

## Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

**Meta 1**  
**Meta Niño niña y mujer**  
Abril 2017 – marzo 2019  
7 de Junio de 2017

### 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 abril 2017- marzo 2019 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 abril 2017 a marzo 2019

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...
Abril-mayo-junio de 2017	Agosto-setiembre-octubre 2017
Julio-agosto-setiembre de 2017	Noviembre-diciembre de 2017- Enero de 2018
Octubre-noviembre-diciembre de 2017	Febrero-marzo-abril de 2018
Enero-febrero-marzo de 2018	Mayo-junio-julio de 2018
Abril-mayo-junio de 2018	Agosto-setiembre-octubre 2018
Julio-agosto-setiembre de 2018	Noviembre-diciembre de 2018- Enero de 2019
Octubre-noviembre-diciembre de 2018	Febrero-marzo-abril de 2019
Enero-febrero-marzo de 2019	Mayo-junio-julio de 2019

### 3) Entrega de información

#### Formato y modalidad de entrega

Los datos correspondientes a los numeradores y denominadores de cada indicador serán informados en el programa informático de Metas Asistenciales:

<http://colo1.msp.gub.uy/MSPMetasAsistenciales/servlet/hmspsegprincipal>, mientras que las planillas con los datos nominalizados serán subidos al FTP, debiendo el archivo llevar el nombre "INSTITUCIÓN M1 TRIMESTRE" (Ejemplo: PrestadorX M1 JAS2017). La verificación de existencia de los archivos en el FTP es

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

visualizada de igual manera por el prestador así como por Control de prestadores-MSP.

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
Abril-mayo-junio de 2017	Martes 1º de agosto de 2017	23:59
Julio-agosto-setiembre de 2017	Miércoles 1º de noviembre de 2017	23:59
Octubre-noviembre-diciembre de 2017	Jueves 1º de febrero de 2018	23:59
Enero-febrero-marzo de 2018	Miércoles 2 de mayo de 2018	23:59
Abril-mayo-junio de 2018	Miércoles 1º de Agosto de 2018	23:59
Julio-agosto-setiembre de 2018	Jueves 1º de Noviembre de 2018	23:59
Octubre-noviembre-diciembre de 2018	Viernes 1º de Febrero de 2019	23:59
Enero-febrero-marzo de 2019	Jueves 2 de Mayo de 2019	23:59

## 4) Indicadores

### **X1) Captación del Recién Nacido**

En este caso al indicador con el que se viene trabajando en anteriores anualidades, se agrega la pesquisa de hipoacusia a través de la realización de las Emisiones Otoacústicas (EOA) antes del egreso hospitalario del recién nacido (Decreto 389/008).

Indicador
Numerador: N° de niños nacidos vivos afiliados a la institución con EOA realizada antes del alta hospitalaria, que presentan su primer control médico en los primeros 10 días de vida
Denominador: N° de nacidos vivos afiliados a la institución.

### **Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019**

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, 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 biológicos<sup>1</sup>, 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. Para la variable realización de EOA, las opciones serán: SI/NO, y para la variable resultado EOA serán: NORMAL "PASA"/ALTERADO "NO PASA"; siendo obligatorio el llenado de estas variables.

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.

En los casos en que no se pueda realizar las EOA antes del alta hospitalaria, la misma debe ser realizada en forma ambulatoria dentro de los primeros 30 días de vida y se considerará como realizada para el cumplimiento del indicador.

#### 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

---

<sup>1</sup> Se especifica en indicador visita domiciliaria que factores están incluidos como riesgo biológico.

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.<sup>2</sup>

- 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.
- Se debe detallar fecha de realización de EOA y resultado del mismo.

## ***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.

### 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 clasificaron los criterios de riesgo, asignándoles las categorías de riesgo biológico o social.

Criterios de riesgo biológico:

- Prematuros (cambia la edad gestacional considerando ahora de 34 semanas o menos).
- Defecto o malformación congénita mayores:
  - ✓ Cardiopatías congénitas

<sup>2</sup> Ver Decreto 396/03

### **Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019**

- ✓ 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.

