



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Meta 1 – Octubre 2015 – Junio 2016 **Instructivo 16/09/2015**

<p style="text-align: center;">Meta 1 Metas del niño, niña y la mujer Octubre 2015- Junio 2016</p>
--

1) Introducción.

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

En este período se dará continuidad a lo actuado en períodos anteriores, con focalización en aquellos casos de mayor riesgo dentro de la población infantil y sobre las personas que se encuentran en situación de Violencia.

El correcto control del embarazo y puerperio no sufre grandes modificaciones con respecto a las anualidades anteriores.

Fortaleciendo aquellos logros en la calidad de la atención, el desarrollo de los sistemas de información y la mejora en las características de los registros clínicos, se continuarán considerando dos dimensiones: el desempeño institucional que se seguirá midiendo con tasas de crecimiento, y los protocolos de actuación, que reflejan el esfuerzo institucional para lograr la adhesión de usuarios/as a los controles recomendados según grupo poblacional.

Meta 1 – Octubre 2015 – Junio 2016
Instructivo 16/09/2015

2) Período de aplicación de la meta.

El período de aplicación de la presente meta, con las características incluidas en este instructivo, será desde Octubre de 2015 a Junio de 2016.

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

Relación cumplimiento – pago	
El cumplimiento del trimestre...	Generará pagos para el trimestre...
Octubre-Noviembre-Diciembre 2015	Febrero-Marzo-Abril 2016
Enero-Febrero-Marzo 2016	Mayo-Junio-Julio 2016
Abril-Mayo-Junio 2016	Agosto-Setiembre-October 2016

3) Entrega de información

Formato de entrega

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

Modalidad de entrega

La información será ingresada en el programa informático <http://colo1.msp.gub.uy/MSPMetasAsistenciales/servlet/hmspsegprincipal>, mientras que las planillas con los datos nominalizados serán enviadas vía correo electrónico a metasasistenciales@msp.gub.uy. La institución recibirá una confirmación de recibo.

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

Fechas de entrega

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

Fecha y hora límite de entrega de información		
Trimestre	Fecha límite de entrega de información	Hora
Octubre-Noviembre-Diciembre 2015	Lunes 1º de febrero de 2016	12:00
Enero-Febrero-Marzo 2016	Lunes 2 de mayo de 2016	12:00
Abril-Mayo-Junio 2016	Lunes 1º de agosto de 2016	12:00

4) Indicadores

X1) Captación del Recién Nacido

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

Indicador

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

Denominador: N° de nacidos vivos afiliados a la institución.

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

Aclaraciones

Se entiende por niños captados aquellos recién nacidos que efectivamente concurren a la consulta de primer control en los primeros 10 días de vida. Se tendrán en cuenta los niños afiliados a la institución, sin importar si han nacido en ésta o en otra.

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

Se debe realizar la captación del recién nacido que al momento del alta, aún no esté afiliado a ninguna institución.

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

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

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

Instructivo de Auditoría

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

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

- Los datos clínicos del control de captación del recién nacido deben constar en la historia clínica, con fecha, firma y aclaración de firma del médico y/o firma y número de médico. Es necesaria que la fecha del alta esté visible en los datos a auditar para poder controlar los días de captación.

- El formato de historia clínica puede ser en papel o en historia clínica electrónica, si esta se adapta a los estándares manejados por normativa vigente.¹
- No es válido, que solamente diga: “control”, sino que se debe detallar lo que comprende un correcto control pediátrico apuntando a elevar la calidad de los registros clínicos. Como mínimo se debe registrar: edad, peso, talla, perímetro craneano, alimentación.
- Ficha Plan Aduana o similar creada por la institución que contenga todos los datos patronímicos del recién nacido y todos los datos clínicos correspondientes a un control de salud, con fecha, firma del médico y aclaración.

