

**Instructivo Meta 2**  
**Objetivos Sanitarios Nacionales 2020**

Abril 2017 – marzo 2019

## 1) Introducción

Para el período abril 2017 a marzo 2019, la Meta 2 toma como referencia a los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN) del Ministerio de Salud<sup>1</sup>.

En la presente administración se han definido objetivos y metas sanitarias centrados en las personas, la perspectiva de derechos y los determinantes sociales. Se han especificado Objetivos Estratégicos (OE) que por su amplitud, han requerido establecer un conjunto de Resultados Esperados (RE) para los cuales se han definido metas para el año 2020 a partir de líneas de base definidas con las fuentes de datos disponibles. Para el logro de los RE es necesario implementar un conjunto de Líneas de Acción (LA) que propendan a su concreción.



Para dar seguimiento a los avances hacia los RE el Ministerio de Salud definió una serie de indicadores de proceso que permiten monitorear el desempeño de los prestadores integrales del SNIS en la implementación de las LA.

En el marco de estos Objetivos Sanitarios Nacionales, la Meta 2 busca contribuir a la puesta en marcha y monitoreo de las líneas de acción vinculadas a prestadores del SNIS, definidas para la prosecución de RE en cada Objetivo Estratégico.

## 2) Objetivos de la Meta 2

- 2.1 Promover el avance en las líneas de acción priorizadas de los prestadores del SNIS según los problemas de salud identificados de la población afiliada de manera de contribuir con los Resultados Esperados acordados con el Ministerio de Salud.

<sup>1</sup> <http://www.msp.gub.uy/noticia/presentaci%C3%B3n-de-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

- 2.2 Favorecer la implantación de un sistema de monitoreo de la ejecución de las Líneas de Acción definidas para la concreción de los Resultados Esperados en los OSN 2020.

### 3) Período de aplicación de la meta

El presente instructivo, de aplicación hasta marzo de 2019, contiene modificaciones realizadas al instructivo original (resoluciones 188/2017 y 192/2017) como consecuencia de los cambios en algunos indicadores. Dichos cambios, son fruto del trabajo de evaluación y de los procesos asociados al cumplimiento de las metas, tanto en el Ministerio de Salud como en el ámbito de la Comisión Asesora de Metas.

La relación entre el cumplimiento de la meta y el pago por meta en los distintos semestres se detalla en el siguiente cuadro:

Relación cumplimiento – pago	
El cumplimiento de:	Genera pagos en los meses...
Entrega de:  Líneas de Base de indicadores de Componentes 1 y 2 del período octubre 2016 a marzo 2017, y  Plan de Implementación de las estrategias de re-organización institucional	De agosto- setiembre- octubre 2017
Abril a setiembre de 2017 ( <b>1er Semestre</b> )	De noviembre de 2017 a abril de 2018
Octubre 2017 a marzo 2018 ( <b>2do Semestre</b> )	De mayo de 2018 a octubre de 2018
Abril a setiembre 2018 ( <b>3er Semestre</b> )	De noviembre de 2018 a abril de 2019
Octubre de 2018 a marzo de 2019 ( <b>4to Semestre</b> )	De mayo de 2019 a octubre de 2019

### 4) 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>.

A su vez, para algunos indicadores se deberán entregar los documentos complementarios que se especifican en el presente instructivo (planillas nominalizadas, declaración jurada, informes, etc.), los que deberán ser subidos al RCIE. La verificación de existencia de los archivos en dichos programas es visualizada

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

de igual manera por el prestador, como por el Departamento Control de Prestadores del MSP.

### Fechas de entrega

Cada semestre tendrá una fecha y hora límite para entregar la información (sistema informático y documentos complementarios), como figura en el siguiente cuadro:

Fecha y hora límite de entrega de información		
Entrega de cumplimiento	Fecha límite de entrega de información	Hora
Entrega de Líneas de Base del Componente 1 y Plan Institucional para el cumplimiento de Meta 2.	Jueves 15 de junio de 2017	23.59
Abril a setiembre de 2017	Viernes 20 de octubre de 2017	23.59
Octubre de 2017 a marzo de 2018	Viernes 20 de abril de 2018	23.59
Abril a setiembre de 2018	Viernes 19 de octubre de 2018	23.59
Octubre de 2018 a marzo de 2019	Viernes 19 de abril de 2019	23.59

El cumplimiento de la Meta 2 es semestral.

Para el caso de cualquiera de los indicadores, el criterio a considerar para los usuarios dados de baja de las instituciones ya sea por desafiliación o fallecimiento, es el de incluir en la nómina a los que hallan perdurado cuatro o más meses del semestre en la institución.

## 5) Componentes de la meta 2

La Meta 2 se estructurará en base a dos componentes:

- Componente 1. Cuatro resultados esperados (RE) con ocho líneas de acción. Dos de los RE han sido definidos por el Ministerio de Salud como comunes a todos los prestadores y dos de ellos han sido específicos para cada institución de salud definidos conjuntamente entre el Ministerio de Salud y cada prestador.
- Componente 2. Reporte de indicadores. Envío de indicadores de monitoreo, considerados como trazadores del cumplimiento de las líneas de acción de OSN 2020, priorizadas por el MSP.

### 5.1) Componente 1: cuatro resultados esperados (RE) con ocho líneas de acción

Los prestadores se involucran explícitamente con **cuatro resultados esperados (RE)** mediante la implementación y el cumplimiento de **ocho líneas de acción (LA) (dos para cada RE)**. Dos RE con sus líneas de acción son comunes a todas las instituciones, mientras que las otras dos son específicas para cada institución.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

El seguimiento de cada LA se realiza a través de indicadores de monitoreo definidos, los que permiten evaluar el cumplimiento exigido según las líneas de base (LB) reportadas por los prestadores para cada uno de ellos.

### 5.1.1) Dos Resultados Esperados comunes a todas las instituciones.

#### Resultado Esperado 1: Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial

#### Indicador X1) Porcentaje de usuarios de 25 a 64 años en tratamiento para hipertensión según protocolo de atención clínica.

Descripción	Valor de referencia	Meta a marzo 2019	Fuente
Numerador: número de usuarios de 25 a 64 años que recibieron prescripción o retiraron al menos un medicamento antihipertensivo en la farmacia de la institución desde 1° de octubre 2016, sumados los pacientes hipertensos identificados por otro tipo de registros Denominador: total de usuarios de 25 a 64 años; por 100	36,6% de prevalencia nacional de hipertensos (ENFRENT 2013)	Cubrir el 25% de la brecha entre la línea de base del prestador y la prevalencia nacional.  Sem 1: 3% de la brecha Sem 2: 8% de la brecha Sem 3: 17% de la brecha Sem 4: 25% de la brecha	Numerador: Sistemas de farmacia/ Registro de hipertensos  Denominador: RUCAF

Para el retiro de medicación se toma como fecha de inicio el 1 de octubre de 2016. La medicación antihipertensiva a considerar es la siguiente:

- 1) IECA
  - Captopril
  - Cilazapril
  - Enalapril
  - Lisinapril
  - Perindopril
  - Quinapril
  - Ramipril
  - Benazepril
- 2) ARA II
  - Candesartan
  - Irbesartan
  - Losartan
  - Telmisartan
  - Valsartan
  - Olmesartán
- 3) CALCIOANTAGONISTAS
  - Amlodipina
  - Diltiazem

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

- Lercandipina
  - Nicardipina
  - Nifedipina
  - Nitrendipina
- 4) SIMPATICOLITICOS
- Alfametildopa
  - Clonidina
  - Doxasocina
- 5) VASODILADORES ANTIHIPERTENSIVOS
- Hidralazina
- 6) ANTIHIPERTENSIVOS ASOCIADOS
- IECA con Hidroclorotiazida
  - IECA con Indapamida
  - ARA II con Hidroclorotiazida
  - Calcioantagonistas con IECA
  - ARA II con Dihidroclorotiazida
  - ARA II CON CALCIOANTAGONISTAS
- 7) BETABLOQUEANTES
- Atenolol
  - Bisoprolol
  - Metoprolol
  - Carvedilol
  - Propanolol
  - Labetalol
  - Nebivolol
  - Nadolol
  - Pindolol
  - Betabloqueantes asociados con diuréticos
- 8) DIURÉTICOS
- Hidroclorotiazida
  - Indapamida
  - Furosemida
  - Esplerenona
  - Espironolactona
  - Torasemida
  - Triamtirene
  - Dihidroclorotiazida
  - Diuréticos asociados

La información del numerador se extrae de la planilla nominalizada, donde figura información del sistema de farmacia y de registros auditables de hipertensos de la institución (registro específico de hipertensos diagnosticados, HCE, prescripción de medicación antihipertensiva, HC, u otro tipo de registro que permita identificar a personas hipertensas). La edad del individuo se calcula al último día del semestre. La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor del 4to mes del semestre (enero 2017, julio 2017, enero 2018, julio 2018, enero 2019).

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE. El total de pacientes incluidos en la planilla

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

nominalizada debe coincidir con el valor del numerador reportado en el sistema informático.

**Auditoría:** Se controlará la información generada por el sistema de farmacia para verificar que los casos del numerador que surgen de allí cumplan con los criterios de edad, período de tiempo explicitado y medicamentos. Además, se auditará una muestra de las HC de los casos del numerador. En dichas HC debe figurar el diagnóstico de hipertensión y/o el tratamiento basado en modificación de estilos de vida y/o la medicación antihipertensiva indicada en el caso que corresponda.

### Indicador X2.1) Porcentaje de pacientes hipertensos captados, de 25 a 64 años, con rutina de laboratorio vigente

Descripción	Valor de referencia	Meta a marzo 2019	Fuente
Numerador: cantidad de pacientes hipertensos captados, con exámenes de laboratorio realizados vigentes.  Denominador: número de pacientes hipertensos captados; por 100	90%	Cubrir el 80% de la brecha entre la línea de base del prestador y el valor de referencia.  Sem 1: 25% de la brecha Sem 2: 40% de la brecha Sem 3: 60% de la brecha Sem 4: 80% de la brecha	Numerador: Laboratorio Prestador  Denominador: Sistema de farmacia /Registro de hipertensos

Se considerarán "pacientes hipertensos captados" a los usuarios de 25 a 64 años que retiraron al menos un medicamento antihipertensivo en la farmacia de la institución desde octubre de 2016, más los pacientes identificados como hipertensos con tratamiento basado en modificación de estilos de vida y/o medicación antihipertensiva que surjan de otros registros auditables (registro específico de hipertensos diagnosticados, HCE, prescripción de medicación antihipertensiva, HC, u otro tipo de registro que permita identificar a personas hipertensas).

La información del numerador se extrae del sistema de laboratorio.

Se toma como fecha de corte para la vigencia de exámenes, el último día del semestre.

Se entiende por rutina de laboratorio vigente, a la paraclínica de orina y creatinina realizada en los últimos 36 meses<sup>2</sup>.

El denominador de este indicador es el numerador del indicador X1, y se extrae de la planilla nominalizada, donde figura información del sistema de farmacia y de registros de hipertensos de la institución.

<sup>2</sup> Para la línea de base se consideró 12 meses de vigencia

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE, de donde surgen los valores del numerador y denominador reportados en el Programa Informático.

Auditoría: Para corroborar el numerador se controlará la información generada por el sistema de laboratorio, donde se verificará que se cumpla con los criterios de tipo de estudios, edad, tiempo de vigencia.

Para el denominador se controlará la información generada por el sistema de farmacia para verificar que los casos informados cumplan con los criterios de edad, período de tiempo explicitado y medicamentos. Dicho denominador surge de los totales del numerador del indicador X1. Además, se auditará una muestra de las HC de los casos del numerador. En dichas HC debe figurar el diagnóstico de hipertensión y/o el tratamiento basado en modificación de estilos de vida y/o medicación indicada en caso que corresponde, la fecha y los resultados de la paraclínica de orina y creatinina.

### **Indicador X2.2) Realización de auditoría de aplicación de guía de atención en HTA**

<b>Descripción</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>Meta a marzo 2019</b>	<b>Fuente</b>
Realización de una revisión basada en el análisis de las historias clínicas de pacientes hipertensos	No aplica	Auditoría realizada en semestres 2, 3 y 4.	El Programa de ENT de DIGESA del Ministerio de Salud proporcionará una guía de auditoría

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Este proceso de revisión interna de las historias clínicas se realiza en base a un set de variables descriptas, incluidas en planilla base de relevamiento de información de la auditoría, a ser aplicado por funcionarios técnicos debidamente entrenados.

La institución debe entregar un informe de revisión de historias clínicas -con el formato recomendado por el MSP-, debidamente documentado mediante entrega de la información consolidada de los datos las auditorías realizadas y firmado por la dirección técnica de la institución avalando los procedimientos y registros utilizados.

Los lineamientos para la elaboración de dicho informe serán proporcionados oportunamente por el Área Programática de Enfermedades No Transmisibles (ENT) de DIGESA/Ministerio de Salud. El indicador se considerará cumplido, cuando dicho informe con base en información consolidada sea aprobado por el área competente de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP.

Entrega vinculada a este indicador: Se informa en el 2do, 3er y 4to semestre. Se debe subir el informe de auditoría y la planilla- base de relevamiento de revisión de historias clínicas en el RCIE.

Auditoría: el Ministerio de Salud realizará la auditoría sobre las historias clínicas utilizadas en esta revisión y controlará la información generada por los sistemas de información pertinentes vinculados a la atención de los usuarios involucrados.

