

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Meta 1
Meta Niño niña y mujer
 Abril 2019 – marzo 2021
 Abril 2019

1) Introducción.

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

A partir de la evaluación de los resultados obtenidos en el cumplimiento de los indicadores de meta 1 en los períodos anteriores, se modifican y/o se reorientan los de abril 2019- marzo 2021 de forma de continuar impulsando mejoras en el desempeño de las instituciones en la atención en salud de la población de niños, niñas y mujeres. Se propone continuar con el esquema general de indicadores durante dos años, con algunos ajustes que se describirán en cada caso. A su vez se plantea una redistribución de los valores de pago por indicadores, algunas modificaciones operativas, y una redefinición de los protocolos de actuación según sea la población que se trate.

Período de aplicación de la meta.

El período de aplicación del presente instructivo, será desde abril 2019 a marzo 2021

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

Relación cumplimiento – pago	
El cumplimiento del trimestre...	Generará pagos para el trimestre...
Abril-mayo-junio de 2019	Agosto-setiembre-octubre 2019
Julio-agosto-setiembre de 2019	Noviembre-diciembre de 2019- Enero de 2020
Octubre-noviembre-diciembre de 2019	Febrero-marzo-abril de 2020
Enero-febrero-marzo de 2020	Mayo-junio-julio de 2020
Abril-mayo-junio de 2020	Agosto-setiembre-octubre 2020
Julio-agosto-setiembre de 2020	Noviembre-diciembre de 2020- Enero de 2021
Octubre-noviembre-diciembre de 2020	Febrero-marzo-abril de 2021
Enero-febrero-marzo de 2021	Mayo-junio-julio de 2021

2) 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: <https://metas.msp.gub.uy/metas/servlet/hmspsegprincipal>

Las planillas con los datos nominalizados serán subidos al Sistema de Recepción y Control de Información Externa (RCIE):

<https://apps.msp.gub.uy/cas/login?service=https%3A%2F%2Fprod.seven.msp.red.uy%2Frcor%2Flogin%2Fcas>.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

En este sistema se entrega la planilla nominalizada, la planilla con protocolos de actuación y los informes de Violencia basada en Género y Generaciones (VbGG).

La planilla nominalizada a utilizar será incluida en la aplicación, así como también el instructivo para su llenado. Además existirán dos carpetas más para el cargado de las planillas con los protocolos de actuación y los informes referidos a VbGG.

Habrá un período de volcado hasta la fecha límite de entrega de la meta 1, después de la cual se cerrará la posibilidad de entrega. Posteriormente se habilitarán nuevas carpetas con el subtítulo: " Entrega tardía". De esta forma se separarán los tiempos para determinar los pagos según se especifica más adelante.

No se permitirá ninguna otra forma de entrega que no sea por los sistemas anteriormente mencionados. Si la institución entregara información por otro medio, se considerará como no entregada.

Fechas de entrega

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

Fecha y hora límite de entrega de información		
Trimestre	Fecha límite de entrega de información	Hora
Abril-mayo-junio de 2019	Lunes 22 de julio de 2019	23:59
Julio-agosto-setiembre de 2019	Jueves 24 de octubre de 2019	23:59
Octubre-noviembre-diciembre de 2019	Lunes 20 de enero de 2020	23:59
Enero-febrero-marzo de 2020	Jueves 23 de abril de 2020	23:59
Abril-mayo-junio de 2020	Lunes 20 de julio de 2020	23:59
Julio-agosto-setiembre de 2020	Viernes 23 de octubre de 2020	23:59
Octubre-noviembre-diciembre de 2020	Lunes 18 de enero de 2021	23:59
Enero-febrero-marzo de 2021	Viernes 23 de abril de 2021	23:59

3) Indicadores

X1.1) Captación del Recién Nacido

En el caso de este indicador que en la bi-anualidad pasada se exigía conjuntamente con la realización de las Emisiones Otoacústicas, vuelve a estar como históricamente se realizaba. De esta manera el indicador se define como la realización del primer control médico en los primeros 10 días de vida.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

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.

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

Aclaraciones:

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

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

Para la variable captación de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE. Se adicionará una nueva variable (columna) para identificar los motivos que ocasionaron los protocolos.

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 necesario que la fecha del alta esté visible en los datos a auditar para poder controlar los días de captación. El formato de historia clínica

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

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.

- 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.

X1.2) Realización de EOA al recién nacido

Corresponde a la realización de las emisiones otoacústicas (EOA) a todos los recién nacidos con el objetivo de la detección precoz de la hipoacusia congénita.

Indicador

Numerador: N° de niños nacidos vivos afiliados a la institución con EOA realizada antes del alta hospitalaria (de preferencia) o antes de los 7 días posteriores al alta.

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

En los casos en que no se pueda realizar las EOA antes del alta hospitalaria, la misma debe ser realizada en forma ambulatoria dentro de los 7 días posteriores al alta y se considerará como realizada para el cumplimiento del indicador.

Para este indicador se codificará al Recién Nacido según su posibilidad de realización de EOA, además de considerar si tiene factores de riesgo para hipoacusia congénita y condiciones especiales al alta que difieren la realización de la primera EOA.

Los códigos son los siguientes:

Código 1: todos aquellos RN que no tienen impedimentos o contraindicaciones para la realización de la EOA en forma precoz.

En el código 1 también se incluyen aquellos RN que si bien pueden presentar algún factor de riesgo o condición especial para realización de EOA, igualmente se le pudo realizar la EOA en forma precoz.

