

Meta 1
Meta Niño niña y mujer
Julio 2016 – marzo 2017
Versión octubre 2016

1) Introducción.

Las metas asistenciales buscan fortalecer los procesos asistenciales que den garantía para la atención integral, accesible y efectiva de la población en su conjunto.

A partir de la evaluación de los resultados obtenidos en el cumplimiento de los indicadores de meta 1 en los períodos anteriores, se modifican y/o se reorientan los de julio 2016- marzo de 2017 de forma de continuar impulsando mejoras en el desempeño de las instituciones en la atención en salud de la población de niños, niñas y mujeres. Esta meta está a su vez alineada con los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) definidos por el Ministerio de Salud constituyéndose en una herramienta que contribuirá a su consecución.

2) Período de aplicación de la meta.

El período de aplicación del presente instructivo, será desde julio 2016 a marzo de 2017.

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

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

3) Entrega de información

Formato de entrega

Los datos correspondientes a los numeradores y denominadores de cada indicador serán informados en el programa informático de Meta 1. A su vez, las instituciones enviarán una planilla con los datos nominalizados de cada una de las poblaciones consideradas en la meta, de acuerdo a los formatos establecidos por Metas Asistenciales.

Modalidad de entrega

La información será ingresada en el programa informático <http://colo1.msp.gub.uy/MSPMetasAsistenciales/servlet/hmspsegprincipal>, mientras

que las planillas con los datos nominalizados serán enviadas vía correo electrónico a metasasistenciales@msp.gub.uy; debiendo el archivo llevar el nombre "INSTITUCIÓN M1 TRIMESTRE" (Ejemplo: PrestadorX M1 JAS2016). La institución recibirá una confirmación de recibo.

Entrega de protocolos de actuación. Se deben entregar los listados de las personas que por distintos motivos no adhieren a los controles de salud. Deben quedar identificados correctamente y de forma de poder localizarlos. Estos listados se enviarán en planilla Excel (en formato enviado por Metas Asistenciales) vía correo electrónico, con firma escaneada del Director Técnico de la Institución.

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

Fechas de entrega

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

Fecha y hora límite de entrega de información		
Trimestre	Fecha límite de entrega de información	Hora
Julio-agosto-setiembre 2016	Martes 1º de noviembre de 2016	12:00
Octubre-noviembre-diciembre 2016	Miércoles 1º de febrero de 2017	12:00
Enero-febrero-marzo 2017	Martes 2 de mayo de 2017	12:00

4) Indicadores

X1) Captación del Recién Nacido

En este caso se mantiene el indicador con el que se viene trabajando en anteriores anualidades.

<u>Indicador</u>
Numerador: N° de niños nacidos vivos afiliados a la institución que presentan su primer control médico en los primeros 10 días de vida.
Denominador: N° de nacidos vivos afiliados a la institución.

La información del denominador será comparado con la información volcada por la institución al RUCAF

Aclaraciones

Se entiende por niños captados aquellos recién nacidos que efectivamente cuenten con un control médico dentro de los primeros 10 días de vida, sea por concurrencia a la consulta o a través de visita domiciliaria realizada por pediatra o médico de familia. Se tendrán en cuenta los niños afiliados a la institución, sin importar si han nacido en ésta o en otra. A su vez se debe realizar la captación del recién nacido que al momento del alta, aún no esté afiliado a ninguna institución. La captación

que no se pueda realizar en consultorio deberá realizarse con visita domiciliaria del pediatra o médico de familia.

Para el caso de los recién nacidos con riesgos biológicos¹, se considerará como captación sólo si concurrió a la consulta con pediatra o la visita domiciliaria fue realizada por pediatra procediendo con el protocolo de control de salud correspondiente.

Para la variable captación de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE.

En los casos en que la primera consulta coincida con un día de fin de semana o un feriado la institución deberá tomar las precauciones y coordinar consulta para el día anterior de las mencionadas fechas.

Se considerará al recién nacido como captado tomando el siguiente criterio:

- Si es dado de alta antes de los 3 días de nacido, debe ser captado en los primeros 10 días de vida.
- Si es dado de alta entre los 3 y los 10 días de nacido, debe ser captado antes de los 7 días del alta.
- Si es dado de alta después de los 10 días de nacido, se considera captado.

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de Historias Clínicas de los listados enviados por la institución.

El auditor basará la fiscalización del presente indicador en las siguientes pautas:

- Los datos clínicos del control de captación del recién nacido deben constar en la historia clínica, con fecha, firma y aclaración de firma del médico y/o firma y número de médico. Es necesaria que la fecha del alta esté visible en los datos a auditar para poder controlar los días de captación. El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.²
- En caso de no estar disponible la HC se acepta la Ficha Plan Aduana o similar creada por la institución que contenga todos los datos patronímicos del recién nacido y todos los datos clínicos correspondientes a un control de salud, con fecha, firma del médico y aclaración.
- No es válido, que solamente diga: "control", sino que se debe detallar lo que comprende un correcto control pediátrico apuntando a elevar la calidad de los registros clínicos. Como mínimo se debe registrar: edad, peso, talla, perímetro craneano, alimentación.

X2) Recién nacidos de riesgo

Este componente de la Meta 1 tiene dos objetivos: lograr la visita domiciliaria de recién nacido de riesgo y su seguimiento hasta los 24 meses.

¹ Se especifica en indicador visita domiciliaria que factores están incluidos como riesgo biológico.

² Ver Decreto 396/03

X2.1) Visita domiciliaria para recién nacidos de riesgo

La visita domiciliaria para los recién nacidos de riesgo busca tanto realizar el control de salud al niño como relevar información de su contexto socio-cultural, pesquisar la presencia de factores de riesgo para su salud y específicamente los vinculados a problemas de salud que afectan al niño. Además permite evaluar las prácticas de crianza, y orientar a la madre y su familia sobre el correcto cuidado de salud según el caso.

Indicador

Numerador: N° de niños recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que fueron dados de alta en el trimestre que informa y que tienen visita domiciliaria dentro de los 7 días posteriores al alta.

Denominador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que fueron dados de alta en el trimestre que informa.

La información del denominador será comparada con la información volcada al SIP.

Para este indicador se definieron algunos cambios basados en la catalogación de los criterios de riesgo, asignándoles las categorías de riesgo biológico o social. Se modifica el factor de riesgo "Prematuro con una edad gestacional de 36 semanas o menos", por "Prematuro con una edad gestacional de 34 semanas o menos". El resto de los factores de riesgo se mantienen iguales al período anterior.

Criterios de riesgo biológico:

- Prematuros (cambia la edad gestacional considerando ahora de 34 semanas o menos).
- Defecto o malformación congénita mayores:
 - ✓ Cardiopatías congénitas
 - ✓ Anomalías del sistema nervioso central: anomalías encefálicas, mielomeningocele, encefalocele.
 - ✓ Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas
 - ✓ Anomalías cráneo-faciales: labio leporino y/o, paladar hendido, fisuras faciales.
 - ✓ Malformaciones digestivas: atresias digestivas, ano imperforado.
 - ✓ Malformaciones urogenitales: patología estructural renal y de vía urinaria, criptorquidia, hipospadia, sexo ambiguo.
 - ✓ Defectos graves de miembros.
- Patologías diagnosticadas por el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal: hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, hipoacusia congénita.
- Patología que requirió cuidados intensivos.
- Antecedente de hermano fallecido antes del año de vida.

Criterios de riesgo social:

- Madre menor de 17 años.
- Madre consumidora de sustancias psicoactivas.

- Madre con patología psiquiátrica (depresión, psicosis) o retardo mental.
- Embarazo con cuatro o menos controles obstétricos realizados al momento del parto/cesárea.

Aclaraciones

Dentro de los 7 días posteriores al alta deberá realizarse visita domiciliaria con uno o más integrantes del equipo multidisciplinario conformado a esos efectos, a todos los recién nacidos de riesgo afiliados a la institución.

Para la variable visita domiciliaria de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE.

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de Historias Clínicas de los listados enviados por la institución.

El auditor basará la fiscalización del presente indicador en las siguientes pautas:

- Deben constar en la Historia Clínica los registros clínicos de la visita domiciliaria, a saber: datos patronímicos del niño y de la madre, fecha del alta sanatorial y fecha de la visita, factor/es de riesgo que motivó/aron la visita, registro de la visita propiamente dicha (valoración, acciones), responsable de la ejecución y firma, firma de madre, padre o cuidador.
- El registro podrá constar en Ficha de Visita Domiciliaria elaborada por el Programa de la Niñez, o ficha elaborada por la institución que contenga las pautas establecidas por el programa, que debe reunir los requisitos anteriormente mencionados.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.

X2.2) Control y seguimiento del recién nacido de riesgo

Este componente está enfocado en el correcto control y seguimiento de los recién nacidos de riesgo en 5 momentos.

Los recién nacidos de riesgo deberán ser controlados a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses.

X2.2.1) Control de niños nacidos de riesgo que cumplen tres meses en el trimestre.

<u>Indicador</u>
Numerador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen tres meses en el trimestre y cuentan con control pediátrico correspondiente según pauta del Ministerio de Salud.
Denominador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen tres meses en el trimestre.

X2.2.2) Control de niños nacidos de riesgo que cumplen 6 meses en el trimestre.

<u>Indicador</u>

Numerador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen seis meses en el trimestre y cuentan con control pediátrico correspondiente según pauta del Ministerio de Salud.

Denominador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen seis meses en el trimestre.

X2.2.3) Control de niños nacidos de riesgo que cumplen 12 meses en el trimestre.

Indicador

Numerador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen doce meses en el trimestre y cuentan con control pediátrico correspondiente según pauta del Ministerio de Salud.

Denominador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen doce meses en el trimestre.

X2.2.4) Control de niños nacidos de riesgo que cumplen 18 meses en el trimestre.

Indicador

Numerador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen 18 meses en el trimestre y cuentan con control pediátrico correspondiente según pauta del Ministerio de Salud.

Denominador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen 18 meses en el trimestre.

X2.2.5) Control de niños nacidos de riesgo que cumplen 24 meses en el trimestre.

Indicador

Numerador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen 24 meses en el trimestre y cuentan con control pediátrico correspondiente según pauta del Ministerio de Salud.

Denominador: N° de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen 24 meses en el trimestre.

El control pediátrico debe contener todos los elementos que hacen a un control pediátrico de calidad (peso, talla, alimentación, crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación, así como aquellos específicos que requiera una eventual patología del niño).

Las instituciones deberán especificar los motivos por los que se producen bajas en la planilla nominalizada de recién nacidos de riesgo así como incorporar las "alta" por nuevas afiliaciones.

En aquellos casos en que se identifiquen nuevas afiliaciones en el trimestre de niños que nacieron con riesgo, se deberá aclarar como "alta" en la planilla nominalizada.

Aclaración:

En el entendido de que un recién nacido que fue categorizado como de riesgo puede, a lo largo de su evolución, modificar esta condición, es que se han definido un subconjunto de criterios para reevaluar a los mismos.