**Resultado esperado 2: Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.**

### **Indicador X3.1) Porcentaje de médicos de los servicios involucrados capacitados en la detección precoz y oportuna de síndrome coronario agudo con ST elevado**

Descripción	Valor de referencia	Meta a set 2018	Fuente
Numerador: número de médicos capacitados  Denominador: total de médicos de los servicios de urgencia/emergencia, cuidados moderados e intermedios y de los sistemas de emergencias y traslados propios	100%	Sem 1: 80%  Sem 3: 90%	Numerador: área programática de ENT/ institución  Denominador: SCARH/institución

El curso "Capacitación para la reperusión en el IAM" es elaborado por la Sociedad Uruguaya de Cardiología, la Cátedra de Cardiología de la Facultad de Medicina, la CHSCV, el FNR y el Área Programática de ENT de DIGESA. El programa se enviará en forma oportuna a las instituciones. Dicho curso será en modalidad virtual, autoadministrado a través de una plataforma, y cuenta con fecha límite de realización.

Cada prestador de salud deberá nombrar referentes institucionales, que serán los facilitadores del proceso de capacitación a la interna de la institución.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Los referentes de cada prestador serán: Director Técnico o representante de la Dirección Técnica y al menos dos profesionales designados como responsables del apoyo a la capacitación.

El listado de referentes de cada institución deberá ser comunicado el 31 de mayo de 2017 al Área Programática de Enfermedades No Trasmisibles de DIGESA (ent@msp.gub.uy), con copia a Metas Asistenciales y a la dirección departamental correspondiente.

El listado debe incluir:

- Nombre de la institución;
- nombre de los referentes;
- cargo de los referentes y forma de contacto (mail)

Los tres referentes institucionales de cada prestador deben concurrir en forma obligatoria a las dos instancias presenciales del curso: la inicial, de presentación del curso y en donde se detallarán objetivos y metodología a desarrollar, y la final, donde se desarrollará la discusión de los conceptos claves que deben integrar los profesionales capacitados. A su vez, los referentes replicarán los contenidos de estas capacitaciones a los participantes del curso.

El numerador de este indicador es la cantidad de médicos, con las características especificadas en el denominador, que tienen aprobado el curso virtual "Capacitación para la Reperusión en el IAM", de un mes de duración con 4 módulos.

Se considera médico capacitado cuando se logre al menos el 80% de la participación y el 70% de respuestas correctas en el test de evaluación final. El 100% de la participación consiste en entrar en cada una de las cuatro presentaciones (4) y realización del test de evaluación (1).

El denominador es la cantidad de médicos que se desempeñan en los servicios de urgencia/emergencia, cuidados intermedios y moderados de la institución. Se incluirán los perfiles de médicos que desempeñándose en dichos servicios son: generalistas, internistas, médicos intensivistas y cardiólogos. Además, aquellas instituciones que posean sistemas de emergencias/traslados propios, deben capacitar a su personal. Se incluirá a todo aquel personal que haya trabajado al menos 12 horas en el mes de febrero (2017 y 2018) en los servicios de urgencia descentralizada, puerta, cti-adulto (cti e intermedio), sanatorio (cuidados básicos), guardia interna, al menos 12 horas en el mes de febrero (2017 y 2018). Para los casos de titulares se considerarán horas contratadas, mientras que para los suplentes, suplentes fijos e independientes se considerarán las horas efectivas. Se incluirán los médicos radicados en poblaciones del interior de los departamentos, con responsabilidad asistencial de 24 horas diarias. Se solicitará a los prestadores una declaración jurada de la nómina de los funcionarios que integran el denominador, que será reportada en mayo 2017 y 2018. Esta información se comparará con la volcada en el sistema SCARH por la institución y será validada por el Ministerio de Salud.

Entrega vinculada a este indicador: al 31 de mayo de 2017 se debe subir al RCIE la declaración jurada de la nómina de los funcionarios del mes de febrero del 2017, que integran el denominador del indicador. Al 31 de mayo de 2018 se deberá subir al RCIE la declaración jurada de la nómina de los funcionarios del mes de febrero de 2018.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Respecto al reporte del indicador, se informa en el primer y tercer semestre. Se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador.

Auditoría: se llevará registro de asistencia de los referentes a la capacitación presencial por parte del Área Programática de ENT de DIGESA-Ministerio de Salud. La declaración jurada de la nómina de los funcionarios que integran el denominador del indicador, se comparará con la volcada en el sistema SCARH y será validado por el Ministerio de Salud. Respecto al numerador, desde la plataforma virtual se cotejará por el Área Programática de ENT la participación y aprobación del curso de cada capacitado.

### **Indicador X3.2) Realización de revisión de auditoría de casos con síndrome coronario agudo.**

<b>Descripción</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>Meta a marzo 2019</b>	<b>Fuente</b>
Realización de una auditoría de los casos con síndrome coronario agudo por parte de un comité de auditoría de la institución	No aplica	Realización de revisión de HC por la Institución (2º y 4º semestre)	Área Programática de ENT/ Institución

El proceso de auditoría implicará la revisión interna de todas las historias clínicas de los usuarios con infarto agudo de miocardio. Dicha revisión debe realizarse según un set de variables descriptas en planilla base de relevamiento de información de auditoría, a ser aplicado por funcionarios técnicos debidamente entrenados.<sup>3</sup>

La institución debe entregar un informe de revisión de historias clínicas, debidamente documentado mediante entrega de la información consolidada de los datos de las auditorías realizadas, y firmado por la dirección técnica de la institución avalando los procedimientos y registros utilizados.

Los lineamientos para la elaboración de dicho informe y la planilla base de relevamiento de información, serán proporcionados oportunamente por el Área Programática de ENT de DIGESA del Ministerio de Salud.

El indicador se considerará cumplido cuando el informe con base en información consolidada sea aprobado por el área competente de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP.

Entrega vinculada a este indicador: se informa en el segundo y cuarto semestre. Se deberá subir el informe de revisión de historias clínicas y la planilla base con la información agrupada de las auditorías realizadas al RCIE.

Auditoría: el Ministerio de Salud realizará la auditoría sobre las historias clínicas utilizadas en esta revisión y fiscalizará los sistemas de información pertinentes vinculados a la atención de los pacientes involucrados.

<sup>3</sup> <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/meta-2-materiales>

**Indicador X.4.1) Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por IAM con ST elevado.**

Descripción	Valor de referencia	Meta a marzo 2019	Fuente
Numerador: cantidad de reperfusiones medicamentosas y/o mecánicas de IAM con segmento ST elevado realizadas en el semestre.  Denominador: número total de egresos por IAMST del semestre por 100	90%	Sem 2: 70%  Sem 3: 80%  Sem 4: 90%	Numerador: FNR/institución  Denominador: Egresos hospitalarios por IAMST de la institución

Se entiende como egreso por IAM al evento codificado al alta hospitalaria, según CIE 10, como I21 al I22. Para el numerador del indicador se incluirán de esta lista, solamente a los que tuvieron ST elevado. Como la codificación de egresos por CIE 10 en versiones anteriores a la 2018, no considera el concepto de supradesnivel ST, se deberá enlistar en planilla nominalizada todos los IAM del semestre así codificados, adjudicando otro código (6) para los casos de IAM sin ST.

Si una misma persona atraviesa distintos tipos de internación durante el evento (emergencia, piso, IMAE, etc.) se contará como un solo egreso. Si una misma persona tiene más de un evento de IAM con ST elevado en el semestre, cada uno de ellos se contará como un egreso. Los egresos por IAM con ST elevado que de acuerdo al protocolo tengan criterios de exclusión de reperusión medicamentosa o mecánica, no se contarán en el denominador y deberán quedar especificados en la planilla nominalizada a fin de ser auditados. Los criterios de exclusión se especifican en la normativa, versión revisada en 2017:

[http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/medicamentos/n\\_trat\\_iam.pdf](http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/medicamentos/n_trat_iam.pdf)

Como resultado de la evaluación de los indicadores de Meta 2 a lo largo de los primeros seis meses de 2018 y en el marco de la Comisión Asesora de Metas, se fijaron metas a alcanzar en cada semestre para este indicador como un porcentaje fijo y común para todos los prestadores.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada de meta 2 al RCIE.

Auditoría: se verificará con la información de seguimiento y control de los tratamientos autorizados por el FNR, y se auditarán las historias clínicas de aquellos

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

casos de IAM tratados por fuera de la financiación del FNR y los casos de IAM a los que no se les realizó tratamiento de reperfusión.

### 5.1.2) Dos Resultados Específicos priorizados por cada prestador de salud y dos líneas de acción contribuyentes a cada uno.

En el trabajo que en conjunto viene realizando el Ministerio de Salud con los prestadores respecto a los OSN 2020, cada prestador ha priorizado dos resultados esperados (RE) de acuerdo a las características demoepidemiológicas de sus usuarios (ver Anexo 1). Para cada uno de esos RE se han definido líneas de acción (LA) que el prestador deberá llevar adelante. Asimismo se han determinado los indicadores de esas LA, en base al Documento Final de OSN 2020.

<b>RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS POR LOS PRESTADORES</b>	
5.1	Reducción de la mortalidad por <b>cáncer</b> , con énfasis en las muertes prematuras.
5.2	Disminución de las complicaciones crónicas de la <b>diabetes</b> .
5.3	Reducción de la morbilidad por <b>VIH/Sida</b> .
5.4	Disminución del <b>sobrepeso y la obesidad</b> en la población.
5.5	Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de <b>tabaco</b> ambiental.
5.6	Disminución de la incidencia del <b>embarazo en adolescentes</b> y acompañamiento adecuado de la maternidad – paternidad en adolescentes
5.7	Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica ( <b>EPOC</b> )
5.8	<b>Humanización del parto</b> institucional y disminución de la tasa de cesáreas
5.9	Eliminación de la <b>transmisión vertical</b> de Sífilis y VIH
5.10	Disminución de la incidencia de <b>suicidios</b>
5.11	Disminución de la morbilidad vinculada a la <b>violencia basada en género y generaciones</b>
5.12	Extensión de las prácticas de <b>alimentación saludable y actividad física</b>
5.13	Reducción de la <b>prematurez</b> a expensas del componente prevenible
5.14	Reducción de la prevalencia de la <b>anemia</b> y del retraso del crecimiento en la primera infancia.

### **5.1-ÁREA TEMÁTICA: CÁNCER**

**Resultado Esperado:** Reducción de la carga de morbimortalidad de las ENT prevalentes. Reducción de mortalidad precoz por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras.

#### **Indicador X5.1.1) Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años**

<b>Descripción</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>Meta Marzo 2019</b>	<b>Fuente</b>
Numerador: número de mujeres de 21 a 64 años con PAP vigente  Denominador: número de usuarias de 21 a 64 años, por 100.	80% <sup>4</sup>	Cubrir el 70% de la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.  Sem 1: 20% de la brecha Sem 2: 45% de la brecha Sem 3: 55% de la brecha Sem 4: 70% del brecha	Numerador: Sistema de Información de la CHLCC  Denominador: RUCAF

La información del numerador la reporta el prestador y debe coincidir con la del sistema informático de la Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer (CHLCC). Se incluirán las afiliadas de entre 21 y 64 años con PAP vigente (como máximo 3 años de realizado).

La edad de las usuarias y la vigencia del PAP se calculan al último día del semestre.

La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor del cuarto mes de cada semestre: julio 2017, enero 2018, julio 2018 y enero 2019 respectivamente.

Entrega vinculada a este indicador: además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales, donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE desde donde surgen los valores del numerador reportados en el sistema informático.

Auditoría: se basará en el análisis de las historias clínicas y se contrastará con la información de la CHLCC. El valor del denominador será comparado con la información volcada por la institución al RUCAF.

#### **Indicador X5.1.2) Porcentaje de mujeres con PAP patológico en el semestre, que se realizan colposcopías**

<sup>4</sup> El 78,4% de las mujeres de 21 a 64 años se ha hecho al menos un PAP en los últimos tres años (2da ENFR 2013)

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Descripción	Valor de referencia	Meta Marzo 2019	Fuente
<p>Numerador: total de usuarias con PAP patológico del semestre que se realizan colposcopía hasta el día de la entrega de la meta</p> <p>Denominador: cantidad de usuarias con PAP patológico del semestre (todas las edades), por 100.</p>	100%	<p>Sem 1: 25% de la brecha</p> <p>Sem 2: 45% de la brecha</p> <p>Sem 3: 65% de la brecha</p> <p>Sem 4: 90% de la brecha</p>	Sistema de Información de la CHLCC

Se define PAP patológico de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino (MSP; 2014: pp28), como aquel de tipo anormal: ASCUS, ASC-H, L-SIL, H-SIL, ACG, AIS, carcinoma escamoso invasor, adenocarcinoma invasor.

En aquellos casos en los que la usuaria no concurra a la primera coordinación para la realización de la colposcopía, se indicará en la planilla nominalizada, según lista desplegable propuesta, y se coordinará nueva cita. En los casos en que, luego de coordinada la colposcopía por segunda vez, la usuaria no concurre, se informará en la planilla nominalizada y deberá quedar debidamente registrada dicha situación en la historia clínica.

La institución se asegurará de ofertar horarios para la realización de colposcopía y deberá informar a las usuarias sobre la importancia de la realización del estudio, de forma que los casos de no realización en el semestre sean los menos frecuentes.

Entrega vinculada a este indicador: se debe completar el programa informático de Metas Asistenciales. También se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas, incluyéndose en la muestra los casos de "No concurrencia a 2ds cita" y "Rechazo". Además, se contrastará con la información de CHLCC.

**Indicador X5.1.3) Porcentaje de usuarias con biopsia CIN2 y más en el semestre, que inician tratamiento.**

<b>Descripción</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>Meta Marzo 2019</b>	<b>Fuente</b>
Numerador: total de usuarias con resultado de biopsia CIN2 y más en el semestre, que iniciaron tratamiento hasta el día de la entrega de la meta  Denominador: total de usuarias con resultado de biopsia CIN2 y más	100%	Sem 3: 80%  Sem 4: 80%	Sistema de información de la CHLCC

La información del numerador y el denominador es reportada por el prestador y debe coincidir con la del sistema informático de Metas Asistenciales y la de la CHLCC Metas Cáncer.