Código 2: todos aquellos recién nacidos que por su condición no se les puede realizar la EOA en forma precoz. Estos casos estarían en el grupo de los RN declarados a metas como "NO CORRESPONDE". Se aclarará en columna creada para ello la causa que lo incluye en esta categoría.

Código 3: Son los recién nacidos que en el trimestre anterior se catalogaron como código 2 y en el trimestre actual se les puede realizar la EOA.

Aclaraciones:

Recién nacidos considerados de riesgo para hipoacusia congénita:

- Antecedentes familiares de hipoacusia neuro-sensorial congénita o instaurada en la primera infancia
- Infección intrauterina por citomegalovirus, herpes, rubeola, sífilis o toxoplasmosis
- Malformaciones cráneo-faciales
- RN con peso al nacer <1500gs

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

- Ventilación mecánica durante más de 5 días
- Hiperbilirrubinemia mayor a 19, aún sin exanguinotransfusión
- Uso de fármacos oto-tóxicos en el recién nacido o el embarazo
- Meningitis bacteriana
- Hipoxia-isquemia perinatal
- Estigmas o síndromes que cursan con hipoacusia

Recién nacidos con condiciones especiales para la realización de las Emisiones otoacústicas (EOA)

- Pre-término menor de 35 semanas
- Síndrome de Down
- Recién nacidos que se alimentan con sonda oro-gástrica (SOG) o sonda naso-gástrica (SNG)
- Recién nacidos con fisura palatina

Para la variable realización de EOA, las opciones serán: SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE. Se añadirá una nueva variable (columna) para identificar los motivos que ocasionaron los protocolos. Para la variable resultado EOA las opciones serán: NORMAL /ALTERADO /NO CORRESPONDE.

Instructivo de Auditoría

Se auditará sobre las historias clínicas el informe del técnico que realiza el estudio. Se debe detallar fecha de realización de EOA y resultado del mismo.

X2) Recién nacidos de riesgo

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

X2.1) Visita domiciliaria para recién nacidos de riesgo

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

Indicador

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

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

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

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Para este indicador se clasificaron los criterios de riesgo, asignándoles las categorías de riesgo biológico o social.

Criterios de riesgo biológico:

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

Criterios de riesgo social:

- Madre menor de 17 años.
- Madre consumidora de sustancias psicoactivas.
- Madre con patología psiquiátrica (depresión, psicosis) o retardo mental.
- Embarazo con cuatro o menos controles obstétricos realizados al momento del parto/cesárea.

Aclaraciones

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

Para la variable visita domiciliaria de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE. Se adicionará una nueva variable (columna) para identificar los motivos que ocasionaron los protocolos.

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:

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

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

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

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

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

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

Indicador

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

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

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

Indicador

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

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

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

Indicador

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

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

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

X2.2.4) Seguimiento diagnóstico de niños con primera EOA alterada.

Se plantea para este indicador aplicar la pauta ministerial para el seguimiento diagnóstico de la hipoacusia. Los niños a los que se les diagnostica hipoacusia congénita deberán ser declarados según decreto 325/2013 en el Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (RND CER).

Desde octubre de 2018 quedó disponible la Pauta Ministerial de detección de Hipoacusia Neonatal desde el nacimiento, la cual debió ser aplicada desde esa fecha.

Indicador

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

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

Las primeras EOA se deben realizar preferentemente antes del alta hospitalaria del recién nacido, o hasta los 7 días posteriores al alta. En todos aquellos recién nacidos con la pesquisa de hipoacusia alterada ("NO PASA") en el período neonatal, se deberá informar el seguimiento diagnóstico (Emisiones Otoacústicas, Potenciales evocados auditivos e Impedanciometría). Para cada uno de estos niños se deberá informar al año de vida: estudios realizados, fecha de realización, resultado de cada estudio, diagnóstico y tratamiento.

Aclaración:

La aplicación de la Pauta Ministerial de detección de Hipoacusia Neonatal desde el nacimiento se comenzará a exigir en los niños que cumplen 1 año de edad el trimestre octubre-diciembre 2019. En los trimestres anteriores se controlará el seguimiento con la pauta institucional.

X2.2.5) Control de niños nacidos de riesgo que cumplen 18 meses en el trimestre.

Indicador

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

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

X2.2.6) Control de niños nacidos de riesgo que cumplen 24 meses en el trimestre.

Indicador

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

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

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

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

Para la variable control de los recién nacidos de riesgo de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/ALTA/BAJA. Se adicionará una nueva variable (columna) para identificar los motivos que ocasionaron los protocolos.

Las instituciones deberán especificar si se producen "bajas" en la planilla nominalizada de recién nacidos de riesgo así como incorporar "altas" por nuevas afiliaciones. Para la realización del cálculo las bajas no deben ser incluidas en el numerador ni en el denominador.

Aclaración:

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

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

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

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

- el niño no requiere un seguimiento para despistar secuelas que se puedan presentar en la evolución.
- cuando sus indicadores de crecimiento y desarrollo adquieren un valor normal para su edad.
- **Embarazo con cuatro o menos controles obstétricos realizados al momento del parto.** La flexibilización se aplica cuando:
 - A partir de los 12 meses de vida el niño presenta indicadores satisfactorios previstos en el correcto control pediátrico, particularmente en lo que refiere a crecimiento, desarrollo y cuidados.

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

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

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

Instructivo de Auditoría.

