Adulto mayor, que tiene como objetivo resumir la situación global de salud y las condiciones más relevantes para la atención de las personas adultas mayores, a los efectos de facilitar información en el contacto con los equipos de atención en todos los niveles. En este caso se selecciona, para reflejar el correcto control de los adultos mayores, el indicador referido al porcentaje de adultos mayores entre 65 y 74 años que fueron al menos una vez a consulta con su médico de referencia desde julio de 2010 en adelante.

Los valores presentados en este indicador corresponden a los porcentajes alcanzados en el trimestre Julio – Agosto – Setiembre 2012.

INDICADORES ASISTENCIALES (CONSULTAS):

Indicador: razón [consultas policlínica] / [consultas urgentes centralizadas]

Fecha del dato: Octubre 2011 - Setiembre 2012

Metodología: Este indicador refleja la relación entre las consultas ambulatorias de policlínica y las consultas urgentes centralizadas, es decir las efectuadas a nivel del Servicio de Urgencia - Emergencia Institucional, realizadas en el último año (desde octubre de 2011 hasta setiembre de 2012). El número de consultas en cada ámbito son informadas al MSP por las Instituciones mensualmente.

El cambio en el modelo de atención que se está implementando prioriza la prevención y promoción de salud, así como el diagnóstico precoz, a diferencia



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

del enfoque de respuesta a la enfermedad que ha caracterizado el sistema de salud del país antes de la Reforma. Las actividades de prevención y promoción, diagnóstico y tratamiento precoz se realizan fundamentalmente a partir del ámbito ambulatorio no urgente, mientras que las consultas urgentes responden a la presencia de alteraciones agudas de la salud. Por lo tanto, valores altos de la razón [consultas Policlínica] / [consultas urgentes centralizadas], indicarían un modelo de atención más asociado al promovido por el nuevo modelo.

Promedios:

- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva País: 5,9
- Seguros Privados: 8,0
- ASSE País: 2,5

Indicador: razón [consultas especialidades básicas] / [consultas resto de las especialidades]

Fecha del dato: Octubre 2011 - Setiembre 2012

Metodología: Este indicador refleja la relación entre las consultas de especialidades básicas (Medicina General, Pediatría y Ginecoobstetricia) y las consultas del resto de las especialidades (Cirugía General, Especialidades Médicas y Quirúrgicas), realizadas en el último año (desde octubre de 2011 hasta setiembre de 2012). El número de consultas en cada especialidad son informadas al MSP por las Instituciones mensualmente.

El nuevo modelo de atención que se está implementando, pretende favorecer la entrada al Sistema de Salud por el Médico de Referencia o Médico tratante del usuario (correspondiente a especialidades básicas), de forma de mejorar la calidad de atención y satisfacción del paciente. En tal sentido, un mayor valor del indicador podría estar indicando un comportamiento más acorde al nuevo modelo.

Promedios:

- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva País: 1,1
- Seguros Privados: 0,8
- ASSE País: 1,8

INDICADORES SOBRE SATISFACCIÓN Y DERECHOS DE LOS USUARIOS

Los tres indicadores que se definen a continuación surgen de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios, que se desarrolló durante los meses de setiembre y



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

octubre de 2010 y abarcó a afiliados de todas las Instituciones de Salud que conforman el Seguro Nacional Integrado de Salud.

Tradicionalmente, el concepto de calidad asistencial se relacionaba con el cumplimiento de normas y estándares científico – técnicos: calidad objetiva. Hoy en día se incluye una nueva dimensión que ocupa un sitio de especial relevancia: la satisfacción de necesidades y expectativas del usuario: calidad percibida.

Es una medición que complementa otros indicadores de desempeño de naturaleza diferente, ya sea de cumplimientos de metas, de dotación de stocks de tecnologías o personal, y también de mecanismos institucionales tales como las Oficinas de Atención al Usuario, por ejemplo.

En su gran mayoría, la encuesta la llevó adelante el consorcio de las siguientes empresas encuestadoras: CIFRA, Equipos MORI, Factum, INTER CONSULT, OPCION Consultores.

Los resultados de este estudio, para el global del sistema de salud, se encuentran disponibles en la página web del MSP: http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_4983_1.html

Cabe aclarar que este indicador proporciona información sobre la "calidad percibida", por lo tanto, no constituye una medida "objetiva" de desempeño, ya que se formula desde la subjetividad de las personas que contestaron la encuesta, es decir, se basa en sus propias experiencias, necesidades, expectativas, etc.