Un resultado de biopsia es CIN2 y más, cuando el resultado de la anatomía patológica es biopsia CIN2, carcinoma in situ o carcinoma invasor.

Se toma como fecha de biopsia la del resultado, el que debe estar en el semestre.

Se entiende como tratamiento, la aplicación de la terapéutica indicada por el especialista, ya sea realización de cirugía o inicio de quimioterapia y/o radioterapia, teniendo como referencia la Ordenanza 721/12 que fija el tiempo de espera para inicio de tratamiento en 20 días.

Para el numerador se considerarán las usuarias con resultado de biopsia CIN 2 y más en el semestre que han iniciado el tratamiento. La fecha de inicio del tratamiento puede ir hasta el día de la entrega de la meta (20 días después del semestre).

Los casos en que la usuaria no concurra a la segunda cita coordinada para la realización del tratamiento, serán contados en el numerador y deberán ser especificados en la planilla nominalizada según opciones propuestas en encabezado. Todas las situaciones deben ser auditables.

Para este indicador se establece una meta fija de cumplimiento semestral del 80%. En caso de no lograr la meta, se deberá presentar copia de la hoja específica de la historia clínica (con firma y aclaración de Dirección Técnica y ginecólogo tratante) en donde consten los motivos clínicos de no inicio de tratamiento de cada uno de los casos. Si el motivo clínico es justificado, el caso será contabilizado en el numerador.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Entrega vinculada a este indicador: se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales. También se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente y, en caso de que corresponda, las copias de hoja HC en donde consten los motivos de no tratamiento.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas, incluyéndose en la muestra los casos de no concurrencia a segunda cita y rechazo. Además, se contrastará con la información de CHLCC (Sistema Metas Cáncer).

### **Indicador X5.1.4) Tasa de cobertura de realización de test de sangre oculta en materias fecales en usuarios de 60 a 70 años**

Descripción	Valor de referencia	Meta Marzo 2019	Fuente
Numerador: cantidad de usuarios de 60 a 70 años con test de sangre oculta en materias fecales vigente.  Denominador: total de usuarios de 60 a 70 años, por 100	70%	Disminuir 50% la brecha entre su línea de base y el 70%.  Sem 1: 10% de la brecha Sem 2: 25% de la brecha Sem 3: 35% de la brecha Sem 4: 50% de la brecha	Numerador: Sistema de Información de la CHLCC/Prestador  Denominador: RUCAF

La información del numerador la reporta el prestador y debe coincidir con la del Sistema Informático Metas Asistenciales y la del sistema de la CHLCC Metas Cáncer.

El estudio de sangre oculta en materias fecales se debe realizar a las personas asintomáticas (sin sangrados digestivos evidentes u otros síntomas que justifiquen la FCC) y sin factores de riesgo para cáncer colorrectal.

Los factores de alto riesgo para cáncer colorrectal son: antecedentes personales de adenomas o cáncer colorrectal, historia familiar compatible con riesgo genético (por ejemplo, familiar de primer grado con cáncer colorrectal antes de los 50 años, poliposis familiar), enfermedad inflamatoria intestinal (CUC, Chron). En estos casos, está indicado realizar directamente la Fibrocolonoscopia (FCC).

La vigencia del tamizaje para cáncer colorrectal en población asintomática es de 2 años. Se toma el último día del semestre como fecha de corte para la vigencia del test de sangre oculta en materias fecales y la edad del individuo.

La información del denominador se extrae del RUCAF y se utiliza el valor informado al Ministerio de Salud en el cuarto mes de cada semestre, es decir, julio de 2017, enero de 2018, julio de 2018 y enero de 2019, respectivamente.

Entrega vinculada a este indicador: se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales. También se debe subir al RCIE la planilla nominalizada

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

correspondiente, en donde figuren los usuarios de 60 a 70 con test de sangre oculta en materias fecales vigente.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas. Además, se contrastará con la información de CHLCC (Sistema Metas Cáncer).

El valor del denominador será comparado con la información volcada por la institución al RUCAF.

### Indicador X5.1.5) Porcentaje de usuarios con test de sangre oculta en materias fecales positivo en el semestre que se realizaron fibrocolonoscopia

Descripción	Valor de referencia	Meta Marzo 2019	Fuente
<p>Numerador: total de usuarios de 60 a 70 años con test positivo de sangre oculta en materias fecales, que se realizaron FCC hasta el día de la entrega de la meta.</p> <p>Denominador: cantidad de usuarios de 60 a 70 años con test de sangre oculta en materias fecales positivos del semestre, por 100</p>	100%	<p>Sem 3: 80%</p> <p>Sem 4: 80%</p>	Prestador/ Sistema de Información de la CHLCC

La información del numerador y el denominador la reporta el prestador y debe coincidir con la del Sistema Informático Metas Asistenciales y la del sistema de la CHLCC Metas Cáncer.

Se toma como fecha del test de sangre oculta en materias fecales la del resultado, que debe estar en el semestre. Se toma como fecha de corte para la edad del individuo el último día del semestre.

Para el numerador se considerarán los usuarios de 60 a 70 años con test de sangre oculta en materias fecales positivo en el semestre que se le haya realizado la fibrocolonoscopia (FCC). La fecha de realización de FCC puede ir hasta el día de la entrega de la meta (20 días después del semestre).

En aquellos casos en que el usuario no concurra a la segunda cita coordinada para la realización de la FCC o haya dado su rechazo, se contarán en el numerador y se

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

deberá especificar en la planilla nominalizada. Ambas situaciones deben ser auditables.

Meta: para este indicador, se establece una meta fija de cumplimiento del 80% para el tercer y cuarto semestre.

Entrega vinculada a este indicador: se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales. También se debe subir al RCIE la planilla nominalizada correspondiente.

Auditoría: se auditarán las historias clínicas, incluyéndose en la muestra los casos de no concurrencia a segunda cita y rechazo. Además, se contrastará con la información de CHLCC (Sistema Metas Cáncer).

### 5.2- ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DIABETES Y RESPIRATORIAS

**Resultado Esperado:** Disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes.

#### Indicador X5.2.1) Porcentaje personas con diabetes sobre total de usuarios de 25 a 64 años

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Numerador: número de personas con diabetes de 25 a 64 años Denominador: cantidad de usuarios de 25 a 64 años, por 100	7,6% <sup>5</sup>	Cubrir el 32% de la brecha entre la línea de base del prestador y la prevalencia nacional  Sem 1: 4% de la brecha Sem 2: 10% de la brecha Sem 3: 20% de la brecha Sem 4: 32% de la brecha	Numerador: sistema de farmacia de la institución, historia clínica electrónica, otros registros auditables de diabéticos  Denominador: RUCAF

A los efectos de este indicador son personas con diabetes:

- 1) Quienes retiraron al menos un medicamento antidiabético en la farmacia de la institución desde octubre 2016.
- 2) Aquellos usuarios con diagnóstico de diabetes identificados en otro tipo de registro de la institución.

<sup>5</sup> ENFRENT (2013)

Los registros fuente de dicha información podrán ser todos aquellos que refieran al diagnóstico directa o indirectamente y que sean auditables y el listado de personas que retiran medicación de farmacia, prescripción de medicación antidiabética, registro de los diagnósticos médicos en historia clínica.

La medicación antidiabética a considerar es la siguiente:

## **a) ANTIDIABÉTICOS ORALES**

### **I. Sensibilizadores de insulina**

- a. Biguanidas
  - Metformina.
  
- b. Tiazolidinedionas
  - Pioglitazona

### **II. Insulino secretores**

- a. Sulfonilureas
  - 1ª generación:
    - Clorpropamida
  
  - 2ª generación:
    - Glibenclamida.
    - Glimepirida
    - Gliclazida
  
- b. Meglitinidas:
  - Repaglinida.

### **III. Inhibidores de la Dipeptidil Peptidasa 4**

- Linagliptina
- Saxagliptina
- Sitagliptina
- Vildagliptina

### **IV. Asociaciones**

- Metformina + Glibenclamida
- Linagliptina+Metformina
- Vildagliptina+ Metformina
- Saxagliptina+metofrmina

## **b) INSULINAS Y ANÁLOGOS**

### **I. Insulinas Humanas**

Insulina corriente.  
Insulina NPH o Intermedia.

**II. Análogos de acción Rápida**

Insulina Aspártica  
Insulina Glulisina  
Insulina Lispro

**III. Análogos de acción Lenta**

Insulina Detemir  
Insulina Glargina

**IV. Insulinas y Análogos Bifásicos o Mixtos**

Insulina Aspártica Bifásica

La edad del individuo se calcula al último día del semestre.

La información del numerador se extrae del sistema de farmacia y otros registros que permitan identificar a personas con diabetes.

La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor del 4to mes de cada semestre: julio 2017, enero 2018, julio 2018 y enero 2019 respectivamente.

Entrega vinculada a este indicador: además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE donde surgen los valores del numerador reportados en el sistema informático.

Auditoría: se verificará que el sistema de farmacia y el resto de los registros utilizados por la institución, cumplan con los criterios de edad, período de tiempo explicitado, medicamento y/o diagnóstico, controlándose la información generada y enviada al MSP. Además, se auditará una muestra de las HC de los casos que figuran en el numerador. En dichas HC debe figurar el diagnóstico de diabetes y el tratamiento.

Por su parte, el valor del denominador será comparado con la información volcada por la institución al RUCAF.

**Indicador X5.2.2) Porcentaje de pacientes diabéticos que se realizaron hemoglobina glicosilada en el último año**

Descripción	Valor de referencia	Meta Marzo 2019	Fuente
<p>Numerador: número de personas con diabetes de 25 a 64 años que se realizaron al menos una hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses</p> <p>Denominador: total de personas con diabetes de 25 a 64 años, por 100.</p>	100%	<p>Cubrir un 80% la brecha entre la línea de base del prestador y el valor de referencia.</p> <p>Sem 1: 10% de la brecha Sem 2: 30% de la brecha Sem 3: 55% de la brecha Sem 4: 80% de la brecha</p>	<p>Numerador: Sistema de Laboratorio</p> <p>Denominador: sistema de farmacia, historia clínica, otros registros de diabéticos auditables</p>

La información del numerador se extraerá del sistema de laboratorio, donde se identificará a personas con diabetes (definidas según indicador anterior), que se realizaron hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses.

La edad del usuario se calcula al último día del semestre.

Se toma como fecha de corte para la vigencia de exámenes, el último día del semestre.

El denominador de este indicador es el numerador del indicador X5.2.1 y se extrae de la planilla nominalizada, en donde figura información del sistema de farmacia y otros registros que permitan identificar a personas con diabetes.

Entrega vinculada a este indicador: además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales, donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE. De allí surgen los valores del numerador y denominador reportados en el Programa Informático.

Auditoría: se controlará la información generada por el sistema de laboratorio para verificar que los casos del numerador que surgen de allí cumplan con los criterios de tiempo de vigencia de la hemoglobina glicosilada, y edad de la persona.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Para el denominador se controlará la información generada por el sistema de farmacia, y por el resto de los registros utilizados por la institución para verificar que los casos que surgen de allí cumplan con los criterios de edad, período de tiempo explicitado, medicamento y/o diagnóstico. Además, se auditará una muestra de las HC de los casos del numerador. En dichas HC debe figurar la fecha y los resultados de la hemoglobina glicosilada.

### 5.3-ÁREA TEMÁTICA: MORBIMORTALIDAD POR VIH Sida

**Resultado Esperado:** Reducción de la morbilidad por VIH Sida.

**Indicador X5.3.1) Usuarios de 15 a 49 años que se realizan test rápidos y/o serología para VIH en el semestre<sup>6</sup>**

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Número de personas entre 15 y 49 años que se hacen test rápidos y/o serología para VIH en el semestre	90% <sup>7</sup>	Sem 4: 8% de la brecha entre los casos identificados por la institución y el valor de referencia (90%)	Reporte del prestador

Para cumplir con la meta, en el 4º semestre cada una de las instituciones deberá realizar el siguiente número de determinaciones:

Institución	Meta Sem 4: Cantidad de determinaciones <sup>8</sup>
CASMU	5068
COSEM	2401
GREMEDA	725
COMECA	1454
CAMDEL	908
COMEPA	1854
COMERI	703
AMSJ	1257

Se cuentan para el indicador el total de personas entre 15 y 49 años que en el semestre se hayan realizado test rápido y/o exámen de laboratorio para VIH en el semestre.

Si una persona se realizó más de un estudio en el semestre se contabilizará solamente uno de ellos.

<sup>6</sup> Resolución 378/2018

<sup>7</sup> Estrategia mundial ONU – Sida 90-90-90

<sup>8</sup> Los valores surgen de la resolución 378/2018

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

La edad del individuo se calcula al último día del semestre.

Para los estudios de laboratorio se considera la fecha de extracción de la muestra.

Entrega vinculada a este indicador: para la entrega del indicador reformulado X5.3.1, se solicita se envíe a través de la planilla nominalizada de Meta 2 a ser subida en el RCIE, la siguiente información nominalizada de usuarios de entre 15 a 49 años a los que se les realizó test rápido y/o serología para VIH en el semestre.

Institución	Período	CI afiliado	Sexo	Fecha de nacimiento del afiliado	Test rápido en el semestre (15 a 49 años) (fecha)	Serología para VIH en el semestre (15 a 49 años) (fecha)

El caso de que una persona tenga más de un estudio (test rápido o estudio de laboratorio), se deberá completar la planilla con la fecha del que se realizó en primer lugar.

Auditoría: En ambos casos deberá quedar registro en la historia clínica del usuario, a partir de la cual se realizará la auditoría del indicador.

