



## META ASISTENCIAL 2022-2023

### INSTRUCTIVO

Enero 2022 - Diciembre 2023

#### 1) INTRODUCCIÓN

En el marco de la meta 2022-2023 se define una nueva estructura que fusiona Meta 1 y 2 en una única meta asistencial, con una **periodicidad de cumplimiento y pago cuatrimestral**.

Asimismo, se conjuga la continuidad de ciertas **temáticas** con modificaciones e innovaciones. La misma estará organizada en **cuatro (4) componentes temáticos** con sus respectivos indicadores:

- (1) Salud del niño y la niña
- (2) Salud de la mujer embarazada y puérpera
- (3) Violencia basada en género y generaciones
- (4) Prevención, diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades no transmisibles

En esta etapa se evaluará un total de **veintiún (21) indicadores**. Se dará continuidad a algunos indicadores tal cual se venían realizando históricamente, como por ejemplo: captación del recién nacido y visita domiciliaria al recién nacido de riesgo. Otros presentan ciertas modificaciones adaptándose al contexto actual (VBGG y Cáncer). También se plantean nuevos indicadores respecto al periodo anterior, tales como indicadores de acompañamiento en el primer puerperio y el abordaje del ACV isquémico.



## 2) PERIODO DE APLICACIÓN DE LA META

El período de aplicación del presente instructivo, será desde enero 2022 con una periodicidad de entrega cuatrimestral, hasta diciembre 2023. La relación entre el cumplimiento de la meta y el pago se detalla en el siguiente cuadro.

<b>Relación cumplimiento – pago</b>	
<b>El cumplimiento del cuatrimestre...</b>	<b>Generará pagos para el cuatrimestre...</b>
Enero-febrero-marzo-abril de 2022	Julio-agosto-setiembre-octubre de 2022
Mayo-junio-julio-agosto de 2022	Noviembre-diciembre de 2022 - Enero-Febrero de 2023
Setiembre-octubre-noviembre-diciembre de 2022	Marzo-abril-mayo-junio de 2023
Enero-febrero-marzo-abril de 2023	Julio-agosto-setiembre-octubre de 2023
Mayo-junio-julio-agosto de 2023	Noviembre-diciembre de 2023 - Enero-Febrero de 2024
Setiembre-octubre-noviembre-diciembre de 2023	Marzo-abril-mayo-junio de 2024



### 3) ENTREGA DE INFORMACIÓN

#### Formato y modalidad de entrega

La información declarada por los Prestadores se recibe únicamente a través del Sistema de Recepción y Control de Información Externa (RCIE), exclusivamente en las instancias creadas y debidamente identificadas para cada entrega. Se accede al RCIE a través del siguiente link:

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

La información correspondiente a los **indicadores cuantitativos** se declara mediante Planilla Nominalizada (PN), según el formato preestablecido por ésta y detallado en el Diccionario de Variables.

La validación del formato de la Planilla Nominalizada se realiza desde el RCIE, de acuerdo con las reglas establecidas en el *Documento de Reglas de Control de Formato*.

Si la Planilla Nominalizada enviada por el Prestador no cumple con el formato preestablecido, el sistema rechaza el archivo de manera automática, bajo el estado “*Rechazado formato*” y habilita la descarga de un archivo con la devolución de los errores de formato.

Si la Planilla Nominalizada enviada cumple con las mencionadas reglas, el archivo es aceptado de manera automática bajo el estado “*En revisión para aceptación*” y se le asigna un número de identificación (ID).

Durante el período de entrega el Prestador se encuentra habilitado a cargar a RCIE más de una Planilla Nominalizada, considerando para la realización del cálculo de cumplimiento la última planilla entregada a la fecha del vencimiento de su entrega.

El RCIE emite un certificado de entrega (Código QR) para cada Planilla Nominalizada aceptada bajo el estado “*En revisión para aceptación*”, siendo el único documento válido, en caso de ser requerido, como elemento probatorio de la entrega de la Planilla Nominalizada en tiempo y forma.

Los documentos de referencia sobre el reporte de información y cálculo de cumplimiento (Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables, Documento de Reglas de Control de Formato y Documento de Reglas de Control de Datos) se encuentran disponibles para su consulta en cada instancia de entrega del RCIE, además de encontrarse en la web ministerial.

Para cada entrega de Planilla Nominalizada es indispensable completar la primera hoja identificada como “HOJA DE REPORTE DE CASOS” como requisito para habilitar el cálculo de cumplimiento. En la misma se debe consignar para cada indicador alguna de las siguientes tres opciones:

- **Código 1:** la Institución SI adhiere al indicador y declara población del cuatrimestre
- **Código 2:** la Institución NO adhiere al indicador
- **Código 3:** la Institución SI adhiere al indicador de la Meta y no presenta casos en el cuatrimestre



La información correspondiente a los **indicadores cualitativos** se entrega en las instancias creadas y debidamente identificadas para ello, de acuerdo a los criterios establecidos para cada una. Cuando la información a declarar esté dispuesta en más de un archivo, éstos deben ser subidos en formato comprimido.

En estos casos, el RCIE también emite un certificado de entrega (Código QR) bajo el estado “*En revisión para aceptación*”, siendo el elemento probatorio de la entrega de la documentación en el plazo previsto.

No se acepta ninguna otra forma de entrega de la información que no sea por las modalidades anteriormente mencionadas. Si la institución realiza la entrega de información por otros medios o en una instancia errónea de RCIE, se considerará como no entregada.

#### **Entrega inicial: fechas límite para la declaración**

Se presenta la fecha y hora límite para la declaración de información en la **Entrega Inicial** para cada cuatrimestre.

<b>Periodo y fecha-hora límite de entrega inicial de información</b>		
<b>Periodo</b>	<b>Fecha límite de entrega</b>	<b>Hora</b>
Enero- febrero- marzo- abril 2022	15 de Junio 2022	23:59
Mayo- junio- julio- agosto 2022	14 de Octubre 2022	23:59
Setiembre- octubre-noviembre- diciembre 2022	15 de Febrero 2023	23:59
Enero- febrero- marzo- abril 2023	15 de Junio 2023	23:59
Mayo- junio- julio- agosto 2023	13 de Octubre 2023	23:59
Setiembre- octubre-noviembre- diciembre 2023	15 de Febrero 2024	23:59

**Aclaración:** La declaración en tiempo y forma durante la **Entrega Inicial** habilita el pago, de acuerdo al cumplimiento alcanzado, a partir del primer mes de pago.



**Entrega tardía: fechas límite para la declaración**

Se prevé una única instancia de **Entrega Tardía** destinada a la declaración de información con posterioridad a la fecha de cierre de la **Entrega Inicial**, así como para la rectificación de errores cometidos en la primera entrega.

A continuación, se detalla fecha y hora límite de entrega tardía para cada cuatrimestre.

Periodo y fecha-hora límite de entrega tardía de información		
Periodo	Fecha límite de entrega	Hora
Enero- febrero- marzo- abril 2022	01 de Agosto 2022	23:59
Mayo- junio- julio- agosto 2022	01 de Diciembre 2022	23:59
Setiembre- octubre-noviembre- diciembre 2022	03 de Abril 2023	23:59
Enero- febrero- marzo- abril 2023	01 de Agosto 2023	23:59
Mayo- junio- julio- agosto 2023	01 de Diciembre 2023	23:59
Setiembre- octubre-noviembre- diciembre 2023	01 de Abril 2024	23:59

**Aclaración:** La declaración en tiempo y forma durante la **Entrega Tardía** habilita el pago, de acuerdo al cumplimiento alcanzado, a partir del segundo mes de pago.



#### 4) CÁLCULO DE CUMPLIMIENTO Y MONTO A PAGAR

Con respecto a los **indicadores cuantitativos**, el Prestador está habilitado a utilizar las funcionalidades que ofrece el PANEL BI-Prestadores (PANEL), con el objetivo de mejorar la calidad y consistencia de la información cargada en cada PN.

Se accede al mismo a través del link: <https://bi.msp.gub.uy/pentaho/Login>

El PANEL estará disponible en los 15 días hábiles previos a la fecha límite de entrega de cada cuatrimestre.

El PANEL toma cada PN correctamente entregada en RCIE bajo el estado *“En revisión para aceptación”*, realiza la validación de contenido y el cálculo de cumplimiento, de acuerdo con las reglas establecidas en el *Documento Reglas de Control de Datos*.

El Prestador puede visualizar los resultados preliminares de cumplimiento y monto a cobrar, así como un detalle de los *Registros Rechazados y Excluidos* (*“Descargar Reporte”*) para cada una de las PN cargadas durante ese periodo.

Alcanzada la fecha límite de entrega, se toma como válida la última PN entregada por el Prestador bajo el estado *“En revisión para aceptación”*.

Una vez que el Departamento de Control de Prestadores valida los resultados del cumplimiento y monto a pagar calculados por PANEL es asignando el estado **“Aceptado”**, lo cual confirma que la información que allí se visualiza es la que estará contenida en el Informe que se envía a la JUNASA y es la que será incluida en la Orden de Pago correspondiente al periodo considerado.

Con respecto a los **indicadores cualitativos**, el área responsable de la evaluación y aprobación del cumplimiento toma la última entrega realizada en la instancia correspondiente en RCIE bajo el estado *“En revisión para aceptación”*.

Una vez finalizada la evaluación por parte del Área competente, el Prestador podrá tomar conocimiento de su resultado a partir del estado asignado en la instancia de RCIE correspondiente. El estado **“Aceptado”** confirma la aprobación del indicador, en tanto el estado **“No Aceptado”** indica la no aprobación del mismo, siendo éste el resultado que formará parte del Informe que se envía a la JUNASA y que será incluido en la Orden de Pago correspondiente al periodo considerado.

Asimismo, los Prestadores podrán visualizar las observaciones realizadas por el Área competente en la sección NOTA de la instancia de RCIE correspondiente.



## 5) SOLICITUD DE REVISIÓN DE CÁLCULO DE CUMPLIMIENTO Y MONTO A PAGAR

En caso de existir discrepancias con los valores de cumplimiento informados, los Prestadores podrán solicitar la revisión del cálculo de cumplimiento y monto a pagar.

A efectos de facilitar la formulación de dicha solicitud, se insta a que en la misma se detalle la siguiente información:

- a) Número y fecha de Resolución JUNASA
- b) Número y fecha de Notificación JUNASA
- c) Meta y periodo de cumplimiento
- d) Nro. de ID de entrega de RCIE
- e) Código y nombre de indicadores a revisar
- f) Fundamentación de motivos

La misma deberá ser dirigida al correo [juntanacionaldesalud@msp.gub.uy](mailto:juntanacionaldesalud@msp.gub.uy) con copia a [metasasistenciales@msp.gub.uy](mailto:metasasistenciales@msp.gub.uy).