Esta encuesta se realizó de forma telefónica, a un grupo representativo de usuarios de cada Institución, definiéndose previamente que los posibles afiliados a encuestar serían aquellos que hubieran utilizado los servicios del primer nivel de atención en los últimos doce meses, es decir, los usuarios que en el año previo a la encuesta hubieran consultado con médico general y/o especialista en un Centro de Salud -centralizado, descentralizado, consultorio médico-, Médico a domicilio o Urgencia centralizada.

FICHA TÉCNICA:

- Universo: Usuarios del primer nivel que se hayan atendido en su centro en el último año.
- Resultados de 42 Instituciones distribuidas en todo el país (incluyendo ASSE).
- Tamaño muestral de cada Institución: 350 casos, con un margen de error aproximado +/- 5 puntos según el tamaño de cada Institución (salvo ASSE con N=600).
- Modo de aplicación: telefónica.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

- Marco muestral: provisto por cada Institución (usuarios de la Institución, se entrevista a aquellos que se hayan atendido en el último año).
- Modo de selección de la muestra: la muestra es probabilística y se aplican cuotas de sexo y edad para asegurar que los resultados ajusten a la composición del universo mencionado.
- Los resultados incluyen la información de 3 Instituciones que NO trabajaron con las empresas responsables del estudio. Dichos resultados son de exclusiva responsabilidad de esas Instituciones.

A lo largo de la encuesta, se indaga sobre los siguientes aspectos vinculados con los Servicios del Primer Nivel de Atención:

- Respeto en el trato: Trato personal de los distintos actores del sistema, personal administrativo, enfermería y médicos: amabilidad, respeto, no diferenciación en el trato, etc.
- Accesibilidad (organizativo-funcional, económica, geográfica): cercanía de los centros de atención, facilidad de acceso a los profesionales, disponibilidad de especialistas y de medicamentos, tiempos de espera, complejidad de las gestiones, capacidad económica de uso, etc.
- Competencias de los profesionales médicos: tiempo dedicado, disposición a escuchar y claridad y cantidad de la información que le brinda, eficacia para solucionar problemas
- Continuidad asistencial: ¿los diferentes profesionales cuentan con toda la información sobre el paciente?
- Confort y amenidades del entorno físico: comodidad de los espacios, limpieza, ventilación, señalización, etc.
- Difusión de Derechos y mecanismos para su ejercicio: Información sobre derechos y obligaciones: ¿Reciben información al respecto de su centro de salud? ¿Conocimiento sobre lugares donde presentar una queja o sugerencia?

Indicador: Satisfacción de los Usuarios con los servicios del Primer Nivel de Atención (2010)

Fecha del dato: Setiembre - Octubre de 2010

Metodología: La pregunta que se tomó como base para este indicador es de carácter más general, y dice "Teniendo en cuenta todos los aspectos evaluados ¿Cuán satisfecho se encuentra con "INSTITUCIÓN X"?: ¿Muy satisfecho, Satisfecho, Ni Satisfecho Ni Insatisfecho, Insatisfecho, Muy Insatisfecho?".

El valor de satisfacción que se presenta para cada Institución resulta del promedio de las opiniones de los afiliados encuestados. El valor del indicador para cada Institución se hallará comprendido entre 2 y 10, de acuerdo a los siguientes valores.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

MUY SATISFECHO: 10
SATISFECHO: 8
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO: 6
INSATISFECHO: 4
MUY INSATISFECHO: 2

Cuanto mayor sea el valor que el indicador tome, más positiva se considera la valoración global que los usuarios tienen del primer nivel de atención brindado por la Institución.

A lo largo de la encuesta se utilizó una escala del 1 al 5, pero con el fin de que los valores sean más intuitivamente comprensibles, se llevó la escala a valores sobre 10. Para ello simplemente se multiplicaron todos los valores por 2.

Indicador: Entrega de Información sobre Derechos (2010)

Fecha del dato: Setiembre - Octubre de 2010

Metodología: La pregunta que se tomó como base para este indicador es de carácter más general, y dice "En los últimos doce meses, ¿ha recibido por parte de "INSTITUCIÓN X" alguna información respecto a sus Derechos como usuario?"

El valor que se presenta refiere al porcentaje de usuarios que indicaron haber recibido información, en el último año, sobre sus Derechos por parte de su Institución de la Salud. Por tratarse de un porcentaje, el valor del indicador para cada Institución se hallará comprendido entre 0 y 100.