La re-evaluación de los RN deberá realizarse al año de vida. Si los RN y lactantes presentan una **evolución positiva** se flexibilizará el seguimiento hasta los 12 meses de vida, en lugar de hasta los 24 meses, en los siguientes casos:

- **Prematuros** (con una edad gestacional de 34 semanas o menos). La flexibilización se aplica cuando la única condición de inclusión en la cohorte de riesgo es la prematurez y no hay otras patologías asociadas. Se define evolución positiva cuando sus indicadores de crecimiento y desarrollo adquieren un valor acorde a su edad cronológica.
- **Madre menor de 17 años.** La flexibilización se aplica a los RN hijos de adolescentes de **15 años o más** y se entiende evolución positiva cuando:
 - Se hayan cumplido los controles requeridos hasta los 12 meses.
 - **A partir de los 12 meses de vida** el niño presenta indicadores satisfactorios previstos en el correcto control pediátrico, particularmente en lo que refiere a crecimiento, desarrollo y cuidados.
- **Patología que requirió cuidados intensivos.** La flexibilización se aplica cuando:
 - el niño con la patología que requirió cuidados intensivos no evidenció complicaciones o secuelas al egreso de la institución.
 - el niño no requiere un seguimiento para despistar secuelas que se puedan presentar en la evolución.
 - cuando sus indicadores de crecimiento y desarrollo adquieren un valor normal para su edad.
- **Embarazo con cuatro o menos controles obstétricos realizados al momento del parto.** La flexibilización se aplica cuando:
 - A partir de los 12 meses de vida el niño presenta indicadores satisfactorios previstos en el correcto control pediátrico, particularmente en lo que refiere a crecimiento, desarrollo y cuidados.

Márgenes de tolerancia para los controles de seguimiento de los RN de riesgo.

Los recién nacidos de riesgo deben ser controlados a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Dando continuidad a lo planteado en anteriores anualidades, se mantendrá el criterio de flexibilización en las fechas de los controles, hasta ahora utilizado. De esta manera se tendrá una tolerancia de tiempo para los controles de los RN de riesgo según la edad del RN:

- Recién nacidos de riesgo que cumplen **3 meses**: se tendrá una tolerancia de +/- 1 semana.
- Recién nacidos de riesgo que cumplen **6 y 12 meses**: se tendrá una tolerancia de +/- 2 semanas.

- Recién nacidos de riesgo que cumplen **18 y 24 meses**: se tendrá una tolerancia de +/- 45 días. Se considera como excepción el caso de los niños que cumplen años en los últimos 10 días del trimestre, los que contarán con una tolerancia igual a la fecha de entrega de la meta.

Instructivo de Auditoría.

Se seleccionará una muestra de Historias Clínicas de los listados enviados por la institución para cada grupo de edad.

El auditor basará la fiscalización del presente indicador en las siguientes pautas:

- Forma de registro: Historia Clínica. Deberá constar fecha, edad, los registros clínicos pertinentes de un control pediátrico de calidad, más aquellos específicos que requiera una eventual patología del niño, esquema de vacunación (retraso máximo dos meses), firma del médico y aclaración de firma y/o firma y número de médico.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- En caso de no estar disponible la HC se acepta la Ficha Plan Aduana o similar creada por la institución que contenga todos los datos patronímicos del niño y todos los datos clínicos correspondientes a un control de salud, con fecha, firma del médico y aclaración.
- En aquellos casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño.
- Los niños que se excluyen del grupo de riesgo a partir de los 12 meses, deberán contar con en el registro de dicha consulta en la HC, en la cual deberá quedar consignada la evolución clínica positiva por parte del médico con fecha, firma del médico y aclaración.

X3) Control del niño

Este componente apunta al control de desarrollo durante la primera infancia.

X3.1) Controles en el primer año de vida

X3.1.1) Control del desarrollo

Se exigirá que los niños que cumplen un año en el trimestre cuenten con el control de desarrollo al 4º mes de vida, establecido por la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años del Ministerio de Salud.

Indicador

Numerador: N° de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre y cuentan con el control de desarrollo en el 4º mes de vida.

Denominador: N° de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre

La información del denominador será comparada con la información volcada por la institución al RUCAF

El control de desarrollo debe ser realizado por el pediatra o médico de familia y acompaña el control correspondiente al 4º mes de vida de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.

Existe un tiempo de flexibilización desde los 3 meses y 23 días del niño hasta los 5 meses y 7 días, para realizar dicho control.

El control debe quedar debidamente registrado en la HC, en la ficha destinada para tal fin completada en su totalidad. El resultado de dicho control se informará en la planilla nominalizada especificando para cada área su condición: normal, reevaluación o pase a especialista.

En caso de niños prematuros, se debe tener en cuenta que el control de desarrollo del 4º mes de vida debe ser realizado a los 4 meses de edad corregida.

Para la variable "control" de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE. Se elimina reporte de peso, talla y fecha de control en planilla nominalizada utilizada en el período anterior.

X3.1.2) Determinación de hemoglobina entre el 8º y el 12º mes de vida.

Indicador

Numerador: N° de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre y cuentan con determinación de hemoglobina entre el 8º Y 12º mes de vida.

Denominador: N° de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre.

La determinación de hemoglobina se debe realizar entre el 8º y el 12º mes de vida. Existe un tiempo de flexibilización que va desde los 7 meses y 15 días del niño hasta los 12 meses y 15 días, para realizar dicho control.

La institución deberá notificar el valor de dicho estudio en la planilla nominalizada (modificación de la columna "hemoglobina <11g/dl" por "valor hemoglobina"). Se elimina reporte de peso, talla y fecha de hemoglobina en planilla nominalizada utilizada en el período anterior.

Para la variable "Hemoglobina" de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO. Se elimina reporte de peso, talla y fecha de control en planilla nominalizada.

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de Historias Clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

El auditor basará la fiscalización del presente indicador en las siguientes pautas:

- Forma de registro: Historia Clínica. Deberá constar fecha, edad, los registros clínicos pertinentes, peso, talla, determinación de nivel de hemoglobina firma del médico y aclaración de firma.

- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- Debe estar detallado en HC el control de desarrollo del 4º mes realizado por pediatra o médico de familia, completando en su totalidad la ficha destinada para tal fin. Es importante remarcar que el registro del cuadro de resultados en dicha ficha es obligatorio: normal, reevaluación o pase a especialista.
- En los casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño y ficha de control de desarrollo.
- Si hay negativa de los padres para la realización del test de hemoglobina, deberá quedar consignado en la historia clínica, se considerará como protocolo y será válido para la meta.

X3.2) Control en el segundo año de vida

Se exigirá que los niños que cumplen dos años en el trimestre cuenten con el control de desarrollo al 18º mes de vida, establecido por la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años del Ministerio de Salud.

Indicador

Numerador: N° de niños que cumplieron 2 años de edad en el trimestre y cuentan con el control de desarrollo del 18º mes de vida.

Denominador: N° de niños que cumplieron 2 años de edad en el trimestre

La información del denominador será comparada con la información volcada por la institución al RUCAF.

El control del desarrollo debe ser realizado por el pediatra o médico de familia y acompaña el control correspondiente al 18º mes de vida de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.

Existe un tiempo de flexibilización en el control de más/ menos 45 días, es decir desde los 16 meses y 15 días hasta los 20 meses y 15 días del niño.

El control debe quedar debidamente registrado en la HC, completando en su totalidad la ficha destinada para tal fin. El resultado se informará en la planilla nominalizada especificando para cada área su condición: normal, reevaluación o pase a especialista

Para la variable "control" de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE. Se elimina reporte de peso, talla y fecha de control en planilla nominalizada utilizada en el período anterior.

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de Historias Clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

El auditor basará la fiscalización del presente indicador en las siguientes pautas:

- Forma de registro: Historia Clínica. Deberá constar fecha, edad, peso, talla, los registros clínicos pertinentes de un control pediátrico de calidad, firma del médico y aclaración de firma y/o firma y número de médico.

- Debe estar detallado en HC el control de desarrollo del 18° mes realizado por pediatra o médico de familia, completando en su totalidad la ficha destinada para tal fin (como consta en la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años). Es importante remarcar que el registro del cuadro de resultados en dicha ficha es obligatorio: normal, reevaluación o pase a especialista.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- En los casos en que el niño se atiende en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño y ficha de control del desarrollo.

X3.3) Controles en el cuarto año de vida

Se exigirá que los niños que cumplen cuatro años en el trimestre cuenten con el control de desarrollo al 48° mes de vida, establecido por la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años del Ministerio de Salud.

X.3.3.1) Control del desarrollo

Indicador
Numerador: N° de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre y cuentan con el control de desarrollo a los 48° meses de vida
Denominador: N° de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre

X.3.3.2) Control Odontológico

Indicador
Numerador: N° de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre y cuentan con control odontológico entre los 36 y 48 meses de vida.
Denominador: N° de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre

La información del denominador será comparada con la información volcada por la institución al RUCAF

El control del desarrollo debe ser realizado por el pediatra o médico de familia y acompaña el control correspondiente al 48° mes de vida, de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.

Existe un tiempo de flexibilización en el control de más/ menos 45 días, es decir desde los 46 meses y 15 días hasta los 50 meses y 15 días del niño. Los niños que cumplen años en los últimos 10 días del trimestre, contarán con una tolerancia igual a la fecha de entrega de la meta.

El control debe quedar debidamente registrado en la HC, completando en su totalidad la ficha destinada para tal fin. El resultado se informará en la planilla nominalizada especificando para cada área su condición: normal, reevaluación o pase a especialista

Para la variable "control" y "control odontológico" de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO. Se elimina reporte de peso, talla y fecha de control en planilla nominalizada.

El control odontológico debe ser realizado entre los 36° y 48° meses de vida por odontólogo y debidamente documentado en la HC.

X3.4) Control en el quinto año de vida

X.3.4.) Control oftalmológico hasta los 5 años de vida

Este indicador posee una flexibilización con respecto al período anterior. Se considerará válido cuando se efectúe entre los 3 y 5 años cumplidos del niño.

Esto implicará una nueva hoja en la planilla nominalizada con los afiliados que cumplen 5 años en el trimestre.

<u>Indicador</u>
Numerador: N° de niños que cumplieron 5 años de edad en el trimestre y cuentan con control oftalmológico entre los 36 y 60 meses de vida.
Denominador: N° de niños que cumplieron 5 años de edad en el trimestre

La información del denominador será comparada con la información volcada por la institución al RUCAF.

El control oftalmológico podrá ser realizado por oftalmólogo o técnico en oftalmología, entre los 36 y 60 meses de vida y deberá quedar debidamente registrado en la HC.

Para la variable "control oftalmológico" de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE.

Este indicador será exigido para la población de 5 años a partir del trimestre Octubre-Noviembre-Diciembre de 2016. Mientras que en el trimestre Julio- Agosto-Setiembre de 2016 la institución podrá reportar el control oftalmológico en la población de 4 años tal como se realizaba en el período anterior.

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de Historias Clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

El auditor basará la fiscalización del presente indicador en las siguientes pautas:

- Forma de registro: Historia Clínica. Deberá constar fecha, edad, peso y talla los registros clínicos pertinentes de un control pediátrico de calidad, firma del médico y aclaración de firma y/o firma y número de médico.
- Debe estar detallado en HC el control de desarrollo del 48° mes realizado por pediatra o médico de familia, completando en su totalidad la ficha destinada para tal (como consta en la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años). Es importante remarcar que el registro del cuadro de resultados en dicha ficha es obligatorio: normal, reevaluación o pase a especialista.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- En los casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño y ficha de control de desarrollo.

- Debe constar el registro del control odontológico realizado y registrado por odontólogo o constancia del mismo en caso de consulta particular, que incluya hallazgos clínicos, con firma, aclaración y fecha.
- Debe constar el registro de valoración oftalmológica realizado por oftalmólogo o técnico en oftalmología.

Información adicional

Las instituciones también deberán informar los siguientes datos:

- N° de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre.
- N° de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre y cuentan con el número total de controles y Certificado Esquema de Vacunación (CEV) vigente según pauta del Ministerio de Salud para el 4º año de vida.
- N° de niños que cumplieron 5 años de edad en el trimestre.
- N° de niños que cumplieron 5 años de edad en el trimestre y cuentan con el número total de controles y CEV vigente según pauta del Ministerio de Salud para el 5º año de vida.
- N° de niños que cumplieron 5 años de edad en el trimestre y cuentan con control odontológico durante el 5º año de vida.