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

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

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

En aquellos casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño. En el caso que no se cuente con las anteriores, se aceptará constancia emitida por el prestador que realizó el control. Dicha constancia deberá contener: nombre, CI del usuario, fecha del control y control realizado. Se

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.

- 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 historia clínica, en la cual deberá quedar consignada la evolución clínica positiva por parte del médico con fecha, firma del médico y aclaración.
- Seguimiento Hipoacusia Neonatal:
Debe estar registrado en la historia clínica la fecha de realización y resultado de EOAs. Además deberán quedar registrados en la historia clínica las consultas y los estudios realizados para demostrar la adherencia a la pauta ministerial de detección de hipoacusia congénita. Debe detallarse: fecha, estudio realizado, resultado, diagnóstico y tratamiento confirma del técnico/médico y aclaración de firma y/o firma y número de médico.

X3) Control del niño

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

X3.1) Control de desarrollo en el primer año de vida

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

Indicador

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

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

Se utilizarán los denominadores provenientes desde el sistema RUCAF para el cálculo de cumplimiento del indicador.

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

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

El control debe quedar debidamente registrado en la historia clínica, 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 4ºmes de vida debe ser realizado a los 4 meses de edad corregida.

Para la variable "control de desarrollo" de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE. Se adicionará una nueva variable (columna) para identificar los motivos que ocasionaron los protocolos.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de historias clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

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

- Forma de registro: historia clínica. Deberá constar fecha, edad, los registros clínicos pertinentes, peso, talla, firma del médico y aclaración de firma.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- Debe estar detallado en la historia clínica 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. En el caso que no se cuente con las anteriores, se aceptará constancia emitida por el prestador que realizó el control. Dicha constancia deberá contener: nombre, CI del usuario, fecha del control y control realizado. Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.

X3.2) Control en el segundo año de vida

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

Indicador

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

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

Se utilizarán los denominadores provenientes desde el sistema RUCAF para el cálculo de cumplimiento del indicador.

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

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

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

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Para la variable "control de desarrollo" de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE. Se adicionará una nueva variable (columna) para identificar los motivos que ocasionaron los protocolos.

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de historias clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

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

- Forma de registro: historia clínica. Deberá constar fecha, edad, peso, talla, los registros clínicos pertinentes de un control pediátrico de calidad, firma del médico y aclaración de firma y/o firma y número de médico.
- Debe estar detallado en la historia clínica 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 electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- En los casos en que el niño se atiende en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño y ficha de control del desarrollo. En el caso que no se cuente con las anteriores, se aceptará constancia emitida por el prestador que realizó el control. Dicha constancia deberá contener: nombre, CI del usuario, fecha del control y control realizado. Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.

X3.3) Controles en el cuarto año de vida

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

X3.3.1) Control del desarrollo

Indicador

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

Denominador: N° de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre

X3.3.2) Control Odontológico

Indicador

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

Denominador: N° de niños que cumplieron 4 años de edad en el trimestre

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Se utilizarán los denominadores provenientes desde el sistema RUCAF para el cálculo de cumplimiento de los indicadores.

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

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

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

Para la variable "control de desarrollo" y "control odontológico" de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO. Se adicionará una nueva variable (columna) para identificar los motivos que ocasionaron los protocolos.

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

X3.4) Control oftalmológico hasta el quinto año de vida

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

Indicador

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

Denominador: N° de niños que cumplieron 5 años de edad en el trimestre

Se utilizarán los denominadores provenientes desde el sistema RUCAF para el cálculo de cumplimiento del indicador.

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

Para la variable "control oftalmológico" de la planilla nominalizada, las opciones serán SI/NO/PROTOCOLO/NO CORRESPONDE. Se adicionará una nueva variable (columna) para identificar los motivos que ocasionaron los protocolos.

Instructivo de Auditoría para 4 y 5 años.

Se seleccionará una muestra de historias clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

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 la historia clínica el control de desarrollo del 48º mes realizado por pediatra o médico de familia, completando en su totalidad la ficha destinada para tal fin (como consta en la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años). Es importante remarcar que el registro del cuadro de resultados en dicha ficha es obligatorio: normal, reevaluación o pase a especialista.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- En los casos en que el niño se atiende en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño y ficha de control de desarrollo. En el caso que no se cuente con las anteriores, se aceptará constancia emitida por el prestador que realizó el control. Dicha constancia deberá contener: nombre, CI del usuario, fecha del control y control realizado. Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.
- Debe constar el registro del control odontológico realizado y registrado por odontólogo o constancia del mismo en caso de consulta particular, que incluya hallazgos clínicos, con firma, aclaración y fecha.
- Debe constar el registro de valoración oftalmológica realizado por oftalmólogo o técnico en oftalmología.

X4) Control de Embarazo

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

El componente "Control de Embarazo" se mantiene con sus dos indicadores hasta ahora implementados. El primero refiere a la realización de la paraclínica de HIV y VDRL en los tres trimestres del embarazo. En el segundo indicador referido a preparación de la mujer para el parto se plantean algunas variantes con respecto al período anterior.

X4.1) Control de HIV y VDRL.

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

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

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

El control de HIV-VDRL en el segundo trimestre se debe realizar entre las 18ª y 28ª semana de edad gestacional.

Así mismo se deberá informar en la planilla nominalizada de forma obligatoria, los casos de VDRL y HIV positivo, las acciones adoptadas y si se realizaron y enviaron al Ministerio de Salud las auditorías establecidas en las ordenanzas vigentes. La omisión del envío de esta información implicará el no pago de este indicador.