## 6) INDICADORES DE DESEMPEÑO

A continuación, se detallan los criterios de implementación, declaración y auditoría de los veintiún (21) indicadores de la meta 2022-2023, ordenados en los cuatro componentes temáticos mencionados.

### COMPONENTE 1: SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA

Los ocho (8) indicadores que integran este componente temático dan continuidad a algunos de los indicadores que se venían trabajando en Meta 1 durante el periodo 2019-2021. Los mismos tienen una serie de modificaciones, las cuales se detallan a continuación para cada indicador.

Indicador 1.1) Captación del Recién Nacido
<p><b>Valor Alcanzado (VA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Numerador:</b> Nº de niños nacidos vivos en el cuatrimestre afiliados a la institución que presentan su primer control médico en los primeros 10 días de edad.</li><li>• <b>Denominador:</b> Nº de niños nacidos vivos en el cuatrimestre afiliados a la institución.</li></ul> <p><b>Valor de Referencia (VR):</b> 100%</p> <p><b>Valor Meta (VM):</b> 95%</p> <p><b>Valor Piso (VP):</b> 85%</p> <p><b>Línea de Base (LB):</b> No aplica</p> <p><b>Fuente Numerador:</b> Planilla nominalizada</p> <p><b>Fuente Denominador:</b> Planilla nominalizada</p> <p><b>Protocolo de actuación:</b> Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador &lt; 20).</p>

#### **Instrucciones para la implementación del indicador**

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.

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

Para el caso de los recién nacidos con riesgos biológicos<sup>1</sup>, se considerará como captación sólo si concurrió a

<sup>1</sup> Se especifica en el indicador 1.2) Visita domiciliaria los factores que están incluidos como riesgo biológico.



la consulta con pediatra o la visita domiciliaria fue realizada por pediatra, procediendo con el protocolo de control de salud correspondiente.

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.

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.

### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los recién nacidos vivos afiliados a la Institución con fecha de nacimiento entre el primer día y último día del cuatrimestre (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellos niños que en la columna "CAPTACIÓN" tengan consignadas las opciones "SI", "PROTOCOLO" y "NO CORRESPONDE", de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos recién nacidos vivos que cumplen con el control en tiempo y forma, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna "CAPTACIÓN" con "SI".
- Aquellos recién nacidos vivos que no cumplen con el control en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna "CAPTACIÓN" con "PROTOCOLO". Asimismo, deberán consignar en la columna "CATEGORIA PROTOCOLO CAPTACION" la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos recién nacidos vivos que fallecen antes del alta hospitalaria deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna "CAPTACIÓN" con "NO CORRESPONDE".
- Aquellos recién nacidos vivos que fallecen con posterioridad al alta hospitalaria y hasta la fecha límite de captación deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna "CAPTACIÓN" con "NO CORRESPONDE".

Si los protocolos declarados superan el tope establecido, se quitará del numerador la diferencia que excede el tope.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.



### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información del Certificado de Nacido Vivo (CNV) y de la Historia Clínica Perinatal Básica volcadas al Sistema Informático Perinatal (SIP).

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de CNV y SIP.

El auditor basará la fiscalización 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 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 y vacuna BCG.



### Indicador 1.2) Visita domiciliaria para recién nacidos de riesgo

#### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Nº de niños recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que fueron dados de alta en el cuatrimestre y que tienen visita domiciliaria dentro de los 7 días posteriores al alta.
- **Denominador:** Nº de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que fueron dados de alta en el cuatrimestre.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** 95% anual

**Valor Piso (VP):** 85% anual

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:** Tope general 10% anual (o al menos 2 Protocolos al año si el Denominador < 20).

#### Instrucciones para la implementación del indicador

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.

Forman parte de la población objetivo del indicador los recién nacidos de riesgo nacidos y dados de alta en el cuatrimestre, como también los nacidos de riesgo dados de alta en el cuatrimestre pero nacidos en otro.

La visita domiciliaria para los recién nacidos de riesgo busca realizar tanto 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 y lo catalogaron como de riesgo. Además permite evaluar las prácticas de crianza, y orientar a la madre y su familia sobre el correcto cuidado de salud según el caso.

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

#### **Criterios de riesgo biológico:**

- Prematuros (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 craneofaciales: 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.

#### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que fueron dados de alta en el cuatrimestre (denominador) y la fecha respectiva en la columna "FECHA ALTA".

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellos niños que en la columna "VISITA DOMICILIARIA" tengan consignadas las opciones "SI", "PROTOCOLO" y "NO CORRESPONDE", de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos recién nacidos vivos que cumplen con la visita domiciliaria hasta el séptimo día luego del alta hospitalaria en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna "VISITA DOMICILIARIA" con "SI" y en la columna "FECHA VISITA" la fecha correspondiente.
- Aquellos recién nacidos vivos que no cumplen con la visita domiciliaria en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna "VISITA DOMICILIARIA" con "PROTOCOLO". Asimismo, deberán consignar en la columna "CATEGORIA PROTOCOLO VISITA" la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos recién nacidos vivos que fallecen antes del alta hospitalaria deben ser consignados en la



planilla nominalizada en la columna “VISITA DOMICILIARIA” con “NO CORRESPONDE”.

- Aquellos recién nacidos vivos que fallecen dentro de los 7 días posteriores al alta deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “VISITA DOMICILIARIA” con “NO CORRESPONDE”.

Si los protocolos declarados superan el tope establecido, se quitará del numerador la diferencia que excede el tope.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información de la Historia Clínica Perinatal Básica volcada al Sistema Informático Perinatal (SIP).

Para la auditoría presencial se seleccionarán las Historias Clínicas de todos los casos que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de SIP.

El auditor basará la fiscalización 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/cuidador principal, 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) y responsable de la ejecución y firma.
- 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 donde se 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.

### **Implementación del pago anualizado**

El cálculo de cumplimiento del indicador se hará en el 3er. y 6to. cuatrimestre, a partir de la acumulación anual de la información declarada para cada cuatrimestre.

El Valor Alcanzado (VA) anual surge de la sumatoria de numerador y denominador de cada cuatrimestre, de la siguiente manera:

- **Numerador:** Sumatoria de niños recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que fueron dados de alta en el año y que tienen visita domiciliaria dentro de los 7 días posteriores al alta.
- **Denominador:** Sumatoria de recién nacidos de riesgo afiliados a la institución que fueron dados de



alta en el año.

El pago del indicador se hará efectivo de acuerdo al siguiente esquema:

1er. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 3er. cuatrimestre
2do. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 3er. cuatrimestre
3er. cuatrimestre	Se paga según cumplimiento anual acumulado al 3er. cuatrimestre
4to. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 6to. cuatrimestre
5to. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 6to. cuatrimestre
6to. cuatrimestre	Se paga según cumplimiento anual acumulado al 6to. cuatrimestre



### Indicador 1.3) Control de desarrollo de niños a los 4 meses de edad

#### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 6 meses en el cuatrimestre y cuentan con control de desarrollo según pauta<sup>2</sup>, realizado entre los 3 meses y 5 meses de edad.
- **Denominador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 6 meses de edad en el cuatrimestre.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** 95%

**Valor Piso (VP):** 85%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

#### Protocolo de actuación:

1er. cuatrimestre: Sin tope

2do. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

3er. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

4to. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

5to. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

6to. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

#### **Instrucciones para la implementación del indicador**

Se exigirá que los niños cuenten con el control de desarrollo realizado entre los 3 meses y 0 días y los 5 meses y 0 días de edad, según establece la *Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años*, del Ministerio de Salud Pública.

El control de desarrollo debe ser realizado por el pediatra o médico de familia.

El control debe quedar debidamente registrado en la historia clínica, en la ficha destinada para tal fin y completada en su totalidad.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud Pública (2019). “*Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años*”.



### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños que cumplen 6 meses y 0 días de edad en el cuatrimestre (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellos niños que en la columna “CONTROL DE DESARROLLO 4 M” tengan consignadas las opciones “SI”, “PROTOCOLO” y “NO CORRESPONDE”, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos niños que cumplen con el control en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL DE DESARROLLO 4M” con “SI” y en la columna “FECHA CONTROL 4M” la fecha correspondiente.
- Aquellos niños que no cumplen con el control en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL DE DESARROLLO 4 M” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO 4M” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos niños nacidos pretérmino que de acuerdo a su edad corregida no corresponda la realización del control de desarrollo deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL DE DESARROLLO 4M” con “NO CORRESPONDE”.
- Aquellos niños que se afilian a la Institución con posterioridad a los 5 meses y 0 días de edad<sup>3</sup>, se deben consignar en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL DE DESARROLLO 4M” con “NO CORRESPONDE”.

Si los protocolos declarados superan el tope establecido, se quitará del numerador la diferencia que excede el tope.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de RUCAF.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica la fecha de control, edad, los registros clínicos pertinentes

---

<sup>3</sup> Ello sin perjuicio de realizar el control en la fecha de afiliación en el caso que la institución de origen no enviará la historia clínica del niño a la nueva institución.



(peso, talla, perímetro craneano), firma del médico y aclaración de firma. Debe estar detallado el control de desarrollo realizado por el 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.

- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- En los casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño y ficha de control de desarrollo. Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.

**Nota sobre efecto retroactivo del indicador:**

Considerando el efecto retroactivo del indicador, por el cual quedan afectadas al cumplimiento del mismo aquellas acciones desarrolladas con anterioridad al 1º de enero de 2022, se realiza la siguiente excepción:

- Para el 1er. cuatrimestre exclusivamente se aceptará que el control de desarrollo se extienda hasta los 5 meses y 7 días de edad.
- Esta excepción aplica al control realizado sobre la declaración de la información (Documento de Reglas de Control de Datos), así como al posterior proceso de auditoría.



#### Indicador 1.4) Control de desarrollo de niños de 18 meses de edad.

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 21 meses en el cuatrimestre y cuentan con control de desarrollo según pauta<sup>4</sup>, realizado entre los 16 y 20 meses de edad.
- **Denominador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 21 meses de edad en el cuatrimestre.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** 95%

**Valor Piso (VP):** 85%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

##### Protocolo de actuación:

1er. cuatrimestre: Sin tope

2do. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

3er. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

4to. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

5to. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

6to. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

#### **Instrucciones para la implementación del indicador**

Se exigirá que los niños cuenten con el control de desarrollo entre los 16 meses y 0 días y 20 meses y 0 días de edad, según lo establecido por la *Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años*, del Ministerio de Salud Pública.