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

- El denominador de los recién nacidos de riesgo se contrastará con la base de datos constituida con las historias clínicas perinatales básicas, de los partos/cesáreas del trimestre volcadas al SIP

#### 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.

###### Indicador

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.

###### Indicador

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) Seguimiento diagnóstico de niños con primer EOA alterada.

**Trimestres: Abril-mayo-junio 2017, Julio-agosto –setiembre 2017 y Octubre-noviembre-diciembre 2017**

###### Indicador

Numerador: N° de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre con primer EOA alterada y cuentan con el seguimiento diagnóstico de hipoacusia según el protocolo institucional.

Denominador: N° de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre con primer EOA alterada.

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

**Para el trimestre Abril- mayo –junio de 2017** se exigirá además la entrega del algoritmo institucional de seguimiento de niños con primera EOA alterada, para dar cumplimiento al indicador.

Las primeras EOA se deben realizar antes del alta hospitalaria del recién nacido. En todos aquellos recién nacidos con la pesquisa de hipoacusia alterada ("NO PASA") en el período neonatal, se deberá informar el seguimiento diagnóstico (Emisiones Otoacústicas, Potenciales evocados auditivos e Impedanciometría). Para cada uno de estos niños se deberá informar al año de vida: estudios realizados, fecha de realización, resultado de cada estudio, diagnóstico y tratamiento.

Los datos a informar en la planilla nominalizada serán: EOA (SI/NO), resultado EOA (NORMAL/ALTERADO), consulta con Otorrinolaringólogo (SI/NO), Potenciales evocados auditivos (SI/NO), resultado (NORMAL/ALTERADO). Impedanciometría (SI/NO), resultado (NORMAL/ALTERADO), fecha de realización de cada estudio, Diagnostico (Hipoacusia SI/Hipoacusia NO) y tratamiento, siendo obligatorio el llenado de todas las variables.

#### **Siguientes trimestres:**

A partir del cuarto trimestre se comenzará a solicitar que las instituciones apliquen a todos los niños con primeras EOA alteradas, el Protocolo Diagnóstico de Hipoacusia Neonatal el cual será proporcionado por el Ministerio de Salud. El mismo se encuentra en etapa de elaboración, luego de ser consensuado y validado será enviado oportunamente a los prestadores, para su aplicación.

#### Indicador

Numerador: N° de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre con primer EOA alterada y cuentan con la aplicación del Protocolo diagnóstico de hipoacusia neonatal según pauta del Ministerio de Salud.

Denominador: N° de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre con primer EOA alterada.

X2.2.5) 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.

X2.2.6) 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.

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

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 "altas" 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.



### **Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019**

#### 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.
- Seguimiento Hipoacusia neonatal:  
Debe estar registrado en la HC la fecha de realización y resultado de EOAs, y los siguientes estudios realizados para el seguimiento diagnóstico de

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

hipoacusia. En cada uno se debe detallar: el estudio realizado, la fecha de realización y resultado. Diagnóstico y tratamiento.

A partir de que entre en vigencia del Protocolo diagnóstico de Hipoacusia Neonatal deberán quedar registrados en la HC las consultas y los estudios realizados para demostrar la adherencia al mismo. Debiendo detallarse: fecha, estudio realizado, resultado, diagnóstico y tratamiento.

### ***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.

<u>Indicador</u>
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.

#### 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:

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

- Forma de registro: Historia Clínica. Deberá constar fecha, edad, los registros clínicos pertinentes, peso, talla, 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.

#### 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 18º 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

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

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 48º 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

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

##### X.3.3.2) Control Odontológico

<u>Indicador</u>
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 48º 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 36º y 48º meses de vida por odontólogo y debidamente documentado en la HC.

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

#### X3.4) Control en el quinto año de vida

---

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

Se considerará válido cuando se efectúe entre los 3 y 5 años cumplidos del niño.

<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.

#### 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 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 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.

#### ***X4) Control de Embarazo***

---

El correcto control del embarazo asociado a un adecuado nivel de conocimiento de la mujer sobre el embarazo, parto y cuidados del recién nacido, minimizan las posibles complicaciones del parto y del recién nacido.