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 por no estar afiliadas a la institución, se incluirán en la población objetivo, y por lo tanto en el numerador y denominador, teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

En aquellos casos en donde los análisis sean positivos, deberá constar en la historia clínica la indicación del tratamiento correspondiente.

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

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de historias clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- HIV-VDRL: Se auditará la realización de la paraclínica de VDRL/HIV de los tres trimestres, tanto en los registros de historia clínica consignados por ginecólogo o partera, como del carné obstétrico y HCPB. En caso de no contar con el registro de los análisis se verá el informe de laboratorio de los mismos.
- En caso que la embarazada hubiese comenzado sus controles en otra institución, se deberá disponer de fotocopia de historia clínica o fotocopia de carné obstétrico.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

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

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

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

Se mantiene el indicador realizando algunas variantes en relación a la población objetivo y a la modalidad de los cursos.

El curso de preparación para el nacimiento deberá seguir la pauta del Ministerio de Salud.

La nueva propuesta para este indicador plantea la exigencia de clases exclusivamente para nulíparas (excluyendo las mujeres con 2 o más cesáreas) en las mismas condiciones del periodo anterior: un total de 7 clases, con un mínimo de concurrencia para la meta a 5 clases en el caso de optar por el curso con la modalidad presencial. A su vez se agrega la posibilidad de realizar cursos en modalidad mixta (virtual/presencial) a través de una plataforma creada y administrada por los prestadores, que tendrá como mínimo 4 sesiones presenciales. La exigencia para esta modalidad para el cumplimiento de la meta es la realización de 6 sesiones

Las instituciones que apliquen el curso en modalidad presencial deberán utilizar el plan propuesto y validado por el Área Programática Salud Sexual y Reproductiva para Meta 1 del bienio 2017-2019.

Aquellas instituciones que elijan realizar el curso en su modalidad mixta podrán presentar la solicitud de validación del curso a partir del primer trimestre de Meta 1 (abril-junio 2019).

La propuesta deberá ser presentada con 30 días de antelación a la finalización del trimestre elegido por la institución, de manera tal que el Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud cuente con el tiempo suficiente para la revisión y validación del curso. Los cursos, ya validados, deberán ser implementados en el trimestre siguiente al de la presentación ante el Ministerio de Salud Pública.

En el trimestre de presentación del curso para validación, se tomará la presentación del curso en el tiempo estipulado, para evaluar el cumplimiento del indicador. No se exigirá la presentación de asistencia de mujeres al curso presencial para ese trimestre.

En caso de no ser validado el curso, para el trimestre siguiente al de la presentación la institución deberá presentar el nivel de cumplimiento para el curso en modalidad presencial.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Con el fin de lograr una complementariedad entre los prestadores, y facilitar el acceso a los cursos, se validarán un máximo de 6 cursos en modalidad mixta, para el conjunto de los prestadores.

Las instituciones que no presenten cursos en modalidad mixta deberán reportar el porcentaje de mujeres que realizan clases de parto de acuerdo al presente plan.

A cada embarazada que concurra a 5 encuentros del curso (en modalidad presencial) o 6 clases (en modalidad mixta), se le proporcionará un comprobante que se adjuntará al carné perinatal, el que permitirá cargar en la HCPB el campo de "preparación para el parto". Este campo solo deberá completarse cuando se cuente con comprobante del curso realizado en la institución, y será la fuente de donde la institución obtenga la información del indicador.

El indicador a reportar es el siguiente:

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

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

Instructivo de Auditoría

Se seleccionará una muestra de historias clínicas a partir de los listados enviados por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

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

X 4.3) Historia Clínica Perinatal Básica

Para cumplir con dicho indicador se deben reunir tres condiciones: 1) el número total de Historias Clínicas Perinatales Básicas deben coincidir con el número de partos de la institución del trimestre, 2) la fecha de entrega de la base al Área SIP debe coincidir con la fecha de la entrega de Meta 1 y 3) el porcentaje de falta de llenado de la base de las instituciones debe ser menor al 5%. El informe con dichos datos los envía el Área de Sistema Informático Perinatal del MSP, al Departamento de Control de Prestadores y es parte del resultado de auditoría.

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

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

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 Ministerio de Salud en forma completa.

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

Aclaraciones

El cargado de los datos a la base del SIP se hará con su última versión: 4.15 a diciembre de 2018. Se encuentra disponible en <http://www.clap.ops-oms.org/sistemas/>. Se debe tener en cuenta que la versión cambia en general 2 veces al año, por lo que debe ser actualizada.

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 historias clínicas y calidad de las mismas.

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

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

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

X5) Género y Generaciones

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

Entrega de información obligatoria en cada trimestre:

Se exigirá en todos los trimestres la entrega de información de los casos de violencia doméstica y/o violencia sexual, donde consten los siguientes datos:

- Casos de violencia doméstica y/o violencia sexual
- Fecha de consulta

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

- Edad
- Sexo
- Tipo de Violencia
- Riesgo
- Fecha de derivación al equipo de referencia de las situaciones de alto riesgo
- Fecha de consulta al equipo de referencia de las situaciones de alto riesgo

El indicador en esta bi-anualidad consistirá en dos grandes capítulos:

Desde abril de 2019 a junio de 2020. Consistirá en una capacitación en protocolos institucionales para el abordaje de situaciones de violencia doméstica y violencia sexual a lo largo del ciclo vital.

