

Trabajo de Investigación

Medwave. Año XI, No. 11, Noviembre 2011. Open Access, Creative Commons.

Variación en los indicadores de control médico del niño menor de 1 año y de la mujer embarazada con el incentivo del pago de metas asistenciales en la Institución CUDAM

Autores: Marcelo Morales⁽¹⁾, Jorge Fernandez⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Institución de Asistencia Médica Colectiva CUDAM, Montevideo, Uruguay

Correspondencia: marmor@adinet.com.uy

doi: 10.5867/medwave.2011.11.5227

Ficha del Artículo

Citación: Morales M, Fernandez J. Variación en los indicadores de control médico del niño menor de 1 año y de la mujer embarazada con el incentivo del pago de metas asistenciales en la Institución CUDAM *Medwave* 2011 Nov;11(11) doi: 10.5867/medwave.2011.11.5227

Fecha de envío: 27/6/2011

Fecha de aceptación: 11/10/2011

Fecha de publicación: 1/11/2011

Origen: no solicitado, ingresado por FTS

Tipo de revisión: con revisión externa por 3 revisores a doble ciego

Resumen

Introducción: La instauración del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay a partir del año 2007 motivó modificaciones en el financiamiento de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Cobran del Fondo Nacional de Salud (FONASA) por sus socios derivados de la seguridad social (SS) una cuota de salud compuesta por:

a) Un *per cápita* ajustado por riesgo (94%);

b) Un componente por cumplimiento de desempeño (6%), en función del cumplimiento de tres metas asistenciales.

La meta 1 tiene un componente del niño menor de 1 año y un componente de la mujer embarazada. Para ambos componentes se establecieron líneas de base institucionales (julio 2007-setiembre 2008) en los controles de los pacientes de ambos grupos de edad. Lo anterior motivó informes trimestrales de cumplimiento con un cobro de \$48/usuario FONASA/mes por cumplimiento. Las líneas de base medias para niños y embarazadas controladas fueron para la IAMC CUDAM de 64% y 59% respectivamente.

Esta institución cuenta con 42.000 usuarios, 95% derivados de SS, presentando 45 nacimientos, 585 niños

Objetivos: Evaluar a dos años (julio-setiembre 2010):

a) Los porcentajes medios de cumplimiento de CUDAM para niños y embarazadas con control médico;

b) Relación entre el ingreso institucional a través del FONASA por meta 1 y los niños y embarazadas en control médico en el trimestre.

Métodos: Es un estudio retrospectivo de los niños y embarazadas con control médico de CUDAM. A su vez cada meta tiene 6 indicadores (N: niños, M: mujeres). Del niño: N1 y N2: derivación y captación del recién nacido, N3: controles según pauta, N4: vacunación vigente, N5: ecografía de cadera y de la embarazada, N6: acreditación en buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño y mujeres embarazadas. Mujer embarazada: M1: controles según pauta, M2: hoja del sistema informático perinatal, M3: HIV y VDRL realizados, M4: captación en 1º trimestre, M5 y M6: control odontológico del embarazo y puerperio.

Resultados: Los porcentajes medios de cumplimiento para niños y embarazadas aumentaron a 92% (164 niños adicionales) y 88% (117 embarazadas adicionales) respectivamente.

El ingreso mensual institucional por la meta 1 fue \$1.915.200 (1 US\$=\$20). El ingreso promedio/mensual fue de \$1.637 y \$2.364 por niño y mujer embarazada, respectivamente.

Conclusión: el incentivo del cobro de meta 1 permitió mejorar significativamente los indicadores de control materno-infantiles de CUDAM.

Abstract

Introduction: The establishment of National Integrated Health System in Uruguay from 2007 led to changes in the financing of the Collective Health Care Institutions (IAMC). They charge the National Health Fund (FONASA) for their partners from social security (SS) a health fee consists of:

- a) A risk-adjusted capita (94%)
- b) A component for compliance with performance (6%), depending on the fulfillment of three goals of care.

Goal 1 is a component of the child under 1 year and a component of the pregnant woman. For both components were established institutional baseline (July 2007-September 2008) in the control patients in both age groups. This motif COMPLIANCE quarterly reports with a fee of \$48/user FONASA/month for average baseline compliment. Las for children and pregnant women were monitored for IAMC CUDAM 64% and 59% respectively.

This institution has 42,000 users, 95% derived from SS, featuring 45 births, 585 children <1 year and 405 pregnant women tested monthly.