El control de desarrollo debe ser realizado por el pediatra o médico de familia.

El control debe quedar debidamente registrado en la historia clínica, en la ficha destinada para tal fin y completada en su totalidad.

<sup>4</sup> Ministerio de Salud Pública (2019). *“Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años”*.



### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños que cumplen 21 meses y 0 días de edad en el cuatrimestre (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellos niños que en la columna "CONTROL DE DESARROLLO 18M" tengan consignadas las opciones "SI", "PROTOCOLO" y "NO CORRESPONDE", de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos niños que cumplen con el control en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna "CONTROL DE DESARROLLO 18M" con "SI" y en la columna "FECHA CONTROL 18M" la fecha correspondiente.
- Aquellos niños que no cumplen con el control en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna "CONTROL DE DESARROLLO 18M" con "PROTOCOLO". Asimismo, deberán consignar en la columna "CATEGORIA PROTOCOLO 18M" la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos niños nacidos pretérmino que de acuerdo a su edad corregida no corresponda la realización del control de desarrollo deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna "CONTROL DE DESARROLLO 18M" con "NO CORRESPONDE".
- Aquellos niños que se afilian a la Institución con posterioridad a los 20 meses y 0 días de edad<sup>5</sup>, se deben consignar en la planilla nominalizada en la columna "CONTROL DE DESARROLLO 18M" con "NO CORRESPONDE".

Si los protocolos declarados superan el tope establecido, se quitará del numerador la diferencia que excede el tope.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de RUCAF.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica la fecha de control, edad, los registros clínicos pertinentes

---

<sup>5</sup> Ello sin perjuicio de realizar el control en la fecha de afiliación en el caso que la institución de origen no enviará la historia clínica del niño a la nueva institución.



(peso, talla), firma del médico y aclaración de firma. Debe estar detallado el control de desarrollo realizado por el 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.

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

**Nota sobre efecto retroactivo del indicador:**

Considerando el efecto retroactivo del indicador, por el cual quedan afectadas al cumplimiento del mismo aquellas acciones desarrolladas con anterioridad al 1º de enero de 2022, se realiza la siguiente excepción:

- Para el 1er. cuatrimestre exclusivamente se aceptará que el control de desarrollo se extienda hasta los 20 meses y 15 días de edad.
- Esta excepción aplica al control realizado sobre la declaración de la información (Documento de Reglas de Control de Datos), así como al posterior proceso de auditoría.



**Indicador 1.5) Seguimiento diagnóstico de niños con segunda EOA alterada o potenciales auditivos evocados de tronco alterados.**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 8 meses de edad en el cuatrimestre con segunda EOA alterada o potenciales auditivos evocados de tronco alterados que cuentan con aplicación de Protocolo de seguimiento diagnóstico y definición diagnóstica por ORL antes de los 6 meses de edad.
- **Denominador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 8 meses en el cuatrimestre con segunda EOA alterada o potenciales auditivos evocados de tronco alterados.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** 95% anual

**Valor Piso (VP):** 85% anual

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla Nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla Nominalizada

**Protocolo de actuación:**

1er. año: Sin tope

2do. año: Tope general 10% anual (o al menos 2 Protocolos al año si el Denominador < 20).

**Instrucciones para la implementación del indicador**

Se exigirá que los niños con segunda EOA alterada o potenciales evocados de tronco alterados cuenten con la aplicación del Protocolo de pesquisa, diagnóstico y seguimiento de hipoacusia congénita del MSP, antes de cumplidos de los 6 meses de edad.

Es necesario para el cumplimiento de este indicador que la consulta con el ORL posterior a la realización de los Potenciales evocados auditivos sea antes de los 6 meses de edad del niño (definición diagnóstica).

Si el niño se afilia a la institución luego de su nacimiento, es obligación de la institución indagar y continuar con la pesquisa y seguimiento de hipoacusia congénita.

Los niños con diagnóstico de hipoacusia congénita deberán ser declarados según decreto 325/2013 en el Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (RND CER)



### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños que cumplen 8 meses y 0 días de edad en el cuatrimestre que presentan segunda EOA o potenciales auditivos evocados de tronco alterados (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellos niños que en la columna “SEGUIMIENTO PAUTA DIAGNÓSTICO” tengan consignadas las opciones “SI” y “PROTOCOLO”, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos niños que cumplen con el seguimiento y definición diagnóstica en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “SEGUIMIENTO PAUTA DIAGNÓSTICO” con “SI” y en la columna “FECHA CONSULTA ORL” la fecha de consulta de definición diagnóstica por ORL.
- Aquellos niños que no cumplen con el seguimiento y definición diagnóstica en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “SEGUIMIENTO PAUTA DIAGNÓSTICO” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO EOA” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.

Si los protocolos declarados superan el tope establecido, se quitará del numerador la diferencia que excede el tope.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionarán las Historias Clínicas de todos los casos que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica: edad, antecedentes de riesgo, fecha de realización de 1a EOA, fecha de realización de la 2da EOA y/o fecha de realización de PEAT (potenciales evocados auditivos), registro de consulta con ORL con evaluación diagnóstica con fecha y firma del profesional.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- En los casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) sólo se aceptará fotocopia de la historia clínica donde figure el seguimiento diagnóstico de hipoacusia congénita. Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del



RUCAF.

### **Implementación del pago anualizado**

El cálculo de cumplimiento del indicador se hará en el 3er. y 6to. cuatrimestre, a partir de la acumulación anual de la información declarada para cada cuatrimestre.

El Valor Alcanzado (VA) anual surge de la sumatoria de numerador y denominador de cada cuatrimestre, de la siguiente manera:

- **Numerador:** Sumatoria de niños afiliados a la institución que cumplen 8 meses de edad en el año con segunda EOA alterada o potenciales auditivos evocados de tronco alterados que cuentan con aplicación de Protocolo de seguimiento diagnóstico y definición diagnóstica por ORL antes de los 6 meses de edad.
- **Denominador:** Sumatoria de niños afiliados a la institución que cumplen 8 meses en el año con segunda EOA alterada o potenciales auditivos evocados de tronco alterados.

El pago del indicador se hará efectivo de acuerdo al siguiente esquema:

1er. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 3er. cuatrimestre
2do. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 3er. cuatrimestre
3er. cuatrimestre	Se paga según cumplimiento anual acumulado al 3er. cuatrimestre
4to. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 6to. cuatrimestre
5to. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 6to. cuatrimestre
6to. cuatrimestre	Se paga según cumplimiento anual acumulado al 6to. cuatrimestre



#### Indicador 1.6) Control de desarrollo de niños de 4 años de edad

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nº de niños afiliados que cumplen 55 meses de edad en el cuatrimestre y cuentan con el control de desarrollo realizado entre los 42 y 54 meses de edad.
- **Denominador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 55 meses de edad en el cuatrimestre

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** Año 1: 90% Año 2: 95%

**Valor Piso (VP):** Año 1: 80% Año 2: 85%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:**

1er. cuatrimestre: Sin tope

2do. cuatrimestre: Sin tope

3er. cuatrimestre: 30% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 7)

4to. cuatrimestre: 20% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 10)

5to. cuatrimestre: 15% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 14)

6to. cuatrimestre: 10% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20)

**Instrucciones para la implementación del indicador**

Se exigirá que los niños cuenten con el control de desarrollo realizado entre los 42 meses y 0 día, y 54 meses y 0 días de edad, según establece la *Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años*, del Ministerio de Salud Pública.

El control de desarrollo debe ser realizado por el pediatra o médico de familia.

El control debe quedar debidamente registrado en la historia clínica, en la ficha destinada para tal fin y completada en su totalidad.



### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños que cumplen 55 meses y 0 día de edad en el cuatrimestre (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellos niños que en la columna “CONTROL DE DESARROLLO 4 A” tengan consignadas las opciones “SI”, “PROTOCOLO” y “NO CORRESPONDE”, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos niños que cumplen con el control en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL DE DESARROLLO 4A” con “SI” y en la columna “FECHA CONTROL 4A” la fecha correspondiente.
- Aquellos niños que no cumplen con el control en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL DE DESARROLLO 4 A” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO 4A” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos niños que se afilian a la Institución con posterioridad a los 54 meses y 0 días de edad<sup>6</sup>, se deben consignar en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL DE DESARROLLO 4 A” con “NO CORRESPONDE”.

Si los protocolos declarados superan el tope establecido, se quitará del numerador la diferencia que excede el tope.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de RUCAF.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica la fecha de control, edad, los registros clínicos pertinentes (peso, talla), firma del médico y aclaración de firma. Debe estar detallado el control de desarrollo realizado por el 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

---

<sup>6</sup> Ello sin perjuicio de realizar el control en la fecha de afiliación en el caso que la institución de origen no enviará la historia clínica del niño a la nueva institución.



obligatorio: normal, reevaluación o pase a especialista.

- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.
- En los casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica o fotocopia del carné del niño y ficha de control de desarrollo. Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.



### Indicador 1.7) Control odontológico de niños de 4 años edad

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nº de niños que cumplen 55 meses de edad en el cuatrimestre y cuentan con control odontológico entre los 42 y 54 meses de edad.
- **Denominador:** Nº de niños que cumplen 55 meses de edad en el cuatrimestre

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** 80%

**Valor Piso (VP):** 70%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:**

1er. cuatrimestre: Sin tope

2do. cuatrimestre: Sin tope

3er. cuatrimestre: 35% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 6)

4to. cuatrimestre: 30% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 7)

5to. cuatrimestre: 25% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 8)

6to. cuatrimestre: 20% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 10)

#### **Instrucciones para la implementación del indicador**

Se exigirá que los niños cuenten con el control odontológico realizado entre los 42 meses y 0 días y 54 meses y 0 días de edad.

El control odontológico debe ser realizado y registrado por odontólogo.

El control debe quedar debidamente registrado en la historia clínica. En caso de consulta odontológica particular, se debe adjuntar a la historia clínica constancia de la misma que incluya hallazgos clínicos, con firma, aclaración y fecha.

#### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños que cumplen 55 meses y 0 días de edad en el cuatrimestre (denominador).



Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellos niños que en la columna “CONTROL ODONTOLÓGICO” tengan consignadas las opciones “SI”, “PROTOCOLO” y “NO CORRESPONDE”, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos niños que cumplen con el control odontológico en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL ODONTOLÓGICO” con “SI” y en la columna “FECHA CONTROL ODONTOLÓGICO” la fecha correspondiente.
- Aquellos niños que no cumplen con el control odontológico en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL ODONTOLÓGICO” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO 4AO” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos niños que se afilian a la Institución con posterioridad a los 53 meses y 0 días de edad<sup>7</sup>, se deben consignar en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL ODONTOLÓGICO” con “NO CORRESPONDE”.