X4) Embarazadas correctamente controladas según pauta

El correcto control del embarazo, de acuerdo a las guías y manuales emitidos por el Ministerio de Salud, minimiza las complicaciones del parto y del recién nacido.

El componente “Embarazadas correctamente controladas según pauta” está compuesto por cuatro indicadores: el primero relacionado con los controles obstétricos del embarazo, el segundo referido al control odontológico, el tercer indicador a la realización de la paraclínica de VIH y VDRL y el cuarto referido a capacitación de personal clave sobre algoritmos de atención en casos positivos de VDRL y VIH.

X4.1) Controles obstétricos del embarazo.

<u>Indicador</u>
Numerador: N° de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre y cuentan con 5 o más controles obstétricos realizados al momento del parto.
Denominador: N° de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre

X4.2) Control odontológico del embarazo.

Indicador

Numerador: N° de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre y cuentan con control odontológico realizado hasta las 25 semanas de gestación.

Denominador: N° de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre

X4.3) Control de HIV y VDRL.

Indicador

Numerador: N° de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre y cuentan con análisis paraclínicos de VDRL y HIV en el 1º, 2º y 3º trimestre de embarazo.

Denominador: N° de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre

Este indicador presenta una modificación con respecto al período anterior, basada en la pauta de la Guía de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud 2014. Se agrega la solicitud de controles de HIV y VDRL en el segundo trimestre del embarazo a los ya solicitados en primer y tercer trimestres de embarazo. Se agrega, por tanto, el control de HIV-VDRL en el segundo trimestre, entre las 18ª y 25ª semana de Edad Gestacional (E.G). Esta exigencia comenzará a partir del mes de noviembre de 2016. Esto es, en el trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2016, las mujeres que tuvieron parto/cesárea en octubre deberán tener al menos la paraclínica de VDRL y HIV en el 1º y 3º trimestre de embarazo; mientras que los partos de noviembre en adelante deberán contar con paraclínica de VDRL/HIV en cada uno de los trimestres de embarazo.

Así mismo se deberá informar en la planilla nominalizada de forma obligatoria, los casos de VDRL y HIV positivo, las acciones adoptadas y si se realizaron y enviaron al Ministerio de Salud las auditorías establecidas en las ordenanzas vigentes. La omisión del envío de esta información implicará el no pago de este indicador. Los formatos de las auditorías ante casos positivos de HIV y VDRL se encuentran disponibles en el Sistema Informático de Meta 1, en la opción "descarga de archivos".

Aclaraciones

Para los casos de mujeres afiliadas que presentan un parto o cesárea en el trimestre, y que no fueron captadas en el primer trimestre del embarazo, se incluirán en la población objetivo, y por lo tanto en el numerador y denominador, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Si ingresan en el segundo trimestre deberán tener realizado análisis paraclínicos de VDRL y VIH en el 2º y 3º trimestre.
- Si ingresan en el tercer trimestre deberán tener realizado análisis paraclínicos de VDRL y VIH en el 3º trimestre.
- Si ingresan en trabajo de parto la institución deberá tener realizado una prueba rápida de sífilis y HIV en el momento del parto.

En los casos de partos prematuros que no llegaron a realizarse el VDRL y VIH del tercer trimestre, se considerarán correctos para la meta si tienen realizados los controles de los primeros dos trimestres.

En aquellos casos en donde los análisis sean positivos, deberá constar en la HC la constancia del tratamiento correspondiente.

En los casos en donde la embarazada se afilie a la institución luego de los 6 meses de gestación, no se exigirá que tenga realizado el control odontológico.

Toda mujer que se afilia a la institución cursando el embarazo debe ser informada en el total de partos, dejando registro en la planilla nominalizada que se afilió cursando el mismo.

X4.4) Capacitación en algoritmos de atención en casos positivos de VDRL y VIH.

Este componente tiene por objetivo fortalecer las estrategias para disminuir la transmisión vertical de HIV y VDRL. El Ministerio de Salud realizará una capacitación al personal vinculado a la temática sobre la adecuada asistencia en casos positivos de VDRL y VIH.

Para **el trimestre julio-agosto-setiembre de 2016** las instituciones deberán entregar un listado con los nombres de Director/es técnicos médicos; director/es de laboratorio/s, jefe/es de servicio de ginecología y referentes institucionales encargados de informar las auditorías de VDRL y HIV. Además, deberán designar de este listado los siguientes representantes que concurrirán a la capacitación a desarrollarse en el trimestre octubre-noviembre-diciembre:

- Un titular y un suplente de la dirección técnica de la institución
- Un titular y un suplente de servicio de ginecología de la institución.
- Un titular y un suplente de la dirección de laboratorios. En caso de poseer servicios de laboratorios tercerizados, la institución garantizará la difusión de los nuevos algoritmos a dicho servicio, por lo que asignará un titular y un suplente de la institución responsable de la difusión del nuevo algoritmo.
- Un titular y un suplente de los encargados de informar las auditorías de VDRL/HIV al Ministerio de Salud.

Para **el trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2016** las instituciones deberán cumplir con la asistencia de al menos 3 personas (un representante de la dirección técnica, un representante del servicio de ginecología y un referente responsable de informar las auditorías al Ministerio de Salud) al curso de capacitación dictado por el Ministerio de Salud sobre **algoritmos de atención** e intervenciones para disminuir la transmisión vertical de sífilis y VIH.

La realización del curso se comunicará con antelación y se coordinarán dos oportunidades en diferentes días y horarios. Se solicitará ficha de inscripción al curso y se llevará registro de asistencia por parte del Ministerio de Salud, el que permitirá validar posteriormente el indicador notificado por la institución.

Indicador

Numerador: N° de referentes de la institución que concurren a la capacitación en algoritmos de atención e intervenciones para disminuir la transmisión vertical de sífilis y VIH¹.

Denominador: 3 (un representante de la dirección técnica, un representante del servicio de ginecología y un responsable de informar las auditorías de VDRL y VIH)

Nota: Deben haber concurrido al menos un representante de la dirección técnica, uno del servicio de ginecología y un responsable de informar las auditorías de VDRL y VIH, para validar.

Para el trimestre enero-febrero-marzo de 2017 las instituciones deberán cumplir con la asistencia de al menos 2 personas (un representante de la dirección técnica y un representante de dirección de laboratorio), al curso de capacitación dictado por el Ministerio de Salud sobre nuevos **algoritmos diagnósticos de sífilis y VIH**.

La realización del curso se comunicará con antelación y se coordinarán dos oportunidades en diferentes días y horarios. Se solicitará ficha de inscripción al curso y se llevará registro de asistencia por parte del Ministerio de Salud, el que permitirá validar posteriormente el indicador notificado por la institución.

Indicador
Numerador: Nº de referentes de la institución que concurren a la capacitación en algoritmos diagnósticos de sífilis y VIH. ¹
Denominador: 2 (un representante de la dirección técnica y un representante dirección de laboratorio)

Nota: Deben haber concurrido al menos un representante de la dirección técnica, y un representante de laboratorio.

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de Historias Clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Forma de registro: Historia Clínica o HCPB. Deberá contar con fecha de los controles obstétricos, y con el registro de los análisis paraclínicos realizados, firma y aclaración de firma del médico/partera.
- HIV-VDRL: Se auditará la realización de la paraclínica de VDRL/HIV de los tres trimestres, tanto en los registros de Historia Clínica consignado por ginecólogo o partera, como del carné obstétrico y HCPB. En caso de no contar con el registro de los análisis se verá el informe de laboratorio de los mismos.
- En caso que la embarazada hubiese comenzado sus controles en otra institución, se deberá disponer de fotocopia de historia clínica o fotocopia de carné obstétrico.
- Control odontológico: Historia Clínica Odontológica o comprobante de control odontológico (con fecha, firma y aclaración de firma del odontólogo). Debe constar la edad gestacional. Puede estar registrado en el carné obstétrico, en cuyo caso se debería sacar fotocopia del carné y anexarlo a la historia clínica.

X5) Historia Clínica Perinatal Básica

Este componente comenzó con el requisito del llenado de la HCPB en papel. Posteriormente se agregó el requisito de cargado de los datos de la hoja SIP en el sistema informático.

Para este período el indicador continúa sin cambios. Se exigirá el cargado y volcado de las HCPB al Sistema Informático Perinatal.

Para el cumplimiento del indicador se establece un máximo de datos faltantes en el conjunto de historias cargadas en el Sistema Informático. Dicho porcentaje no deberá ser mayor al 5%,

Si se supera dicho porcentaje, se dará por incumplido el indicador e implicará el no pago del mismo.

<u>Indicador</u>
Numerador: N° de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre cuya Historia Clínica Perinatal Básica fue volcada al sistema informático SIP y enviada al Ministerio de Salud en forma completa.
Denominador: N° de afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre.

Aclaraciones

El cargado de los datos a la base del SIP se hará con su última versión: 4.09 (actualizada el 1° de junio de 2016). Se encuentra disponible en <http://www.clap.ops-oms.org/sistemas/>.

Para obtener el porcentaje de falta de llenado con control de consistencia del total de historias cargadas al sistema del trimestre, se debe acceder a la pantalla inicial del SIP y elegir la opción "Falta de información por variable". Se despliega un cuadro que contiene un campo a la derecha: control de consistencia. Se activa y luego se ejecuta. El sistema analiza la falta de información por cada variable y además da un resumen en la parte superior derecha: "La tendencia de falta de información es....."

Instructivo de Auditoría

Se auditará número de HC y calidad de las mismas.

Se cruzará la información enviada por la institución a Metas Asistenciales con la información recibida por el área SIP del Ministerio de Salud. Del mismo modo se verificará que los datos faltantes de la base enviada sean menores al 5%.

Dado que la HCPB así como su volcado al Sistema Informático Perinatal son documentos médico legales, ambos deben ser coincidentes entre sí, lo cual será observado al momento de la auditoría.

Aclaración: La HCPB debe estar completa en la totalidad de los campos (excepto aquellos que no corresponda según instructivo de llenado del SIP).

X6) Género y Generaciones

Dando continuidad a la capacitación y sensibilización para el abordaje de las situaciones de Violencia, que constituyen un problema grave de Salud Pública, en esta anualidad se plantea abordar situaciones de violencia tanto doméstica como sexual aguda. En línea con los objetivos sanitarios y en base a lo que el área programática de Violencia Basada en Género y Generaciones ha trabajado durante el período 2014 a 2016 se busca que cada institución establezca los lineamientos de abordaje de atención a las situaciones de violencia doméstica hacia la mujer mayor de 15 años y a las situaciones de violencia sexual aguda.

Trimestre julio-agosto-setiembre de 2016. Entrega de Protocolo preliminar, que será analizado y validado por el área Programática de VBG del Ministerio de Salud. El mismo se construirá con la integración de las pautas institucionales dirigidas al abordaje y asistencia a los casos de violencia doméstica en mujeres mayores de 15 años; y abordaje y asistencia a la violencia sexual aguda a lo largo del ciclo vital.

Los insumos institucionales para el cumplimiento de este indicador son por un lado el protocolo institucional de abordaje a las situaciones de violencia doméstica creado en el 2015 por cada institución, y por otro lado las Pautas de actuación frente a situaciones de violencia sexual aguda en servicios de urgencia y emergencia definidas por el Ministerio de Salud en 2015 para menores de 19 y mayores de 19 años (ambos sexos). El diseño del nuevo informe será realizado por el equipo de referencia en violencia en coordinación con la dirección técnica pudiendo incluir también a otros equipos que se consideren pertinentes.

Trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2016: Entrega de Protocolo definitivo de abordaje y asistencia de los casos de violencia doméstica en mujeres mayores de 15 años y abordaje y asistencia a la violencia sexual aguda a lo largo del ciclo vital.

Trimestre enero-febrero-marzo de 2017: Difusión e implementación del Protocolo Institucional de abordaje y asistencia de los casos de violencia doméstica en mujeres mayores de 15 años y abordaje y asistencia a la violencia sexual aguda a lo largo del ciclo vital en ambos sexos.

El indicador se cumplirá con la entrega de un informe sobre las acciones realizadas.

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

Instructivo de Auditoría

En los informes presentados deberán constar todos los ítems que serán planteados por el Ministerio de Salud en sintonía con las pautas del Área competente. Estos informes serán analizados por el Área Programática de VBG quien indicará si los mismos cumplen o no con las pautas establecidas.

X7) Pesquisa de violencia doméstica

El objetivo del presente indicador es continuar con la indagación de existencia de violencia doméstica como procedimiento de rutina en la práctica médica y de todos los profesionales de la salud en los diferentes ámbitos asistenciales.

La franja de mujeres pesquisadas en violencia doméstica, continúa incorporando a todas las mujeres mayores de 15 años, y la pesquisa será realizada en todos los ámbitos de atención a la salud.

Indicador
Numerador: Número de mujeres de 15 años o más afiliadas a la institución con pesquisa de violencia doméstica realizadas en el trimestre.
Denominador: número de mujeres de 15 años o más de la institución.

Aclaraciones

Existen cambios en los valores a alcanzar en este indicador y en la vigencia de la pesquisa. El indicador deja de ser acumulativo y pasa a ser uno de información trimestral (pesquisas realizadas únicamente en el trimestre). En cuanto a la vigencia, se debe realizar la pesquisa a aquellas mujeres mayores de 15 años que no se las haya indagado en los 24 meses anteriores.

Deben pesquisarse a un 1% de las mujeres mayores de 15 años afiliadas a la institución en el trimestre.

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

Las pesquisas podrán ser realizadas por el médico general, ginecólogo o médicos de otras especialidades u otros profesionales no médicos, siempre que éstas se realicen en el contexto de la asistencia habitual.

Se insiste en que la intención es que la indagación sobre la existencia de violencia doméstica se integre a los procedimientos de rutina. No corresponde que se creen dispositivos específicos para la indagación, ni que ésta se realice fuera del ámbito de atención (por ejemplo: Sala de espera o un consultorio exclusivo para la pesquisa).

No deberá completarse el formulario sino que deberá ser utilizado como una guía para la consulta, así como el algoritmo de VD. Quedará registro en la HC de la realización de la pesquisa y el diagnóstico, con fecha y la firma del integrante del equipo de salud que realizó la pesquisa.

Si bien la pesquisa puede ser realizada por diferentes profesionales y técnicos, debe estar vinculada a un programa institucional que dé seguimiento a las usuarias detectadas en situación de violencia doméstica. La realización de la pesquisa por otros integrantes del equipo de salud, se considera válida en un contexto que también asegure el conocimiento y por ende la responsabilidad del médico de intervenir en esta situación.

Información obligatoria

Las instituciones también deberán informar los siguientes datos:

- 1) Número de mujeres en situación de violencia doméstica detectadas en el trimestre.
- 2) Número de mujeres en situación positiva de violencia, valoradas con riesgo y/o daño alto, derivadas a los Equipos de Referencia en Violencia.
- 3) Número de mujeres en situación positiva de violencia, valoradas con riesgo y/o daño alto, derivadas a los Equipos de Referencia en Violencia efectivamente asistidas por dicho equipo. A su vez de estas situaciones se deberá informar el o los tipos de violencia identificada (física, psicológica o emocional, sexual y/o patrimonial).
- 4) Casos de violencia sexual aguda y violencia física en el ámbito de la violencia doméstica detectados en servicios de urgencia/emergencia.

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de Historias Clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

El auditor basará la fiscalización del presente indicador en las siguientes pautas:

Forma de registro: Historia Clínica. Deberá constar la realización de Pesquisa de Violencia Doméstica, con fecha, firma y aclaración de firma.

Se validará también la constancia de realización de Pesquisa de la Hoja SIA o de la HCPB.

IR) Indicador resumen

Los valores de cada indicador X se compararán con la meta del trimestre. A partir de allí se construirán indicadores I que tendrá valores entre 0 y 1.

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

El indicador resumen se construirá de la siguiente manera:

$$IR = (I1 + 2 * I2 + 2.5 * I3 + 1.5 * I4 + 0.5 * I5 + 0.5 * I6 + I7) / 9$$

Siendo:

$$I2: 1/2(I2.1) + [1/2(I2.2.1 + I2.2.2 + I2.2.3 + I2.2.4 + I2.2.5) / 5]$$

$$I3: 2/5[1/2(I3.1.1) + 1/2(I3.1.2)] + 1/5 I3.2 + 2/5(1/3 I3.3.1 + 1/3 I3.3.2 + 1/3 I3.4)$$

$$I4: 2/9 (I4.1) + 2/9 (I4.2) + 1/3 (I4.3) + 2/9(I4.4)$$

5) Protocolos de actuación

La gestión del caso de un niño o embarazada sin control busca canalizar y desarrollar las acciones institucionales que permitan vencer los obstáculos de la no concreción de su control.

En vistas a homologar acciones y criterios de registro para validar la evidencia de las acciones desarrolladas para la captación y control de salud de los niños y embarazadas de la institución, se exponen a continuación aspectos básicos a ser tenidos en cuenta y se plantean los siguientes protocolos de actuación.

En aquellos casos en que no se realicen consultas de control en fecha, se validarán para la meta siempre que conste en la Historia Clínica el cumplimiento del siguiente Protocolo de actuación:

A) Niño que no asiste a la consulta de control pediátrico.

- La Institución debe comunicarse telefónicamente, para:
 - Explicar la importancia de los controles
 - Ofrecer posibles soluciones de agenda (día y hora)
 - Coordinar nueva consulta
- Debe guardarse registro de: fecha de llamada, nombre de contacto, fecha de consulta no cumplida, motivo expresado para la no concurrencia, nueva fecha coordinada, nombre y firma de quien realiza la llamada.
- En caso que el niño no asista a la consulta pautada en el punto anterior, se realiza nuevamente el mismo procedimiento.
- Si se reitera la falta de asistencia, la Institución dará cuenta a la Autoridad Sanitaria, a efectos del pago de la meta.
- El listado con los datos de los niños que no adhirieron a los controles se deberá enviar al finalizar cada trimestre con firma de quien realizó el proceso, respaldada con la firma del director técnico.
- En caso que el niño sí concurra a la consulta, y retome su control periódico, se validará como bien controlado a pesar que no llegue al número anual o la frecuencia de controles exigidos. De reiterarse la inasistencia a un control en salud, se procederá nuevamente de esta manera.
- En caso de que exista negativa de los padres a concurrir al odontólogo o a realizar la medición de hemoglobina deberá quedar consignado en la historia clínica.

Este aspecto será evaluado durante la anualidad a los efectos de analizar su evolución y posterior revisión del mismo.

B) Recién Nacido que no concurre a consulta de captación.

Se sigue el mismo protocolo del ítem A, con la excepción de los Recién Nacidos de Riesgo.

En el caso de los recién nacidos de riesgo:

- Ante la falta de concurrencia a la captación, se coordinará nueva visita domiciliaria por parte del equipo que las realiza habitualmente.
- En esta visita, se debe insistir especialmente en la importancia de los controles, además de las acciones regulares del equipo, y se coordina nueva consulta.

- En caso que el RN no asista a la consulta pautada en el punto anterior (segunda consulta coordinada), la Institución dará cuenta a la Autoridad Sanitaria, a efectos del pago de la meta.
- El listado con los datos de los recién nacidos que no fueron captados deberá enviarse al finalizar cada trimestre con firma de quien realizó el proceso, respaldada con la firma del director técnico.
- En caso que el Recién Nacido sí concurra a la consulta, se validará como bien controlado a pesar que no llegue al número anual o la frecuencia de controles exigidos.

C) Negativa a recibir Visita Domiciliaria a Recién Nacido de Riesgo.

- En caso de que los responsables del niño se nieguen a ser visitados, la Institución debe:
 - Realizar seguimiento telefónico, por médico o enfermería, con registro en la Historia Clínica.
 - Verificar la asistencia a la consulta de captación.
- Si el RN no asiste a la consulta de captación, se procede de acuerdo al protocolo B), si concurre, se validará como visitado.

D) Ausencia de datos del niño

- En caso que no se pueda realizar la consulta domiciliaria por encontrarse el niño radicado en zona rural y no poseer teléfono de contacto, ni tener acceso a policlínica o puesto de salud rural, se coordinará con la policía de la localidad la posibilidad de contacto, proponiendo una nueva fecha para control dejando constancia de lo actuado en la historia clínica.

E) Embarazadas

- En los casos de embarazadas que no asistieron a control obstétrico u odontológico, se procede de igual forma que en el protocolo A.

6) Pago

El pago por meta seguirá la siguiente fórmula:

$$\text{Pago} = \text{IR} * 85.73^3$$

Dicho número será multiplicado por la cantidad de afiliados FONASA de la institución, llegando así al monto total a transferir a la institución por concepto de Meta 1

Esquema de pago.

Meta 1 Período julio 2016- diciembre 2016	Valor \$85.73
1. Captación de RN	9,526

³ Este valor será actualizado por aumento de cuota.

2.1 Visita domiciliaria RN de riesgo	9,526
2.2.1. Control de RN de riesgo que cumplen 3 meses en el trimestre	1,905
2.2.2 Control de RN de riesgo que cumplen 6 meses en el trimestre	1,905
2.2.3 Control de RN de riesgo que cumplen 12 meses en el trimestre	1,905
2.2.4 Control de RN de riesgo que cumplen 18 meses en el trimestre	1,905
2.2.5 Control de RN de riesgo que cumplen 24 meses en el trimestre	1,905
3.1.1 Control de desarrollo del niño de un año	4,763
3.1.2 Determinación de hemoglobina	4,763
3.2 Control de desarrollo de niño de 2 años	4,763
3.3.1 Control de desarrollo del niños de 4 años	3,175
3.3.2 Control odontológico de niños de 4 años	3,175
3.4 Control oftalmológico de niños de 5 años	3,175
4.1 Controles obstétricos del embarazo	3,175
4.2 Control odontológico del embarazo	3,175
4.3.1 HIV-VDRL	4,763
4.4 Capacitación en algoritmos de atención en casos positivos de VDRL y VIH.	3,175
5 HCPB volcadas a SIP	4,763
6 Genero y generaciones	4,763
7 Pesquisa de VD	9,526

7) Metas Mínimas

- En el indicador de Captación RN la exigencia será de 100%.
- Para los indicadores de recién nacidos de riesgo la exigencia será del 100% en ambos sub- indicadores.
- Se mantiene el esquema de metas en niveles de crecimiento en los siguientes indicadores 3.1.1, 3.1.2, 3.2, 3.3.1, 3.3.2, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3 y 5.
- Como criterio general, la meta a alcanzar en 2017 nunca puede ser menor que la exigida para abril-mayo-junio 2016.

Así, las instituciones que tengan altos niveles de cumplimiento de metas asistenciales, tendrán como exigencia el mantenimiento de estos niveles. Por su parte, y con el objetivo de que los desempeños de las diferentes instituciones vayan convergiendo, se plantea que aquellas instituciones que presenten valores de desempeño por debajo de determinado valor de corte, tengan tasas positivas de crecimiento trimestral.