Objectives: Evaluate two years (July-September 2010):

- a) The mean percentages of compliance for children and pregnant CUDAM with medical control
- b) Relationship between income through the FONASA insitucional for goal 1 and children and pregnant women in medical management during the quarter

Methods: a retrospective study of children and pregnant women with medical control CUDAM. In turn, each target has 6 indicators (N: children, F: females). Child: N1 and N2: derivation and acquisition of the newborn, N3: controls as a guideline, N4: current vaccination, N5: ultrasound hip and pregnant, N6: accreditation in good feeding practices for infants and young children and pregnant women. Pregnant woman: M1 controls as a guideline, M2: leaf perinatal information system, M3: HIV and VDRL performed, M4: uptake in 1 st quarter, M5 and M6: dental checkup during pregnancy and postpartum.

Results: The mean percentages of compliance for children and pregnant women increased to 92% (164 additional children) and 88% (117 additional pregnant) respectively.

Insitucional monthly income for the goal 1 was \$1,915,200 (US\$1 = \$20).

Average income/month was \$1,637 and \$2,364 per child and pregnant women respectively.

We conclude that the target incentive payment of 1 allowed to significantly improve the indicators of child and maternal control of CUDAM.

Palabras clave: metas, indicadores, niños, embarazada

Abreviaturas:

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

FONASA: Fondo Nacional de Salud

CUDAM: Centro Uruguayo de Asistencia Médica

Introducción y objetivos

En Uruguay el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud¹ busca mejorar el acceso universal de la atención en salud para toda la población, en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano.

Con su instauración, a partir del año 2007 se realizaron modificaciones en el financiamiento de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Para esto se creó un Fondo Nacional de Salud (FONASA)², al cual aportan todos los trabajadores públicos y privados (un porcentaje de sus ingresos) y los organismos empleadores de éstos también aportan un porcentaje fijo.

El FONASA paga a las IAMC por sus afiliados a través de la seguridad social (SS) una cuota de salud compuesta por:

- a) Un componente de per cápita unificada, ajustada por edad y sexo (riesgo), la cual constituye el 94% de la cuota.
- b) Un componente por cumplimiento de desempeño vinculado al cumplimiento de 3 metas asistenciales³, la cual constituye el 6% adicional de la cuota.

El pago por desempeño comenzó en Australia en 1994 y se desarrolló posteriormente en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda⁴. Su objetivo fue generar incentivos a la calidad, pagando a cambio de que determinadas actividades se hicieran como se espera que se hagan, de acuerdo a ciertas normas preestablecidas⁴. Si disponemos de una serie de metas claramente definidas, teniendo bien determinada la manera de medirlas y evaluarlas, podemos comparar el nivel de

ejecución y cumplimiento de las metas en diferentes sistemas de salud.

En Uruguay estas metas asistenciales son tres:

- a) Meta 1: referente a los controles médicos del niño hasta el primer año de vida y el control médico de la mujer embarazada.
- b) Meta 2: 1. Instrumentación del médico de referencia en los grupos de población de 15 a 19 y de 45 a 64 años. 2. Capacitación de los funcionarios de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en temas previamente seleccionados.
- c) Meta 3: atención del adulto mayor de 65 años.

Desde el punto de vista del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, estas metas asistenciales son vistas como potentes herramientas (desde el financiamiento) para contribuir al cambio del modelo de atención⁴, priorizando la atención primaria de salud. Este cambio de modelo plantea una mayor coordinación intrainstitucional y cambios en los sistemas de información de las instituciones, que debieron acomodarse para poder alcanzar sus objetivos⁴.

Como vimos en referencia a la Meta 1, existen dos grandes componentes: control médico del niño durante su primer año de vida; y control médico de la mujer embarazada. Para ambos componentes se establecieron líneas de base institucionales realizadas entre julio de 2007 y setiembre de 2008, con los controles de los pacientes de ambos grupos de edad. Para CUDAM las líneas de base (medias) para niños y mujeres embarazadas en control fueron de 64% y 59% respectivamente (del total de afiliados/as). Posteriormente se informan porcentajes trimestrales de cumplimiento (creciente) con un cobro de \$48 por usuario FONASA/por mes de cumplimiento. Toda la información presentada sobre las metas de salud infantil y salud materna debe estar contenida debidamente en las historias clínicas, documentos que son auditados posteriormente por el Ministerio de Salud para verificar la autenticidad de los datos informados.

La institución de Asistencia Médica Colectiva CUDAM cuenta con 42.000 usuarios, el 95% a través de la SS; presenta un promedio de 45 nacimientos, 585 niños menores de 1 año y 405 embarazadas controlados mensualmente. El presente trabajo tiene como **objetivo** evaluar a dos años (julio-setiembre 2010):

- a) Porcentajes medios de cumplimiento de CUDAM para niños y embarazadas con control médico.
- b) Relación entre el ingreso institucional a través del FONASA por la meta 1 y niños y embarazadas en control médico en el trimestre.

Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo de la población de niños y embarazadas con control médico en CUDAM en el período referido; los dos grandes componentes de meta 1

son: 1) Control del niño menor de 1 año. 2) Control de la mujer embarazada.

- 1) Tiene a su vez 6 componentes (N) (basado en el Programa Nacional de la Salud de la Niñez)⁵.
 - a) N1: derivación con pediatra del recién nacido.
 - b) N2: captación por pediatra del niño antes de los 10 días de vida.
 - c) N3: controles con pediatra del niño (que cumple un año en el mes) según pauta (9 controles adicionales hasta el año de vida).
 - d) N4: certificado del esquema de vacunación vigente.
 - e) N5: ecografía de cadera realizada antes de los 4 meses de vida.
 - f) N6: acreditación en buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.
- 2) Tiene a su vez 6 componentes (M):
 - a) M1: controles de la mujer embarazada con ginecólogo según pauta.
 - b) M2: hoja del sistema informático perinatal correcta y completamente llenada.
 - c) M3: exámenes de HIV y VDRL realizados en el primer y tercer trimestre.
 - d) M4: captación de las mujeres embarazadas en el 1° trimestre de su embarazo.
 - e) M5: control odontológico de la mujer embarazada.
 - f) M6: control odontológico del puerperio.

Luego establecimos el porcentaje medio de cumplimiento entre los 6 subcomponentes correspondientes a los niños y las embarazadas (promedio). Para esto se le asignó igual peso relativo a cada uno de estos componentes. Para cuantificar cada uno de los indicadores se analizó el total de las historias clínicas del grupo de referencia en cada mes del trimestre y se identificó el porcentaje de control logrado.

Creamos entonces para ambos grupos de edad un porcentaje medio de cumplimiento inicial (2007-2008) y otro a dos años (julio-setiembre 2010). Estos últimos fueron calculados como promedio de los 6 componentes de cada grupo de edad.

Resultados

Los porcentajes medios de cumplimiento para niños menores de 1 año y embarazadas en control médico aumentaron en promedio a 92% (164 niños adicionales) y a 88% (117 embarazadas adicionales) respectivamente.

En la figura 1 vemos los porcentajes de cumplimiento de los componentes de los dos grupos de edad para el 2008 y el 2010 (a partir de los cuales fueron calculados los promedios de cumplimiento analizados en cada grupo) y los porcentajes de aumento logrados. Las medias de los porcentajes de aumento tienen traducción en el total de niños y mujeres embarazadas que mejoraron sus indicadores de control.

Evolución de los componentes:

Recién Nacido	Componente	2008	2010	Mejora de los indicadores
	Derivados	95%	100%	5%
	Captados	80%	100%	20%
Primer año de vida	Control según pauta	52%	80%	28%
	Certificado de vacunación	52%	93%	41%
	Lactancia	No cumple	Sí cumple	
	Ecografía de cadera	38%	90%	52%
Medias de cumplimiento		64%	92%	28%
Embarazo y Parto	Mujeres c/ 6 ó + controles	75%	95%	20%
	Historias SIP completas	48%	88%	40%
	Control HIV y VDRL	48%	88%	40%
	Captación primer trimestre	68%	83%	15%
	Embarazada deriv. odont.	37%	82%	45%
	Puérpera control odont.	73%	95%	22%
Medias de cumplimiento		59%	88%	29%

Figura 1: Comparación de metas asistenciales 2008-2010 en CUDAM

El ingreso mensual institucional por meta 1 fue de \$1.915.200 (1US\$=\$20). El ingreso promedio/mensual institucional fue de \$1.637 y \$2.364 por niño y embarazada correctamente controladas, respectivamente.

Discusión/Conclusiones

El incentivo institucional del cobro de la meta 1 permitió mejorar significativamente los indicadores de control médico materno-infantil de CUDAM.

No se ha podido al momento actual medir el impacto de estas metas en indicadores puramente asistenciales, lo que será un desafío para futuras evaluaciones. Para éstas debemos considerar adicionalmente los beneficios económicos derivados del correcto control de estos grupos

de población (menor cantidad de internaciones y complicaciones en estos grupos de pacientes).

Referencias

1. Ley 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). D.O. Uruguay: 2007 Dic 13; N° 27384. [↑ | Link |](#)
2. Ley 18.131. Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA). D.O. Uruguay: 2007 May 31; N° 27248. [↑ | Link |](#)
3. Instructivo de Metas Asistenciales; JUNASA, Ministerio de Salud Pública, Uruguay. [↑ | Link |](#)
4. Buglioli M, Dean A, Esponda F, Raffaele E. El pago de los servicios de salud por parte del SNS. Transformar el Futuro. Metas Cumplidas y desafíos renovados en el



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.