Si los protocolos declarados superan el tope establecido, se quitará del numerador la diferencia que excede el tope.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de RUCAF.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica la fecha de control odontológico, registros clínicos pertinentes (control de caries, gingival, malos hábitos funcionales y maloclusiones), firma del odontólogo 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.
- En los casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, odontólogo particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica del usuario
- Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.

---

<sup>7</sup> Ello sin perjuicio de realizar el control odontológico en la fecha de afiliación en el caso que la institución de origen no enviará la historia clínica del niño a la nueva institución.



**Nota sobre efecto retroactivo del indicador:**

Considerando el efecto retroactivo del indicador, por el cual quedan afectadas al cumplimiento del mismo aquellas acciones desarrolladas con anterioridad al 1º de enero de 2022, se realiza la siguiente excepción:

- Desde el 1er. hasta el 5to. cuatrimestre exclusivamente se aceptará que el control odontológico se extienda desde los 36 meses y 0 días de edad.
- Esta excepción aplica al control realizado sobre la declaración de la información (Documento de Reglas de Control de Datos), así como al posterior proceso de auditoría.



### Indicador 1.8) Control oftalmológico de niños de 5 años de edad

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nº de niños que cumplen 62 meses de edad en el cuatrimestre y cuentan con control oftalmológico entre los 36 y 60 meses de edad.
- **Denominador:** Nº de niños que cumplen 62 meses de edad en el cuatrimestre.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** 80%

**Valor Piso (VP):** 70%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:**

1er. cuatrimestre: Sin tope

2do. cuatrimestre: Sin tope

3er. cuatrimestre: Sin tope

4to. cuatrimestre: 40% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 5)

5to. cuatrimestre: 30% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 7)

6to. cuatrimestre: 20% sobre el denominador (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 10)

#### **Instrucciones para la implementación del indicador**

Se exigirá que los niños cuenten con el control oftalmológico realizado entre los 36 meses y 0 días y 60 meses y 0 días de edad.

El control oftalmológico debe ser realizado y registrado por oftalmólogo o técnico en oftalmología.

El control debe quedar debidamente registrado en la historia clínica.

#### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños que cumplen 62 meses y 0 días de edad en el cuatrimestre (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellos niños que en la columna "CONTROL OFTALMOLÓGICO" tengan consignadas las opciones "SI", "PROTOCOLO" y "NO CORRESPONDE", de



acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos niños que cumplen con el control oftalmológico en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL OFTALMOLÓGICO” con “SI” y en la columna “FECHA CONTROL OFTALMOLÓGICO” la fecha correspondiente.
- Aquellos niños que no cumplen con el control oftalmológico en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL OFTALMOLÓGICO” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO 5AOF” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos niños que se afilian a la Institución con posterioridad a los 59 meses y 0 días de edad<sup>8</sup>, se deben consignar en la planilla nominalizada la columna “CONTROL OFTALMOLÓGICO” con “NO CORRESPONDE”.

Si los protocolos declarados superan el tope establecido, se quitará del numerador la diferencia que excede el tope.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de RUCAF.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica la fecha de control, edad, los registros clínicos pertinentes, 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.
- En los casos en que el niño se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica.
- Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.

---

<sup>8</sup> Ello sin perjuicio de realizar el control odontológico en la fecha de afiliación en el caso que la institución de origen no enviará la historia clínica del niño a la nueva institución.



## COMPONENTE 2: SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA Y PUÉRPERA

Este componente temático se encuentra integrado por tres (3) indicadores. El indicador sobre Preparación de la mujer embarazada para el nacimiento da continuidad a lo trabajado en Meta 1 (2019-2021), con algunas modificaciones en cuanto a la población objetivo, modalidad y contenidos del curso.

Asimismo, se incorporan dos (2) indicadores nuevos vinculados al acompañamiento y consejería de la mujer durante su primer puerperio y el diagnóstico e intervención sobre la depresión postparto.

### Indicador 2.1) Preparación de la mujer embarazada para el nacimiento

#### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas a la institución que presentan su primer parto o primera cesárea en el cuatrimestre y cuentan con Curso de preparación para el nacimiento realizado por la institución según pauta del MSP.
- **Denominador:** Nº de mujeres afiliadas que presentan su primer parto o primera cesárea en el cuatrimestre.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** 70%

**Valor Piso (VP):** 0%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

#### Protocolo de actuación:

1er. cuatrimestre: Sin tope

2do. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

3er. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

4to. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

5to. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

6to. cuatrimestre: Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).



### **Instrucciones para la implementación del indicador**

El indicador tiene como objetivo brindar información y herramientas a la mujer embarazada, para afrontar y conocer el proceso de nacimiento y cuidados del recién nacido, y empoderarla para la toma de decisiones en relación al cuidado de su salud y la de su hijo.

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

Se plantea como nueva población objetivo las mujeres que cursan su primer embarazo. Asimismo, se incluyen aquellas mujeres que habiendo tenido gestas previas, las mismas no culminaron en parto o cesárea (aborto en semana  $\leq 20$ ).

Se establecen un total de 7 clases, con un mínimo de concurrencia para el cumplimiento del indicador de 5 clases en el caso de optar por la modalidad presencial o 6 en el caso de optar por modalidad mixta o virtual.

A cada embarazada que concurra a 5 encuentros del curso (en modalidad presencial) o 6 clases (en modalidad mixta o virtual), 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 sólo 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.

En esta oportunidad, una de las instancias del curso deberá estar destinada al abordaje oportuno de la salud bucal de la mujer gestante y en los primeros 1000 días del recién nacido, desde su gestación.

Debe estar cargo de la misma un Higienista en Odontología u Odontólogo y se deben abordar los siguientes contenidos:

#### *Salud bucal de la mujer gestante<sup>9</sup>:*

- (a) Caries, paradenciopatías y su importancia con relación al parto pretérmino y el bajo peso al nacer<sup>10</sup>.
- (b) Educación para la salud: higiene con cepillado dental, limpieza interdental, uso de prótesis y sus cuidados, función del flúor a nivel local, utilización de pasta con más de 1.100 ppm de fluoruro.

#### *Salud bucal en los primeros 1000 días del bebé<sup>11</sup>:*

- (a) Educación para la salud del recién nacido: importancia del amamantamiento para un correcto crecimiento, desarrollo y maduración cráneo facial. Posición adecuada de amamantamiento, utilización de biberones con tetinas anatómicas.

<sup>9</sup> <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/calendario-actividades/ciclo-conferencias-actualizacion-odontologia-0>

<sup>10</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=1HcwLuyVnnM>

<sup>11</sup> Primer nivel de atención de la salud bucal de las gestantes y niños/as de 0 a 36 meses-Programa Nacional de Salud Bucal



(b) Higiene bucal. Educación para la higiene del niño, previa y posterior a la erupción dentaria, uso de cepillo y pasta dentífrica según recomendaciones actualizadas (misma pasta familiar, 1.100 ppm de fluoruro en la cantidad adecuada). Importancia del control de malos hábitos en los primeros años: uso de chupete, respiración bucal, succión de dedo.

Se insta a los Prestadores a promover y facilitar la participación de la pareja u otro referente afectivo que la mujer indique, priorizando el involucramiento de quien sea corresponsable en el cuidado del recién nacido.

### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todas las mujeres que presentan su primer parto o primera cesárea en el cuatrimestre (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellas mujeres con primer parto o primera cesárea en el cuatrimestre que en la columna “CURSO DE PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO” tengan consignadas las opciones “SI” y “PROTOCOLO”, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellas que cumplen con el Curso en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CURSO DE PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO” con “SI”.
- Aquellas que no cumplen con el Curso en tiempo y forma pero se encuentran contempladas en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CURSO DE PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO CURSO” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.

Si los protocolos declarados superan el tope establecido, se quitará del numerador la diferencia que excede el tope.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información de la Historia Clínica Perinatal Básica volcadas al Sistema Informático Perinatal (SIP).

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de SIP.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica el comprobante emitido por la institución, así como el registro en la HCPB en el campo “preparación para el parto”, el cual debe ser marcado cuando se recibe el comprobante del curso.



- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.

**Nota sobre efecto retroactivo del indicador:**

Considerando el efecto retroactivo del indicador, por el cual quedan afectadas al cumplimiento del mismo aquellas acciones desarrolladas con anterioridad al 1º de enero de 2022, se realiza la siguiente excepción:

- Para el 1er. cuatrimestre exclusivamente se aceptará que el indicador haya sido implementado de acuerdo a la modalidad y contenidos establecidos para la meta 1 (2019-2021).
- Esta excepción aplica al control realizado por auditoría.



**Indicador 2.2) Acompañamiento y consejería a la mujer durante su primer puerperio.**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 90 días de su primer puerperio en el cuatrimestre y cuentan con dos consultas de acompañamiento y consejería (con aplicación de Escala de Edinburg) en los primeros 90 días desde la fecha de parto o cesárea.
- **Denominador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 90 días de su primer puerperio en el cuatrimestre.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):**

- 1er. cuatrimestre: Informe con acciones desarrolladas para la implementación del indicador.
- 2do. cuatrimestre: 20%
- 3er. cuatrimestre: 40%
- 4to. cuatrimestre: 50%
- 5to. cuatrimestre: 60%
- 6to. cuatrimestre: 70%

**Valor Piso (VP):** 20%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:** No aplica.

**Instrucciones para la implementación del indicador**

Se prevé la realización de dos consultas dirigidas al acompañamiento y consejería a la mujer en su primer puerperio hasta los 90 días inclusive desde la fecha de parto o cesárea.

Las dos consultas de consejería tienen que abordar todas las siguientes temáticas:

- **Autocuidado físico, incluyendo salud bucal<sup>12</sup>:**

Se debe incluir en este punto pauta sobre alimentación saludable, correcta hidratación. Procurar descanso materno sincronizado con el recién nacido. Cuidados de episiotomía, higiene perineal, cuidados de la herida operatoria en caso de cesárea, explicando signos y síntomas de infección. Control de los loquios (cantidad, características, duración). Cuidados en relación a las mamas (higiene, métodos para reducir la tensión mamaria, valoración del estado del pezón y la aréola). Higiene bucal (cepillado dental, uso de hilo dental, cuidados de la prótesis dental, recomendación del control odontológico). Recomendación de deambulación precoz para favorecer la eliminación intestinal. Valoración de la eliminación urinaria.