El componente "Control de Embarazo" se reformula constando ahora de dos indicadores: el primero referido a la realización de la paraclínica de HIV y VDRL en los tres trimestres del embarazo y un nuevo indicador de preparación de la mujer para el parto.

##### 4.1) 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

El control de HIV-VDRL en el segundo trimestre, posee una flexibilización con respecto al período anterior, se debe realizar entre las 18ª y 28ª semana de Edad Gestacional.

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.

### **Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019**

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.

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.

#### 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:

- 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.

#### X4.2) Preparación de la embarazada para el nacimiento.

Este indicador intenta reforzar las líneas de acción para contribuir con la humanización del parto, alineado a los ODS 2016-2020.

Es así, que este indicador tiene como objetivo brindar información y herramientas a la mujer embarazada, para fortalecer el proceso de nacimiento y cuidados del RN, y empoderarla para la toma de decisiones en relación al cuidado de su salud y la de su hijo.

El Curso de preparación para el nacimiento deberá seguir la pauta del Ministerio de Salud. El mismo deberá ser realizado por la institución y contar con un total de 7 encuentros, debiendo cumplir con un mínimo de 5 asistencias para el cumplimiento de la meta. En este período la población objetivo serán las primíparas y secundíparas.

Cada embarazada que concurra a 5 encuentros del curso, se le proporcionará un comprobante que se adjuntará al carné perinatal, el que permitirá cargar en la HCPB el campo de "preparación para el parto". Este campo solo deberá completarse cuando se cuente con comprobante del curso realizado en la institución, y será la fuente de donde la institución obtenga la información del indicador.

#### Casos especiales:

En aquellos casos en que la usuaria objetivo de las clases se niegue a concurrir, deberá firmar un comprobante en el que especifique la/s causa/s, cuyo original

### **Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019**

deberá permanecer con la HC. Estos casos se considerarán como “protocolo de actuación”.

#### **Trimestre abril-mayo-junio 2017**

En el primer trimestre se exigirá para el cumplimiento del indicador: la presentación del Plan del Curso, el que debe incluir los contenidos del curso de preparación de la embarazada para el nacimiento así como la logística de la oferta, tomando como referencia la Pauta del Ministerio de Salud.

El mismo deberá ser presentado al 31 de mayo de 2017, y será analizado y validado por el Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud.

También se deberá informar el porcentaje de mujeres afiliadas que presentan su 1er o 2do parto/cesárea en el trimestre abril-junio 2017 que recibieron clases de preparación para el parto con pauta institucional anterior.

#### **Trimestre julio-agosto-setiembre 2017**

Se deberá informar el porcentaje de mujeres afiliadas que presentan su 1er o 2do parto/cesárea en el trimestre julio-setiembre 2017 que recibieron clases de preparación para el parto con pauta institucional anterior.

#### **Trimestre octubre-noviembre-diciembre 2017**

Teniendo en cuenta que los planes para la implementación de los cursos de embarazadas serán evaluados por el Área programática correspondiente durante el mes de junio, y podrán comenzar a implementarse una vez que estén aprobados, la exigencia para este trimestre será la cantidad de mujeres que realizaron el curso ya sea con pauta institucional anterior o con pauta aprobada por el MS.

El indicador a reportar es el siguiente:

Numerador: Número de mujeres afiliadas a la institución que presentan su 1er o 2do parto /cesárea en el trimestre y cuentan con Curso de preparación para el nacimiento realizado por la institución con pauta institucional anterior o pauta del MS.

Denominador: N° de mujeres afiliadas que presentan su 1er o 2do parto/cesárea en el trimestre

#### **Siguientes trimestres:**

Se deberá reportar el siguiente indicador:

Numerador: Número de mujeres afiliadas a la institución que presentan su 1er o 2do parto /cesárea en el trimestre y cuentan con Curso de preparación para el nacimiento realizado por la institución según pauta del MS.

Denominador: N° de mujeres afiliadas que presentan su 1er o 2do parto/cesárea en el trimestre



## Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

### 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:

- Preparación de la embarazada para el nacimiento: Se auditará la realización del curso a través del comprobante emitido por la institución, el cual debe constar en la HC o a través del registro en la HCPB, en el campo "preparación para el parto", el cual debe ser marcado cuando se recibe el comprobante del curso.