En este período existe una excepción al crecimiento de los valores del indicador 3.4: "Control oftalmológico de niños de 5 años" en el primer trimestre, ya que no habrá exigencia de crecimiento, exigiéndose los valores alcanzados por cada institución en el trimestre abril mayo junio de 2016 en el indicador "control oftalmológico al cuarto año de edad". A partir del trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2016, comenzarán a aplicarse tasas positivas de crecimiento.

Para aquellos indicadores cuya mediana de desempeño del último trimestre del período anterior (abril- mayo- junio 2016) es alta, se plantea como valor de corte dicha mediana. De esta forma,

- Aquellas instituciones con cumplimiento por encima del valor de corte tendrán como meta de crecimiento un 0%.
- Aquellas instituciones cuyo cumplimiento esté por debajo del valor de corte, tendrán como meta de crecimiento anual cubrir un 40% de la brecha entre su valor de cumplimiento y el valor de corte. La tasa de cumplimiento trimestral surgirá de dividir en tres partes iguales la tasa de crecimiento del período julio 2016 – marzo 2017.
- En el caso del indicador 3.1.2, "determinación de hemoglobina entre el 8º y 12º mes de vida", la meta a alcanzar será del 100% de la brecha entre el cumplimiento y el valor de corte.

Para los indicadores que tienen mayores posibilidades de crecimiento (salud de los niños de 4 y 5 años de edad), se tomará como valor de corte la mediana más 10 puntos porcentuales.

De esta forma,

- Aquellas instituciones con cumplimiento por encima del valor de corte tendrán como meta de crecimiento un 0%.
- Aquellas instituciones cuyo cumplimiento esté por debajo del valor de corte, tendrán como meta de crecimiento en el período, cubrir un 40% de la brecha entre su valor de cumplimiento y el valor de corte. La tasa de cumplimiento trimestral surgirá de dividir en tres partes iguales la tasa de crecimiento del período julio 2016 – marzo 2017. Se exceptúa

el indicador 3.4, cuya tasa de crecimiento para los dos últimos trimestres, surgirá de dividir en dos partes iguales la tasa de crecimiento total.

Si el indicador de desempeño en términos absolutos resulta superior o igual a 95%, entonces se considerará cumplida la meta correspondiente a ese indicador.

En caso de que la institución no alcance la meta de crecimiento, se calculará un pago proporcional en la medida que el indicador no haya caído más de 10 puntos porcentuales con respecto a su valor base.⁴

- En el indicador de Pesquisa de Violencia Doméstica se exigirá un 1% de las mujeres mayores de 15 años afiliadas a la institución en cada trimestre. Existen cambios en los valores a alcanzar en este indicador y en la vigencia de la pesquisa. El indicador deja de ser acumulativo y pasa a ser uno de información trimestral (pesquisas realizadas únicamente en el trimestre). En cuanto a la vigencia, se debe realizar la pesquisa a aquellas mujeres mayores de 15 años que no se las haya indagado en los 24 meses anteriores.

La Junta Nacional de Salud será quién notificará a cada una de las instituciones los valores precisos de las metas que deberán alcanzar siguiendo las pautas mencionadas.

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

- Entrega fuera de fecha

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

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

- Modificaciones por auditoría

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

9) Mecanismo de respuesta de consultas.

⁴ En los indicadores 3.1.2, 3.1.2, 3.2, 3.3.1, 3.3.2, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3 y 5

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

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

Anexo 1. GUÍA PARA EL LLENADO DE PLANILLA NOMINALIZADA DE META 1

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	27
RECIÉN NACIDOS.....	27
NIÑO RIESGO 3 MESES, NIÑO RIESGO 6 MESES, NIÑO RIESGO 12 MESES, NIÑO RIESGO 18 MESES Y NIÑO RIESGO 24 MESES	3
NIÑO – 1 AÑO	6
NIÑOS – 2 AÑOS	7
NIÑO – 4 AÑOS	9
NIÑO – 5 AÑOS	10
EMBARAZO	11
CAPACITACIÓN HIV-VDRL.....	14
ER-VD y VBGG	15
ADICIONAL MUJER.....	17

INTRODUCCIÓN

A continuación se presentan algunas acotaciones sobre el llenado de la planilla nominalizada de meta 1 para el período julio 2016-marzo 2017, por población (cada hoja de la planilla).

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

RECIÉN NACIDOS

En esta hoja se reporta la información vinculada a dos indicadores: X1. Captación de Recién nacido y X2. Visita Domiciliaria del Recién nacido de riesgo.

Se deberá enlistar a todos los recién nacidos del trimestre reportado, más los nacidos en otro trimestre pero que han sido dados de alta en el trimestre a reportar. La información solicitada es la siguiente.

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

Nombre Institución	Período	Nº Historia Clínica	CI de Recién nacido	C.I. de la Madre	Localización de HC	Fecha de Nacimiento	Categoría (1/2/3/4)	X1. Captación (SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE)	Motivo de riesgo	X2. Visita domiciliaria (SI/NO/PROTOCOLO)	LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo captación (SI/NO)	LOGRÓ LA VISITA DOMICILIARIA en casos con protocolo visita domiciliaria (SI/NO)	Observaciones/ aclaraciones de NO CORRESPONDE

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar. Se debe elegir de la lista desplegable el trimestre que corresponde.

Nº Historia Clínica: se debe completar el Nº de historia clínica que posee cada recién nacido que se incluye en la planilla.

CI de Recién nacido: Se debe llenar **con** dígito verificador, **pero sin puntos ni guion:** Ej.52875623. Esta información es obligatoria para todos los recién nacidos, de lo contrario no se cuenta en numerador.

C.I. de la Madre: Se debe llenar **con** dígito verificador, **pero sin puntos ni guion:** Ej.: 44875623. Si la identificación de la Madre es de origen extranjera, poner 10000000 en esta celda y aclarar en observaciones el número de identificación extranjera.

Localización de HC: filial donde se encuentra la HC

Fecha de Nacimiento: Fecha de nacimiento del RN en formato fecha corta: Ej.: 01/10/2015. Las fechas deben corresponder al trimestre de reporte, con excepción de los nacidos en otro trimestre que hayan sido dados de alta en el trimestre que se está reportando (código 4 de la columna Categoría).

Categoría (1/2/3/4): 1 - Si el recién nacido no es de riesgo; 2 - Si el recién nacido es de riesgo y ha sido dado de alta en el trimestre; 3 - Si el recién nacido es de riesgo y no ha sido dado de alta en el trimestre; 4 - Si el recién nacido es de riesgo, nació en algún trimestre anterior, pero ha sido dado de alta en el trimestre actual. Esta celda debe estar siempre completa para cada recién nacido.

X1. Captación (SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE)

Completar con SI, si se cumple la captación adecuadamente, con NO si no se logra el control. En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y se deberá llenar la columna “LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo captación”. Además, este caso deberá figurar en la planilla de “protocolos de atención” con la descripción de las acciones realizadas. Para los NO CORRESPONDE se debe aclarar el motivo en observaciones. No corresponde si el recién nacido no nació en el trimestre actual reportado (código 4), falleció o se afilia a otra institución antes de los 10 días de vida. La suma de los casos SI, PROTOCOLO y NO CORRESPONDE, con código 1,2 y 3; será el numerador del indicador X1.

Motivo de riesgo: Esta celda debe estar siempre completa cuando el niño es de riesgo, es decir, cuando se encuentra en categoría 2, 3 o 4. Completar con alguno de los siguientes criterios, que se encuentran en lista desplegable.

Motivos de Riesgo de RN
Prematuro (EG menor o igual 34 sem)
Defecto o Malformación congénita mayor
Patologías diagnosticadas por el Prog. Pesquisa Neonatal
Patología que requirió cuidados intensivos
Madre menor de 17 años
Madre consumidora de sustancias psicoactivas
Madre con patología psiq. o retardo mental
Antec. hermano fallecido antes del año de vida
Embarazo con 4 o menos controles
Otro

En caso de poseer más de un motivo de riesgo, en esta celda se completa el más relevante y en observaciones los otros factores de riesgo. Si la institución cataloga al recién nacido de riesgo y el motivo no se encuentra en el listado completar con motivo “Otro” y aclarar en observaciones.

X2. Visita domiciliaria (SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE): completar con SI, si se cumple la visita domiciliaria, con NO si no se cumple, en todos los casos de niños de riesgo (códigos 2 al 4). En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y se deberá llenar la columna “LOGRÓ LA VISITA DOMICILIARIA en casos con protocolo visita domiciliaria”. Además, este caso deberá figurar en la planilla de “protocolos de atención” la descripción de la acción realizada como protocolo. Completar con “NO CORRESPONDE si el recién nacido no es de riesgo (categoría 1) o es de riesgo y permanece internado

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

(categoría 3), o luego del alta se desafilia de la institución, o fallece antes de los 7 días del alta y aclarar en observaciones. La suma de los casos SI, PROTOCOLO y NO CORRESPONDE, con código 2 y 4; será el numerador del indicador X2.

Logró el control en casos con protocolo captación (SI/NO): Completar solo para los casos en los que se aplicó protocolo de atención en captación. Llenar con SI cuando después de haber aplicado el protocolo se efectivizó el control; o con NO: si no se efectivizó el control.

LOGRÓ LA VISITA DOMICILIARIA en casos con protocolo visita domiciliaria (SI/NO): Completar solo para los casos en los que se aplicó protocolo de atención en visita domiciliaria. Llenar con SI cuando después de haber aplicado el protocolo se efectivizó la visita; con NO: si no se efectivizó la visita.

Observaciones/ aclaraciones de NO CORRESPONDE: espacio destinado para describir otros factores de riesgo, los motivos de no corresponde y consideraciones particulares del prestador.

NIÑO RIESGO 3 MESES, NIÑO RIESGO 6 MESES, NIÑO RIESGO 12 MESES, NIÑO RIESGO 18 MESES Y NIÑO RIESGO 24 MESES

En estas hojas se reporta la información vinculada a los siguientes indicadores de control y seguimiento del recién nacido de riesgo: X2.2.1, X2.2.2, X2.2.3, X2.2.4 Y X2.2.5, CONTROL DE NIÑO DE RIESGO DE 3 MESES/ 6 MESES/ 12 MESES/18 MESES/24 MESES, respectivamente.

En estas hojas de cálculo debe figurar el listado de niños de riesgo que cumplen 3, 6, 12, 18 y 24 meses respectivamente en el trimestre que se reporta. La información solicitada es la siguiente:

Nombre Institución	Período	Nº Historia Clínica	Nº CI del niño	Localización de HC	Fecha de Nacimiento	Motivo de riesgo	Altas, Bajas y continuación de afiliación de RN de riesgo (CONTINÚA, ALTA, BAJA)	Exclusión del grupo de riesgo según revaloración (SI/NO)	X2.2.N. Control (SI/ NO/ PROTOCOLO/ BAJA)	LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en control (SI/NO)	Observaciones

Nombre Institución: Identifica a la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar. Se debe elegir de la lista desplegable el trimestre que corresponde.

Nº Historia Clínica: se debe completar el Nº de historia clínica que posee cada niño.

CI del niño: Se debe llenar **con** dígito verificador, pero **sin puntos ni guión**: Ej.: 52875623. Esta información es obligatoria para todos los niños, de lo contrario no se cuenta en el numerador.

Localización de HC: filial donde se encuentra la HC

Fecha de Nacimiento: Fecha de nacimiento del niño en formato fecha corta: Ej.: 01/10/2015.

Se establecieron rangos de fechas de nacimientos, para cada una de las poblaciones reportadas. Es así que para:

- ✓ RN que cumplen 3 meses en el trimestre reportado.
- ✓ RN que cumplen 6 meses en el trimestre reportado.
- ✓ RN que cumplen 12 meses en el trimestre reportado.
- ✓ RN que cumplen 18 meses en el trimestre reportado.
- ✓ RN que cumplen 24 meses en el trimestre reportado.