- **Autocuidado emocional:**

Se debe valorar el estado de ánimo actual de la usuaria. Presencia de acompañante empático. Vínculo de la madre con el recién nacido, binomio madre-hijo (valoración de identificación, rechazo, miedos, expectativas). Proyección y planificación del acompañamiento físico y emocional en vistas al alta. Identificar presencia de adicciones en la madre y en el entorno familiar relacionado al recién nacido. Recomendación a la madre de la importancia de mantener un espacio y un momento en el día destinado para ella misma (descanso, recreación, ejercicio físico).

- **Lactancia:**

Recomendar y explicar la importancia y los beneficios de la lactancia materna, tanto para el recién nacido como para la madre. Enseñar técnicas de amamantamiento, frecuencias, posiciones. Evaluar técnica de amamantamiento para poder reforzarla o corregirla si es necesario. Valorar la presencia de dificultades referentes a la aplicación de la técnica, la producción de leche. Fomentar la confianza. Cuidados de las mamas (higiene, técnicas para reducir la tensión mamaria). Técnicas de extracción de leche materna y su correcta conservación. Desestimular el uso de complementos artificiales para el lactante, reduciendo el uso de los mismos para aquellos casos que está indicado por la situación clínica del recién nacido o de la madre. En caso de necesidad de complementación con preparados artificiales para el lactante, debe quedar claramente especificado en la historia clínica si es por decisión materna o por otra causa.

- **Puericultura:**

La consejería en este punto incluye recomendaciones sobre los cuidados del recién nacido: Lactancia y alimentación. Pautas sobre sueño seguro. Cuidados y curación del ombligo. Pautas de higiene y cambio de pañal, frecuencia y oportunidad. Valoración de signos de eritema relacionado al pañal. Pautas para la realización del baño. Pautas para el cuidado de la salud bucal del recién nacido (higiene bucal). Valorar la presencia de muguet oral y los cuidados.

Recomendaciones sobre prevención de lesiones no intencionales. Reforzar la importancia del medio ambiente libre de humo de tabaco y otros contaminantes.

- **Sexualidad y anticoncepción**

Brindar información acerca del reinicio de la actividad sexual. Planificación del método anticonceptivo más adecuado, teniendo en cuenta la lactancia. La prescripción del método debe ser realizada por el médico u obstetra-partera (Ordenanza Ministerial Nº 1261 del 29 de noviembre de 2017). Explicar a la madre la necesidad de consultar en caso de cambios en la lactancia para readecuar el método anticonceptivo.



Sugerir el uso de métodos de barrera (preservativo) si corresponde. Brindar información sobre la importancia de planificación de un nuevo embarazo, respetando el período intergenésico recomendado según si fue parto o cesárea.

Se recomienda que en caso de que la primera consejería se realice previo al alta hospitalaria, la planificación de la misma incluya la explicación de los signos de alarma que requieren de una consulta tanto de la madre como del recién nacido, así como de la asignación de fecha de controles de la mujer y su recién nacido. Asimismo, se sugiere que en el registro de la primera instancia se dejen consignadas las dificultades detectadas para poder ser re-evaluadas y tratadas en la segunda instancia.

A su vez, en la segunda instancia se debe realizar una pesquisa de depresión post-parto, a partir de la aplicación de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (ver anexo). La pesquisa de depresión post- parto se debe realizar sobre aquellas mujeres en su primer puerperio que en ese momento no se encuentren en seguimiento por psiquiatría. Quienes se encuentran bajo seguimiento por psiquiatría quedan exceptuadas de la aplicación de la Escala de Edinburgh, no así de la realización de la 2da. instancia de consejería.

Las consultas de acompañamiento y consejería deben ser realizadas preferentemente por parteras, licenciadas y auxiliares en enfermería, pudiendo también participar pediatras, médicos de familia, médico general y gineco-obstetras. Asimismo, eventualmente dependiendo del tema a abordar pueden intervenir nutricionistas, odontólogos o higienistas dentales.

A efectos del cumplimiento del indicador, las consultas pueden ser realizadas en cualquier momento desde la fecha de parto o cesárea hasta los 90 días inclusive.

No obstante, se sugiere que la primera consulta se realice próximo al puerperio inmediato y precoz, pudiendo tener lugar durante el periodo de internación post-parto o con posterioridad al alta. La segunda se sugiere que se realice próximo al puerperio tardío y alejado<sup>12</sup>.

Se insta a los Prestadores a promover y facilitar la participación de la pareja u otro referente afectivo que la mujer indique, priorizando el involucramiento de quien sea corresponsable en el cuidado del recién nacido.

En el primer cuatrimestre, el Prestador deberá presentar un Informe con la descripción de las acciones desarrolladas para la adecuada implementación del indicador, según formato definido por el MSP (ver anexo).

### **Instrucciones para la declaración de la información**

En el primer cuatrimestre se debe presentar el mencionado Informe según formato definido por el MSP (ver anexo) en las instancias de RCIE creadas y debidamente identificadas para ello.

A efectos del cumplimiento del indicador en el primer cuatrimestre se requiere la entrega del Informe en

---

<sup>12</sup> MSP (2014). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Capítulo IV Asistencia del puerperio.



tiempo y forma, así como la aprobación del Área programática competente.

En dicho cuatrimestre no se informarán casos por Planilla Nominalizada. No obstante, se deberá consignar en la *hoja de reporte de casos* de la Planilla Nominalizada el código 3, a efectos de su correcta aceptación por parte de RCIE.

A partir del segundo cuatrimestre, se deben informar por Planilla Nominalizada todas las mujeres que cumplen 90 días de su primer puerperio en el cuatrimestre (denominador).

Se contabilizan en el numerador aquellas mujeres que cumplen los 90 días de su primer puerperio en el cuatrimestre que cuentan con las dos fechas de realización de las consultas de consejería en los primeros 90 días desde la fecha de parto o cesárea y el resultado de aplicación de Escala de Edinburgh.

Asimismo, también se contabilizan en el numerador aquellos casos que cuentan con las dos fechas de realización de las consultas de consejería en los primeros 90 días, pero que no corresponde la aplicación de la Escala de Edinburgh por ser paciente que se encuentra en seguimiento por psiquiatría.

A estos efectos, por planilla nominalizada se debe identificar la población incluida/ excluida de la aplicación de la Escala de Edinburgh en la columna "CORRESPONDE EDINBURGH".

La opción "SI" corresponde a aquellos casos en los que SÍ se debe aplicar la Escala de Edinburgh por no encontrarse bajo seguimiento por Psiquiatría. A su vez, estos casos deben tener consignado en la columna "ESCALA EDINBURGH" el resultado de la pesquisa.

La opción "NO CORRESPONDE" identifica aquellos casos en los que NO se debe aplicar la Escala de Edinburgh por encontrarse en el momento bajo seguimiento por Psiquiatría. En estos casos se debe dejar vacía la columna "ESCALA EDINBURGH".

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información de la Historia Clínica Perinatal Básica volcadas al Sistema Informático Perinatal (SIP), con la fecha de parto.

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de SIP.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica el registro de las dos consultas de consejería y el abordaje realizado en cada temática, en particular:
  - Fecha de parto o cesárea
  - Fecha y lugar de la 1era. y 2da. consulta de consejería
  - Orientaciones realizadas durante las instancias de consejería, debiendo quedar registradas las dos instancias por separado con la firma del responsable de la



ejecución.

- Fecha y resultado de la aplicación de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EDPE) y conducta adoptada según corresponda. En los casos donde no corresponde la aplicación de la Escala de Edinburgh por estar en seguimiento con psiquiatría, el mismo debe estar registrado en la Historia Clínica.
  - La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh realizada por la usuaria debe quedar adjunta a la Historia Clínica. Si la HC es electrónica el mismo debe ser escaneado y formar parte de la HCE. El formulario debe contar con la firma del profesional que realizó la puntuación.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



**Indicador 2.3) Puérperas primerizas con indicios de depresión post-parto con consulta con el Comité de Recepción de Salud Mental**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 90 días de su primer puerperio en el cuatrimestre con resultado de pesquisa de depresión post-parto igual o mayor a 12 que cuentan con consulta con el Comité de Recepción de Salud Mental (o Psiquiatría o Psicología) dentro de los 30 días siguientes a la pesquisa.
- **Denominador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 90 días de su primer puerperio en el cuatrimestre con resultado de pesquisa de depresión post-parto igual o mayor a 12.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):**

1er. cuatrimestre: Informe con acciones desarrolladas para la implementación del indicador.

2do. al 6to. cuatrimestre: 50%

**Valor Piso (VP):** 20%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:** No aplica.

**Instrucciones para la implementación del indicador**

A punto de partida de la identificación de mujeres que cursan su primer puerperio con indicios de depresión post-parto (resultado igual o mayor a 12 de Escala de Edinburgh), este segundo indicador prevé la derivación y concreción de una consulta con el Comité de Recepción de Salud Mental en los plazos previstos por PIAS (30 días). Según corresponda el caso, también puede ser derivada directamente a Psiquiatría y/o Psicología en lugar de al Comité de Recepción de Salud Mental.

El Comité de Recepción de Salud Mental o en su defecto, el Psiquiatra/ Psicólogo ampliará la evaluación de la Escala de Edinburgh a través de la entrevista clínica y determinará la pertinencia de derivación a los abordajes psicoterapéuticos y psicosociales establecidos por el Decreto N°305/011.

Con independencia de lo establecido para el cumplimiento de este indicador, se debe tener especial precaución con aquellas usuarias que puntúen cualquier número diferente a 0 en la pregunta número 10 de la Escala de Edinburgh. En estos casos, se requerirá realizar evaluaciones adicionales de forma inmediata.



En el primer cuatrimestre, el Prestador deberá presentar un Informe con la descripción de las acciones desarrolladas para la adecuada implementación del indicador, según formato definido por el MSP (ver anexo). El mismo se presenta en un único informe integrado con el indicador anterior.

### **Instrucciones para la declaración de la información**

En el primer cuatrimestre se debe presentar el mencionado Informe según formato definido por el MSP (ver anexo) en las instancias de RCIE creadas y debidamente identificadas para ello.

A efectos del cumplimiento del indicador en el primer cuatrimestre se requiere la entrega del Informe en tiempo y forma, así como la aprobación del Área programática competente.

En dicho cuatrimestre no se informarán casos por Planilla Nominalizada. No obstante, se deberá consignar en la *hoja de reporte de casos* de la Planilla Nominalizada el código 3, a efectos de su correcta aceptación por parte de RCIE.

A partir del segundo cuatrimestre, se deben informar por Planilla Nominalizada todas las mujeres que cumplen 90 días de su primer puerperio en el cuatrimestre con resultado de pesquisa de depresión post-parto igual o mayor a 12 (denominador).