### **X 4.3) 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: 4.12 a marzo de 2017. Se encuentra disponible en <http://www.clap.ops-oms.org/sistemas/>. Se debe tener en cuenta que la versión cambia en general 2 veces al año, por lo que se debe actualizar la versión.

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

### **Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019**

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).

#### **X5) Género y Generaciones**

---

El objetivo del presente indicador es avanzar en la respuesta del sector salud a las situaciones de violencia doméstica y violencia sexual a lo largo del ciclo vital, priorizando el acceso, la oportunidad y la calidad de la respuesta.

Para ello las instituciones de salud deberán reperfilar los equipos multidisciplinarios de referencia (ER), de manera que se garantice el abordaje adecuado de la violencia doméstica (VD) y violencia sexual (VS) a lo largo de todo el ciclo vital, asegurando la accesibilidad territorial.

Como que se tome de insumo, se anexa al presente instructivo documento de Reperfilamiento de los ER.<sup>3</sup>

**Trimestre Abril-Mayo-Junio 2017:** Entrega de **informe con propuesta de reperfilamiento del equipo de referencia en violencia doméstica y violencia sexual** (ERVDyVS), fundamentando los criterios utilizados para la conformación y distribución de estos recursos en territorio. Además, deberá incluir en dicho informe la integración del equipo enviando nombre, profesión u ocupación, datos de contacto de cada uno de los miembros, lugar donde desempeña sus funciones en la institución, carga horaria contratada de cada uno afectada a esta tarea, y breve currículum específico en la temática (máximo una carilla).

El reperfilamiento de los equipos de referencia en VD y VS, en cuanto a integración, distribución, carga horaria y funciones, deberá efectuarse en base al documento técnico elaborado por el Área Programática de Violencia de Género y Generaciones: "Reperfilamiento de los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica"- Marzo 2017. y el "Protocolo de abordaje y asistencia de los casos de violencia doméstica

---

<sup>3</sup> Reperfilamiento de los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica-DIGESA-Área Programática de VBGG-Marzo 2017.

### **Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019**

en mujeres mayores de 15 años y de los casos de violencia sexual aguda a lo largo del ciclo vital en ambos sexos”, elaborado en el período anterior (Julio 2016-Marzo 2017), aprobado por el MS y difundido por la institución en el último trimestre.

Para el cumplimiento de este indicador, el informe debe tener el aval del Área Programática vinculada y haber reportado la información obligatoria que se especifica a continuación.

Se sugiere que este informe se presente hasta el 31 de mayo del presente año, con la finalidad de que el Área Programática competente del MS pueda realizar posibles sugerencias y correcciones a las propuestas de las instituciones. Con esta modalidad, se logrará que al llegar la fecha de entrega se aseguren los cumplimientos, así como también permitirá la ejecución de los planes presentados para el siguiente trimestre, en forma oportuna.

#### **Información obligatoria Abril-Mayo-Junio 2017:**

Las instituciones también deberán informar los siguientes datos:

- Total de mujeres mayores de 15 años en situación de VD detectadas en el trimestre por 1era vez.
- Total de mujeres mayores de 15 años en situación de VD de riesgo alto, según pauta MSP<sup>4</sup>, atendidas por los ERVDyVS, en el trimestre por 1era vez. Esta información debe estar desagregada por: edad de la usuaria, tipo de violencia, y vía de acceso al equipo (consulta espontánea, derivada de servicios ambulatorios, de internación o emergencia) y departamento/localidad de acuerdo a la dispersión territorial de la institución.
- Situaciones de VS aguda y VD física o con lesiones del total de la población, atendidas en los servicios de emergencia. Esta información debe estar desagregada por: edad, sexo y departamento/localidad de acuerdo a la dispersión territorial de la institución.
- Situaciones de VS aguda y VD física o con lesiones del total de la población, atendidas en los servicios de emergencia derivadas a los ERVDyVS y efectivamente atendidas por los equipos, por 1ª vez en el trimestre.