Esta capacitación estará dirigida a un porcentaje de médicos generales, internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, psiquiatras, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería, licenciados en trabajo social, parteras y licenciados en psicología, que sean titulares y suplentes fijos de los servicios de Urgencia/Emergencia, policlínica y servicios de internación.

Desde julio de 2020 a marzo de 2021: Participación y realización de actividades trimestrales de promoción en salud en la comunidad, en coordinación con alguna institución educativa, deportiva, social o cultural.

Trimestre abril-mayo-junio de 2019:

1.1 Actualización del Protocolo institucional incorporando los documentos del MSP que incluyen:

- Protocolo para el abordaje a situaciones de abuso sexual hacia niñas, niños y adolescentes (NNA) en el marco del SNIS.
- Protocolo para el abordaje a situaciones de maltrato hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del SNIS.
- Manual clínico: Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual.

1.2 El equipo de Referencia en VbGG de la Institución deberá desarrollar un plan de capacitación y difusión de los protocolos

El cumplimiento del indicador estará dado por:

- a) Envío de Protocolo institucional y plan de difusión y capacitación
 - b) Validación del protocolo institucional y aprobación del diseño del plan de difusión y capacitación por parte del Área Programática de Violencia basada en Género y Generaciones-DIGESA-MSP
- En la elaboración tanto del Protocolo como del plan de difusión y/o capacitación deben participar las Direcciones Técnicas de la institución y los Equipos de Referencia en VbGG. También pueden participar técnicos y/o profesionales de otros equipos que trabajen con NNA.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

- Debe constar la lista de técnicos y profesionales responsables de la realización del plan de difusión y/o capacitación, así como su función y lugar de trabajo en la institución.
- Debe estar firmado por las Direcciones Técnicas y Equipos de Referencia en Violencia basada en Género y Generaciones.
- Contenido. El plan de difusión y/o capacitación entregado debe contener en detalle:
 - Descripción de materiales y métodos a utilizar en la difusión y/o capacitación. Se sugiere incluir instancias participativas tipo taller con viñetas clínicas a modo de ejemplo.
 - Propuesta de evaluación pre y post-test.
 - Descripción de fecha, lugar y horario de realización de talleres en caso de modalidad presencial; detalle del medio utilizado (plataforma, mail, videoconferencia, etc.) en la modalidad virtual.
 - El curso de capacitación tendrá una carga mínima de 4 horas, siendo obligatorias 2 horas presenciales por participante. Las horas restantes podrán ser virtuales.
 - Según se explica posteriormente, algunas instituciones además de realizar la capacitación deberán realizar una difusión del Protocolo Institucional al personal de los servicios que contrata.
 - Bibliografía consultada.
- Formato del informe: Texto en arial12, interlineado simple, mínimo 3 hojas, máximo 8. En versión Word y PDF.

Instructivo de Auditoría

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

Trimestres julio 2019-marzo 2020

En estos trimestres se efectuará la difusión y/o capacitación al personal sobre el abordaje a situaciones de violencia plasmados en los Protocolos institucionales previamente entregados y aprobados por el área competente.

Para determinar el denominador (técnicos a capacitar) se consideran distintas variables según las situaciones particulares de modalidades de trabajo institucionales.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Se detallan a continuación las características generales:

- 1) Los técnicos incluidos en la capacitación serán: médicos generales, internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, psiquiatras, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería, licenciados en trabajo social, parteras y licenciados en psicología, que sean titulares y suplentes fijos de los servicios de Urgencia/Emergencia, policlínica y servicios de internación.
- 2) La modalidad de capacitación constará de 4 horas de duración como mínimo, siendo obligatorio dos horas presenciales.
- 3) Se diferencian actividades de capacitación y difusión para las cuales se establece pautas por parte el Área Programática de VbGG.
- 4) El total de personal a capacitar se obtendrá de la información volcada por las instituciones al SCARH, tomando los datos de febrero de 2019.
- 5) Los porcentajes de trabajadores a capacitar serán acumulativos.
 - A setiembre de 2019: 10%
 - A diciembre de 2019: 20%
 - A marzo de 2020 : 25%
 - A junio de 2020: 35%
- 6) Será obligatorio que los jefes de servicio de policlínica, internación y urgencia/emergencia se encuentren entre los técnicos capacitados

Condiciones diferenciales:

De forma de considerar las situaciones diferenciales entre prestadores que cuentan con menor número de trabajadores propios por contratar con terceros gran parte de sus servicios, se establece:

- i. Para aquellos prestadores para los cuales el número de trabajadores a capacitar cada mil afiliados, sea mayor o igual a 4, se utilizará el esquema planteado en el punto 5.
- ii. Aquellos prestadores para los cuales el número de trabajadores a capacitar cada mil afiliados sea menor a 4 y mayor o igual que 2, podrán elegir entre dos opciones:

Opción 1: Capacitar al doble del porcentaje de trabajadores propios por cada trimestre según el siguiente esquema:

- A setiembre de 2019: 20%

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

- A diciembre de 2019: 40%
- A marzo de 2020: 50%
- A junio de 2020: 70%

Opción 2: Mantener el esquema de capacitación inicial y realizar una difusión del Protocolo Institucional para todos los trabajadores con el perfil requerido que integran los servicios que contrata.

- iii. Aquellos prestadores para los cuales el número de trabajadores a capacitar cada mil afiliados sea menor que 2 deberán: por un lado capacitar al 100% de su personal y además realizar una difusión de su Protocolo institucional para todos los trabajadores con el perfil requerido que integran los servicios que contrata.