**Indicador X5.3.2) Fue eliminado** (Resolución 378/2018)

**Indicador X5.3.3) Tasa de cobertura de tratamiento con antirretrovirales (TARV) en usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo**

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Numerador: cantidad de usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo, con TARV.  Denominador: total de usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo, por 100	90%	Reducir 100% de la brecha entre línea de base y el valor de referencia  Sem 1: 13% de la brecha Sem 2: 45% de la brecha Sem 3: 75% de la brecha Sem 4: 100% de la brecha	Numerador: DLSP-DEVISA / Sistema de farmacia del prestador.  Denominador: DLSP-DEVISA/otro registro de usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo auditable

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Son usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo, aquellos que tienen prueba confirmatoria positiva para VIH del Departamento de Laboratorio de Salud Pública (DLSP).

El numerador está constituido por aquellos usuarios incluidos en el denominador que reciben la terapéutica TARV en el semestre a informar. Esta información surge de los casos confirmados del DLSP u otro registro de usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo auditable<sup>9</sup> y del sistema de farmacia de la institución.

El denominador es el total de usuarios de la institución que tienen diagnóstico de VIH positivo desde el 1 de enero del 2010 hasta el último día del semestre. Se extrae de los casos que tienen prueba confirmatoria positiva para VIH del Departamento de Laboratorio de Salud Pública (DLSP) u otro registro auditable de usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo desde el 1 de enero del 2010.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales con los valores de numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE donde surgen los valores del indicador reportados en el sistema informático.

Auditoría: La información enviada será cotejada con la existente en el DLSP y DEVISA. Además se controlará la información generada por el sistema de farmacia para verificar que los casos confirmados de VIH cumplan con el criterio de tratamiento con TARV.

### Indicador X5.3.4) Índice de vinculación del usuario con VIH positivo con el servicio

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Numerador: usuarios con diagnóstico de VIH positivo confirmados que tuvieron el primer recuento de CD4 y carga viral dentro de los 4 meses posteriores al diagnóstico	90%	Disminución de un 50% de la brecha entre su línea de base y el valor de referencia	Numerador: DLSP/DEVISA/sistema de laboratorio de la institución
Denominador: total de usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo en semestre anterior del informado, por 100		Sem 1: 10% de la brecha Sem 2: 25% de la brecha Sem 3: 35% de la brecha Sem 4: 50% de la brecha	Denominador: DLSP / DEVISA

Se incluirán en el numerador a los usuarios que cumplan las siguientes condiciones:

<sup>9</sup> El cual debe haber sido notificado al Departamento de Vigilancia en Salud del MSP (DEVISA).

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

- 1) A quienes se les haya confirmado el diagnóstico en el semestre anterior al considerado en el reporte a informar de la meta.
- 2) Tuvieron el primer recuento de CD4 y carga viral dentro de los 4 meses posteriores al diagnóstico.

El denominador se extrae de los casos que tienen prueba confirmatoria positiva para VIH del Departamento de Laboratorio de Salud Pública en el semestre anterior al considerado en el reporte de la meta. Esto es, si se está reportando el semestre abril-setiembre de 2017, se considerarán los casos confirmados en octubre 2016-marzo 2017.

Entrega vinculada a este indicador: además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales con los valores de numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE donde surgen los valores del indicador reportados en el sistema informático.

Auditoría: la información enviada será cotejada con la existente en el DLSP o en DEVISA. Además se controlará la información generada por el sistema de laboratorio de la institución para verificar que los casos confirmados de VIH cumplan con el criterio de tiempo de vigencia de los estudios paraclínicos.

### 5.4- ÁREA TEMÁTICA: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA.

**Resultado Esperado:** Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población.

#### **Indicador X5.4.1) Asistencia de referentes del prestador a capacitación en alimentación y actividad física en poblaciones específicas**

Descripción	Valor de referencia	Meta	Fuente
Asistencia de referentes de la institución a la capacitación	No aplica	Asistencia documentada	Institución/Área Programática

Los referentes del prestador que deben concurrir a la actividad son: 1 persona representante de la dirección técnica de la institución y al menos 2 profesionales designados como responsables de la capacitación dentro de la institución. Al menos uno de ellos debe ser Licenciado/a en Nutrición. Se deben designar 3 titulares y 3 suplentes.

Dichos referentes deberán asistir a la capacitación de cada semestre a cargo del Área Programática de Nutrición de DIGESA del Ministerio de Salud y serán los encargados de replicar la capacitación al resto del equipo del Primer Nivel de Atención (PNA) del indicador X5.4.2.

La capacitación a los referentes se llevará a cabo antes del tercer mes de cada semestre, teniendo cada uno las temáticas especificadas en la Tabla 1. Como trabajo final de la capacitación, el equipo de referentes deberá presentar un plan de capacitación que será evaluado por el Área Programática de Nutrición.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Entrega vinculada a este indicador: se debe subir al RCIE el listado de los profesionales referentes de la institución (3 titulares y 3 suplentes) que van a ser capacitados. Dicha información se exigirá para el 31/05/2018.

El listado debe incluir:

- \*Nombre de la institución
- \*Nombre de los referentes
- \*Cargo de los referentes
- \*Forma de contacto (mail y teléfono)

También se deberá subir al RCIE el Plan de Capacitación.

Auditoría: se llevará registro de asistencia a la capacitación por parte del Área Programática de Nutrición. Se cotejará el listado de los participantes con dicho registro de asistencia.

### **Indicador X5.4.2) Porcentaje de trabajadores capacitados en alimentación y actividad física**

Descripción	Valor de referencia	Meta semestral	Fuente
Numerador: número de trabajadores de PNA capacitados	No aplica	80% para cada área temática de capacitación	Institución/Área Programática
Denominador: número total de trabajadores que se desempeña en los servicios de primer nivel de la institución a capacitar			

La capacitación en alimentación y actividad física correspondiente a cada semestre estará a cargo de cada institución, a través de la réplica de los contenidos que se les proporcionó a los referentes institucionales y definidos en el plan de capacitación aprobado correspondiente al indicador X5.4.1. La réplica deberá ser realizada en los últimos 3 meses de cada semestre. Desde el Área Programática de Nutrición se proporcionarán los materiales, el pre y post test a utilizar, y demás lineamientos.

El numerador de este indicador es el número de trabajadores, con las características especificadas en el denominador, que hayan sido capacitados.

El denominador variará en cada semestre de acuerdo a la temática a capacitar:

**Para el semestre abril-setiembre de 2018:** será el número total de médicos pediatras, médicos de familia y otros médicos que asistan niños o adolescentes, así como licenciados en nutrición, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería que se desempeñan en la atención a esta población. Se incluirá a todo aquel personal que haya trabajado al menos 12 horas en el mes de febrero de 2018 en los servicios mencionados (mes que se informa a SCARH). Para los casos de titulares se

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

considerarán horas contratadas, mientras que para los suplentes, suplentes fijos e independientes se considerarán las horas efectivas.

**Para el semestre octubre 2018-marzo 2019:** será el número total de trabajadores (médicos de referencia, médicos generales, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, cardiólogos, licenciados de enfermería, auxiliares de enfermería, nutricionistas, parteras, geriatras) que se desempeñan en los servicios de primer nivel de la institución: policlínicas, centros asistenciales, consultorios. Se incluirá a todo aquel personal que haya trabajado al menos 12 hs. en el mes de agosto (2018) en los servicios mencionados (mes que se informa a SCARH). Para los casos de titulares se considerarán horas contratadas, mientras que para los suplentes, suplentes fijos e independientes se considerarán las horas efectivas.

Entrega vinculada a este indicador: se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador. También se debe subir al RCIE la declaración jurada de la nómina de los trabajadores que integran el denominador del indicador.

La institución debe presentar un informe de la capacitación de sus técnicos donde se incluirá:

- a) Población objetivo: listado de participantes y asistencia comprobada a los cursos de capacitación dentro de la institución.
- b) Metodología utilizada en la capacitación.
- c) Equipo responsable de la capacitación (nombre y cargo). Deben coincidir con los referentes que fueron capacitados previamente.
- e) Carga horaria total, cantidad de jornadas de capacitación realizadas en forma presencial, o a distancia (registros de la plataforma).
- f) Evaluación cuantitativa y cualitativa de la capacitación: incluye pre y postest (cuyos contenidos serán proporcionados por el Área Programática de Nutrición).
- g) Aval de la Dirección Técnica de la institución.

Auditoría: El desarrollo de la capacitación y el informe resumen del proceso de capacitación presentado, así como la nómina de los capacitados con firma de la concurrencia, serán evaluados y validados por el Área Programática de Nutrición.

**Tabla 1. Temática de capacitación semestral**

Semestre	Temática
Abril a setiembre 2018	Capacitación en alimentación en niños y adolescentes
Octubre 2018 a marzo 2019	Capacitación en alimentación y actividad física en pacientes con hipertensión y/o diabetes.

**Indicador X5.4.3) Reacreditación en buenas prácticas en alimentación (BPA) para la mujer embarazada y el niño pequeño**

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Si el prestador fue reacreditado en buenas prácticas	No aplica	Certificado de re-acreditación	Área Programática

Es un proceso que integra etapas definidas: desde la evaluación de la línea de base del estado de situación de la institución respecto a las BPA mediante evaluación preliminar con formulario de autoevaluación proporcionado por el Ministerio de Salud, capacitación y cumplimiento semestral de las prácticas definidas por el área programática correspondiente del MSP. Constará de evaluación final externa, acreditación y monitoreo inmediato

**5.5- ÁREA TEMÁTICA: CONSUMO DE TABACO**

**Resultado Esperado:** Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental

**Indicador X5.5.1) Tasa de usuarios en tratamiento de cesación de tabaquismo sobre el total de usuarios de 20 y más años**

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Numerador: número de a) usuarios que consumen bupropionixín y/o resinato de nicotina + b) usuarios que concurren a policlínicas de cesación de tabaquismo sin tratamiento medicamentoso, en el semestre. Denominador: número de usuarios de 20 y más años, por 1000	No aplica	Incremento de un 20% Sem 1: 2% Sem 2: 6% Sem 3: 14% Sem 4: 20%	Numerador: a) Sistema de Farmacia b) Sistema de registro de los equipos de referencia/Sistema de Farmacia  Denominador: RUCAF

La información del numerador se conforma con los usuarios que recibieron bupropionixín y/o resinato de nicotina por FNR o farmacia de la institución y los usuarios que concurren a policlínica de cesación de tabaco sin tratamiento medicamentoso, en el semestre a informar. La información del literal a) del numerador se extrae del sistema de farmacia de la institución y el b) del sistema de agenda e incluye a los usuarios que no se encuentren en el listado del literal a).

La edad del individuo se calcula al último día del semestre.

La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor del 4to mes del semestre (julio 2017, enero 2018, julio 2018, enero 2019).

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales, donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE. Dicha planilla tendrá el total de usuarios incluidos en el denominador reportado en el sistema informático y se especificará si están en tratamiento farmacológico y/o concurren a la policlínica de cesación de tabaquismo.

Auditoría: Se contrastará la información del numerador (parte a) con la del FNR. Se auditarán los casos a través de la información generada por el sistema de farmacia y el sistema de agenda para verificar que los mismos cumplan con los criterios de edad, período de tiempo explicitado y medicamentos/consulta. Por otra parte se auditarán las HC, en donde debe figurar la medicación indicada y/o la concurrencia a policlínica de cesación de tabaco, según corresponda.

El valor del denominador será comparado con la información volcada por la institución al RUCAF.

### **Indicador X5.5.2) Tiempo promedio de espera para acceder a consulta individual o grupal en policlínica especializada de cesación de tabaquismo**

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Numerador: sumatoria de los días entre la fecha de solicitud de cada cita individual o grupal en policlínica especializada de cesación de tabaquismo del semestre y la fecha de la primera cita disponible.  Denominador: cantidad de citas solicitadas para consulta en policlínica de cesación en el semestre.	Menor o igual 7 días corridos	Eliminar la brecha entre la línea de base y el valor de referencia.  Sem 1: 13% de la brecha Sem 2: 45% de la brecha Sem 3: 75% de la brecha Sem 4: 100% de la brecha	Numerador: sistema de agenda.  Denominador: sistema de agenda.

La información del numerador y denominador se deberá extraer del sistema de agenda de la institución.

Para cada cita solicitada para policlínica de cesación de tabaquismo se deben contabilizar los días transcurridos entre la solicitud de la cita y la primera cita disponible. Se realiza la sumatoria de estos días y se divide entre la cantidad de citas solicitadas para dicha policlínica.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE. La información allí incluida coincida con los valores reportados en el sistema informático.

Auditoría: Se controlará la información reportada a través del sistema de agenda.

## 5.6-ÁREA TEMÁTICA: EMBARAZO EN ADOLESCENTES

**Resultado Esperado:** Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad/paternidad en adolescentes.

**Indicador X5.6.1) Porcentaje de madres adolescentes del semestre con plan de anticoncepción indicado hasta los 30 días posteriores al parto.**

Descripción	Valor de referencia	Meta a marzo 2019	Fuente
Numerador: número de madres adolescentes (10 a 19 años) con plan de anticoncepción indicado hasta los 30 días posteriores al parto  Denominador: número de mujeres adolescentes con parto/cesárea en el semestre	89% <sup>10</sup>	Sem 4: 85%	Numerador: historia clínica  Denominador: SIP

El plan de anticoncepción refiere a la realización de consejería en salud sexual y reproductiva y a la indicación de métodos anticonceptivos que correspondan. La consejería quedará consignada en la historia clínica de la paciente y será realizada en el marco de una consulta.

Debe incluir consejería acerca de anticonceptivos orales para lactancia, DIU, implantes subdérmicos, con énfasis en la doble cobertura con preservativo.

Los seis meses a considerar para incluir los casos de partos de madres adolescentes, se contarán a partir del mes anterior al inicio del semestre que se reporta. Para el cuarto semestre de la actual Meta 2 (octubre 2018 – marzo 2019), corresponderá considerar los casos de madres adolescentes que tuvieron el parto entre el 01/09/2018 y el 28/02/2019.