Se contabilizan en el numerador aquellas mujeres que cumplen 90 días de su primer puerperio en el cuatrimestre con resultado de pesquisa de depresión post-parto igual o mayor a 12 y que cuentan con consulta con el Comité de Recepción de Salud Mental o bien, Psiquiatría y/o Psicología dentro de los 30 días posteriores a la fecha de consulta de consejería en la cual se realizó la pesquisa de depresión post-parto.

A estos efectos, debe consignarse en la columna "FECHA CONSULTA COMITE" la fecha de consulta con el Comité de Recepción de Salud Mental, Psiquiatra o Psicólogo, la cual debe encontrarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha declarada en la columna "FECHA CONSULTA CONSEJERIA DERIVATORIA" correspondiente a la fecha de consulta donde tuvo lugar la aplicación de la Escala de Edinburgh.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución y de la auditoría del denominador a partir de SIP.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica: fecha y resultado de la aplicación de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EDPE), fecha de consulta con el Comité de Recepción de Salud Mental, conducta recomendada posterior a la valoración del Comité de Recepción, fecha de inicio del abordaje psicoterapéutico adoptado si corresponde. En los casos en que fue derivada directamente



a Psiquiatría y/o Psicología, debe consignar fecha y abordaje/conducta terapéutico/a de estos profesionales en la historia clínica.

- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



### COMPONENTE 3: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

El objetivo del indicador es avanzar en la respuesta del sector salud a las situaciones de violencia basada en género y generaciones. En esta oportunidad, se pondrá el foco en la mejora de la *accesibilidad* a los servicios de salud por parte de las personas afectadas por este tipo de violencia.

Para el periodo 2022-2023 se prevé la implementación de distintas acciones tendientes a dar visibilidad a la temática como un problema de salud pública y a los recursos y servicios disponibles para la población usuaria de los servicios de salud.

#### Cuatrimestre 1 (enero-abril 2022)

Para el cumplimiento del indicador se deben alcanzar los siguientes hitos:

1. Disponer dentro de la página web institucional, en un lugar de fácil acceso, los datos de contacto y horario de atención con el Equipo de referencia en Violencia Doméstica y Violencia Sexual (ERVDyVS) a nivel central y de los referentes en sedes secundarias.
2. Disponer dentro de la página web institucional, en un lugar de fácil acceso, de una **herramienta de auto pesquisa** de violencia basada en género y generaciones. Se trata de un formulario online auto-administrado y anónimo que permite a la persona usuaria reconocer si se encuentra involucrada en una situación de violencia basada en género y generaciones. Finalizada la auto-pesquisa, la persona recibe un mensaje con orientaciones de acuerdo a las respuestas dadas. El formulario auto-administrado y el mensaje con orientaciones serán sugeridos por el Área Programática del MSP.
3. Difundir en las **redes sociales institucionales y APP institucional** (en caso de disponer) los datos de contacto y horario de atención con el Equipo de referencia en Violencia Doméstica y Violencia Sexual (ERVDyVS) a nivel central y de los referentes en sedes secundarias.
4. Difundir en las **TV de sala de espera** los datos de contacto y horario de atención con el Equipo de referencia en Violencia Doméstica y Violencia Sexual (ERVDyVS) a nivel central y de los referentes en sedes secundarias.

#### Medios de verificación:

El cumplimiento de los 4 hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Descripción de acceso y registro gráfico de datos del ERVDyVS central y en sedes secundarias, disponibles en la página web institucional.
- Descripción de acceso y registro gráfico de herramienta de autopesquisa, disponibles en la página web institucional.
- Descripción de frecuencia y registro gráfico de datos del ERVDyVS central y en sedes secundarias, difundidos a través de las redes sociales institucionales y APP (en caso de disponer).
- Descripción de frecuencia, ubicación y registro gráfico de datos del ERVDyVS central y en sedes



secundarias, difundidos a través de las TV de sala de espera.

Asimismo, el cumplimiento de los hitos 1 al 3 será verificado por el Área Programática competente a través del acceso a las páginas web y redes sociales institucionales. Se corroborará la existencia de los datos del Equipo de referencia a nivel central y de referentes en sedes secundarias y la disponibilidad del formulario de auto-pesquisa con su posterior mensaje de orientación.

A efectos del cumplimiento y pago del indicador se debe contar con la aprobación del Informe y la constatación de los hitos 1 al 3, por parte del Área programática competente.

El Área Programática y las Direcciones Departamentales de Salud podrán corroborar de manera presencial la difusión en las **TV de sala de espera** de los datos de contacto y horario de atención con el Equipo de referencia en Violencia Doméstica y Violencia Sexual (ERVDyVS) a nivel central y de los referentes locales en sedes secundarias.

### **Cuatrimestre 2 (mayo-agosto 2022)**

Para el cumplimiento del indicador se deben alcanzar los siguientes hitos:

1. Disponer de las **hojas de ruta institucionales y nro. telefónico de asesoramiento de retén** para el abordaje de casos de VBGG en las carteleras y escritorios electrónicos de los servicios de urgencia (centralizada y descentralizada) y emergencia.
2. Disponer de las **hojas de ruta institucionales y nro. telefónico de asesoramiento de retén** para el abordaje de casos de VBGG en las carteleras y escritorios electrónicos en consultorios de atención ambulatoria (policlínica) y radio.
3. Disponer de las **hojas de ruta institucionales y nro. telefónico de asesoramiento de retén** para el abordaje de casos de VBGG en las carteleras y escritorios electrónicos en Oficinas de Atención al Usuario.

#### Medios de verificación:

El cumplimiento de los 3 hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Hojas de ruta institucionales y nro. telefónico de asesoramiento de retén para el abordaje de casos de VBGG.
- Descripción de acceso, ubicación y registro gráfico de carteleras y escritorios electrónicos donde se encuentren disponibles las hojas de ruta y el nro. telefónico de reten para los distintos servicios exigidos.

A efectos del cumplimiento y pago del indicador se debe contar con la aprobación del Informe por parte del



Área programática competente.

Asimismo, el Área Programática y las Direcciones Departamentales de Salud podrán corroborar de manera presencial la existencia de las hojas de ruta institucionales y nro. telefónico de asesoramiento de retén para el abordaje de casos de VBGG en las carteleras y escritorios electrónicos de los servicios de: urgencia (centralizada y descentralizada) y emergencia; consultorios de atención ambulatoria (policlínica) y radio y Oficinas de Atención al Usuario.

### **Cuatrimestre 3 (septiembre-diciembre 2022)**

Para el cumplimiento del indicador se debe alcanzar el siguiente hito:

#### ***Actividades de promoción presenciales y vía streaming.***

Objetivo: Visibilizar la temática de VBGG y de los recursos y servicios disponibles en la Institución de Salud, con énfasis en el Equipo de Referencia en Violencia Doméstica y Violencia Sexual.

Destinatarios: referentes locales con capacidad de replicación de la información, por ejemplo: directores y maestros de centros educativos públicos y privados, referentes de centros sociales y deportivos, integrantes de gobiernos municipales (alcaldes y concejales), referentes de congregaciones religiosas, comisarios y referentes de policía comunitaria, referentes de organizaciones sindicales, etc.).

Requisitos: Al menos 2 actividades en modalidad mixta (presencial y vía streaming) con mínimo de 10 participantes acumulados (presenciales y virtuales). Se habilita a realizar las actividades de promoción de manera conjunta entre hasta 3 Prestadores.

#### Medios de verificación:

El cumplimiento deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Indicación de día y hora, lugar y link de acceso a la actividad.
- Descripción del contenido de las actividades, modalidad y cantidad de participantes.
- Detalle de datos de los participantes: nombre, cargo e institución.
- Enumeración de Instituciones de Salud co-ejecutoras de las actividades.

A efectos del cumplimiento y pago del indicador se debe contar con la aprobación del Informe por parte del Área programática competente.

Se solicita hacer llegar con anticipación la convocatoria a las actividades al Área Programática de VBGG (violenciadegenero@msp.gub.uy), así como a la respectiva Dirección Departamental de Salud.



#### Cuatrimestre 4 (enero-abril 2023)

Para el cumplimiento del indicador se debe alcanzar el siguiente hito:

Aplicación de **Encuesta de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP)** del personal de salud hacia la VBGG.

Población objetivo: médicos de medicina general, de familia, pediatría, ginecología y geriatría, licenciados y auxiliares de enfermería y parteras vinculados a servicios de atención ambulatoria (policlínica, radio, urgencia descentralizada y puerta de emergencia).

Definiciones metodológicas: El formulario de encuesta y los requisitos metodológicos serán definidos y oportunamente comunicados por el Área programática competente. Se trata de un formulario autoadministrado, aplicado sobre una muestra de la población objetivo.

Medios de verificación:

El cumplimiento deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Descripción del trabajo de campo: convocatoria a participantes, modalidad y periodo de aplicación del formulario. Se debe adjuntar ejemplar de formulario en papel o bien registro gráfico en caso de aplicación on line.
- Cantidad de formularios correctamente aplicados para cada grupo de la población objetivo.

A efectos del cumplimiento y pago del indicador se debe contar con la aprobación del Informe por parte del Área programática competente.

El no cumplimiento del indicador, como consecuencia de no haber realizado la entrega correspondiente en tiempo y forma, o por no contar con la aprobación correspondiente, inhabilita la ejecución de los hitos de los cuatrimestres subsiguientes (5to y 6to).

A efectos de subsanar esto, la Institución podrá en el siguiente cuatrimestre (5to.) presentar el informe o bien incorporar las correcciones realizadas por el Área programática competente para su reevaluación. Su aprobación en esta segunda instancia habilita a continuar con los siguientes hitos, pero no habilita la reliquidación del pago asociado al 4to. cuatrimestre.



### Cuatrimestre 5 (mayo-agosto 2023)

Para el cumplimiento del indicador se debe alcanzar el siguiente hito:

Informe de resultados de **Encuesta de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP)** del personal de salud hacia la VBG. Descripción de principales resultados y conclusiones. Identificación de aspectos pasibles de mejora para el fortalecimiento de las capacidades institucionales de respuesta a situaciones de VBG. Se debe adjuntar anexo de datos con distribución absoluta y porcentual de cada indicador.

#### Medios de verificación:

El cumplimiento deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe y planilla, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Descripción de resultados para cada indicador
- Análisis de resultados: identificación de aspectos pasibles de mejora y principales conclusiones.
- Planilla de datos con distribución absoluta y porcentual de cada indicador, según formato establecido por Área programática competente.

A efectos del cumplimiento y pago del indicador se debe contar con la aprobación del Informe por parte del Área programática competente.