Cuanto mayor sea el valor más positivo se considera el desempeño de la Institución en cuanto a la difusión de los Derechos entre sus usuarios en general y en particular, sobre la distribución de la "Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud" (http://www.msp.gub.uy/ucsnis_5005_1.html) según lo establece la cláusula 52 del Contrato de Gestión firmado en 2008 entre las Instituciones de Salud y la JUNASA (Decreto 464/008).

Indicador: Conocimiento de lugar donde presentar quejas y/o sugerencias (2010)

Fecha del dato: Setiembre - Octubre de 2010

Metodología: La pregunta que se tomó como base para este indicador es de carácter más general, y dice: "Si hoy tuviese una queja o sugerencia para hacerle a "INSTITUCIÓN X" ¿sabe qué tiene que hacer, a dónde se debe dirigir?"



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

El valor que se presenta refiere al porcentaje de usuarios que indicaron saber qué hacer o a dónde dirigirse en caso de querer realizar una queja o sugerencia a su Institución de Salud. Por tratarse de un porcentaje, el valor del indicador para cada Institución se hallará comprendido entre 0 y 100.

Cuanto mayor sea el valor más positivo se considera el desempeño de la Institución en cuanto a la difusión de los mecanismos existentes para el ejercicio de los Derechos de sus usuarios y para el planteo de denuncias cuando existan situaciones donde sean vulnerados. En particular, indica cuál ha sido su desempeño respecto de lo establecido en la cláusula 55 del Contrato de Gestión firmado en 2008 entre las Instituciones de Salud y la JUNASA (Decreto 464/008) según la cual las Instituciones de Salud deben tener Oficinas de Atención al Usuario en sus sedes principales y buzones de recepción en el resto de sus centros, los cuales deben estar ubicados en lugares destacados y de fácil acceso, así como señalización que indique las gestiones que allí se pueden realizar.

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN MEDICINA

Indicador: Comité de Seguridad del Paciente

Fecha del dato: Diciembre de 2012

Metodología: Cada Institución que brinda asistencia médica integral, sea Pública o Privada, debe disponer de una Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (COSEPA). Dicha Comisión tiene por objetivo diseñar, implementar y evaluar acciones orientadas a garantizar la Seguridad del Paciente en su respectiva Institución. Este indicador da cuenta de la existencia o no de la COSEPA.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Indicador: Cargos de médicos generales en policlínica cada 10.000 usuarios mayores de 14 años

Fecha del dato: Febrero 2012 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Agosto 2012 (ASSE)



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Metodología: Los cargos de policlínica de medicina general para el subsector privado son de 26 horas mensuales según el laudo del SMU del subsector privado. Para el cálculo del indicador, para el caso de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para los médicos generales dividido 26 hs. De esta forma se obtienen la cantidad de cargos de 26 hs en policlínica de Medicina General para el subsector privado. En el caso de ASSE se realiza el cálculo según la cantidad de personas que trabajan en policlínica, ya que no se cuenta con la información de la carga horaria que desempeñan. Luego se calcula la cantidad de cargos por la población de referencia, que en este caso se consideran los mayores de 14 años.

Indicador: Cargos de médicos ginecólogos en policlínica cada 10.000 usuarias mayores de 14 años

Fecha del dato: Febrero 2012 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Agosto 2012 (ASSE)

Metodología: Los cargos de policlínica de ginecología para el subsector privado son de 26 horas mensuales según el laudo del SMU del subsector privado. Para el cálculo del indicador, para el caso de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para los ginecólogos dividido 26hs. De esta forma se obtienen la cantidad de cargos de 26 hs en policlínica de Ginecología para el subsector privado. En el caso de ASSE se realiza el cálculo según la cantidad de personas que trabajan en policlínica, ya que no se cuenta con la información de la carga horaria que desempeñan. Luego se calcula la cantidad de cargos por la población de referencia, que en este caso se consideran las mujeres mayores de 14 años.

Indicador: Cargos de médicos pediatras en policlínica cada 10.000 usuarios menores de 14 años

Fecha del dato: Febrero 2012 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Agosto 2012 (ASSE)

Metodología: Los cargos de policlínica de pediatría para el subsector privado son de 26 horas mensuales según el laudo del SMU del subsector privado. Para el cálculo del indicador, para el caso de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para los médicos pediatras dividido 26 hs. De esta forma se obtienen la cantidad de cargos de 26 hs en policlínica de Pediatría para el subsector privado. En el caso de ASSE se realiza el cálculo según la cantidad de personas que trabajan en policlínica, ya que no se cuenta con la información de la carga horaria que desempeñan. Luego se calcula la cantidad de cargos por



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

la población de referencia, que en este caso se consideran los menores de 14 años.