Entrega vinculada a este indicador: además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE. Dicha planilla debería incluir la siguiente información nominalizada de usuarios de entre 10 a 19 años, con plan de anticoncepción indicado hasta los 30 días posteriores al parto:

<sup>10</sup> El valor de referencia utilizado corresponde a la mediana del reporte de consejería en anticoncepción al alta de las 10 instituciones que adhieren a esta área temática y que informan en el SIP para el semestre abril-setiembre 2017. Este reporte refiere a si la mujer recibió consejería en anticoncepción antes del alta y cuál fue el método elegido.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Institución	Período	CI afiliado	Identificación de Historia clínica	Fecha de nacimiento de la afiliada	Fecha de parto	Plan de anticoncepción indicado en H.C (fecha)

**Auditoría:** Se basará en el análisis, según pauta, de las consultas registradas en la historia clínica hasta 30 días posteriores a la fecha de parto y/o cesárea. El valor del denominador será comparado con la información reportada por la institución en el SIP, en el período setiembre 2018-febrero 2019.

### Indicador X5.6.2) Porcentaje de usuarias de 15 a 19 años que retiraron o están bajo cobertura de anticonceptivos, otorgados por la institución

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Numerador: número de usuarias de 15 a 19 años que en el semestre retiraron o están bajo cobertura de anticonceptivos, otorgados por la institución.  Denominador: número total de usuarias de 15 a 19 años, por 100.	no aplica	Incremento de 20%  Sem 1: 2% Sem 2: 6% Sem 3: 14% Sem 4: 20%	Numerador: prestador/ sistema de farmacia  Denominador: RUCAF

Se incluye en el numerador las usuarias de 15 a 19 años que retiraron anticonceptivos orales en el semestre, o que se encuentran bajo cobertura en el semestre de anticonceptivos inyectables, implante subdérmico o DIU.

La información del numerador se extrae del sistema de farmacia u otro registro auditable de dispensación/colocación de anticonceptivos.

La edad de la usuaria se calcula al último día del semestre.

La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor del 4to mes del semestre (julio 2017, enero 2018, julio 2018, enero 2019).

**Entrega vinculada a este indicador:** Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se

debe subir la planilla nominalizada al RCIE donde la información allí incluida coincida con los valores reportados en el sistema informático.

Auditoría: Se controlará la información generada por el sistema de farmacia u otro registró auditable de dispensación/colocación de anticonceptivos, para verificar que los casos del numerador que surgen de allí cumplan con los criterios de edad y período de tiempo explicitado.

El valor del denominador será comparado con la información volcada por la institución al RUCAF.

### **5.7-ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DIABETES Y RESPIRATORIAS**

**Resultado Esperado:** Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

#### **Indicador X5.7.1) Porcentaje de pacientes estudiados con espirometría previa patológica**

<b>Descripción</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>Meta marzo 2019</b>	<b>Fuente</b>
Numerador: usuarios de 35 a 64 años con funcional respiratorio y/o con espirometría realizada.  Denominador: usuarios de 35 a 64 años.	5%	Cubrir el 70% de la brecha entre la línea de base y el valor de referencia  Sem 1: 5% de la brecha Sem 2: 35% de la brecha Sem 3: 55% de la brecha Sem 4: 70% de la brecha	Numerador: servicio de neumología de la institución/proveedor de estudios  Denominador: RUCAF

La edad del individuo se calcula al último día del semestre.

Las espirometrías y/o funcionales respiratorios a considerar son los realizados desde el 1ro de marzo de 2016.

La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor del cuarto mes del semestre (julio 2017, enero 2018, julio 2018, enero 2019).

La información del numerador se extrae del sistema de neumología de la institución.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE. La información allí incluida deberá coincidir con los valores reportados en el sistema informático.

Auditoría: Se controlará la información auditable generada por el servicio de neumología de la institución para verificar que los casos del numerador que surgen de allí cumplan con los criterios de edad, período de tiempo explicitado y estudios

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

correspondientes. Además, se auditará una muestra de las HC de los casos del numerador. En dichas HC debe figurar el resultado con su fecha de la espirometría y/o fecha de realización del funcional respiratorio. El valor del denominador será comparado con la información volcada por la institución al RUCAF.

### 5.8- ÁREA TEMÁTICA: Humanización del parto y cesárea

**Resultado Esperado:** Humanización del parto institucional y reducción de la tasa de cesáreas.

#### Indicador X5.8.1) Elaboración de un plan técnico para la reducción/racionalización de las cesáreas a nivel institucional

Descripción	Valor de referencia	Meta	Fuente
Entrega del plan técnico de reducción/racionalización de cesáreas según lineamientos de MSP.	No aplica	Sem 1: elaboración del plan de acción institucional validado por el Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva (SSYR)	Área Programática

Este indicador apunta a la realización de un plan técnico para la reducción y/o racionalización de cesáreas a nivel institucional alineado con la estrategia de la humanización del parto. Los lineamientos para la elaboración del plan serán proporcionados oportunamente por el Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva (SSYR) de DIGESA y está disponible en la web ministerial.

Entrega vinculada a este indicador: Se informa en el 1er semestre. La institución deberá entregar el plan de reducción de cesáreas y subirlo al RCIE.

Auditoría: El plan deberá ser validado por el Área Programática competente del Ministerio de Salud.

#### Indicador X5.8.2) Reporte de la implementación del plan técnico para la reducción/racionalización de las cesáreas a nivel institucional

Descripción	Valor de referencia	Meta	Fuente
Entrega del informe de resultados de la implementación del plan.	No aplica	Semestres 2, 3 y 4: plan de acción implementado y evaluado	Área programática

Una vez validado el plan para la reducción de cesáreas, la institución deberá implementarlo y evaluarlo.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

En el informe de evaluación deberá incluirse la evolución de la tasa de cesáreas de la institución en base a los datos del SIP, discriminando las causas de cesárea. Se tomará como línea de base los datos del SIP del año 2016.

Entrega vinculada a este indicador: Se informa en el 2do, 3er y 4to semestre. La institución deberá entregar el informe de la implementación del plan de reducción de cesáreas y subirlo al RCIE. Los lineamientos para la creación del informe de implementación serán enviados oportunamente por el Área Programática de SSyR de DIGESA.

Auditoría: Será validado por el Área Programática de SSyR.

### **Indicador X5.8.3) Porcentaje de ginecólogos con una tasa de cesáreas mayor al 30% con auditoría interna realizada.**

Descripción	Valor de referencia	Meta Marzo 2019	Fuente
Numerador: cantidad de ginecólogos con una tasa de cesáreas superior al 30%, con auditoría interna realizada.  Denominador: cantidad de ginecólogos con una tasa de cesáreas superior al 30% en el semestre anterior.	100%	100%  Sem 1: 60% Sem 2: 70% Sem 3: 80% Sem 4: 100%	Registros de la institución/SIP/Área programática

La institución debe entregar un informe de revisión de historias clínicas, debidamente documentado y firmado por la dirección técnica de la institución, avalando los procedimientos y registros utilizados. Se considerará que se auditó a un ginecólogo con tasa de cesárea superior al 30% cuando el 100% de sus historias clínicas de cesáreas fue auditado.

Entrega vinculada a este indicador: se debe subir el informe de revisión de historias clínicas en el RCIE. Además se debe subir la planilla nominalizada al RCIE donde surge la información de los casos a auditar, así como cargar en el Programa Informático de Metas Asistenciales los valores del numerador y denominador.

Auditoría: Validación del informe de auditoría sobre HC entregado por la Institución. El Ministerio de Salud auditará las historias clínicas utilizadas en dicha auditoría interna.

## **5.9- ÁREA TEMÁTICA: TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS Y VIH**

**Resultado Esperado:** Eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH.

### **Indicador X5.9.1) Porcentaje de mujeres que tuvieron su parto/cesárea en el semestre con prueba de sífilis positiva y tratamiento según pauta**

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Descripción	Valor de referencia	Meta	Fuente
Numerador: número de mujeres que tuvieron su parto/cesárea en el semestre con prueba de sífilis positiva y tratamiento según pauta.  Denominador: total de mujeres que tuvieron su parto/cesárea en el semestre con prueba de sífilis positiva, por 100.	No aplica	95%	Numerador: auditoría de sífilis notificadas al área programática.  Denominador: SIP/ CNV

Según la ordenanza ministerial N°447 del 14 de agosto de 2012, las instituciones de salud tienen la obligatoriedad de enviar al Ministerio de Salud las auditorías de las mujeres embarazadas con VDRL o Reagina Plasmática Rápida (RPR) o prueba rápida de sífilis positiva durante el embarazo, parto o puerperio.

La información del numerador se extrae de los informes de auditorías internas, notificadas al área programática del Ministerio de Salud, donde se corrobora que se haya cumplido con el tratamiento según la pauta.

La información del denominador se obtiene del Sistema Informático Perinatal (SIP) y/o del Certificado de Nacido Vivo (CNV). Se consideran las pruebas de sífilis realizadas a través de RPR o VDRL o pruebas rápidas que hayan dado positivo.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE con el total de usuarias del denominador especificando los casos incluidos en el numerador, reportados en el sistema informático.

Auditoría: Se cruzará la información enviada a Metas Asistenciales con lo reportado en forma obligatoria al Ministerio de Salud (Auditorías enviadas al Área Programática ITS HIV-Sida) y con la información del SIP y Certificado de Nacido Vivo. Además se auditarán las historias clínicas.

### **Indicador X5.9.2) Porcentaje mujeres que tuvieron su parto/cesárea en el semestre con prueba de VIH positivo y tratamiento según pauta**

Descripción	Valor de referencia	Meta	Fuente
Numerador: número de mujeres que tuvieron su parto/cesárea en el semestre con prueba de VIH positivo y tratamiento según pauta.	No aplica	98%	Numerador: auditoría de VIH notificadas al área programática.  Denominador: SIP/CNV

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Denominador: total de mujeres que tuvieron su parto/cesárea en el semestre con prueba de VIH positivo, por 100.			
---	--	--	--

Según la ordenanza ministerial N°367 del 4 de junio de 2013, las instituciones tienen la obligatoriedad de enviar al Ministerio de Salud las auditorías de las mujeres embarazadas con VIH positivo.

La información del numerador se extrae de los informes de auditorías internas notificadas al ministerio, en donde se corrobora que se haya cumplido con el tratamiento según la pauta del Ministerio de Salud.

La información del denominador se obtiene del Sistema Informático Perinatal (SIP) y/o Certificado de Nacido Vivo (CNV).

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE con el total de usuarias del denominador especificando los casos incluidos en el numerador, reportados en el sistema informático.

Auditoría: Se cruzará la información enviada a Metas Asistenciales con lo reportado en forma obligatoria al Ministerio de Salud (auditorías enviadas al área programática ITS HIV-Sida) y con la información del SIP y Certificado de Nacido Vivo. Además se auditarán las historias clínicas.

### 5.10- ÁREA TEMÁTICA: SUICIDIOS

**Resultado Esperado:** Disminución de la incidencia de suicidios

**Indicador X5.10.1) Porcentaje de pacientes con IAE con auditoría interna de HC realizada**

Descripción	Valor de referencia	Meta Marzo 2019	Fuente
Numerador: número de pacientes con IAE con auditoría interna de HC realizadas.  Denominador: total de pacientes con IAE del semestre.	100%	Sem 1:60% Sem 2:70% Sem 3:80% Sem 4:100%	Numerador: informe de auditoría.  Denominador: registro de egresos hospitalarios, de puerta de urgencia y emergencia y fichas de registro obligatorio de IAE enviado al área Salud Mental- DIGESA-MSP.

Los lineamientos para la auditoría interna de Historias Clínicas surgen del material enviado oportunamente por el área programática de Salud Mental del Ministerio de Salud. La institución debe entregar un informe de auditoría interna de historias clínicas, debidamente documentado y firmado por la dirección técnica de la institución avalando los procedimientos y registros utilizados. El indicador se considera cumplido cuando dicho informe, donde se especifica la cantidad de HC revisadas que componen el numerador, sea aprobado por el área competente de DIGESA.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE con el total de usuarias del denominador especificando los casos incluidos en el numerador, reportados en el sistema informático. También se deberá cargar el Informe de auditoría interna al RCIE.

Auditoría: Validación del informe de auditoría sobre HC entregado por la institución. Se cotejará la información del denominador con la información de las fichas de registro obligatorio de IAE notificadas al área programática de Salud Mental de DIGESA y los egresos hospitalarios notificados reportados por la institución al Ministerio de Salud. Además se auditarán las historias clínicas utilizadas en la auditoría interna.

**Indicador X5.10.2) Porcentaje de pacientes con IAE con auditoría interna de HC realizada con aplicación de protocolo de IAE**

Descripción	Valor de referencia	Meta Marzo 2019	Fuente
Numerador: número de pacientes con IAE con aplicación de Protocolo de IAE con auditoría interna de HC realizada.	100%	Sem 1:50% Sem 2:60% Sem 3:80% Sem 4:100%	Numerador: informe de aplicación de protocolo de IAE.  Denominador: registro de egresos

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Denominador: número de pacientes con IAE con auditoría interna de HC realizada.			hospitalarios, de puerta de urgencia y emergencia. Fichas de registro obligatorio de IAE enviado al área Salud Mental- DIGESA-MSP/Informe de auditoría.
---	--	--	---

El cumplimiento de la aplicación del protocolo se determinará a través de la ficha de auditoría de historia clínica que incluye un conjunto de datos exigibles. Dicha ficha fue proporcionada oportunamente por el área programática de Salud Mental. Si el 70% de dichos datos está presente, se entiende que se aplicó el Protocolo de Atención a IAE.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE con el total de usuarios del denominador especificando los casos incluidos en el numerador, reportados en el sistema informático. También se deberá cargar el informe de auditoría interna.