Motivo de riesgo: Completar con alguno de los siguientes criterios que se encuentran en la lista desplegable.

Motivos de Riesgo de RN
Prematuro (EG menor o igual 34 sem)
Defecto o Malformación congénita mayor
Patologías diagnosticadas por el Prog. Pesquisa Neonatal
Patología que requirió cuidados intensivos
Madre menor de 17 años
Madre consumidora de sustancias psicoactivas
Madre con patología psiq. o retardo mental
Antec. hermano fallecido antes del año de vida
Embarazo con 4 o menos controles
Otro

En caso de poseer más de un motivo de riesgo, en esta celda se completa el más relevante y en observaciones los otros factores de riesgo. Si la institución cataloga al recién nacido de riesgo y el motivo no se encuentra en el listado completar con motivo "Otro" y aclarar en observaciones

Altas, Bajas y continuación de afiliación de RN de riesgo (CONTINÚA, ALTA, BAJA): Se completará "CONTINÚA" cuando el RN de riesgo fue notificado en trimestre/s anterior/es y continúa afiliado a la institución, con "BAJA" cuando el RN fue notificado en trimestre/s anteriores, y se desafilia de la institución; y "ALTA" cuando el RN no fue notificado en el trimestre anterior pero se afilió/identificó en este trimestre. En los casos de bajas o altas, se deberá aclarar los motivos en observaciones (Ej.: alta tal fecha proveniente de tal institución, baja afiliado a tal institución en tal fecha, etc.).

Exclusión del grupo de riesgo según revaloración (SI/NO): Esta columna se agrega en la población de "Niños riesgo 12 meses" y "Niños riesgo 18 meses". Considerar los casos para re-evaluación de riesgo de prematuros, madre menor de 17 años y mayor de 15 años, patología que requirió cuidados intensivos, embarazo con 4 o menos controles obstétricos al momento del parto. Detalle en instructivo Meta1, pág. 8 y 9. Se completará con SI, si los RN reúnen las condiciones para ser excluidos del grupo de riesgo, y con NO, si una vez realizada la re-evaluación los niños no presentan condiciones para ser excluidos del grupo de riesgo.

X2.2.N⁵. Control (SI/NO/PROTOCOLO/BAJA): completar con SI, si se cumple con el control, con NO si no se cumple. En caso de protocolo completar con la palabra "PROTOCOLO" y se deberá llenar la columna "LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en control (SI/NO)". Además, este caso deberá figurar en la planilla de "protocolos de atención" con la descripción de las acciones realizadas como protocolo. Se debe seleccionar "BAJA" si el niño fue notificado en otros trimestres y en este se encuentra afiliado a otra institución o fallece; aclarar en observaciones el motivo de la baja. Si se pudiera identificar a que institución se afilió, consignarlo en observaciones. La suma de los casos SI y PROTOCOLO, será el numerador en los indicadores X2.2.1; X2.2.2: X2.2.3; X2.2.4 Y X2.2.5 de CONTROL DE NIÑO DE RIESGO DE 3 MESES/ 6 MESES/ 12 MESES/18 MESES/24 MESES, respectivamente.

LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en control (SI/NO). Completar solo para los casos en los que se aplicó protocolo de atención en control. Llenar con SI en los casos que a partir de aplicar el protocolo se logre el control y NO si no es logrado el control.

Observaciones: espacio destinado para describir otros factores de riesgo y consideraciones particulares del prestador.

⁵ Esta N hace mención a .1; .2; .3; .4 y .5. de los indicadores X2.2.1, X2.2.2, X2.2.3 X2.2.4 Y X2.2.5 de CONTROL DE NIÑO DE RIESGO DE 3 MESES/ 6 MESES/ 12 MESES/18 MESES/24 MESES, respectivamente.

NIÑO – 1 AÑO

En esta hoja se reporta la información vinculada a dos indicadores: X3.1.1 Control del desarrollo a los 4 meses de vida y X3.1.2 Determinación de hemoglobina entre el 8º y el 12º mes de vida.

Se deberá enlistar a todos los niños que cumplen 1 año en el trimestre reportado que están afiliados a la institución. La información solicitada es la siguiente.

Nombre Institución	Período	Nº Historia Clínica	Nº CI del niño	Localización de HC	Fecha Nacimiento	X3.1.1. Control de desarrollo (SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE)	Área motora	Área de coordinación	Área social	Área del lenguaje	LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en control (SI/NO)	X3.1.2. Hemoglobina (SI/NO/PROTOCOLO)	Valor hemoglobina (g/dl)	LOGRÓ DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA en casos de protocolo en hemoglobina (SI/NO)	Observaciones/ aclaraciones de NO CORRESPONDE

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar. Se debe elegir de la lista desplegable el trimestre que corresponde.

Nº Historia Clínica: se debe completar el Nº de historia clínica que posee cada niño.

CI del niño: Se debe llenar **con** dígito verificador, pero **sin puntos ni guion**: Ej.: 52875623. Esta información es obligatoria para todos los niños, de lo contrario no se cuenta en el numerador.

Localización de HC: filial donde se encuentra la HC.

Fecha de Nacimiento: Fecha de nacimiento del niño en formato fecha corta: Ej.: 01/10/2015.

X3.1.1. Control de desarrollo (SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE): completar con SI, si se cumple con el control de desarrollo en el cuarto mes de vida, con NO si no se cumple. En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y deberá llenar la columna “LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo captación”. Además, este caso deberá figurar en la planilla de “protocolos de atención” con la descripción de acciones realizadas. En los casos de los niños prematuros, el control de desarrollo del 4º mes de vida debe ser realizado a los 4 meses de edad corregida. Los NO CORRESPONDE se completa en los casos de niños/as que se afilien a la institución luego de los 4 meses de vida, lo cual se debe aclarar en observaciones. La suma de los casos SI, PROTOCOLO y NO CORRESPONDE; será el numerador del indicador X3.1.1.

Área motora/ Área de coordinación/ Área social/ Área del lenguaje: Completar con “1” cuando su evaluación es normal, con “2” cuando requiere una reevaluación o con “3” cuando requiere pase a especialista.

LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en control (SI/NO): completar solo para los casos en los que se aplicó protocolo de atención en control de desarrollo. Llenar con SI, si se logra control y NO si no es logrado.

X3.1.2. Hemoglobina (SI/NO/PROTOCOLO): completar con SI, si se cumple con la determinación de hemoglobina entre el 8vo y 12vo mes de vida, considerando el tiempo de flexibilización que se explicita en el Instructivo; con NO si no se cumple. En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y deben estar descriptas en la planilla de protocolos las acciones realizadas. La suma de los casos SI y PROTOCOLO será el numerador del indicador X3.1.2.

Valor hemoglobina (g/dl): Expresar en g/dl el valor serológico de la hemoglobina.

LOGRÓ DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA en casos de protocolo en hemoglobina (SI/NO). Completar solo para los casos en los que se aplicó protocolo de atención en determinación de hemoglobina. Llenar con SI si se logró la realización del examen y NO si no es logrado.

Observaciones/ aclaraciones de NO CORRESPONDE: espacio destinado para describir los no corresponde (afiliaciones luego de los 5 meses del niño/a) y consideraciones particulares del prestador.

NIÑOS – 2 AÑOS

En esta hoja se reporta la información vinculada al indicador X3.2 Control de desarrollo a los 18 meses de vida.

Se deberá enlistar a todos los niños que cumplen 2 años en el trimestre reportado que están afiliados a la institución. La información solicitada es la siguiente:

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

Nombre Institución	Período	Nº Historia Clínica	Nº CI del niño	Localización de HC	Fecha Nacimiento	X3.2. Control de desarrollo (SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE)	Área motora	Área de coordinación	Área social	Área del lenguaje	LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en control (SI/NO)	Observaciones/ aclaraciones de NO CORRESPONDE

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar . Se debe elegir de la lista desplegable el trimestre que corresponde.

Nº Historia Clínica: se debe completar el Nº de historia clínica que posee cada niño.

CI del niño: Se debe llenar **con** dígito verificador, pero **sin puntos ni guión:** Ej.: 44875623. Esta información es obligatoria para todos los niños, de lo contrario no se cuenta en el numerador.

Localización de HC: filial donde se encuentra la HC.

Fecha de Nacimiento: Fecha de nacimiento del niño en formato fecha corta: Ej.: 01/10/2015.

X3.2. Control de desarrollo (SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE): Completar SI cuando se logra control según pauta en el 18º mes de vida, considerando el tiempo de flexibilización que se explicita en el Instructivo; con NO si no se cumple. En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y deberá llenar la columna “LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo captación”. Además, este caso deberá figurar en la planilla de “protocolos de atención” con la descripción de acciones realizadas. Los NO CORRESPONDE se completa en los casos de niños/as que se afilien a la institución luego de los 18 meses de vida y se debe aclarar en observaciones la fecha de afiliación. La suma de los casos SI, PROTOCOLO y NO CORRESPONDE, será el numerador del indicador X3.2.

Área motora/ Área de coordinación/ Área social/ Área del lenguaje: Completar con “1” cuando su evaluación es normal, con “2” cuando requiere una reevaluación o con “3” cuando requiere pase a especialista.

LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en control (SI/NO): completar solo para los casos en los que se aplicó protocolo de atención en control de desarrollo. Llenar con SI si se logra control y NO si no es logrado.

Observaciones/ aclaraciones de NO CORRESPONDE: espacio destinado para describir los no corresponde (afiliaciones luego de los 20 meses del niño/a) y consideraciones particulares del prestador.

NIÑO – 4 AÑOS

En esta hoja se reporta la información vinculada a dos indicadores: X3.3.1 Control del desarrollo a los 48 meses y X3.3.2 Control Odontológico.

Se deberá enlistar a todos los niños que cumplen 4 años en el trimestre reportado, que están afiliados a la institución. La información solicitada es la siguiente:

Nombre Institución	Período	Nº Historia Clínica	Nº CI del niño	Localización de HC	Fecha Nacimiento	X3.3.1 Control de desarrollo (SI/NO/PROTOCOLO)	Área motora	Área de coordinación	Área social	Área del lenguaje	LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en (SI/NO)	X3.3.2. Control Odontológico (SI/NO/PROTO COLO)	LOGRÓ EL CONTROL ODONOTOLÓGICO en casos de protocolo odontológico (SI/NO)	Observaciones

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar. Se debe elegir de la lista desplegable el trimestre que corresponde.

Nº Historia Clínica: se debe completar el Nº de historia clínica que posee cada niño.

CI del niño: Se debe llenar **con** dígito verificador, pero **sin puntos ni guión**: Ej.: 44875623. Esta información es obligatoria para todos los niños, de lo contrario no se cuenta en el numerador.

Localización de HC: filial donde se encuentra la HC

Fecha de Nacimiento: Fecha de nacimiento del niño en formato fecha corta: Ej.: 01/10/2015.

X3.3.1. Control de desarrollo (SI/NO/PROTOCOLO): Completar SI cuando se logra control según pauta en el 48º mes de vida, considerando el tiempo de flexibilización que se explicita en el Instructivo; con NO si no se cumple. En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y deberá llenar la columna “LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo captación”. Además, este caso deberá figurar en la planilla de “protocolos de atención” con la descripción de acciones realizadas. La suma de los casos SI y PROTOCOLO; será el numerador del indicador X3.3.1.

Área motora/ Área de coordinación/ Área social/ Área del lenguaje: Completar con “1” cuando su evaluación es normal, con “2” cuando requiere una reevaluación o con “3” cuando requiere pase a especialista.

LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en control (SI/NO): completar solo para los casos en que se aplicó protocolo de atención en el control de desarrollo. Llenar con SI si se logra control según pauta y NO si no se efectivizó el control.