X2) Recién nacidos de riesgo

Este indicador pasará a estar compuesto por dos sub-indicadores:

X2.1) Visita domiciliaria para recién nacidos de riesgo

La visita domiciliaria para los recién nacidos de riesgo busca tanto realizar el control de salud al niño como relevar información de su contexto socio-cultural, pesquisar la presencia de factores que atenten contra su salud y específicamente los vinculados al problema de salud del cual el niño es portador, observación de prácticas de crianza, y orientación a la madre y su familia sobre el correcto cuidado de salud según el caso.

Se mantiene el indicador con el que se viene trabajando en anteriores anualidades.

Indicador

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

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

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

Aclaraciones

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

El Programa de la Niñez ha definido un conjunto de criterios para evaluar si un recién nacido es de riesgo o no. Para la meta se selecciona un subconjunto, por lo que se entenderá como recién nacidos de riesgo aquellos que cumplan con uno de los siguientes criterios:

- Prematuros (con una edad gestacional de 36 semanas o menos)
- Defecto o malformación congénita mayores:
 - Cardiopatías congénitas

¹ Ver Decreto 396/03

Meta 1 – Octubre 2015 – Junio 2016
Instructivo 16/09/2015

- Anomalías del sistema nervioso central: anomalías encefálicas, mielomeningocele, encefalocele.
- Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas
- Anomalías cráneo-faciales: labio leporino y/o, paladar hendido, fisuras faciales.
- Malformaciones digestivas: atresias digestivas, ano imperforado.
- Malformaciones urogenitales: patología estructural renal y de vía urinaria, criptorquidia, hipospadia, sexo ambiguo.
- Defectos graves de miembros.
- Patologías diagnosticadas por el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal: hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, hipoacusia congénita.
- Patología que requirió cuidados intensivos.
 - Madre menor de 17 años.
 - Madre consumidora de sustancias psicoactivas
 - Madre con patología psiquiátrica (depresión, esquizofrenia) o retardo mental
 - Antecedente de hermano fallecido antes del año de vida
 - Embarazo con cuatro o menos controles obstétricos realizados al momento del parto

La visita domiciliaria se considerará como captación sólo si es realizada con pediatra o médico de familia y se procede con el protocolo de control de salud correspondiente.

Instructivo de Auditoría

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

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

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

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

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

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

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

Indicador

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

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

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

Indicador

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

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

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

Indicador

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

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

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

Indicador

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

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

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

Indicador

Numerador: Nº de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen 24 meses en el trimestre y cuentan con control pediátrico correspondiente según pauta del MSP

Denominador: Nº de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que cumplen 24 meses en el trimestre.

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

Aclaración:

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

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

- **Prematuros** (con una edad gestacional de 36 semanas o menos). La flexibilización se aplica cuando la única condición de inclusión en la cohorte de riesgo es la prematurez y no hay otras patologías asociadas. Se define evolución positiva cuando sus indicadores de crecimiento y desarrollo adquieren un valor acorde a su edad cronológica.
- **Madre menor de 17 años.** La flexibilización se aplica a los RN hijos de adolescentes de **15 años o más** y se entiende evolución positiva cuando:
 - Se hayan cumplido los controles requeridos hasta los 12 meses.
 - **A partir de los 12 meses de vida** el niño presenta indicadores satisfactorios previstos en el correcto control pediátrico, particularmente en lo que refiere a crecimiento, desarrollo y cuidados.
- **Patología que requirió cuidados intensivos.** La flexibilización se aplica cuando :
 - el niño con la patología que requirió cuidados intensivos no evidenció complicaciones o secuelas al egreso de la institución.
 - el niño no requiere un seguimiento para despistar secuelas que se puedan presentar en la evolución.

Meta 1 – Octubre 2015 – Junio 2016 Instructivo 16/09/2015

- cuando sus indicadores de crecimiento y desarrollo adquieran un valor normal para su edad.
- **Embarazo con cuatro o menos controles obstétricos realizados al momento del parto.** La flexibilización se aplica cuando:
 - A partir de los 12 meses de vida el niño presenta indicadores satisfactorios previstos en el correcto control pediátrico, particularmente en lo que refiere a crecimiento, desarrollo y cuidados

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

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

- Recién nacidos de riesgo que cumplen **3 meses**: se tendrá una tolerancia de +/- 1 semana.
- Recién nacidos de riesgo que cumplen **6 y 12 meses**: se tendrá una tolerancia de +/- 2 semanas.
- Recién nacidos de riesgo que cumplen **18 y 24 meses**: se tendrá una tolerancia de +/- 45 días. Con excepción de los niños que cumplen años en los últimos 10 días del trimestre, los que contarán con una tolerancia igual a la fecha de entrega de la meta.