Trimestre abril-mayo-junio de 2020

Se deberá presentar la planificación de al menos una actividad trimestral de promoción en salud en la comunidad (para los períodos: octubre-noviembre-diciembre 2020 y enero-febrero-marzo 2021), en coordinación con alguna institución educativa, deportiva, social o cultural.

Se deberá informar dicha planificación a través de una planilla conteniendo los siguientes datos:

- El nombre de la/s institución/es con las que se realizarán las actividades.
- Las fechas de las actividades a realizar.
- Las temáticas a trabajar.
- La metodología a emplear.
- La cantidad esperada de participantes.

Las actividades programadas deben tener como cantidad mínima esperada de participantes a 80 personas, pudiendo distribuirse esta cifra en uno o más grupos.

Se deberá trabajar en la promoción de derechos y prevención de la Violencia basada en Género y Generaciones, debiéndose tratar algunos ejes temáticos tales como: factores de riesgo y protectores en la explotación sexual y el tráfico de mujeres, niños

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

y niñas, eliminación de la violencia hacia las mujeres, prevención de la violencia en el noviazgo, prevención de la violencia de género en situaciones de discapacidad. Deberá exponerse el rol de los servicios y prestadores de salud en esta problemática, explicitando los protocolos, modalidades de acceso a la atención, etc.

Se sugiere planificar actividades relacionadas con las siguientes fechas: Día Internacional de los Derechos del Niño a conmemorarse el 20 de noviembre, Día Internacional para la eliminación de la violencia a la mujer a conmemorarse el 25 de noviembre, Día Internacional de los Derechos Humanos a conmemorarse el 10 de diciembre, Día Internacional de la Mujer a conmemorarse el 8 de marzo.

Los prestadores de salud deberán justificar el o los temas elegidos. Las propuestas enviadas serán analizadas por el Área Programática de Violencia basada en Género y Generaciones de DIGESA, quien podrá realizar comentarios y sugerencias.

Los prestadores de salud de una misma zona pueden planificar y realizar actividades conjuntamente, debiendo multiplicar la cobertura a alcanzar de acuerdo a los prestadores participantes. Por ejemplo si dos instituciones coordinan actividades en una misma zona, deberán alcanzar a al menos 160 personas que asistan a los talleres.

Trimestres Octubre – noviembre – diciembre 2020 y enero – febrero – marzo 2021

Las actividades deberán ser comunicadas con al menos una semana de antelación a Metas Asistenciales, Área Programática de Violencia basada en Género y Generaciones (violenciadegenero@msp.gub.uy) y a la Dirección Departamental de Salud (DDS) correspondiente.

Se deberá presentar una planilla que contenga los siguientes datos:

- El nombre de la/s institución/es con la que se realizarán las actividades,
- Las fechas de las actividades a realizar,
- Las temáticas a trabajar,
- La metodología a emplear,
- La cantidad esperada de participantes

Medio de verificación: Se deberá presentar lista de participantes, materiales utilizados, fotos de la actividad.

El Ministerio de Salud por intermedio de su departamento de Fiscalización, DDS u otros mecanismos, inspeccionará las instancias de capacitación/difusión y actividades de promoción en la comunidad, así como la información solicitada en cada uno de los trimestres.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

4) 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.

Indicador resumen

El indicador resumen se construirá de la siguiente manera:

$$IR = (I1 + I2 + I3 + I4 + I5) / 8$$

Siendo:

$$I1 = I1.1 + (0.5 * I1.2)$$

$$I2 = I2.1 + (0.25 * (I2.2.1 + I2.2.2 + I2.2.3 + I2.2.4 + I2.2.5 + I2.2.6)).$$

$$I3 = 0.5 * (I3.1 + I3.2 + I3.3.1) + 0.25 * (3.3.2 + 3.4)$$

$$I4 = 0.5 * (I4.1 + I4.2 + I4.3)$$

$$I5 = 0.5 * I5$$

5) Protocolos de actuación

Desde el año 2012, se incluyó la aplicación de protocolos de actuación, en aquellos casos en que los usuarios/as no concurren a los controles de salud en tiempo, a pesar de la actitud activa de citación por parte de las instituciones.

En este período se plantean cambios con respecto a la cantidad máxima de protocolos a utilizar.

Para establecer estos máximos se realizó un análisis retrospectivo del uso de los protocolos por población y por institución y además se tuvieron en consideración las flexibilizaciones que se manejan en los porcentajes a alcanzar en los indicadores de Meta 1:

- a) Los valores de cumplimiento mayores o iguales a 95% se consideran como 100%
- b) Pago proporcional por el cumplimiento parcial de acuerdo a lo establecido en el instructivo para cada caso.
- c) En el caso de la población de recién nacidos y niños, existe un margen de tolerancia en el tiempo para la realización de los controles.