Auditoría: Validación del informe de auditoría interna de HC por parte del área programática de Salud Mental. Se cotejará la información del denominador con los egresos hospitalarios notificados por la institución al Ministerio de Salud y la información de las fichas de registro obligatorio de IAE notificadas al Área Programática de Salud Mental de DIGESA del MSP. Además se auditarán las historias clínicas utilizadas en la auditoría interna.

**Indicador X5.10.3) Porcentaje de usuarios menores de 15 años con IAE que fueron internados para valoración**

Descripción	Valor de referencia	Meta	Fuente
<p>Numerador: número de usuarios menores de 15 años con IAE que fueron internados o están internados en el semestre.</p> <p>Denominador: número total de usuarios menores de 15 años con IAE en el semestre, por 100.</p>	No aplica	100%	<p>Numerador: informe de auditoría de IAE en menores de 15 años.</p> <p>Denominador: registro de egresos hospitalarios, de puerta de urgencia y emergencia y fichas de registro obligatorio de IAE enviado al área Salud Mental- DIGESA-MSP.</p>

La edad del usuario se calcula al último día del semestre.

El valor del denominador surge del denominador indicador X5.10.1, identificando los casos menores de 15 años (incluye hasta los de 14 años).

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador se debe subir la planilla nominalizada al RCIE con el total de usuarios del denominador especificando los casos incluidos en el numerador, reportados en el sistema informático.

Auditoría: Se realizará sobre el 100% de las HC de usuarios menores de 15 años con IAE.

### 5.11- ÁREA TEMÁTICA: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

**Resultado Esperado:** Disminución de la morbimortalidad vinculada a la violencia basada en género y generaciones

**Indicador X5.11.1) Porcentaje de mujeres de 15 y más años detectadas en situación de Violencia Doméstica (VD)<sup>11</sup> – Semestre**

Descripción	Valor de referencia	Meta 2019	Fuente
Numerador: número de casos detectados de VD en mujeres de 15 y más años.  Denominador: número total de mujeres de 15 y más años.	28% <sup>12</sup>	Sem 3: 2,5% de la brecha	Numerador: Registros de pesquisa de V.D  Denominador: RUCAF
Entrega de reporte de sistematización	No aplica	Sem 4: presentación de documento	Prestador

En el semestre 3, el numerador a reportar surge de los casos positivos detectados durante la asistencia a las mujeres en el ámbito de la consulta, ya sea por el procedimiento de rutina de indagación de existencia de violencia doméstica (que hasta ahora se viene realizando) o por signos y/o síntomas presentes al momento de la consulta.

La edad de la mujer se calcula al último día del semestre.

La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor del 4to mes de cada semestre: julio 2017, enero 2018, julio 2018 y enero 2019 respectivamente.

En el semestre 4, la institución deberá presentar un reporte con la sistematización de las estrategias elaboradas por el equipo institucional de violencia basada en género y generaciones. En el mismo se incluirán las diferentes actividades con los factores contribuyentes para el avance en las estrategias, así como los que dificultaron el avance. Asimismo se presentarán en el informe recomendaciones para abordarlos.

Entrega vinculada a este indicador: Para el 3er semestre, además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador se debe subir la planilla nominalizada al RCIE con el total de usuarias del denominador especificando los casos incluidos en el numerador, reportados en el sistema informático. Para el 4to semestre se deberá cargar el informe correspondiente en el RCIE.

<sup>11</sup> En el semestre 4, este indicador será sustituido por la entrega de un reporte con la sistematización de las estrategias elaboradas por el equipo institucional de violencia basada en género y generaciones.

<sup>12</sup> Tasa nacional: Casos de VD en mujeres de 15 años y más, según encuesta a usuarias de los servicios de salud (FMED, INE 2013)

**Auditoría:** La auditoría de la indagación de situaciones en violencia doméstica en mujeres se realizará sobre las HC y/o registro de pesquisa de violencia doméstica. El valor del denominador será comparado con la información volcada por la institución al RUCAF.

**Indicador X5.11.2) Porcentaje de mujeres de 15 años y más en situación de violencia doméstica y/o sexual, con alto riesgo vital, que consultan con equipos de referencia**

Descripción	Valor de referencia	Meta 2019	Fuente
<p>Numerador: número de mujeres de 15 años y más en situación de violencia doméstica y/o sexual con alto riesgo vital, que consultan con equipos de referencia en el semestre.</p> <p>Denominador: número total de mujeres de 15 años y más de alto riesgo, derivadas a los equipos de referencia en el semestre, por 100</p>	80%	<p>Cubrir el 80% de la brecha entre la línea de base del prestador y el valor de referencia</p> <p>Sem 1: 33% de la brecha Sem 2: 50% de la brecha Sem 3: 65% de la brecha Sem 4: 80% de la brecha</p>	<p>Numerador: registro del ERVDVS</p> <p>Denominador: prestador</p>

La construcción del numerador se realiza según el grado del riesgo que presente cada situación. Como insumo para la evaluación del riesgo y su clasificación se dispone de la "Guía para el abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer" (MSP 2009)<sup>13</sup> y del documento elaborado por el Grupo de trabajo del Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD)<sup>14</sup>.

La información del numerador surge de los registros de los Equipos de Referencia de Violencia Doméstica y Violencia Sexual (ERVDVS). En la actualidad se está trabajando en el reperfilamiento de estos equipos, cuyas funciones están contempladas en un documento elaborado por el Área Programática de VBG<sup>15</sup>.

El denominador podrá extraerse de registros de los distintos servicios que puedan derivar a la mujer a consulta con el equipo de referencia (urgencia, emergencia, psiquiatría, etc.)

<sup>13</sup> [www.msp.gub.uy/publicacion/C3%B3n/gu%C3%ADas-y-orientaciones](http://www.msp.gub.uy/publicacion/C3%B3n/gu%C3%ADas-y-orientaciones)

<sup>14</sup> Situaciones de riesgo de violencia doméstica hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes. Grupo de trabajo del CNCLVD, 2016.

<sup>15</sup> Reperfilamiento de los Equipos de Referencia de violencia doméstica. Área Programática de VBG DIGESA. MS, Marzo 2017.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE donde el total de usuarias allí incluidas coincida con el valor del numerador reportado en el sistema informático.

Auditoría: Se controlará la información generada por los distintos sistemas/registros utilizados por la institución para la elaboración del numerador y denominador.

### **Indicador X5.11.3) Asistencia de referentes del prestador a la capacitación en el manual clínico de identificación temprana y abordaje de la violencia de pareja o violencia sexual en mujeres**

Descripción	Valor de referencia	Meta setiembre 2017	Fuente
Numerador: referentes del prestador de salud capacitados.  Denominador: referentes del prestador de salud.	No aplica	100%	Área Programática de VBG

Se capacitará a los referentes del prestador en la utilización del manual clínico "Atención de Salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual" (OPS/OMS, ONU Mujeres, UNFPA).

Los referentes del prestador a capacitar son: un representante de la dirección técnica de la institución y al menos dos integrantes del equipo de referencia en VD y VS designados como responsables de la réplica de la capacitación dentro de la institución.

Entrega vinculada a este indicador: Se debe subir al RCIE el listado de referentes de prestadores (3 titulares y 3 suplentes) a ser capacitados. Dicha información se exigirá para el 31/05/2017

Auditoría: Se llevará registro de asistencia a la capacitación por parte del área programática de VBG. Se cotejarán los listados de los participantes con dicho registro de asistencia.

### **Indicador X5.11.4) Porcentaje de trabajadores de la salud capacitados en identificación temprana y abordaje de la violencia de pareja o violencia sexual en mujeres**

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Numerador: número de trabajadores de la salud capacitados.	No aplica	Sem 4: 80%	Área programática

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Denominador: número total de trabajadores de la salud a capacitar que se desempeñan en los servicios de primer nivel de la institución			
--	--	--	--

El curso de capacitación en identificación temprana y abordaje de la violencia de pareja o violencia sexual en mujeres estará a cargo de cada institución, a través de la réplica de la capacitación brindada a los referentes institucionales.

El numerador de este indicador es la cantidad de trabajadores de la salud, con las características especificadas en el denominador que hayan sido capacitados.

El denominador es el número de trabajadores de la salud (médicos de referencia, médicos generales, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, licenciados de enfermería, nutricionistas, parteras, trabajadores sociales, psicólogos) que se desempeñan en los servicios de primer nivel de la institución: policlínicas, centros asistenciales, consultorios y en los servicios de urgencia y emergencia de la institución. Se incluirá a todo aquel personal que haya trabajado al menos 12 horas contratadas en el mes de febrero de 2018 en los servicios mencionados (mes que se informa a SCARH), cualquiera sea el carácter de su contratación (titular o suplente).

Entrega vinculada a este indicador: En el primer semestre se debe subir al RCIE la declaración jurada de la nómina de los trabajadores que integran el denominador del indicador.

Para el segundo, tercer y cuarto semestre se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador.

Además, la institución debe presentar en los últimos tres semestres un informe de la capacitación de sus técnicos donde se incluirá:

- a) Población objetivo: listado de participantes y asistencia comprobada a los cursos de capacitación dentro de la institución
- b) Metodología utilizada en la capacitación.
- c) Equipo responsable de la capacitación (nombre y cargo). Deben coincidir con los referentes que fueron capacitados previamente.
- d) Carga horaria total, cantidad de jornadas de capacitación realizadas en forma presencial o a distancia (registros de la plataforma).
- e) Evaluación cuantitativa y cualitativa de la capacitación.
- f) Aval de la dirección técnica de la institución.

Auditoría: El desarrollo de la capacitación y el informe resumen del proceso de capacitación presentado, serán evaluados y validados por el área programática de VBGG.

**Indicador X5.11.5) Reporte de la implementación del manual clínico "Atención de Salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual" (OPS/OMS, ONU Mujeres, UNFPA)**

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente
Entrega del informe de implementación	No aplica	Semestres 2, 3 y 4: documento presentado.	Área programática

Los lineamientos para la elaboración del plan de implementación del manual clínico son otorgados en las capacitaciones correspondientes al indicador X5.11.3.

Entrega vinculada a este indicador: Se informa en el 2do, 3er y 4to semestre. La institución presentará informe con resultados de la implementación institucional del Manual Clínico de Atención de Salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja y violencia sexual.

Auditoría: El plan deberá ser validado por el área programática de VBG de DIGESA del Ministerio de Salud.

### 5.12- ÁREA TEMÁTICA: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA

**Resultado Esperado: Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física.**

**Indicador X5.12.1) Asistencia de referentes del prestador a capacitación en alimentación y actividad física en determinada población**

Descripción	Valor de referencia	Meta semestral	Fuente
Asistencia a la capacitación de referentes del prestador de salud	No aplica	Asistencia documentada	Institución/área Programática

Referentes del prestador que deben concurrir a la actividad: 1 persona representante de la Dirección técnica y al menos 2 profesionales designados como responsables de la capacitación dentro de la institución, donde al menos uno de ellos debe ser Licenciado/a en Nutrición. Se deben designar 3 titulares y 3 suplentes.

Dichos referentes deberán asistir a la capacitación de cada semestre a cargo del Área Programática de Nutrición de DIGESA del Ministerio de Salud y serán los encargados de replicar la capacitación al resto del equipo del PNA del indicador X5.4.2.

La capacitación será dictada antes del tercer mes de cada semestre, teniendo cada uno las temáticas especificadas en la Tabla 1. Como trabajo final de la capacitación, el equipo de referentes deberá presentar un Plan de Capacitación que será evaluado por el Área Programática de Nutrición.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Entrega vinculada a este indicador: Se debe subir al RCIE el listado de los profesionales referentes de la institución (3 titulares y 3 suplentes) que van a ser capacitados. Dicha información se exigirá para el 31/05/2017 al momento del envío de las líneas de base de los indicadores que constituyen la Meta 2.

El listado debe incluir:

- \*Nombre de la institución
- \*Nombre de los referentes
- \*Cargo de los referentes
- \*Forma de contacto (mail y teléfono)

También se deberá subir al RCIE el Plan de capacitación.

Auditoría: Se llevará registro de asistencia a la capacitación por parte del área Programática de Nutrición. Se cotejará el listado de los participantes con dicho registro de asistencia.

### **Indicador X5.12.2) Porcentaje de trabajadores capacitados en alimentación y actividad física.**

Descripción	Valor de referencia	Meta semestral	Fuente
Numerador: número de trabajadores de la salud capacitados	No aplica	80% para cada área temática de capacitación	Institución/área Programática
Denominador: número total de trabajadores de la salud a capacitar que se desempeñan en los servicios de primer nivel de la institución			

La capacitación en alimentación y actividad física correspondiente a cada semestre estará a cargo de cada institución, a través de la réplica de los contenidos que se les proporcionó a los referentes institucionales y definidos en el plan de capacitación aprobado correspondiente al indicador X5.4.1. La réplica deberá ser realizada en los últimos 3 meses de cada semestre. Desde el Área Programática de Nutrición se proporcionan los materiales, el pre y post test a utilizar, y demás lineamientos.

El numerador de este indicador es el número de trabajadores de la salud, con las características especificadas en el denominador, que hayan sido capacitados.

**Para el semestre abril-setiembre de 2018:** será el número total de médicos pediatras, médicos de familia y otros médicos que asistan niños o adolescentes, así como licenciados en nutrición, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería que se desempeñan en la atención a esta población. Se incluirá a todo aquel personal que haya trabajado al menos 12 horas en el mes de febrero de 2018 en los servicios mencionados (mes que se informa a SCARH). Para los casos de titulares se considerarán horas contratadas, mientras que para los suplentes, suplentes fijos e independientes se considerarán las horas efectivas.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

**Para el semestre octubre 2018-marzo 2019:** será el número total de trabajadores (médicos de referencia, médicos generales, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, cardiólogos, licenciados de enfermería, auxiliares de enfermería, nutricionistas, parteras, geriatras) que se desempeñan en los servicios de primer nivel de la institución: policlínicas, centros asistenciales, consultorios. Se incluirá a todo aquel personal que haya trabajado al menos 12 hs. en el mes de agosto (2018) en los servicios mencionados (mes que se informa a SCARH). Para los casos de titulares se considerarán horas contratadas, mientras que para los suplentes, suplentes fijos e independientes se considerarán las horas efectivas.