Instructivo de Auditoría

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

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

- Forma de registro: Historia Clínica. Deberá constar fecha, edad, los registros clínicos pertinentes de un control pediátrico de calidad, más aquellos específicos que requiera una eventual patología del niño, esquema de vacunación (retraso máximo dos meses), firma del médico y aclaración de firma y/o firma y número de médico.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o en historia clínica electrónica, si esta se adapta a los estándares manejados por normativa aplicada.

- En el caso que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño.
- Ficha Plan Aduana o similar creada por la institución que contenga todos los datos patronímicos del niño y todos los datos clínicos correspondientes a un control de salud, con fecha, firma del médico y aclaración.
- Los niños que se excluyen del grupo de riesgo a partir de los 12 meses, deberán contar con en el registro de dicha consulta en la HC, consignada la evolución clínica positiva por parte del médico con fecha, firma del médico y aclaración.

X3) Control del niño

Este indicador pasa a remplazar a los indicadores de control del niño de 1, 2 y 3 años. El mismo estará compuesto por tres sub-indicadores:

X3.1) Control en el primer año de vida

X3.1.1) Control del desarrollo

Se exigirá que los niños que cumplen un año en el trimestre cuenten con el control del desarrollo al 4º mes de vida, establecido por la Guía Nacional para la Vigilancia del Niño/a del MSP. Se deberá informar las áreas en las que se diagnosticó alteración: motora, coordinación, social y/o lenguaje; y el pase a especialista si corresponde.

<u>Indicador</u>
Numerador: Nº de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre y cuentan con el control de desarrollo en el 4º mes de vida.
Denominador: Nº de niños que cumplieron 1 año de edad en el trimestre

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

El control del desarrollo debe ser realizado por el pediatra o médico de familia y acompaña el control correspondiente al 4º mes de vida (no se debe coordinar una instancia aparte), de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años.

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

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

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

Indicador

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

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

La determinación de hemoglobina se debe de realizar entre el 8º y el 12º mes de vida:

Debe quedar consignado el resultado de la medición de la hemoglobina o el informe de laboratorio en la HC El resultado de hemoglobina menor de 11 g/dl se informará en la planilla nominalizada.

Información obligatoria

La institución deberá informar en ambas oportunidades de control del niño de un año (desarrollo y determinación de hemoglobina) la fecha del mismo, el peso y la talla.

Si se omite el envío de dicha información, los sub-indicadores se darán por incumplidos, e implicará el no pago.

Instructivo de Auditoría

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

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

- Forma de registro: Historia Clínica. Deberá constar fecha, edad, los registros clínicos pertinentes, peso, talla, determinación de nivel de hemoglobina firma del médico y aclaración de firma.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o en historia clínica electrónica, si esta se adapta a los estándares manejados por normativa aplicada.
- Debe estar detallado en HC el control de desarrollo del 4º mes realizado por pediatra o médico de familia, completando en su totalidad la ficha destinada para tal fin. Es importante remarcar que el registro del cuadro de resultados en dicha ficha es obligatorio: normal, reevaluación o pase a especialista.
- En los casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño y ficha de control de desarrollo.

- Si hay negativa de los padres para la realización del test de hemoglobina, deberá quedar consignado en la historia clínica y se considerará como protocolo y será válido para la meta.
- Si por algún motivo el niño no concurre al control de los 4 meses, el control de desarrollo puede realizarse a los 5 meses de vida, mediante aplicación de protocolo.

X3.2) Control en el segundo año de vida

Indicador

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

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

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

El control del desarrollo debe ser realizado por el pediatra o médico de familia y acompaña el control correspondiente al 18° mes de vida (no se debe coordinar una instancia aparte), de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años.