El no cumplimiento del indicador, como consecuencia de no haber realizado la entrega correspondiente en tiempo y forma, o por no contar con la aprobación correspondiente, inhabilita la ejecución de los hitos del cuatrimestre subsiguiente (6to).

A efectos de subsanar esto, la Institución podrá en el siguiente cuatrimestre (6to.) presentar el informe o bien incorporar las correcciones realizadas por el Área programática competente para su reevaluación. Su aprobación en esta segunda instancia habilita a continuar con el último hito, pero no habilita la reliquidación del pago asociado al 5to. cuatrimestre.

### Cuatrimestre 6 (septiembre-diciembre 2023)

Para el cumplimiento del indicador se debe alcanzar el siguiente hito:

Presentación de **Plan de fortalecimiento de las capacidades institucionales de respuesta a situaciones de VBG**, a punto de partida de los aspectos pasibles de mejora identificados en la Encuesta CAP.



Medios de verificación:

El cumplimiento deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Descripción de aspectos pasibles de mejora identificados en la Encuesta.
- Descripción de acciones y cronograma de implementación definido dentro del Plan de fortalecimiento de las capacidades institucionales de respuesta a situaciones de VBGG.

A efectos del cumplimiento y pago del indicador se debe contar con la aprobación del Informe por parte del Área programática competente.



#### COMPONENTE 4: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

El componente temático de *Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles* se encuentra integrado por un total de nueve (9) indicadores.

Por un lado, se da continuidad a los indicadores de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de cáncer que se venían trabajando en Meta 2 (2019-2021), con la particularidad de que para este periodo los indicadores opcionales (mama y cuello de útero) pasan a ser comunes a todas las Instituciones.

En suma, junto a los indicadores de cáncer colorrectal se prevé la evaluación de ocho (8) indicadores referidos a la temática cáncer.

Por otro lado, se incorpora como nuevo indicador el Abordaje del ACV isquémico. El mismo prevé el cumplimiento de distintos hitos vinculados a la respuesta integral del ACV isquémico, el reporte de información y cumplimiento de un valor meta relacionado a la trombólisis medicamentosa en ACV isquémico.

##### Indicador 4.1) Tasa de cobertura de tamizaje en cáncer colorrectal en usuarios de 60 a 70 años.

###### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de afiliados de 60 a 70 años con tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) por Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH) vigente en el cuatrimestre.
- **Denominador:** Número de afiliados de 60 a 70 años, por 100

###### Valor de Referencia (VR): 62%

###### Valor Meta (VM): Disminuir el 40% de la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia

1er. cuatrimestre: Valor de Línea de Base

2do. cuatrimestre: 5% de la brecha

3er. cuatrimestre: 10% de la brecha

4to. cuatrimestre: 15% de la brecha

5to. cuatrimestre: 25% de la brecha

6to. cuatrimestre: 40% de la brecha

**Valor Piso (VP):** Valor Piso 2019-2020 según Instructivo (Res Nº 267 de la JUNASA) menos la proporción de tamizajes por FCC de la institución del semestre julio-diciembre 2019.

**Línea de Base (LB):** Valor Piso 2019-2020 según Instructivo (Res Nº 267 de la JUNASA) menos la proporción de tamizajes por FCC de la institución del semestre julio-diciembre 2019.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** RUCAF (1er. mes del cuatrimestre)



**Protocolo de actuación:** No aplica

### **Instrucciones para la implementación del indicador**

El tamizaje en cáncer colo-rectal debe realizarse a los usuarios de riesgo promedio (según recomendación de la Guía Práctica Clínica de tamizaje del cáncer colo-rectal 2018<sup>13</sup>) el cual se realizará a través de los test de sangre oculta en materias fecales (TSOH).

A partir de enero de 2022, deja de contabilizarse para el numerador del indicador aquellas FCC efectuadas a usuarios sin factores de alto riesgo de desarrollar CCR y/o las FCC normales después de un estudio de sangre oculta en materias fecales positivo.

El test de sangre oculta en materias fecales se debe realizar a las personas asintomáticas, sin signos de cáncer colo-rectal (sin sangrados digestivos evidentes u otros síntomas que justifiquen la FCC), que no tengan una FCC completa, de calidad y normal realizada en los últimos 10 años y sin factores de alto riesgo para desarrollar CCR y que no tengan diagnóstico endoscópico previo de patología colo-rectal potencialmente sangrante (ej. divertículos).

No serán considerados para el indicador de tamizaje aquellas personas con los siguientes factores de alto riesgo para desarrollar CCR, para quienes está indicado realizar directamente la Fibrocolonoscopia (FCC):

- Antecedentes personales de adenomas o cáncer colo-rectal o de pólipos adenomatosos.
- Historia personal de enfermedad inflamatoria intestinal (por ejemplo: colitis ulcerosa crónica, enfermedad de Crohn).
- Historia familiar de CCR en familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos)
- Síndromes de predisposición hereditaria al CCR (por ejemplo: poliposis adenomatosa familiar, síndromes de Lynch).

La vigencia del tamizaje para cáncer colo-rectal en población asintomática es de 2 años para test de sangre oculta en materias fecales.

Se toma el último día del cuatrimestre como fecha de corte para la vigencia del test de sangre oculta en materias fecales y la edad del individuo.

### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los afiliados de 60 a 70 años con TSOH vigente, la fecha de informe (columna TEST SOH) y su resultado (columna TEST SOH - Resultado).

<sup>13</sup> Guía de práctica clínica de tamizaje del cáncer colo-rectal 2018 MSP



Asimismo, dejan de contabilizarse en el numerador y por ende, se deben dejar de informar las FCC vigentes realizadas a personas sin factores de alto riesgo de desarrollar CCR y/o las FCC normales después de un estudio de sangre oculta en materias fecales positivo.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

La información del denominador se extrae del RUCAF y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre, es decir, enero de 2022, mayo de 2022, setiembre de 2022, enero de 2023, mayo de 2023 y setiembre de 2023, respectivamente.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica los siguientes registros clínicos: Antecedentes personales y familiares de patología colo-rectal, fecha y resultado de TSOH.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



**Indicador 4.2) Porcentaje de afiliados con test de sangre oculta en materias fecales positivo del cuatrimestre que se realizaron fibrocolonoscopia.**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de afiliados de 60 a 70 años con test positivo de sangre oculta en materias fecales en el cuatrimestre que se realizaron FCC hasta 20 días después de la fecha de cierre del cuatrimestre.
- **Denominador:** Número de afiliados de 60 a 70 años con test de sangre oculta en materias fecales positivos del cuatrimestre, por 100

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** 75%

**Valor Piso (VP):** 20%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:** No aplica

**Instrucciones para la implementación del indicador**

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

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

**Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los afiliados de 60 a 70 años con TSOH positivo en el cuatrimestre (denominador), indicando la fecha de resultado del TSOH (columna TEST SOH) y la fecha de realización de la FCC (columna FCC).

La fecha de resultado del TSOH debe ser anterior a la fecha de realización de la FCC.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.



### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica los siguientes registros clínicos: antecedentes personales y familiares de patología colo-rectal, fecha y resultado de TSOH, fecha de realización de la FCC e informe de FCC, cuya fecha debe ser posterior a la del resultado del TSOH.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



### Indicador 4.3) Tasa de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años

#### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas de 21 a 64 años con PAP vigente en el cuatrimestre
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas de 21 a 64 años, por 100.

#### Valor de Referencia (VR): 80%

#### Valor Meta (VM):

 Disminuir el 65% la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia.

1er. cuatrimestre: Valor de Línea de Base (o entrega de línea de base para aquellas instituciones que no tenían el indicador durante la Meta 2019 - 2021)

2do. cuatrimestre: 5% de la brecha

3er. cuatrimestre: 15% de la brecha

4to. cuatrimestre: 25% de la brecha

5to. cuatrimestre: 40% de la brecha

6to. cuatrimestre: 65% de la brecha

#### Valor Piso (VP):

Grupo 1= Valor Piso 2019-2021 según Instructivo (Res Nº 267 de la JUNASA)

Grupo 2= Número de mujeres afiliadas de 21 a 64 años con PAP vigente al 31 de diciembre de 2021 sobre el total de mujeres afiliadas de 21 a 64 años, por 100.

#### Línea de Base (LB):

Grupo 1= Valor Piso 2019-2021 según Instructivo (Res Nº 267 de la JUNASA)

Grupo 2= Número de mujeres afiliadas de 21 a 64 años con PAP vigente al 31 de diciembre de 2021 sobre el total de mujeres afiliadas de 21 a 64 años, por 100.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** RUCAF (1er. mes del cuatrimestre)

**Protocolo de actuación:** No aplica

#### Instrucciones para la implementación del indicador

El tamizaje se realiza en mujeres afiliadas entre 21 y 64 años.

La vigencia del tamizaje por PAP es de 3 años máximo desde la fecha de su realización.

Se toma el último día del cuatrimestre como fecha de corte para la vigencia del PAP y la edad del individuo.

#### Instrucciones de la información para el cálculo de cumplimiento

Se deben informar por Planilla Nominalizada las mujeres afiliadas entre 21 y 64 años con PAP vigente,



indicando la fecha de toma de muestra del PAP (columna FECHA DE PAP).

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

La información del denominador se extrae del RUCAF y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre, es decir, enero de 2022, mayo de 2022, septiembre de 2022, enero de 2023, mayo de 2023 y septiembre de 2023, respectivamente.

### **Entrega de Línea de Base (Grupo 2):**

Las Instituciones que no hayan elegido el indicador en el período 2019-2021 (Grupo 2) deberán presentar la Línea de Base, detallando el número de mujeres afiliadas de 21 a 64 años con PAP vigente al 31 de diciembre de 2021.

Se toma el 31 de diciembre de 2021 como fecha de corte para la vigencia del PAP y la edad del individuo.

El período de entrega de la LB será entre el 1 y 20 de febrero de 2022, mediante PN y en la instancia de RCIE creada y debidamente identificada para ello.

Se establece un periodo de devolución de la calidad de la información declarada como Línea de Base a aquellas Instituciones que realicen una entrega entre el 1 y 10 de febrero de 2022.

La declaración de la Línea de Base debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

Aquellas Instituciones que no entreguen la Línea de Base en tiempo y forma, se les imputará como LB la mediana sectorial del Grupo 1 y no se habilitará el pago asociado correspondiente al primer cuatrimestre.

La información del denominador se extrae del RUCAF y se utiliza el valor informado al MSP en el mes de octubre de 2021.