Entrega vinculada a este indicador: se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador. También se debe subir al RCIE la declaración jurada de la nómina de los trabajadores que integran el denominador del indicador.

La institución debe presentar un informe de la capacitación de sus técnicos donde se incluirá:

- a) Población objetivo: listado de participantes y asistencia comprobada a los cursos de capacitación dentro de la institución.
- b) Metodología utilizada en la capacitación.
- c) Equipo responsable de la capacitación (nombre y cargo). Deben coincidir con los referentes que fueron capacitados previamente.
- e) Carga horaria total, cantidad de jornadas de capacitación realizadas en forma presencial, o a distancia (registros de la plataforma).
- f) Evaluación cuantitativa y cualitativa de la capacitación: incluye pre y postest (cuyos contenidos serán proporcionados por el Área Programática de Nutrición).
- g) Aval de la Dirección Técnica de la institución.

Auditoría: El desarrollo de la capacitación y el informe resumen del proceso de capacitación presentado, serán evaluados y validados por el Área Programática de Nutrición.

**Tabla 1. Temática de capacitación semestral**

Semestre	Temática
Abril a setiembre 2018	Capacitación en alimentación en niños y adolescentes
Octubre 2018 a marzo 2019	Capacitación en alimentación y actividad física en pacientes con hipertensión y/o diabetes.

**Indicador X5.12.3) Reacreditación en buenas prácticas en alimentación (BPA) para la mujer embarazada y el niño pequeño.**

Descripción	Valor de referencia	Meta marzo 2019	Fuente

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Si el prestador fue recreditado en buenas prácticas	No aplica	Certificado de re acreditación	Área Programática
---	-----------	--------------------------------	-------------------

Es un proceso que integra etapas definidas: evaluación de la línea de base del estado de situación de la institución respecto a las BPA, capacitación, evaluación preliminar con formulario de autoevaluación proporcionado por el Ministerio de Salud, evaluación final externa, acreditación, monitoreo inmediato. Esto será pautado por el Área Programática de la Niñez de DIGESA, en un cronograma que se comunicará oportunamente.

### 5.13- ÁREA TEMÁTICA: PREMATUREZ

**Resultado Esperado:** Reducción de la prematurez a expensas del componente prevenible.

**Indicador X5.13.1) Porcentaje de recién nacidos prematuros severos con HC auditada**

Descripción	Valor de referencia	Meta semestral	Fuente
Numerador: cantidad de recién nacidos prematuros severos con HC auditada por la institución en el semestre.  Denominador: total de prematuros severos nacidos en el semestre	No aplica	100%	Numerador: informe de auditoría interna de la institución  Denominador: SIP/CNV

Se define recién nacidos (RN) prematuros severos a los recién nacidos con menos de 32 semanas de edad gestacional al nacimiento.

Los lineamientos para la auditoría interna de historias clínicas serán proporcionados oportunamente por el área programática de la Niñez de DIGESA. La institución debe entregar un informe de auditoría interna de historias clínicas, debidamente documentado y firmado por la dirección técnica de la institución avalando los procedimientos y registros utilizados. El indicador se considera cumplido cuando dicho informe, donde se especifica la cantidad de HC revisadas que componen el numerador, sea aprobado por el Área competente de DIGESA.

El numerador surge del informe de auditorías realizadas. El denominador surge del SIP y de los CNV.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir al RCIE: 1) la planilla nominalizada con el total de prematuros severos en el semestre y 2) el informe de revisión de historias clínicas.

Auditoría: Validación del informe de auditoría sobre HC entregado por la institución, según pauta indicada por el área programática de la Niñez. Se cotejará la información del denominador con la del SIP y CNV. El Ministerio de Salud auditará las historias clínicas utilizadas en dicha auditoría interna.

**X5.13.2) Porcentaje de recién nacidos prematuros severos con traslado (materno y/o neonatal) con HC auditada.**

Descripción	Valor de referencia	Meta semestral	Fuente
Numerador: cantidad de HC auditadas de recién nacidos prematuros severos con traslado en el semestre.  Denominador: total de prematuros severos con traslado en el semestre.	No aplica	100%	Numerador: informe de Auditoría interna de la institución  Denominador: SIP/CNV

Se define recién nacidos (RN) prematuros severos con traslado a los RN con menos de 32 semanas de edad gestacional al nacimiento, que tuvieron un traslado materno y/o neonatal.

Los lineamientos para la auditoría interna de historias clínicas serán proporcionados oportunamente por el área programática de la Niñez de DIGESA.

La institución debe entregar un informe de auditoría interna de historias clínicas, debidamente documentado y firmado por la dirección técnica de la institución avalando los procedimientos y registros utilizados. El indicador se considera cumplido cuando dicho informe, donde se especifica la cantidad de HC revisadas que componen el numerador, sea aprobado por el Área competente de DIGESA.

El numerador surge del informe de auditorías realizadas. El denominador surge del SIP y de los CNV.

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir al RCIE: 1) la planilla nominalizada con el total de prematuros severos en el semestre y 2) el informe de revisión de historias clínicas.

Auditoría: Validación del informe de auditoría sobre HC entregado por la institución, según pauta indicada por el Área programática de la Niñez. El Ministerio de Salud auditará las historias clínicas utilizadas en dicha auditoría interna y el denominador se coteja por SIP y CNV.

**5.14- ÁREA TEMÁTICA: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA.**

**Resultado Esperado: reducción de la prevalencia de la anemia y el retraso del crecimiento en la primera infancia.**

**Indicador X5.14.1) Asistencia de referentes del prestador a capacitación en prevención y tratamiento de la deficiencia de hierro**

Descripción	Valor de referencia	Meta	Fuente
Asistencia a la capacitación de referentes del prestador de salud	No aplica	Asistencia documentada	Institución / área programática

Referentes del prestador que deben concurrir a la actividad: 1 persona representante de la Dirección técnica y al menos 2 profesionales designados como responsables de la capacitación dentro de la institución, donde al menos uno de ellos debe ser Licenciado/a en Nutrición. Se deben designar 3 titulares y 3 suplentes.

Dichos referentes deben recibir la capacitación en el primer semestre y estará a cargo de las Áreas Programáticas de Nutrición y Niñez del Ministerio de Salud; y serán los encargados de replicar la capacitación al resto del equipo del PNA del indicador X5.14.2.

Como trabajo final de la capacitación, el equipo de referentes deberá presentar un Plan de Capacitación que será evaluado por el Área Programática de Nutrición.

Entrega vinculada a este indicador: Se debe subir al RCIE el listado de los tres profesionales referentes de la institución (3 titulares y 3 suplentes) que van a ser capacitados en los temas de nutrición. Dicha información se exigirá para el 31/05/2017.

El listado debe incluir:

- \*Nombre de la institución
- \*Nombre de los referentes
- \*Cargo de los referentes
- \*Forma de contacto (mail y teléfono)

También se deberá subir al RCIE el Plan de capacitación.

Auditoría: Se llevará registro de asistencia a la capacitación por parte del Área Programática de Nutrición. Se cotejará el listado de los participantes con dicho registro de asistencia.

**Indicador X5.14.2) Porcentaje de trabajadores capacitados en prevención y tratamiento de la deficiencia de hierro.**

Descripción	Valor de referencia	Meta a Marzo 2019	Fuente
Numerador: cantidad de trabajadores de la salud capacitados.  Denominador: Total de trabajadores de la salud a capacitar que se desempeñan en los servicios de primer nivel de la institución	No aplica	90%	Institución / área programática

El curso de capacitación en prevención y tratamiento de la deficiencia de hierro estará a cargo de cada institución, a través de la réplica de los contenidos que se les proporcionó a los referentes institucionales y definidos en el Plan de capacitación aprobado correspondiente al indicador X5.14.1. Desde el Área Programática de Nutrición se proporcionarán los materiales, el pre y post test a utilizar, y demás lineamientos.

El numerador de este indicador es el número de trabajadores de la salud, con las características especificadas en el denominador, que hayan sido capacitados.

El denominador es el número total de trabajadores de la salud (médicos de referencia, médicos generales, médicos de familia, pediatras, licenciados de enfermería, nutricionistas, auxiliares de enfermería) que se desempeñan en los servicios de primer nivel de la institución: policlínicas, centros asistenciales, consultorios. Se incluirá a todo aquel personal que haya trabajado al menos 12 hs. en el mes de febrero (2017) en los servicios mencionados (mes que se informa a SCARH). Para los casos de titulares se considerarán horas contratadas, mientras que para los suplentes, suplentes fijos e independientes se considerarán las horas efectivas.

Entrega vinculada a este indicador: Se debe completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador. También se debe subir al RCIE la declaración jurada de la nómina de los trabajadores que integran el denominador del indicador.

La institución debe presentar un informe de la capacitación de sus técnicos donde se incluirá:

- a) Población objetivo: listado de participantes y asistencia comprobada a los cursos de capacitación dentro de la institución
- b) Metodología utilizada en la capacitación.
- c) Equipo responsable de la capacitación (nombre y cargo). Deben coincidir con los referentes que fueron capacitados previamente.
- e) Carga horaria total, cantidad de jornadas de capacitación realizadas en forma presencial, o a distancia (registros de la plataforma).

- f) Evaluación cuantitativa y cualitativa de la capacitación: incluye pre y postest (cuyos contenidos serán proporcionados por el Área Programática de Nutrición).
- g) Aval de la Dirección Técnica de la institución.

Auditoría: El desarrollo de la capacitación y el informe resumen del proceso de capacitación presentado, serán evaluados y validados por el Área Programática de Nutrición.

**X5.14.3) Porcentaje de niños menores de 2 años para los que se retiró hierro polimaltosado en farmacia**

Descripción	Valor de referencia	Meta MARZO 2019	Fuente
Numerador: cantidad de niños menores de 2 años para los que se retiró en farmacia hierro polimaltosado al menos una vez en el semestre.  Denominador: total de niños menores de 2 años, por 100	100%	Cubrir el 70% de la brecha entre la línea de base del prestador y el valor de referencia.  Sem 1: 8% Sem 2: 25% Sem 3: 50% Sem 4: 70%	Numerador: sistema de farmacia  Denominador: RUCAF

Se toma como fecha de corte para el retiro de medicación y la edad de los niños, el último día del semestre. Se consideran para el indicador los niños que al último día del semestre tienen 2 años y 4 meses o menos de edad.

La información del numerador se extrae del sistema de farmacia.

La información del denominador se extrae del RUCAF, utilizándose el valor del 4to mes del semestre (julio 2017, enero 2018, julio 2018, enero 2019).

Entrega vinculada a este indicador: Además de completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador, se debe subir la planilla nominalizada al RCIE donde surgen los valores del indicador reportados en el sistema informático.

Auditoría: Se controlará la información generada por el sistema de farmacia para verificar que los casos del numerador que surgen de allí cumplan con los criterios de edad, período de tiempo explicitado y medicamentos. Además se cotejará el denominador con el RUCAF.

**5.2. Componente 2 - reporte de indicadores**

Este componente se orienta a fortalecer el compromiso de los prestadores, a efectos de que reporten los datos para construir los indicadores de proceso, los que permitirán el monitoreo de un conjunto seleccionado de líneas de acción.

Se presentan a continuación los indicadores, por área temática, a ser reportados en el Componente 2. Las definiciones operativas de cada uno de estos indicadores se encuentran en el componente 1.2 de este documento.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Área Temática	Indicador	Descripción	Fuente
<b>5.1 Reducción de la mortalidad por Cáncer</b>	X5.1.2) Tiempo promedio transcurrido entre PAP patológico y la realización de la COLPOSCOPIA	Numerador: sumatoria de días entre fecha de resultado de PAP patológico del semestre y fecha de realización de colposcopia.  Denominador: cantidad de casos de PAP patológico (todas las edades).	Numerador: Reporte enviado por el Prestador/ Sistema de Información de la CHLCC.  Denominador: Sistema de Información de la CHLCC
	X5.1.3) Tiempo transcurrido entre BIOPSIA CIN 2 positivo y la realización del tratamiento	Numerador: sumatoria de tiempos en días entre fecha de resultado de la BIOPSIA CIN 2 positivo y fecha de inicio del tratamiento  Denominador: Cantidad de casos de BIOPSIA CIN 2 positivo	Numerador: Reporte enviado por el Prestador/ Sistema de Información de la CHLCC.  Denominador: Sistema de Información de la CHLCC
	X5.1.5) Tiempo promedio entre la realización de fecatest positivo y Fibrocolonoscopia	Numerador: sumatoria de días entre resultado de fecatest positivo y fecha de realización de FCC.  Denominador: cantidad de casos de fecatest positivo del semestre (todas las edades).	Numerador: Reporte enviado por el Prestador/ Sistema de Información de la CHLCC  Denominador: Sistema de Información de la CHLCC
<b>5.2 Disminuir las complicacion es crónicas de la diabetes</b>	X5.2.2) Porcentaje de pacientes diabéticos que se realizaron hemoglobina glicosilada en el último año.	Numerador: Número de personas con diabetes de 25 a 64 años que se realizaron al menos una hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses. Denominador: total de pacientes diabéticos de 25 a 64 años, por 100.	Numerador: Sistema de Laboratorio  Denominador: Sistema de Farmacia, historia clínica electrónica, otros registros de diabéticos auditables.
<b>5.3 Reducción de la morbilidad</b>	Indicador X5.3.1) usuarios de 15 a 49 años que se realizan test	Numerador: número de personas ebtre 14 y 44 años que se hacen el	Numerador: reporte del prestador