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

Información obligatoria

La institución deberá informar la fecha del control, el peso y la talla.

Si se omite el envío de dicha información el indicador se dará por incumplido, e implicará el no pago.

Instructivo de Auditoría

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

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

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

- Debe estar detallado en HC el control de desarrollo del 18º mes realizado por pediatra o médico de familia, completando en su totalidad la ficha destinada para tal fin (como consta en la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años). Es importante remarcar que el registro del cuadro de resultados en dicha ficha es obligatorio: normal, reevaluación o pase a especialista.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o en historia clínica electrónica, si esta se adapta a los estándares manejados por normativa aplicada.
- En los casos que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño y ficha de control del desarrollo.
- Si por algún motivo el niño no concurre al control de los 18 meses, el control de desarrollo podrá realizarse a los 19 meses, mediante aplicación de protocolo.

X3.3) Control del cuarto año de vida

X.3.3.1) Control del desarrollo

Indicador

Numerador: Nº de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre y cuentan con el control de desarrollo a los 48º meses de vida

Denominador: Nº de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre

X.3.3.2) Control Odontológico

Indicador

Numerador: Nº de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre y cuentan con control odontológico entre los 36 y 48 meses de vida.

Denominador: Nº de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre

X.3.3.3) Control oftalmológico

Indicador

Numerador: Nº de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre y cuentan con control oftalmológico entre los 36 y 48 meses de vida.

Denominador: Nº de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre

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

El control del desarrollo debe ser realizado por el pediatra o médico de familia y acompaña el control correspondiente al 48º mes de vida (no se debe coordinar una

instancia aparte), de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años.

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

El control odontológico y el oftalmológico deben ser realizados entre los 36º y 48º meses de vida, debiendo constar el adecuado registro de ambos en la HC.

El control odontológico debe ser realizado y documentado por odontólogo.

El control oftalmológico podrá ser realizado por oftalmólogo o técnico en oftalmología.

Información obligatoria

La institución deberá informar la fecha del control, el peso y la talla.

Si se omite el envío de dicha información el indicador se dará por incumplido, e implicará el no pago.

Instructivo de Auditoría

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

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

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

Meta 1 – Octubre 2015 – Junio 2016
Instructivo 16/09/2015

- Debe constar el registro del control odontológico realizado y registrado por odontólogo o constancia del mismo en caso de consulta particular, que incluya hallazgos clínicos, con firma, aclaración y fecha.
- Debe constar el registro de valoración oftalmológica realizado por oftalmólogo o técnico en oftalmología.
- Si por algún motivo el niño no concurre al control de los 48 meses, el control de desarrollo se podrá realizar a los 49 meses, mediante aplicación de protocolo.

Información adicional

Las instituciones también deberán informar los siguientes datos:

- Nº de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre.
- Nº de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre y cuentan con el número total de controles y CEV vigente según pauta del MSP para el 4º año de vida.
- Nº de niños que cumplieron 5 años de edad en el trimestre.
- Nº de niños que cumplieron 5 años de edad en el trimestre y cuentan con el número total de controles y CEV vigente según pauta del MSP para el 5º año de vida.
- Nº de niños que cumplieron 5 años de edad en el trimestre y cuentan con control odontológico durante el 5º año de vida.

X4) Embarazadas correctamente controladas según pauta

El correcto control del embarazo, de acuerdo a las guías y manuales emitidos por el MSP, minimiza las complicaciones del parto y del recién nacido. El correcto control incluye para este indicador tanto los controles obstétricos como el control odontológico.

El control odontológico tiene como finalidad orientar a la mujer de forma que llegue al parto sin infección o con infección bucal controlada y debe incluir, por un lado, la medición del proceso salud-enfermedad, con registros sobre caries y enfermedad periodontal como mínimo, y por otro lado, acciones educativas-preventivas en cuanto a estas afecciones bucales más prevalentes.