Al tener en cuenta estos factores se definieron cinco categorías basadas en la/s causa/s que desencadenan la utilización de protocolos de actuación. Esta categorización permitirá el análisis y evaluación de los protocolos. Las planillas nominalizadas incorporan esta nueva variable.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Categorías de protocolos:

- 1. Negativa del usuario:** se incluyen en esta categoría la negativa expresa o tácita por parte del usuario de su no concurrencia al control, o la postergación de la fecha estipulada de control para una oportunidad diferente a la que la pauta indica.
- 2. Doble cobertura:** el usuario tiene cobertura en otro prestador de salud en el cual se realizó el control correspondiente. Deberá existir una constancia emitida por el prestador que realizó el control del usuario en la historia clínica. Dicha constancia deberá contener nombre, CI del usuario, fecha del control y control realizado. Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.
- 3. Internación/Reposo:** incluye aquellos casos donde los usuarios están imposibilitados de concurrir al control. Al momento de la auditoría, la institución deberá disponer de la historia clínica de internación o el registro médico de indicación de reposo para justificar dichas situaciones.
- 4. No se logró comunicación:** inubicables
- 5. Otros:** problemas de acceso geográfico (por ejemplo)

Topes en categorías 4 y 5:

La suma de los protocolos incluidos en las categorías 4 y 5 no puede exceder los siguientes porcentajes:

Captación de RN: 3%

Visita domiciliaria de recién nacido: 3%

Seguimiento de Rn de riesgo: 3%

Control de niños de 1 año. 5%

Control de 2 a 4 años: 10%

Control de 5 años: 15%

Clases de parto: 10%

En todos los casos se podrá presentar al menos 1 protocolo

Aclaración

Dado que coexistirá la aplicación de los protocolos de actuación del período 2017-2019 y 2019-2021 es necesario aclarar la situación de cada uno de los indicadores para cada trimestre a informar.

Todos los casos de protocolos de actuación se comienzan a categorizar con el nuevo criterio según el instructivo del período 2019-2021 a partir del inicio del mismo.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Para los indicadores cuyos controles se realizan en el trimestre a informar, se aplicará el nuevo criterio de categorización de protocolos desde el inicio del nuevo instructivo. Se incluyen en este grupo:

- 1.1 Captación del RN
- 1.2 Realización de EOA al RN
- 2.1 Visita Domiciliaria al RN de Riesgo
 - 2.2.1 Control de RN de Riesgo que cumplen 3 meses en trimestre
 - 2.2.2 Control de RN de Riesgo que cumple 6 meses en trimestre
 - 2.2.3 Control del RN de Riesgo que cumplen 12 meses en trimestre
 - 2.2.5 Control del Recién Nacido de Riesgo que cumple 18 meses en trimestre
 - 2.2.6 Control del Recién Nacido de Riesgo que cumple 24 meses en trimestre
- 3.3.1 Control del desarrollo del niño de 4 años de vida

Para los indicadores cuyos controles fueron realizados con anterioridad al inicio del nuevo instructivo y no existía el criterio de categorización de protocolos, se reportará la información de acuerdo al instructivo anterior hasta el trimestre que se cumpla la edad que exige el indicador:

- 2.2.4 Seguimiento diagnóstico de niños con primera EOA alterada.

Este indicador se informa al cumplir el año de vida y la EOA se realiza al nacimiento, por lo tanto la información con el nuevo criterio de categorización de protocolos se reportará a partir del trimestre abril-junio 2020. Los primeros cuatro trimestres del período actual se reportarán con el criterio del instructivo 2017-2019.

- 3.1 Control de desarrollo del niño de 1 año de vida.

Este indicador se informa al cumplir el año de vida y el control de desarrollo se realiza a los 4 meses de vida, por lo tanto la información con el nuevo criterio de categorización de protocolos se reportará a partir del trimestre enero-marzo 2020. Los primeros tres trimestres del período actual se reportarán con el criterio del instructivo 2017-2019.

- 3.1 Control de desarrollo del niño de 2 años de vida.

Este indicador se informa al cumplir los dos años de vida y el control de desarrollo se realiza a los 18 meses de vida, por lo tanto la información con el nuevo criterio de categorización de protocolos se reportará a partir del trimestre octubre-diciembre 2019. Los primeros dos trimestres del período actual se reportarán con el criterio del instructivo 2017-2019.

- 4.1 Control de HIV y VDRL.

Este indicador se informa luego del parto/cesárea y los controles se realizan durante el curso del embarazo, en primer, segundo y tercer trimestre del mismo. Por lo tanto la información con el nuevo criterio de categorización de protocolos se reportará a partir del trimestre enero-marzo 2020. Los primeros tres trimestres del período actual se reportarán con el criterio del instructivo 2017-2019.

- 4.2 Preparación de la embarazada para el nacimiento

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

Condiciones de las categorías 1 y 4 de los 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 las condiciones que deben cumplir los protocolos de actuación.

Categoría 1: Negativa del usuario

En aquellos casos en que no se realicen consultas de control/ captación/ visita domiciliaria/ clases de parto, en los plazos establecidos, se validarán para la meta siempre que conste en la historia clínica el cumplimiento de los siguientes protocolos 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.
- El listado con los datos de los niños que no adhirieron a los controles se deberá enviar al finalizar cada trimestre.
- En caso de que exista negativa de los padres a concurrir al odontólogo/oftalmólogo deberá quedar consignado en la historia clínica.

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.
- El listado con los datos de los recién nacidos que no fueron captados deberá enviarse al finalizar cada trimestre

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:

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

- 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) Embarazadas

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

Categoría 4: No se logró comunicación

Ausencia de datos del niño

- En caso de no ser posible comunicarse con el afiliado o responsable del mismo, por carecer de datos de contacto, se deberá dejar constancia en la historia clínica. Cuando 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.

6) Pago

El pago por meta seguirá la siguiente fórmula:

$$\text{Pago} = \text{IR} \times 103.26^2$$

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.

Esquema de pago.