**Trimestre Julio-Agosto-Setiembre 2017:** Entrega de **informe de la implementación del reperfilamiento del equipo de referencia en violencia doméstica y violencia sexual** (ERVDyVS). Se deberán especificar las modificaciones, contrataciones, redistribuciones y/o reorganización institucional realizada en los últimos meses que den cuenta del reperfilamiento.

Los lineamientos para la creación de dicho informe, determinados por el Área Programática de VBGG serán enviados oportunamente desde Metas Asistenciales.

---

<sup>4</sup> Situaciones de riesgo de VD hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes del Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica- 2017. Adaptado por el Área Programática Asesora de Violencia Basada en Género y Generaciones.

### **Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019**

Además, la institución deberá publicar en su página web la forma de acceso y consulta ante situaciones de violencia doméstica y sexual.

**Trimestres Octubre-Noviembre-Diciembre 2017 y Enero-Febrero-Marzo 2018:** Concurrencia de los Equipos Referentes de las instituciones a las convocatorias realizadas desde el Área Programática, que serán comunicadas oportunamente. Dichas instancias tendrán como objetivo la validación del Manual Clínico para Atención a mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual (OMS 2016) y para la construcción del Protocolo de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes (MSP-SIPIAV-UNICEF).

**Trimestre Abril-mayo-junio 2018:**

Las instituciones deberán realizar la difusión e implementación en el uso de los Manuales de OMS y UNICEF validados en los trimestres anteriores.

Para cumplir con este indicador la institución deberá entregar un informe sobre la difusión e implementación que será analizado y aprobado por el Área Programática de VBGG.

**Trimestre Julio-agosto-setiembre 2018:** Entrega de Protocolo preliminar de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes, que será analizado y validado por el área Programática de VBGG del Ministerio de Salud. El mismo se construirá en base al documento elaborado por el MSP-SIPIAV-UNICEF.

**Trimestre Octubre-noviembre-diciembre de 2018:** Entrega de Protocolo definitivo de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes, que será analizado y validado por el área Programática de VBGG del Ministerio de Salud. El mismo se construirá en base al documento elaborado por el MSP-SIPIAV-UNICEF y a las posibles observaciones del Área programática del trimestre anterior.

**Trimestre Enero-febrero-marzo de 2019:** Difusión e implementación del Protocolo institucional de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes, previamente validado.

Los lineamientos para la difusión de dicho Protocolo, serán enviados oportunamente por el Área Programática de VBGG. Cabe aclarar que para ello debe estar aprobado y validado el Protocolo Institucional por el área competente del Ministerio de Salud. El indicador se cumplirá con la entrega de un informe sobre las acciones realizadas.

**Aclaración:** Para cada uno de los trimestres el área Programática de VBGG del MS comunicará con antelación los lineamientos, pautas y/o acciones de coordinación necesarias para cumplir el indicador correspondiente a cada trimestre.

**Información obligatoria desde el segundo trimestre al final del período:**

Las instituciones también deberán informar los siguientes datos:

- Total de mujeres mayores de 15 años en situación de VD detectadas en el trimestre por 1era vez.

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

- Total de mujeres mayores de 15 años en situación de VD de riesgo alto atendidas por los ERVDyVS, en el trimestre por 1era vez. Esta información debe estar desagregada por edad de la usuaria, tipo de violencia, y vía de acceso al equipo (consulta espontánea, derivada de servicios ambulatorios, de internación o emergencia) y departamento/localidad de acuerdo a la dispersión territorial de la institución.
- Situaciones de VS aguda y VD física o con lesiones del total de la población, atendidas en los servicios de emergencia. Esta información debe estar desagregada por edad, sexo y departamento/localidad de acuerdo a la dispersión territorial de la institución.

Se agrega además:

- Total de usuarios/as menores de 15 años en situación de VD atendidos por el ERVDyVS por 1ª vez en el trimestre.

### 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 VBGG quien indicará si los mismos cumplen o no con las pautas establecidas

El Ministerio de Salud por intermedio de su departamento de Fiscalización, DDS u otros mecanismos inspeccionará la conformación y funciones de los ERVDyVS, así como la información solicitada en cada uno de los trimestres.