El indicador está compuesto por tres sub indicadores: el primero relacionado con los controles obstétricos del embarazo, el segundo referido al control odontológico, y el tercer indicador a la realización de la paraclínica de VIH y VDRL.

X4.1) Control obstétrico del embarazo.

Indicador

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

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

X4.2) Control odontológico del embarazo.

Indicador

Numerador: N° de mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre y cuentan con control odontológico realizado hasta los 6 meses de gestación.

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

X4.3) Control de HIV y VDRL.

Indicador

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

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

La información del denominador será contrastada con la información volcada por la institución al SINADI Asistencial

Aclaraciones

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

- Si ingresan en el segundo trimestre deberán tener realizado análisis paraclínicos de VDRL y VIH en el 2º y 3º trimestre.
- Si ingresan en el tercer trimestre deberán tener realizado análisis paraclínicos de VDRL y VIH en el 3º trimestre.

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

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

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

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

Información adicional

Las instituciones también deberán informar los siguientes datos:

- Nº de mujeres con estudios de VIH o VDRL positivos, y qué acciones fueron tomadas en dichos casos (tanto a la embarazada como a su pareja en el caso del VDRL).
- Número de auditorías realizadas en aquellos casos de HIV o VDRL positivos, de acuerdo a lo establecido en la Ordenanza Ministerial Nº 447 del 14 de Agosto de 2012 sobre los casos de VDRL positivos y en la Ordenanza Ministerial Nº 367 del 4 de junio de 2013 sobre los casos de HIV positivos.

Instructivo de Auditoría

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

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

- Forma de registro: Historia Clínica o HCPB. Deberá contar con fecha de los controles obstétricos, y con el registro de los análisis paraclínicos realizados, firma y aclaración de firma del médico/partera.
- HIV-VDRL: En historia clínica registro por ginecólogo o partera, fotocopia de carne obstétrico o registro en la HCPB. En caso de no contar con el registro de los análisis se verá el informe de laboratorio de los mismos.
- En caso que la embarazada hubiese comenzado sus controles en otra institución, fotocopia de historia clínica o fotocopia de carné obstétrico.

- Control odontológico: Historia Clínica Odontológica o comprobante de control odontológico (con fecha, firma y aclaración de firma del odontólogo). Debe constar la edad gestacional. Puede estar registrado en el carné obstétrico, en cuyo caso se debería sacar fotocopia del carné y anexarlo a la historia clínica.

X5) Historia Clínica Perinatal Básica

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

Para esta anualidad pasará a exigirse únicamente el cargado y volcado de las HCPB al Sistema Informático Perinatal.

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

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

HCPB volcadas al sistema informático y enviadas al MSP

Indicador

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

Denominador: N° de afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre.

Aclaraciones

El cargado de los datos a la base del SIP se hará con su última versión: 4.07. Se encuentra disponible en <http://www.clap.ops-oms.org/sistemas/>. Las instituciones deberán usar dicha versión desde agosto de 2015.

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

Instructivo de Auditoría

Se auditará número de HC y calidad de las mismas.

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

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

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

X6) Actuación frente a situaciones de Violencia basada en Género y Generaciones (VBGG) en servicios de urgencia y emergencia.

Dando continuidad con la capacitación y sensibilización para el abordaje de las situaciones de Violencia, que constituyen un problema grave de Salud Pública, en esta anualidad se plantea abordar situaciones de violencia tanto doméstica como sexual en las puertas de urgencia y emergencia de las instituciones prestadoras de salud. Se incluyen los casos de Relación Sexual Forzada y la Violencia física en el ámbito de la Violencia Doméstica.

Este indicador estará planteado en tres etapas:

Trimestre Octubre-Noviembre-Diciembre de 2015: Consiste en la capacitación y sensibilización a los jefes de Urgencias y Emergencias conjuntamente con el Equipo de Referencia en VD institucional, en el abordaje de los casos de violencia sexual y doméstica asistidos en las puertas de emergencia.

La primera etapa tiene como objetivos sensibilizar en la temática y difundir las Pautas de actuación en caso de relación sexual forzada (mayores de 15 años y menores de 15 años).