X3.3.2. Control Odontológico (SI/NO/PROTOCOLO): completar SI, si logran el control entre los 36 y 48 meses de vida y con NO si no cumple. En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y deberá llenar la columna “LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo odontológico”. Además, este caso deberá figurar en la planilla de “protocolos de atención” con la descripción de acciones realizadas. La suma de los casos SI y PROTOCOLO; será el numerador del indicador X3.3.2.

LOGRÓ EL CONTROL ODONOTOLÓGICO en casos de protocolo odontológico (SI/NO): Completar solo para los casos en que se aplicó protocolo de atención para control odontológico. SI, si se logró el control y NO cuando no se efectivice el control odontológico.

Observaciones: espacio destinado para consideraciones particulares del prestador.

NIÑO – 5 AÑOS

En esta hoja se reporta la información vinculada al indicador X3.4 Control oftalmológico hasta entre los 36 y 60 meses de vida.

Se deberá enlistar a todos los niños que cumplen 5 años en el trimestre reportado, que están afiliados a la institución. La información solicitada es la siguiente:

Nombre Institución	Período	Nº Historia Clínica	Nº CI del niño	Localización de HC	Fecha Nacimiento	X3.4 Control oftalmológico (SI/NO/PROTOCOLO)	LOGRÓ EL CONTROL OFTALMOLÓGICO en casos de protocolo (SI/NO)	Observaciones

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar Se debe elegir de la lista desplegable el trimestre que corresponde.

Nº Historia Clínica: se debe completar el Nº de historia clínica que posee cada niño.

CI del niño: Se debe llenar **con** dígito verificador, pero **sin puntos ni guión**: Ej.: 44875623. Esta información es obligatoria para todos los niños, de lo contrario no se cuenta en el numerador.

Localización de HC: filial donde se encuentra la HC.

Fecha de Nacimiento: Fecha de nacimiento del niño en formato fecha corta: Ej.: 01/10/2015.

X3.4. Control oftalmológico (SI/NO/PROTOCOLO): completar SI cuando el control oftalmológico según pauta se cumple entre los 36 y 60 meses de vida y NO cuando no se cumple. En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y deberá llenar la columna “LOGRÓ EL CONTROL OFTALMOLÓGICO en casos de protocolo (SI/NO)”. Además, este caso deberá figurar en la planilla de “protocolos de atención” con la descripción de acciones realizadas. La suma de los casos SI y PROTOCOLO, será el numerador del indicador X3.4.

LOGRÓ EL CONTROL OFTALMOLÓGICO en casos de protocolo (SI/NO): completar solo para los casos en los que se aplicó protocolo de atención en control oftalmológico. Llenar con SI, si se logró el control y NO cuando no se efectivice el control oftalmológico.

EMBARAZO

En esta hoja se reporta la información vinculada a 4 indicadores: X4.1 Control obstétrico del embarazo; X4.2 Control odontológico del embarazo; X4.3 Control de HIV y VDRL y X5 HCPB volcadas al SIP.

Para esta hoja se deberá enlistar a cada mujer afiliada que presenta un parto/cesárea en el trimestre. En caso de gemelares, deberá figurar una sola línea para la madre y se aclara en observaciones que es un gemelar.

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

Nombre Institución	Período	Nº Historia Clínica	Localización de HC	Cédula de identidad	X4.1. Controles obstétricos (SI/NO/PROTOCOLO)	LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en controles obstétricos (SI/NO)	X4.2. Control odontológico (SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE)	LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo odontológico (SI/NO)	X4.3. Control VDRL y HIV (SI/NO/PROTOCOLO)	HCPB volcada al Sistema Informático Perinatal (SI/NO)	Observaciones	Porcentaje de falta de llenado de la base volcada al SIP (con control de consistencia)

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar Se debe elegir de la lista desplegable el trimestre que corresponde.

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

Nº Historia Clínica: se debe completar el Nº de historia clínica que posee cada mujer.

CI de la mujer: Se debe llenar **con** dígito verificador, pero **sin puntos ni guión**: Ej.: 44875623.

Localización de HC: filial donde se encuentra la HC

X4.1) CONTROLES OBSTÉTRICOS (SI/NO/PROTOCOLO): completar SI, si cumple con 5 o más controles al momento del parto, NO si no se cumplieron con 5 controles como mínimo. En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y deberá llenar la columna “LOGRÓ EL CONTROL en casos de protocolo en control obstétrico (SI/NO)”. Además, este caso deberá figurar en la planilla de “protocolos de atención” con la descripción de acciones realizadas. La suma de los casos SI y PROTOCOLO, será el numerador del indicador X4.1. Toda mujer que se afilia a la institución cursando el embarazo debe ser informada en el total de partos, dejando registro en observaciones que se afilió cursando el mismo.

En los casos en que el embarazo resulte en un óbito o gemelar aclararlo en observaciones.

LOGRÓ EL CONTROL en casos con protocolo en controles obstétricos (SI/NO): Completar solo cuando se aplicó protocolo en los controles obstétricos y deben estar descriptas las acciones en la planilla de protocolos de atención.

X4.2) Control odontológico (SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE): Completar SI, si el control odontológico fue realizado antes de los 6 meses de gestación y NO cuando no es cumplido. En caso de protocolo completar con la palabra “PROTOCOLO” y deberá llenar la columna “LOGRÓ EL CONTROL en casos de protocolo odontológico (SI/NO)”. Además, este caso deberá figurar en la planilla de “protocolos de atención” con la descripción de acciones realizadas. Se completa NO CORRESPONDE en los casos en donde la embarazada se afilia a la institución luego de los 6 meses de gestación; en ese caso no se exigirá que tenga realizado el control odontológico, y se debe aclarar en observaciones fecha de afiliación. La suma de los casos SI y PROTOCOLO, será el numerador del indicador X4.2.

X4.3) CONTROL VDRL Y HIV (SI/NO/PROTOCOLO): Completar SI, si estos controles paraclínicos fueron realizados en el 1º, 2º y 3º trimestre de embarazo y NO cuando no es cumplido. El control del 2º trimestre se exigirá a partir del mes de noviembre 2016 en tanto las mujeres que tuvieron un parto o cesárea en octubre 2016 deberán contar con dicha paraclínica en el 1º y 3º trimestre. Completar con la palabra PROTOCOLO en caso de aplicar el mismo y describir las acciones en planilla de “protocolos de atención”.

Para los casos de mujeres afiliadas que presentan un parto o cesárea en el trimestre, y que no fueron captadas en el primer trimestre del embarazo, se ingresarán como SI cuando:

- ingresan en el segundo trimestre y tienen realizados los análisis paraclínicos de VDRL y VIH en el 2º y 3º trimestre.
- ingresan en el tercer trimestre y tienen realizados los análisis paraclínicos de VDRL y VIH en el 3º trimestre.

En caso de partos prematuros que no llegaron a realizarse el VDRL y VIH del tercer trimestre, se considerarán como SI para la meta si tienen realizados los controles del primer trimestre.

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

En aquellos casos en donde los análisis sean positivos, deberá constar en la HC la constancia del tratamiento correspondiente.

X5) HCPB volcadas al Sistema Informático Perinatal (SI/NO): SI, si se volcó la HCPB al sistema informático SIP y fue enviada al MSP en forma completa, y NO si no se volcó. La suma de los casos SI será el numerador del indicador X5, solo si cumple con un porcentaje de falta de llenado no mayor al 5%.

Observaciones: espacio destinado para aclarar los casos de gemelares/óbitos, y para consideraciones particulares del prestador.

Porcentaje de falta de llenado de la base volcada al SIP (con control de consistencia): Se debe llenar solo una celda dado que se calcula sobre toda la base de datos del trimestre y no sobre cada historia clínica. Para obtener el porcentaje de falta de llenado con control de consistencia del total de historias cargadas al sistema del trimestre, se debe acceder a la pantalla inicial del SIP y elegir la opción "Falta de información por variable". Se despliega un cuadro que contiene un campo a la derecha: control de consistencia. Se activa y luego se ejecuta. El sistema analiza la falta de información por cada variable y además da un resumen en la parte superior derecha: "La tendencia de falta de información es....."

CAPACITACIÓN HIV-VDRL.

En esta hoja se reporta la información vinculada al indicador X4.4 capacitación en algoritmos de atención en casos positivos de VDRL y VIH, para el trimestre julio-agosto-setiembre de 2016.

Se deberá enlistar a los director/es/técnicos; jefe del servicio de ginecología, director/es de laboratorio/s y referentes institucionales responsables de informar las auditorías de VDRL Y HIV.

Trimestre Julio Agosto Setiembre de 2016

Nombre Institución	1er apellido	2do apellido	1er nombre	2do nombre	CI	Designado como...

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

1er apellido/ 2do apellido/1er nombre/2do nombre: Escribir el dato solicitado sobre la identificación del personal.

CI: Se debe llenar con dígito verificador, pero sin puntos ni guión: Ej.: 44875623.

Designado como...: Se deberá elegir de la lista desplegable la designación que se le otorga al recurso humano que concurrirá a la capacitación a desarrollarse en los dos siguientes trimestres, calidad de titular y suplente de cada uno de los perfiles nombrados: Titular Responsable Dirección técnica, Suplente Responsable Dirección técnica, Titular Jefe de

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

Laboratorio, Suplente Jefe de Laboratorio, Titular Jefe Ginecología, Suplente Jefe Ginecología, Titular Responsable de completar Auditorias de VDRL y HIV(+), Suplente Responsable de completar Auditorias de VDRL y HIV(+).

PESQUISA VD

En esta hoja se reporta la información vinculada al indicador X7 **pesquisa de violencia doméstica**. El indicador posee información trimestral, por lo que se deberá enlistar las mujeres mayores de 15 años pesquisadas únicamente en el trimestre informado. En cuanto a la vigencia, se debe realizar la pesquisa a aquellas mujeres mayores de 15 años que no se las haya indagado en los 24 meses anteriores. Para computar este resultado, la institución también deberá completar la hoja **ER-VD y VBG**.

Nombre Institución	Período	Cédula de identidad	Localización de HC	Fecha de la Pesquisa realizada en el trimestre	Observaciones

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar . Seleccionar el trimestre de lista desplegable.

Cédula de identidad: Se debe llenar **con** dígito verificador, pero **sin puntos ni guion**: Ej.: 44875623.

Localización de HC: filial donde se encuentra la HC.

Fecha de la Pesquisa realizada en el trimestre: Fecha de realizada la pesquisa con formato de fecha corta: Ej.: 01/10/2015. En cuanto a la vigencia, se debe realizar la pesquisa a aquellas mujeres mayores de 15 años que no se las haya indagado en los 24 meses anteriores.

Observaciones: espacio destinado para consideraciones particulares del prestador.

ER-VD y VBG

En esta hoja se detalla información obligatoria del indicador X7 Pesquisa de violencia doméstica y se compone de 4 cuadros que se detallan a continuación.

Cuadro 1 Mujeres en situación de V.D mayores de 15 años pesquisadas. Este cuadro resume la cantidad de mujeres mayores de 15 años pesquisadas en violencia doméstica y cuantas fueron derivadas y efectivamente asistidas por el Equipo de Referencia en Violencia.

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

Mujeres en situación de V.D mayores de 15 años pesquisadas				
Nombre Institución	Período	Nº de mujeres con situación de Violencia Doméstica detectadas por pesquisa en el trimestre	Nº de mujeres derivadas en el trimestre a equipo de referencia	Nº de mujeres derivadas y efectivamente asistidas en el trimestre en equipo de referencia

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar . Seleccionar el trimestre de la lista desplegable.