Meta 1 Período abril 2019 - marzo 2021	\$103.26
1.1 Captación del RN	12,91
1.2 Realización de EOA al RN	6,45
2.1 Visita Domiciliaria al RN de Riesgo	12,91
2.2.1 Control de RN de Riesgo que cumplen 3 meses en trimestre	3,23
2.2.2 Control de RN de Riesgo que cumple 6 meses en trimestre	3,23
2.2.3 Control del RN de Riesgo que cumplen 12 meses en trimestre	3,23
2.2.4 Seguimiento de niños con primer EOA alterada	3,23
2.2.5 Control del Recién Nacido de Riesgo que cumple 18 meses en trimestre	3,23
2.2.6 Control del Recién Nacido de Riesgo que cumple 24 meses en trimestre	3,23

² Este valor será actualizado por paramétrica según decretos del Poder Ejecutivo.

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

3.1 Control del desarrollo del niño de 1 año de vida	6,45
3.2 Control del desarrollo del niño de 2 años de vida	6,45
3.3.1 Control del desarrollo del niño de 4 años de vida	6,45
3.3.2 Control odontológico del niño de 4 años de vida	3,23
3.4 Control Oftalmológico del niño de 5 años de vida	3,23
4.1 HIV-VDRL 1º, 2º y 3º trimestre de embarazo	6,45
4.2 Preparación para el nacimiento	6,45
4.3 HCPB volcadas al SIP	6,45
5 Género y generaciones	6,45

7) Metas Mínimas

7.1) Metas de 100%

- Para los indicadores de Captación RN y los de recién nacidos de riesgo (visita domiciliaria, seguimiento RN), Tamizaje de hipoacusia en el recién nacido, y seguimiento de diagnóstico con primera EOA alterada al año, así como también los indicadores 3.1, 3.2 (controles de niños de uno y dos años) y los indicadores 4.1 y 4.3 referentes al embarazo las exigencias serán del 100%.
- A los efectos del pago de la meta, si el indicador de desempeño en términos absolutos resulta superior o igual a 95%, entonces se considerará cumplida la meta correspondiente a ese indicador.
- Cuando el indicador de desempeño resulte mayor o igual a 90% y menor a 95%, se calculará un pago proporcional.

7.2) Metas en niveles de crecimiento

- Para los indicadores 3.3.1, 3.3.2 (controles de desarrollo y odontológico en niños de 4 años) y 3.4 (control oftalmológico en niños de 5 años), se establece un esquema de metas en niveles de crecimiento.
- La mediana de desempeño de todas las instituciones de acuerdo a la última información disponible al inicio del período (Trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2018), se define como el valor de referencia o valor de corte. De acuerdo a donde se ubica el desempeño del prestador en relación al valor de corte, se define su meta a alcanzar.
- Los criterios para definir la meta son los siguientes:

La meta a alcanzar en cada período de la bi-anualidad nunca puede ser menor que la exigida para enero-febrero-marzo 2019.

Instituciones cuyo cumplimiento esté por debajo del valor de corte:

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

- Tendrán como meta de crecimiento en el período bianual cubrir un 80% de la brecha entre su valor de cumplimiento o línea de base (último dato disponible) y el valor de corte. El nivel de crecimiento trimestral surgirá de dividir en ocho partes iguales dicha brecha.
- Cuando estas instituciones no alcancen la meta de crecimiento, en el primer trimestre se calculará un pago proporcional a partir de la línea de base. Para los siguientes trimestres el pago proporcional se calculará a partir de la meta del período anterior.

Instituciones que superaron la meta exigida a marzo de 2019, y cuyo cumplimiento está por encima del valor de corte:

- Tendrán como meta a alcanzar el valor de cumplimiento observado en el período disponible. Por lo tanto tendrán como meta de crecimiento un 0%.
- En el caso en que estas instituciones no alcancen la meta, se aplicará pago proporcional a partir del punto de corte y siempre que no se aleje de la meta a alcanzar en más de 10 puntos porcentuales.
- En todos los casos en que la meta a alcanzar sea del 100%, si el indicador de desempeño en términos absolutos resulta superior o igual a 95%, entonces se considerará cumplida la meta correspondiente a ese indicador.

7.3) Metas preparación para el nacimiento

- En el indicador de preparación de la embarazada para el nacimiento la exigencia será de 70% en todo el período y si la institución no alcanzara el cumplimiento tendrá un pago proporcional desde 0 % a 70%.

7.4) Metas Género y Generaciones

- Para el indicador de Género y Generaciones, además de notificar la información adicional correspondiente a cada trimestre, la exigencia será cumplir con:
 - Para el período comprendido entre abril 2019 - junio 2020 se deben capacitar los porcentajes de trabajadores establecidos en la descripción de este componente.
 - De no lograrse los porcentajes establecidos se calculará un pago proporcional a partir de la meta del período anterior (0 en el primer trimestre).

Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021

- Para el período julio 2020 – marzo de 2021. No hay pago proporcional y se deberá cumplir por lo menos con una actividad en la comunidad, con al menos 80 participantes.

La Junta Nacional de Salud será quién notificará a cada una de las instituciones los valores de las metas a alcanzar en cada trimestre, siguiendo las pautas mencionadas.

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

- Entrega fuera de fecha

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

Entrega de información fuera de fecha y hora límites	
Entrega de información...	No cobrará...
30 días corridos posteriores a la fecha límite	El primer mes del trimestre de pago
Entre 30 y 60 días corridos posteriores a la 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
Junta Nacional de Salud



Instructivo Meta 1 Abril 2019-Marzo 2021
Ministerio de Salud.