La misma será de carácter obligatorio, 1 jornada (taller) de 7 horas, dirigida a integrantes de los Equipos de Referencia en Violencia, un Jefe de emergencia médico y Jefe de Emergencia licenciado en enfermería (6 personas como máximo por prestador).

El taller estará a cargo del Equipo Asesor de Violencia de Género de DIGESA.

La institución cumplirá con el indicador si se capacita al mínimo personal establecido, no existiendo pago proporcional en esta primera etapa.

Se comunicará desde Metas Asistenciales, las fechas, lugares de realización del taller y forma de inscripción, una vez que el Equipo Asesor los defina.

Información obligatoria:

Exigencia de informar en el trimestre:

Meta 1 – Octubre 2015 – Junio 2016
Instructivo 16/09/2015

- Situaciones de relación sexual forzada asistidos en el/los servicio/s de urgencia/emergencia, discriminados por sexo y edad. (Si la institución tiene más de un servicio de urgencia/emergencia, se deberá informar por servicio).
- Situaciones de agresión física en el ámbito de Violencia Doméstica asistidos en el/los servicio/s de urgencia/emergencia, discriminados por sexo y edad. (Si la institución tiene más de un servicio de urgencia/emergencia, se deberá informar por servicio).
- Los casos de violencia doméstica y sexual asistidos en los servicios de emergencia/urgencia deberán ser notificados mediante informe firmado conjuntamente por la Dirección Técnica, Jefe del servicio/s de urgencia/emergencia e integrantes del Equipo de Referencia a Metas Asistenciales de MSP.
- Cantidad de médicos, licenciados y auxiliares de enfermería que se desempeñan en los servicios de urgencia/ emergencia de la institución. Esta información se comparará con lo volcado el sistema SCARH por la institución.
Si se omite el envío de dicha información el indicador se dará por incumplido, e implicará el no pago.

Trimestre Enero-Febrero-Marzo de 2016:

X 6.1) Consiste en la réplica de sensibilización e implementación de Pautas de asistencia en casos de relación sexual forzada definidas por el MSP, en las instituciones a cargo de integrantes del ER que participaron en la actividad de capacitación del 1er trimestre. Estará dirigida al 40% del personal del/los servicio/s de urgencia/emergencia.

Indicador

Numerador: Número de médicos, auxiliares y licenciados en enfermería que trabajan en servicios de urgencia/emergencia que fueron capacitados para la asistencia en VBG.

Denominador: Número de médicos, auxiliares y licenciados en enfermería que trabajan en servicios de urgencia/emergencia de la institución.

La institución cumplirá con el indicador si el ER capacita al mínimo establecido del personal (40%), debiendo entregar un informe (cuantitativo y cualitativo) de lo realizado y listado de participantes. Los lineamientos del informe serán definidos y comunicados por el área asesora correspondiente de DIGESA.

Información obligatoria:

- Situaciones de relación sexual forzada asistidos en el/los servicio/s de urgencia/emergencia, discriminados por sexo y edad. (Si la institución tiene más de un servicio de urgencia/emergencia, se deberá informar por servicio).
- Situaciones de agresión física en el ámbito de Violencia Doméstica asistidos en el/los servicio/s de urgencia/emergencia, discriminados por sexo y edad. (Si la institución tiene más de un servicio de urgencia/emergencia, se deberá informar por servicio).
- Los casos de violencia doméstica y sexual asistidos en los servicios de emergencia/urgencia y la descripción de la réplica deberán ser notificados mediante informe firmado conjuntamente por la Dirección Técnica, Jefe del servicio/s de urgencia/emergencia e integrantes del Equipo de Referencia a Metas Asistenciales de MSP.

Trimestre Abril-Mayo-Junio de 2016:

X6.1) Continuación de la réplica de sensibilización e implementación de Pautas de asistencia en casos de relación sexual forzada definidas por el MSP.

Indicador

Numerador: Número de médicos, auxiliares y licenciados en enfermería que trabajan en servicios de urgencia/emergencia que fueron capacitados para la asistencia en VBGG.