Nº de mujeres con situación de Violencia Doméstica detectadas por pesquisa en el trimestre: Total de mujeres mayores de 15 años en situación de violencia detectadas por la pesquisa en el trimestre.

Nº de mujeres derivadas en el trimestre a equipo de referencia: Nº de mujeres en situación positiva de violencia, de riesgo/daño alto derivadas a los equipos de referencia en violencia (E.R).

Nº de mujeres derivadas y efectivamente asistidas en el trimestre en equipo de referencia: Nº de mujeres en situación positiva de violencia, de riesgo/daño alto efectivamente asistidas por los equipos de referencia en violencia (E.R).

Cuadro 2: Mujeres asistidas en equipo de referencia en el trimestre, clasificación según tipo de violencia. Este cuadro resume la cantidad de casos por tipo de violencia. Se incluye a todas las mujeres asistidas por el Equipo de Referencia en Violencia, ya sea haya sido derivada por otros servicios, por indagatoria en consulta o consulta espontanea a dicho equipo.

Mujeres asistidas en equipo de referencia en el trimestre, clasificación según tipo de violencia				
Física	Psicológica o Emocional	Sexual	Patrimonial	Total de mujeres asistidas por el equipo de referencia en el trimestre

Física/ psicológica o emocional/sexual/ patrimonial: Total de mujeres asistidas por el equipo de referencia en violencia, por violencia física/psicológica o emocional/sexual/ patrimonial, según corresponda.

Total de mujeres asistidas por el equipo de referencia en el trimestre: Total de mujeres asistidas por el equipo de referencia en violencia ya sea hayan sido derivadas por otros servicios, por indagatoria en consulta o llegaron por consulta espontanea. Este total no tiene por qué ser igual a la suma de las celdas anteriores (Física/ psicológica o emocional/sexual/ patrimonial), dado que una mujer puede tener más de un tipo de situación de violencia.

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

Cuadro 3: Casos situaciones de relación sexual forzada asistidos en urgencia/ emergencia. En este caso se enlista los casos de situaciones de relación sexual forzada asistida en urgencia/emergencia, especificando la edad y sexo.

Casos situaciones de relación sexual forzada asistidos en urgencia/ emergencia					
Nombre Institución	Período	Caso	Situaciones de relación sexual forzada asistidos en urgencia/emergencia	Edad	Sexo
		1			
		2			

Cuadro 4: Casos situaciones de agresión física en el ámbito de la VD asistidos en urgencia/emergencia. En este caso se enlista los casos de situaciones de agresión física en el ámbito de la VD asistida en urgencia/emergencia, especificando la edad y sexo.

Casos situaciones de agresión física en el ámbito de la VD asistidos en urgencia/emergencia.				
Nombre Institución	Período	Caso	Edad	Sexo
		1		
		2		

ADICIONAL MUJER

Esta hoja es obligatoria y se deben informar los casos de sífilis y HIV positivos, así como la captación del embarazo. Se compone de 3 cuadros que se detallan a continuación.

Cuadro 1. Mujer Embarazada con prueba de sífilis positiva: Se deben notificar los casos de mujeres embarazadas que dieron positivo en prueba de sífilis.

Mujer Embarazada con prueba de sífilis positiva				
Nombre Institución	Período	Cédula de identidad	Captación y tratamiento de la pareja sexual (SI/NO)	Auditoría realizada y enviada al MS en los plazos que establece la reglamentación. (SI/NO)

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar Seleccionar el trimestre de lista desplegable.

Cédula de identidad: Se debe llenar con dígito verificador, pero sin puntos ni guion. Ej.: 44875623.

Captación y tratamiento de la pareja sexual (SI/NO): SI, cuando se logró la captación y tratamiento de la pareja sexual, y NO cuando no se realizó.

Auditoría realizada y enviada al Ministerio de Salud en los plazos que establece la reglamentación (SI/NO): SI, cuando se realizó y envió la auditoria al Ministerio de Salud en

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

tiempo y forma según normativa vigente; y NO cuando no se realizó y/o se envió en forma tardía.

Cuadro 2: Mujer embarazada con HIV positivo. Se deben notificar los casos de mujeres embarazadas que dieron positivo en prueba de HIV.

Mujer Embarazada con HIV positivo			
Nombre Institución	Período	Cédula de identidad	Auditoría realizada y enviada al MS en los plazos que establece la reglamentación. (SI/NO)

Nombre Institución: Escribir nombre de la institución.

Período: describe trimestre en que se genera la información a reportar . Seleccionar el trimestre de lista desplegable.

Cédula de identidad: Se debe llenar con dígito verificador, pero sin puntos ni guion. Ej.: 44875623.

Auditoría realizada y enviada al Ministerio de Salud en los plazos que establece la reglamentación (SI/NO): SI, cuando se realizó y envió la auditoria al Ministerio de Salud en tiempo y forma según normativa vigente; y NO cuando no se realizó y/o se envió en forma tardía.

Cuadro 3. Captación del embarazo. En esta hoja se especifica la cantidad de partos/cesáreas del trimestre, cuantas embarazadas fueron captadas antes de las 14 semanas de gestación y cuantas lo fueron después de las 14 semanas.

Captación del embarazo		
N° de partos/cesáreas del trimestre	N° de mujeres captadas antes de las 14 semanas de gestación	N° de mujeres que se afiliaron a la institución después de las 14 semanas

N° de partos/cesáreas del trimestre: Total de partos/cesáreas del trimestre. Se incluye a toda mujer que se afilie a la Institución cursando el embarazo y que tuvo parto/cesárea en el trimestre.

N° de mujeres captadas antes de las 14 semanas de gestación: Total de embarazadas que tuvieron parto/cesárea en el trimestre que fueron captadas antes de las 14 semanas de gestación.

N° de mujeres que se afiliaron a la institución después de las 14 semanas: Total de embarazadas que tuvieron parto/cesárea en el trimestre que fueron captadas después de las 14 semanas de gestación.

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

ANEXO 1: FLEXIBILIZACIÓN EN CONTROLES DE NIÑOS/AS.

Flexibilizaciones en controles de niños de riesgo:

- ▶ RN que cumplen 3 meses: tolerancia +/- 7 días; es decir, desde los 2 meses y 23 días del niño/a a los 4 meses y 7 días.
- ▶ RN que cumplen 6 y 12 meses: tolerancia de +/- 15 días; es decir, desde los 5/11 meses y 15 días del niño/a a los 7/13 meses y 15 días.
- ▶ RN que cumplen 18 y 24 meses: tolerancia de +/- 45 días; es decir, desde los 16/22 meses y 15 días del niño/a a los 20/26 meses y 15 días.

Flexibilización en controles de desarrollo niños de 1 año:

La tolerancia será desde los 3 meses y 23 días hasta los 5 meses y 7 días, para el control de desarrollo de los 4 meses de vida.

Flexibilización en realización de test de hemoglobina niños de 1 año:

La tolerancia será desde los 7 meses y 15 días hasta los 12 meses y 15 días.

Flexibilización en controles de desarrollo niños de 2 años:

La tolerancia será desde los 16 meses y 15 días hasta los 20 meses y 15 días, para el control de desarrollo de los 18 meses de vida.

Flexibilización en controles de desarrollo niños de 4 años:

La tolerancia será desde los 46 meses y 15 días hasta los 50 meses y 15 días, para el control de desarrollo de los 4 años de vida.

Anexo 2_ Indicador X6) Pauta para la Elaboración de Protocolo de Atención en VBG

Montevideo 4 de agosto de 2016.

Pauta para la construcción del Protocolo de Atención a las Situaciones de Violencia Doméstica hacia mujeres mayores de 15 años y Violencia Sexual aguda a lo largo del ciclo vital en el Sector Salud.

El propósito de esta pauta es brindar lineamientos generales a los prestadores integrales de salud, para la elaboración del “Protocolo de abordaje de situaciones de Violencia Doméstica hacia mujeres mayores de 15 años y Violencia Sexual aguda a lo largo del Ciclo vital”.

La entrega de este producto, corresponde al cumplimiento del indicador X6 de Meta Asistencial 1, se solicita en dos etapas de construcción que se corresponden con dos trimestres consecutivos. La primera corresponde a la entrega del Protocolo en su versión preliminar (trimestre julio-agosto-setiembre de 2016) y la segunda al Producto definitivo (octubre-febrero- marzo de 2016). Cada uno de estos deberá ser validado por el Área Programática de VBG.

En cuanto al equipo a involucrar en la elaboración de protocolo: deberán participar como mínimo las Direcciones Técnicas, Coordinadores/as de Servicios de Urgencia y Emergencia, Coordinadores/as de 1er. Nivel de Atención o de Consulta Externa o Ambulatoria y Equipos de Referencia en Violencia Doméstica.

A. Contenidos del Protocolo Institucional:

- 1 Precisar población destinataria
- 2 Se tomarán como insumos para su construcción la “Guía de procedimientos en el primer nivel de atención: Abordaje de situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer”, Pautas de Violencia Sexual (menores de 19 años y mayores de 19 años) 2015 de DIGESA y el Protocolo Institucional de cada prestador de Atención a Mujeres mayores de 15 años, elaborado en el 2015.
- 3 Elaborar algoritmos de atención para cada espacio institucional y nivel de atención donde se detectan y/o atienden situaciones de violencia doméstica y/o sexual (consultorios ambulatorios, urgencia, internación, etc.), de la evolución del riesgo y daño y de valoración de aguda o crónica de la situación Teniendo en cuenta:
 - 3.1 las diferentes formas de manifestación de la violencia y la consiguiente complejidad en su abordaje.
 - 3.2 la dispersión territorial de la institución, la articulación entre diferentes sedes, filiales y/o unidades ejecutoras.
 - 3.3 adecuado a los recursos y características institucionales, visibilizando de manera clara las barreras organizativas.
 - 3.4 que debe orientar la trayectoria interna del usuario/a, con una lógica de línea de cuidado y seguimiento longitudinal.

Instructivo Meta 1 Julio 2016-Marzo 2017

3.5 que debe definir y explicitar quien es el responsable en cada nivel y los mecanismos de referencia y contrareferencia entre los diferentes equipos y/o niveles de atención.

B. Difusión e Implementación del Protocolo de Atención a las Situaciones de Violencia Doméstica a Mujeres mayores de 15 años y Violencia Sexual aguda a lo largo del ciclo vital en el Sector Salud:

- 1 Se deberá desarrollar un plan de difusión e implementación del Protocolo Institucional, dirigido a funcionarios (técnicos y no técnicos) de la institución. Cada Institución es la responsable de que los mismos se apliquen en todos los ámbitos (sean propios o tercerizados), es el prestador quien debe asegurar la atención oportuna y necesaria.
- 2 Definir mecanismos de evaluación, revisión, y actualización del protocolo.
- 3 Definir e implementar un plan de Información en Derechos, dirigido a usuarios y usuarias de la institución.

El indicador X6 a reportar en enero – febrero- marzo 2017 se cumplirá con la aprobación del informe entregado sobre los puntos anteriores (pág.20 del Instructivo Meta1).

C: Presentación:

1. Texto en Arial12, interlineado simple, mínimo 5 hojas, máximo 15 (sin contar índice, carátula, y bibliografía), hojas numeradas, con logo de la institución y fecha, índice de contenidos.
2. En version Word/Open Office y pdf.
3. Debe constar la lista de técnicos y profesionales responsables del proceso de elaboración.
4. Debe constar la lista de técnicos y profesionales que participaron o fueron consultados en el proceso de elaboración.
5. Debe estar firmado por las Direcciones Técnicas, Coordinadores/as de Servicios de Urgencia y Emergencia y Equipos de Referencia en Violencia Doméstica.

Área Programática Asesora
Violencia basada en Género y Generaciones.