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

<b>por VIH/Sida</b>	rápidos y/o serología para VIH en el semestre	estudio confirmatorio de VIH en el semestre	
	X5.3.3) Tasa de cobertura de tratamiento con antirretrovirales (TARV) en usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo.	Numerador: Cantidad de usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo, con TARV. Denominador: total de usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo, por 100	Numerador: DLSP/ Sistema de farmacia del prestador  Denominador: DLSP/otro registro de usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo auditable
<b>5.5 Reducción del porcentaje de fumadores y exposición al humo de tabaco</b>	X5.5.1) Tasa de usuarios en tratamiento de cesación de tabaquismo sobre el total de usuarios de 20 y más años	Numerador: Número de a) usuarios que consumen bupropionixin y/o resinato de nicotina, + b) usuarios que concurren a policlínicas de cesación de tabaquismo sin tratamiento medicamentoso, en el semestre. Denominador: Número de usuarios de 20 y más años, por 1000	Numerador: a) Sistema de Farmacia b) Sistema de registro de los equipos de referencia/ Sistema de Farmacia  Denominador: RUCAF
<b>5.6 Disminución de la incidencia del embarazo adolescente</b>	Indicador X5.6.1) Porcentaje de madres adolescentes del semestre con plan de anticoncepción indicado hasta los 30 días posteriores al parto.	Numerador: número de madres adolescentes (10 a 19 años) con plan de anticoncepción indicado hasta los 30 días posteriores al parto  Denominador: número de mujeres adolescentes con parto/cesárea en el semestre	Numerador: Sistema de Farmacia  Denominador: RUCAF
	X5.6.2) Porcentaje de usuarias de 15 a 19 años que retiraron o están bajo cobertura de anticonceptivos, otorgados por la institución.	Numerador: Número de usuarias de 15 a 19 años que en el semestre retiraron o está bajo cobertura de anticonceptivos otorgados por la institución Denominador: Número total de usuarias de 15 a 19 años, por 100.	Numerador: Prestador/Sistema de Farmacia  Denominador: RUCAF

<p><b>5.14 Reducción de prevalencia de anemia</b></p>	<p>X5.14.3) Porcentaje de niños menores de 2 años para los que se retiró hierro polimaltosado en farmacia</p>	<p>Numerador: Cantidad de niños menores de 2 años para los que se retiró en farmacia hierro polimaltosado al menos una vez en el semestre. Denominador: total de niños menores de 2 años, por 100.</p>	<p>Numerador: Sistema de Farmacia Denominador: RUCAF</p>
---	---	--	--

Entrega vinculada a este indicador: Se deberá completar el Programa Informático de Metas Asistenciales donde se carga el valor del numerador y denominador de cada indicador. Dicha información se exigirá para los semestres 1ro al 4to.

Auditoría componente 2: La auditoría de la información entregada por el prestador estará a cargo de la División de Fiscalización del MSP y de un equipo técnico del Ministerio de Salud destinado a estos efectos.

### IR) Indicador resumen

El indicador resumen se calculará siguiendo la siguiente fórmula:

$$IR = ((RE1 \text{ COMUN} + RE2 \text{ COMUN}) \div 2) * 0.4 + ((RE1 \text{ ESPECIFICO} + RE2 \text{ ESPECIFICO}) \div 2) * 0.4 + \text{REPORTE INDICADORES} * 0.2$$

Se dividirá el valor de cada resultado esperado (RE) en partes iguales según la cantidad de indicadores (I) que lo componen.

El cumplimiento de cada indicador (I) del componente 1 de la meta se calcula considerando su línea de base y meta del semestre, según el siguiente criterio:

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

Tiene un cumplimiento del 100% si supera a la meta del semestre, un cumplimiento parcial si se encuentra entre la línea de base y la meta, y un cumplimiento de 0% si no supera la línea de base.

Para el componente 2 REPORTE DE INDICADORES, se considerará como corte el reporte del 50% de los indicadores, según el siguiente criterio:

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Si se cumple que...	Entonces el cálculo de cumplimiento es...
<i>REPORTE = 100% de los indicadores</i>	<i>REPORTE INDICADORES = 100%</i>
<i>REPORTE ≥ 50% de los indicadores</i>	<i>REPORTE INDICADORES =</i> $\frac{\text{total de indicadores reportados}}{\text{total de indicadores a reportar}} * 100$
<i>REPORTE &lt; 50% de los indicadores</i>	<i>REPORTE INDICADORES = 0%</i>

Tiene un cumplimiento del 100% si reporta el total de los indicadores, un cumplimiento proporcional a lo reportado si supera el 50% de los indicadores, y un 0% si reporta menos del 50% de los indicadores.

### Esquema de pago

La Meta 2 para el Período abril 2017-marzo 2019, tiene un valor \$ 39,26. Este valor será actualizado por paramétrica en las oportunidades definidas por el Poder Ejecutivo.

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

### META 2 – Periodo 2017 – 2019

Valor vigente: 41,14\$<sup>16</sup>

Semestre 3:

COMPONENTE 1 – RE COMUNES	Indicador	Valor(\$)/ Indicador	Valor(\$)/ RE
RESULTADO ESPERADO 1 - COMUN	X1	4,114	8,228
	X2.1	2,057	
	X2.2	2,057	
RESULTADO ESPERADO 2 - COMUN	X3.1	4,114	8,228
	X4.1	4,114	

Semestre 4:

COMPONENTE 1 – RE COMUNES	Indicador	Valor(\$)/ Indicador	Valor(\$)/ RE
RESULTADO ESPERADO 1 - COMUN	XI	4,114	8,228
	X2.1	2,057	
	X2.2	2,057	
RESULTADO ESPERADO 2 - COMUN	X3.2	4,114	8,228
	X4.1	4,114	

Los resultados esperados comunes para todos los prestadores representan el 40% del total del valor de la Meta 2.

COMPONENTE 1 - RE ESPECIFICOS	Semestre	Área Temática	Indicador	Valor(\$)/Indicador	Valor(\$)/RE
RESULTADOS ESPERADOS ESPECIFICOS	Sem 3 y 4	CANCER	X5.1.1	1,6456	8,228
			X5.1.2	1,6456	
			X5.1.3	1,6456	
			X5.1.4	1,6456	
			X5.1.5	1,6456	
	Sem 3 y 4	DIABETES	X5.2.1	4,114	8,228
			X5.2.2	4,114	
	Sem 3	VIH	X5.3.3	4,114	8,228
			X5.3.4	4,114	
	Sem 4	VIH	X5.3.1	2,743	8,228
			X5.3.3	2,743	
			X5.3.4	2,743	
	Sem 3 y 4	DISMINUCIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD	X5.4.1	2,743	8,228
X5.4.2			2,743		
X5.4.3			2,743		

<sup>16</sup> Este valor, vigente desde julio de 2018, se actualiza con cada aumento de cuota

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Sem 3 y 4	TABACO	X5.5.1	4,114	8,228
		X5.5.2	4,114	
Sem 3 y 4	EMBARAZO EN ADOLESCENTES	X5.6.1	4,114	8,228
		X5.6.2	4,114	
Sem 3 y 4	EPOC	X5.7.1	8,228	8,228
Sem 3 y 4	HUMANIZACIÓN DE PARTO	X5.8.2	4,114	8,228
		X5.8.3	4,114	
Sem 3 y 4	TRANSMISION VERTICAL SIFILIS Y VIH	X5.9.1	4,114	8,228
		X5.9.2	4,114	
Sem 3 y 4	SUICIDIO	X5.10.1	2,743	8,228
		X5.10.2	2,743	
		X5.10.3	2,743	
Sem 3	VBBG	X5.11.1	2,743	8,228
		X5.11.2	2,743	
		X5.11.5	2,743	
Sem 4	VBBG	X5.11.1	2,743	8,228
		X5.11.2	2,743	
		X5.11.4	1,372	
		X5.11.5	1,372	
Sem 3 y 4	DISMINUCIÓN DE SOBRE PESO Y OBESIDAD	X5.12.1	2,743	8,228
		X5.12.2	2,743	
		X5.12.3	2,743	
Sem 3 y 4	PREMATUREZ	X5.13.1	4,114	8,228
		X5.13.2	4,114	
Sem 3 y 4	REDUCCION ANEMIA	X5.14.1	2,743	8,228
		X5.14.2	2,743	
		X5.14.3	2,743	

El resultado esperado

Los resultados esperados específicos para cada prestador representan el 40% del total del valor de la Meta 2. Cada prestador debe tomar los valores por las dos áreas temáticas seleccionadas por ellos.

COMPONENTE 2	Valor(\$)
REPORTE INDICADORES	8,228

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

El componente 2 consiste en la entrega de reporte de indicadores generales y representa el 20% del valor de la Meta 2 (\$7,318). El valor de cada indicador es el siguiente:

<b>Indicadores del Componente 2</b>	<b>Valor(\$)</b>
X5.5.1) Tasa de usuarios en tratamiento de cesación de tabaquismo sobre el total de usuarios de 20 y más años	8,228
X5.14.3) Porcentaje de niños menores de 2 años para los que se retiró hierro polimaltosado en farmacia	8,228
X5.1.2) Tiempo promedio transcurrido entre PAP patológico y la realización de la COLPOSCOPIA	8,228
X5.1.3) Tiempo transcurrido entre BIOPSIA CIN 2 positivo y la realización del Tratamiento	8,228
X5.1.5) Tiempo promedio entre la realización de fecatest positivo y fibrocolonoscopia	8,228
X5.2.2) Porcentaje de pacientes diabéticos que se realizaron hemoglobina glicosilada en el último año.	8,228
X5.3.1) Cantidad de personas entre 15 y 44 años que se hacen confirmatorio de VIH.	8,228
X5.3.3) Tasa de cobertura de tratamiento con antirretrovirales (TARV) en usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo.	8,228
X5.6.1) Porcentaje de usuarios de 15 a 19 años que retiraron preservativos en la institución.	8,228
X5.6.2) Porcentaje de usuarias de 15 a 19 años que retiraron Anticonceptivos orales (ACO) en la institución.	8,228

Este componente se pagará por cada indicador informado, cuando la institución haya reportado al menos el 50% de los indicadores (5 de los 10 indicadores); de lo contrario no se pagará ninguno de los indicadores.

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

#### A. 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:

<b>Entrega de información fuera de fecha y hora límites</b>	
<b>Entrega de información...</b>	<b>No cobrará...</b>
30 días corridos posteriores a la fecha límite	El primer mes del semestre de pago
Entre 30 y 60 días corridos posteriores a la fecha límite.	El primer y segundo mes del semestres de pago
Entre 60 y 90 días corridos posteriores a la fecha límite.	El primer, segundo y tercer mes del semestres de pago

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

Más de 90 días corridos posteriores a la fecha límite.	Los seis meses del semestre 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.***

**Anexo 1**

	<b>RESULTADO ESPERADO 1</b>	<b>RESULTADO ESPERADO 2</b>
ASESP	SOBREPESO OBESIDAD	SUICIDIOS –IAE
AMDM	TABACO	CÁNCER
AMEDRIN	TABACO	ALIMENTACION SALUDABLE Y ACT. FISICA
AMERICANO	DIABETES	CÁNCER
AMSJ	DIABETES	VIH-SIDA
ASSE	EMBARAZO ADOLESCENTE	VIH- SIFILIS TRANSMISION VERTICAL
BLUE CROSS	SOBREPESO OBESIDAD	EPOC
CAAMEPA	CÁNCER	DIABETES
CAMCEL	VIOLENCIA	SUICIDIOS-IAE
CAMDEL	CÁNCER	VIH-SIDA
CAMEC	DIABETES	CÁNCER
CAMEDUR	EMBARAZO ADOLESCENTE	CÁNCER
CAMOC	CÁNCER	PREMATUREZ
CAMS	CÁNCER	DIABETES
CAMY	CÁNCER	DIABETES
CASA DE GALICIA	DIABETES	CÁNCER
CASMER	TABACO	SUICIDIOS-IAE
CASMU	CÁNCER	VIH-SIDA
CCOU	DIABETES	CÁNCER
COMECA	CÁNCER	HIV SIDA
COMEF	CÁNCER	DIABETES
COMEFLO	CÁNCER	EMBARAZO ADOLESCENTE
COMEPA	DIABETES	VIH-SIDA
COMERI	VIH-SIDA	ALIMENTACION SALUDABLE Y ACT. FISICA
COMERO	DIABETES	HUMANIZACIÓN DEL PARTO
COMETT	CÁNCER	DIABETES
COMTA	CÁNCER	HUMANIZACIÓN DEL PARTO
COSEM	SUICIDIOS -IAE	VIH-SIDA
CRAME	DIABETES	EMBARAZO ADOLESCENTE
CRAMI	DIABETES	EMBARAZO ADOLESCENTE
CUDAM	CÁNCER	VIH-SIFILIS TRANSMISIÓN VERTICAL
GREMCA	SUICIDIOS -IAE	CÁNCER
GREMEDA	CÁNCER	VIH-SIDA
H.EVANGELICO	TABACO	SOBREPESO Y OBESIDAD
HOSPITAL BRITANICO	SOBREPESO OBESIDAD	EPOC
IAC	SOBREPESO Y OBESIDAD/ANEMIA	EMBARAZO ADOLESCENTE

## Instructivo Meta 2 – Abril 2017- Marzo 2019

Actualizado a julio 2018

MEDICARE	SOBREPESO OBESIDAD	EPOC
MP	TABACO	CÁNCER
MUCAM	CÁNCER	DIABETES
SMI	CÁNCER	VIH-SIFILIS TRANSMISIÓN VERTICAL
SMQS	CÁNCER	EPOC
SUMMUN	EPOC	SOBREPESO OBESIDAD
UNIVERSAL	SUICIDIOS- IAE	HUMANIZACIÓN DEL PARTO