Denominador: Número de médicos, auxiliares y licenciados en enfermería que trabajan en servicios de urgencia/emergencia de la institución

Se deberá continuar con la réplica iniciada en el trimestre anterior, incrementando al menos un 20% el personal capacitado.

La institución cumplirá con el indicador si el ER capacita al mínimo establecido del personal (20% más), debiendo entregar un informe (cuantitativo y cualitativo) de lo realizado y listado de participantes. Los lineamientos del informe serán los mismos que del trimestre anterior.

X6.2) Número de personas mayores de 15 años, en situación de violencia sexual aguda asistidos en servicios de emergencia de la institución a quienes se aplicó la pauta de atención del MSP.

Indicador

Numerador: N° de personas mayores de 15 años en situación de relación sexual forzada que consulta en servicio de emergencia con pauta de asistencia del MSP aplicada

Denominador: N° de personas mayores de 15 años en situación de relación sexual forzada que consulta en servicio de emergencia

X6.3) Número de personas menores de 15 años en situación de violencia sexual aguda asistidos en servicios de emergencia de la institución a quienes se aplicó la pauta de atención del MSP.

Indicador

Numerador: N° de personas menores de 15 años en situación de relación sexual forzada que consulta en servicio de emergencia con pauta de asistencia del MSP aplicada

Denominador: N° de personas menores de 15 años en situación de relación sexual forzada que consulta en servicio de emergencia

Información obligatoria:

- Situaciones de agresión física en el ámbito de Violencia Doméstica asistidos en el/los servicio/s de urgencia/emergencia discriminados por sexo y edad (Si la institución tiene más de un servicio de urgencia/emergencia, se deberá informar por servicio).
- Los casos de violencia doméstica y sexual asistidos en los servicios de emergencia/urgencia y la descripción de la réplica deberán ser notificados mediante informe firmado conjuntamente por la Dirección Técnica, Jefe del servicio/s de urgencia/emergencia e integrantes del Equipo de Referencia a Metas Asistenciales de MSP.
- Informar las situaciones de relación sexual forzada discriminados por edad y sexo

Instructivo de Auditoría

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

Para los indicadores del último trimestre, se auditarán las historias clínicas de los casos informados por la institución para la verificación de la aplicación de la pauta.

X7) Pesquisa de violencia doméstica

El objetivo del presente indicador es continuar con la indagación de existencia de violencia doméstica como procedimiento de rutina en la práctica médica y de todos los profesionales de la salud en los diferentes ámbitos asistenciales. En esta anualidad se agrega pedido de información obligatoria de las pesquisas positivas, derivadas y asistidas en los equipos de referencia.

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

Indicador

Numerador: Número de mujeres de 15 años o más afiliadas a la institución con pesquisa de violencia doméstica vigente.

Denominador: número de mujeres de 15 años o más de la institución.

Aclaraciones

VIGENTE: se define como aquella pesquisa realizada hasta 1 año antes respecto al trimestre que se está informando.

La información del denominador será extraída del Censo de instituciones, utilizándose el valor del mes del medio del trimestre.

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

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

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

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

Información obligatoria

Las instituciones también deberán informar los siguientes datos:

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

Instructivo de Auditoría

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

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

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

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

IR) Indicador resumen

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

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

El indicador resumen se construirá de la siguiente manera:

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

Siendo:

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

$$I3: 2/5[1/2(I3.1.1) + 1/2(I3.1.2)] + 1/5 I3.2 + 2/5(1/3 I3.3.1+1/3 I3.3.2+1/3 I3.3.3)$$

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

5) Protocolos de actuación

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

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

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

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

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

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

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

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

En el caso de los recién nacidos de riesgo:

- Ante la falta de concurrencia a la captación, se coordinará nueva visita domiciliaria por parte del equipo que las realiza habitualmente.

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

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

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

D) Ausencia de datos del niño

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

E) Embarazadas

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

6) Pago

El pago por meta seguirá la siguiente fórmula:

$$\text{Pago} = \text{IR} * 73.61^2$$

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

² Este valor será actualizado por paramétrica en las oportunidades definidas por el Poder Ejecutivo.