### **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...
$X > \text{Meta del trimestre}$	$I = 100\%$
$\text{Línea de base} < X < \text{Meta del trimestre}$	$I = \frac{X - \text{Línea de base}}{\text{Meta del trimestre} - \text{Línea de base}}$
$X < \text{Línea de base}$	$I = 0\%$

### Indicador resumen

El indicador resumen se construirá de la siguiente manera:

$$IR = (I1 + 2 \cdot I2 + 0.5 \cdot I3 + 0.5 \cdot I4 + I5 + 0.5 \cdot I6 + I7 + I8 + 0.5 \cdot I9 + I10) / 9$$

Siendo:

$$I2 = 1/2(I2.1) + (1/2(I2.2.1 + I2.2.2 + I2.2.3 + I2.2.4 + I2.2.5 + I2.2.6) / 6)$$

$$I5 = (I5.1 + I5.2) / 2$$

### **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.

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

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 concorra 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 aquellos casos en que la usuaria objetivo de las clases se niegue a concurrir, deberá firmar un comprobante en el que especifique la/s causa/s, cuyo original deberá permanecer con la HC.

#### **6) Pago**

El pago por meta seguirá la siguiente fórmula:

$$\text{Pago} = \text{IR} \times 88,32^5$$

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.

---

<sup>5</sup> Este valor será actualizado por aumento de cuota.

## Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

### Esquema de pago.

Meta 1 Período abril 2017-marzo 2019	\$88,32	Indicadores
1. Captación de RN	9,813	I1
2.1 Visita domiciliaria RN de riesgo	9,813	I2
2.2.1. Control de RN de riesgo que cumplen 3 meses en el trimestre	1,636	
2.2.2 Control de RN de riesgo que cumplen 6 meses en el trimestre	1,636	
2.2.3 Control de RN de riesgo que cumplen 12 meses en el trimestre	1,636	
2.2.4 Seguimiento de niños con primer EOA alterada.	1,636	
2.2.5 Control de RN de riesgo que cumplen 18 meses en el trimestre	1,636	
2.2.6 Control de RN de riesgo que cumplen 24 meses en el trimestre	1,636	I2
3.1.1 Control de desarrollo del niño de un año	4,907	I3
3.2 Control de desarrollo de niño de 2 años	4,907	I4
3.3.1 Control de desarrollo del niños de 4 años	4,907	I5
3.3.2 Control odontológico de niños de 4 años	4,907	
3.4 Control oftalmológico de niños de 5 años	4,907	I6
4.1 HIV-VDRL 1º, 2º y 3º de embarazo	9,813	I7
4.2 Preparación para el nacimiento	9,813	I8
4.3 HCPB volcadas a SIP	4,907	I9
5. Género y generaciones	9,813	I10

### 7) Metas Mínimas

- Para los indicadores de Captación RN y los de recién nacidos de riesgo (visita domiciliaria, seguimiento RN, ), la exigencia será del 100%. En caso de que la institución no alcance la meta de crecimiento, se calculará un pago proporcional en la medida que el indicador esté por encima del 90%.
- En el indicador X2.2.4 de Seguimiento diagnóstico de niños con primer EOA alterada, para el trimestre abril-mayo-junio de 2017 se exigirá la descripción de la secuencia diagnóstica que se maneja dentro de la institución actualmente. A su vez se deberá informar el número de niños con seguimiento sobre el total de niños con EOA alterada en todos los trimestres. Recién a partir del trimestre abril mayo y junio de 2018 se exigirá un cumplimiento del 100%.
- Para los indicadores 3.1.1, 3.2, 3.3.1, 3.3.2, 3.4, 4.1 y 4.3, se establece un esquema de metas en niveles de crecimiento según los siguientes criterios:
  - La meta a alcanzar hacia adelante nunca puede ser menor que la exigida para enero-febrero-marzo 2017.



### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

- El valor de corte será la mediana de desempeño de todas las instituciones de acuerdo a la última información disponible al inicio del período, más 10 puntos porcentuales, teniendo como tope el 95%.
- Aquellas instituciones con cumplimiento por encima del valor de corte tendrán como meta de crecimiento un 0%. En caso que estas instituciones no alcancen la meta, se aplicará pago proporcional en tanto su desempeño no baje de 10 puntos porcentuales, siempre y cuando su meta no esté a más de 10 puntos porcentuales del punto de corte. En este último caso la proporcionalidad se aplicará tomando como línea de base el punto de corte.
- Aquellas instituciones cuyo cumplimiento esté por debajo del valor de corte, tendrán como meta de crecimiento en el período bianual cubrir un 80% de la brecha entre su valor de cumplimiento (último dato disponible) y el valor de corte. La tasa de cumplimiento trimestral surgirá de dividir en ocho partes iguales dicha brecha. En caso de que estas instituciones no alcancen la meta de crecimiento, se calculará un pago proporcional. Este tendrá, en el primer trimestre, como línea de base su valor base. En los siguientes, la línea de base será la meta a haber alcanzado en el trimestre anterior.
- En el indicador de Preparación de la embarazada para el nacimiento la exigencia será:
  - Abril-mayo-junio de 2017: Presentación del plan del curso e informar el porcentaje de primíparas y secundíparas del trimestre que tuvieron preparación para el parto.
  - Julio-agosto-setiembre de 2017: informar el porcentaje de primíparas y secundíparas del trimestre que tuvieron preparación para el parto.
  - Siguientes trimestres:

Octubre-noviembre-diciembre de 2017	25%
Enero-febrero-marzo de 2018	30%
Abril-mayo-junio de 2018	40%
Julio-agosto-setiembre de 2018	50%
Octubre –noviembre-diciembre de 2018	60%
Enero-febrero-marzo de 2019	70%
- Para el indicador de Género y Generaciones, además de notificar la información adicional correspondiente a cada trimestres, la exigencia será:
  - Abril-mayo-junio de 2017: Informe de propuesta de perfilamiento del equipo de referencia en violencia doméstica y violencia sexual (ERVDyVS) aprobado por el Área Programática competente.

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

- Julio-agosto-setiembre de 2017: Informe de Implementación de reperfilamiento del equipo de referencia en violencia doméstica y violencia sexual (ERVDyVS) aprobado por el Área Programática competente.
  - Octubre-noviembre-diciembre 2017 y Enero-febrero-marzo 2018: Concurrencia de los Equipos Referentes de las instituciones a las convocatorias realizadas desde el Área Programática.
  - Abril-mayo-junio 2018: Informe de Implementación y Difusión en el uso de los Manuales de OMS y UNICEF.
  - Julio-agosto-setiembre 2018: Protocolo preliminar de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes, validado por el Área Programática de VBG del Ministerio de Salud.
  - Octubre-noviembre-diciembre de 2018: Protocolo definitivo de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes, validado por el Área Programática de VBG del Ministerio de Salud.
  - Enero-febrero-marzo de 2019: Informe de difusión e implementación del Protocolo institucional de Atención a situaciones de maltrato y abuso hacia niños, niñas y adolescentes, validado por el área competente del Ministerio de Salud.
- Como criterio general, si el indicador de desempeño en términos absolutos resulta superior o igual a 95%, entonces se considerará cumplida la meta correspondiente a ese indicador. Dicho criterio no se aplica en los indicadores de Preparación para el nacimiento y de Género y Generaciones, donde su cumplimiento es total o nulo.

La Junta Nacional de Salud será quién notificará a cada una de las instituciones los valores de las metas a alcanzar en cada trimestre, 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, teniendo 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	El primer y el segundo mes del trimestre

### Instructivo Meta 1 Abril 2017-Marzo 2019

fecha límite	de pago
Más de 60 días corridos posteriores a la fecha límite	Los tres meses del trimestre de pago

- Período para presentar correcciones

La JUNASA notificará a cada prestador el cumplimiento y pago correspondiente.

Las instituciones podrán realizar descargos a dicha resolución como establece la normativa vigente. Para ello dispondrán de 10 días hábiles luego de emitida dicha resolución. Luego de transcurrido este plazo no serán de recibo las correcciones presentadas.

- 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.

Las instituciones podrán realizar consultas al correo electrónico [metasasistenciales@msp.gub.uy](mailto: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.***