Indicador: Cargos de auxiliares de enfermería en policlínica cada 10.000 usuarios (totales)

Fecha del dato: Febrero 2012 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Agosto 2012 (ASSE)

Metodología: Los cargos de policlínica de auxiliares de enfermería para el subsector privado son de 144 horas mensuales según el laudo de la FUS. Para el cálculo del indicador, para el caso de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para las auxiliares de enfermería dividido 144 hs. De esta forma se obtienen la cantidad de cargos de 144 hs en policlínica de Auxiliares de Enfermería para el subsector privado. En el caso de ASSE se realiza el cálculo según la cantidad de personas que trabajan en policlínica, ya que no se cuenta con la información de la carga horaria que desempeñan. Luego se calcula la cantidad de cargos por la población de referencia, que en este caso se consideran los usuarios totales.

Indicador: Cargos de licenciadas de enfermería en policlínica cada 10.000 usuarios (totales)

Fecha del dato: Febrero 2012 (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros). Agosto 2012 (ASSE)

Metodología: Los cargos de policlínica de licenciadas de enfermería para el subsector privado son de 144 horas mensuales según el laudo de la FUS. Para el cálculo del indicador, para el caso de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, se realizó la suma de las horas totales contratadas en policlínica para las licenciadas de enfermería dividido 144 hs. De esta forma se obtienen la cantidad de cargos de 144 hs en policlínica de Licenciadas de Enfermería para el subsector privado. En el caso de ASSE se realiza el cálculo según la cantidad de personas que trabajan en policlínica, ya que no se cuenta con la información de la carga horaria que desempeñan. Luego se calcula la cantidad de cargos por la población de referencia, que en este caso se consideran los usuarios totales.

PRECIOS DE TICKETS Y ÓRDENES

Fecha del dato: Enero 2013



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Metodología: Los precios del listado son los valores máximos de tickets y órdenes que las Instituciones están autorizadas a cobrar a sus afiliados a partir de enero de 2013, desagregados en: precio máximo cobrado al interior del colectivo de afiliados a través del FONASA y precio máximo cobrado a los afiliados NO FONASA.

El listado de prestaciones cuyos precios se encuentran publicados es el siguiente:

- Medicamentos
- Consulta Medicina General
- Consulta Especialista
- Llamado Médico de Radio
- Llamado Médico de Urgencia
- Consulta puerta (Urgencia)
- Consulta Odontológica
- Consulta Pediatría
- Consulta Ginecoobstetricia
- Consulta Ginecología
- Rutina de laboratorio (hemograma, glicemia, creatinina, colesterol total, colesterol HDL, examen de orina).
- RX de tórax
- RX de columna
- Radiología: Colon por enema doble contraste
- Ecografía de abdomen
- Ecografía Ginecológica
- Ecodoppler: Vascular periférico (miembros)
- Tomografía Axial: una región, sin contraste
- Resonancia: una región, sin contraste
- Endoscopia: Fibrogastroscofia sin anestesia

Los precios incluyen 10% de IVA y timbres profesionales (\$17 para los tickets de medicamentos y \$59 para los análisis clínicos, estudios y técnicas diagnósticas).

Desde setiembre de 2012 se estableció que ningún precio puede ser superior a \$1200 más IVA y timbres (precio al afiliado: \$1379).

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva pueden aumentar sus tickets y órdenes solamente cuando sea autorizado a través de decretos del Poder Ejecutivo (generalmente cada seis meses). Los precios podrán ser reducidos en cualquier momento si las Instituciones así lo desean, pero no podrán aumentarse en otra fecha distinta a la de los decretos de aumento de precios. Se podrá consultar en cada Institución la existencia de beneficios especiales para diferentes colectivos de afiliados.



Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Los precios de tickets y órdenes de los seguros privados integrales son fijados por cada seguro, quien podrá modificarlos según establezca el contrato firmado entre el prestador y sus afiliados. Los valores que se publican en esta oportunidad provienen de la información disponible en el MSP, ya que por tratarse de precios que no se encuentran regulados, en el marco de un régimen de libre contratación, los seguros no tienen la obligación de informar los valores cobrados.