Esquema de pago

Meta 1 Anualidad 2015-2016	Valor \$73,61
1. Captación del recién nacido	8,18
2.1 Visita domiciliaria para RN de riesgo	8,18
2.2.1 Controles de los RN de riesgo que cumplen 3 meses	1,64
2.2.2 Controles de los RN de riesgo que cumplen 6 meses	1,64
2.2.3 Controles de los RN de riesgo que cumplen 12 meses	1,64
2.2.4 Controles de los RN de riesgo que cumplen 18 meses	1,64
2.2.5 Controles de los RN de riesgo que cumplen 24 meses	1,64
3.1.1 Control del desarrollo del niño de un año de vida	4,09
3.1.2 Determinación de hemoglobina del niño de un año de vida	4,09
3.2 Control del niño en el segundo año de vida (control de desarrollo)	4,09
3.3.1 Control del niño del cuarto año de vida (control de desarrollo).	2,72
3.3.2 Control del niño del cuarto año de vida (control odontológico)	2,72
3.3.3 Control del niño del cuarto año de vida (control oftalmológico)	2,72
4.1 Control obstétrico del embarazo.	2,72
4.2 Control odontológico del embarazo.	2,72
4.3 Control de HIV-VDRL del embarazo.	2,72
X5 HCPB volcadas al SIP con un mínimo de 5% de datos faltantes	4,09
X6 Actuación frente a situaciones de violencia en género y generaciones en servicios de urgencia y emergencia.	8,18
X7 Pesquisa de Violencia Doméstica	8,18

7) Metas Mínimas

- En el indicador de Captación RN la exigencia será de 100%.
- Para los indicadores de recién nacidos de riesgo la exigencia será del 100% en ambos sub- indicadores.
- Se mantiene el esquema de metas en niveles de crecimiento en los siguientes indicadores 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3 y 5.

Así, las instituciones que tengan altos niveles de cumplimiento de metas asistenciales, tendrán como exigencia el mantenimiento de estos niveles en términos de crecimiento. Por su parte, y con el objetivo de que los desempeños de las diferentes instituciones vayan convergiendo, se plantea que aquellas instituciones que tengan valores por debajo de determinado valor de corte tengan tasas positivas de crecimiento trimestral.³

Para aquellos indicadores que tienen mayores valores de cumplimiento en niveles, se planteará como valor de corte la mediana. Para los indicadores que tienen mayores posibilidades de crecimiento (salud de los niños de 4 años de edad), se tomará como valor de corte la mediana más 10 puntos porcentuales.

De esta forma,

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

Para la construcción de la mediana se tomará el cumplimiento de las instituciones en los dos últimos trimestres (Oct-Nov-Dic 2014 y Ene-Feb-Mar 2015).

Para el último valor alcanzado se tomará el promedio de cumplimiento de los dos últimos trimestres con información (Oct-Nov-Dic 2014 y Ene-Feb-Marzo 2015).

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

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

- A partir del último trimestre que comprende este período (Abril-Mayo-Junio de 2016), se exigirá que al 100% de las personas que concurren a las

³ El criterio mencionado no abarca al indicador de pesquisa de violencia doméstica, por tener éste un carácter acumulativo.

⁴ En los indicadores 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 5.

- puertas de urgencia/emergencia, por causa de relación/es sexual/es forzada/s, se les apliquen las pautas de atención del MSP.
- La Pesquisa de VD se exigirá un aumento de 1% por trimestre, pasando de 16% a 18% a fin de la anualidad.

En el presente instructivo se detalla el mecanismo por el cual se marcan las metas y será la Junta Nacional de Salud quién notificará a cada una de las instituciones los valores precisos de las metas que deberán alcanzar siguiendo las pautas mencionadas.

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

- Entrega fuera de fecha

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

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

- Modificaciones por auditoría

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

9) Mecanismo de respuesta de consultas.

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

Equipo de Metas Asistenciales
Departamento Control de Prestadores
Área Economía de la Salud
MSP. JUNASA.