Las instituciones que deben entregar Línea de Base (Grupo 2) están eximidas de la declaración de la información correspondiente a este indicador para el 1er. cuatrimestre. A estos efectos, se deberá consignar en la *hoja de reporte de casos* de la Planilla Nominalizada el código 3, a efectos de su correcta aceptación por parte de RCIE.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica el siguiente registro clínico: fecha de toma del PAP.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



**Indicador 4.4) Porcentaje de mujeres con PAP patológico del cuatrimestre que se realizan colposcopías**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas (todas las edades) con PAP patológico en el cuatrimestre que se realizan colposcopia hasta 20 días posteriores a la fecha de cierre del cuatrimestre.
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas (todas las edades) con PAP patológico en el cuatrimestre, por 100.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** Disminuir el 80% de la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia

1er. cuatrimestre: 10% de la brecha (o entrega de línea de base para aquellas instituciones que no tenían el indicador durante la Meta 2019 - 2021)

2do. cuatrimestre: 20% de la brecha

3er. cuatrimestre: 30% de la brecha

4to. cuatrimestre: 45% de la brecha

5to. cuatrimestre: 60% de la brecha

6to. cuatrimestre: 80% de la brecha

**Valor Piso (VP):**

Grupo 1= Valor Piso 2019-2020 según Instructivo (Res Nº 267 de la JUNASA)

Grupo 2= Número de mujeres afiliadas con PAP patológico en el semestre julio- diciembre 2021 que se realizan colposcopías sobre las mujeres afiliadas con pap patológico en el semestre, por 100.

**Línea de Base (LB):**

Grupo 1= Valor Piso 2019-2020 según Instructivo (Res Nº 267 de la JUNASA)

Grupo 2= Número de mujeres afiliadas con PAP patológico en el semestre julio- diciembre 2021 que se realizan colposcopías sobre las mujeres afiliadas con pap patológico en el semestre, por 100.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:** No aplica

**Instrucciones para la implementación del indicador**

La población objetivo de este indicador (denominador) refiere a todas las mujeres (de todas las edades) con PAP patológico, acotando el grupo de PAP patológicos a ser monitoreados en tanto se excluyen dos de los tipos citológicos anormales. De los que describe la Guía de Práctica Clínica de Tamizaje de Cáncer de Cuello



Uterino (MSP; 2014), se incluirán como PAP patológico los siguientes resultados: ASC-H, H-SIL, ACG, AIS, carcinoma escamoso invasor y adenocarcinoma invasor.

En suma, el denominador considera al total de afiliadas, de todas las edades, con fecha de resultado de PAP patológico ASC-H, H-SIL, ACG, AIS, carcinoma escamoso invasor y adenocarcinoma invasor (fecha de informe) en el cuatrimestre.

### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todas las mujeres afiliadas, de todas las edades, con fecha de informe de PAP patológico (columna INFORME PAP PATOLOGICO) dentro del cuatrimestre (denominador).

Para el numerador se contabilizarán aquellas mujeres que cuentan con fecha de realización de colposcopia (columna FECHA COLPO) hasta los 20 días posteriores a la fecha de cierre del cuatrimestre.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Entrega de Línea de Base (Grupo 2):**

Las Instituciones que no hayan elegido el indicador en el período 2019-2021 (Grupo 2) deberán presentar la Línea de Base, detallando:

- Las mujeres afiliadas de todas las edades con PAP patológico (según criterios de inclusión) en el semestre julio- diciembre 2021 (denominador).
- Las mujeres afiliadas de todas las edades con PAP patológico (según criterios de inclusión) en el semestre julio-diciembre 2021 que se realizaron colposcopias hasta los 20 días posteriores al cierre del semestre (numerador).

El período de entrega de la LB será entre el 1 y 20 de febrero de 2022, mediante PN y en la instancia de RCIE creada y debidamente identificada para ello.

Se establece un periodo de devolución de la calidad de la información declarada como Línea de Base a aquellas Instituciones que realicen una entrega entre el 1 y 10 de febrero de 2022.

La declaración de la Línea de Base debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

Aquellas Instituciones que no entreguen la Línea de Base en tiempo y forma, se les imputará como LB la mediana sectorial del Grupo 1 y no se habilitará el pago asociado correspondiente al primer cuatrimestre.

Las instituciones que deben entregar Línea de Base (Grupo 2) están eximidas de la declaración de la información correspondiente a este indicador para el 1er. cuatrimestre. A estos efectos, se deberá consignar en la *hoja de reporte de casos* de la Planilla Nominalizada el código 3, a efectos de su correcta aceptación por parte de RCIE.



**Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica los siguientes registros clínicos: fecha e informe del PAP y fecha de realización de colposcopia.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



**Indicador 4.5) Porcentaje de afiliadas con biopsia H-SIL y más del cuatrimestre que inician tratamiento.**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas (todas las edades) con resultado de biopsia H-SIL y más en el cuatrimestre, que iniciaron tratamiento hasta 30 días posteriores a la fecha de cierre del cuatrimestre.
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas (todas las edades) con resultado de biopsia H-SIL y más en el cuatrimestre, por 100.

**Valor de Referencia (VR):** 100%

**Valor Meta (VM):** 80%

**Valor Piso (VP):** 20%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:** No aplica

### **Instrucciones para la implementación del indicador**

La población objetivo (denominador) de este indicador son todas las mujeres afiliadas, de todas las edades, con resultado de biopsia H-SIL (displasia moderada y severa), carcinoma y adenocarcinoma in situ e invasor, otros tumores epiteliales y mesenquimáticos malignos y otras neoplasias malignas.

Se toma como fecha de biopsia la del resultado, el que debe estar dentro del cuatrimestre.

Para el numerador se consideran las afiliadas de todas las edades, con resultado de biopsia H-SIL y más del cuatrimestre que han iniciado el tratamiento.

Se entiende como tratamiento, la aplicación de la terapéutica indicada por el especialista, ya sea realización de cono LEEP, cirugía o inicio de quimioterapia y/o radioterapia.

La fecha de inicio del tratamiento se considerará hasta los 30 días posteriores a la fecha de cierre del cuatrimestre.



### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todas las mujeres afiliadas, de todas las edades, con fecha de resultado de biopsia H-SIL y más (columna INFORME H-SIL Y MAS) la cual se debe encontrar dentro del cuatrimestre (denominador).

Para el numerador se contabilizarán aquellas mujeres afiliadas, de todas las edades, con resultado de biopsia H-SIL y más que hayan iniciado tratamiento (columna INICIO DE TRATAMIENTO) hasta los 30 días posteriores a la fecha de cierre del cuatrimestre.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica los siguientes registros clínicos: fecha e informe de biopsia de cuello uterino, fecha de inicio del tratamiento indicado por especialista
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



**Indicador 4.6) Tasa de cobertura de tamizaje con mamografía en mujeres de 50 a 69 años.**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas de 50 a 69 años con mamografía de tamizaje vigente, en el cuatrimestre.
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas de 50 a 69 años, por 100

**Valor de Referencia (VR):** 70%

**Valor Meta (VM):** Disminuir el 50% la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia.

1er. cuatrimestre: Valor de Línea de Base (o entrega de línea de base para aquellas instituciones que no tenían el indicador durante la Meta 2019 - 2021).

2do. cuatrimestre: 5% de la brecha

3er. cuatrimestre: 10% de la brecha

4to. cuatrimestre: 20% de la brecha

5to. cuatrimestre: 35% de la brecha

6to. cuatrimestre: 50% de la brecha

**Valor Piso (VP):**

Grupo 1= Valor Piso 2019-2020 según Instructivo (Res N° 267 de la JUNASA)

Grupo 2= Número de mujeres afiliadas de 50 a 69 años con mamografía de tamizaje vigente al 31 de diciembre 2021 sobre el total de mujeres afiliadas de 50 a 69 años, por 100.

**Línea de Base (LB):**

Grupo 1= Valor Piso 2019-2020 según Instructivo (Res N° 267 de la JUNASA)

Grupo 2= Número de mujeres afiliadas de 50 a 69 años con mamografía de tamizaje vigente al 31 de diciembre 2021 sobre el total de mujeres afiliadas de 50 a 69 años, por 100.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** RUCAF (1er. mes del cuatrimestre)

**Protocolo de actuación:** No aplica

***Instrucciones para la implementación del indicador***

Se considera mamografía de tamizaje la realizada a mujeres de 50 a 69 años (grupo etario recomendado por Guía de Práctica Clínica<sup>14</sup>), sin antecedentes de cáncer mamario o mamografía anterior con resultado BIRADS II o menor.

La vigencia del tamizaje por mamografía es de 2 años máximo desde la fecha de su realización.

<sup>14</sup> [Guía de práctica clínica de detección Cáncer de mama | Ministerio de Salud Pública](#)



Se toma el último día del cuatrimestre como fecha de corte para la vigencia de la mamografía y la edad del individuo.

### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos las mujeres afiliadas entre 50 y 69 años con mamografía de tamizaje vigente (columna MX DE TAMIZAJE), indicando la fecha de informe de mamografía (columna INFORME MX) (numerador).

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

La información del denominador se extrae del RUCAF y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre, es decir, enero de 2022, mayo de 2022, septiembre de 2022, enero de 2023, mayo de 2023 y septiembre de 2023, respectivamente.

### **Entrega de Línea de Base (Grupo 2):**

Las Instituciones que no hayan elegido el indicador en el período 2019-2021 (Grupo 2) deberán presentar la Línea de Base, detallando el número de mujeres afiliadas de 50 a 69 años con mamografía de tamizaje vigente al 31 de diciembre de 2021.

Se toma el 31 de diciembre de 2021 como fecha de corte para la vigencia de la mamografía y la edad del individuo.

El período de entrega de la LB será entre el 1 y 20 de febrero de 2022, mediante PN y en la instancia de RCIE creada y debidamente identificada para ello.

Se establece un periodo de devolución de la calidad de la información declarada como Línea de Base a aquellas Instituciones que realicen una entrega entre el 1 y 10 de febrero de 2022.

La declaración de la Línea de Base debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

Aquellas Instituciones que no entreguen la Línea de Base en tiempo y forma, se les imputará como LB la mediana sectorial del Grupo 1 y no se habilitará el pago asociado correspondiente al primer cuatrimestre.

La información del denominador se extrae del RUCAF y se utiliza el valor informado al MSP en el mes de octubre de 2021.

Las instituciones que deben entregar Línea de Base (Grupo 2) están eximidas de la declaración de la información correspondiente a este indicador para el 1er. cuatrimestre. A estos efectos, se deberá consignar en la *hoja de reporte de casos* de la Planilla Nominalizada el código 3, a efectos de su correcta aceptación por parte de RCIE.



**Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica los siguientes registros clínicos: fecha e informe de mamografía.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



**Indicador 4.7) Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con resultado de mamografía BIRADS IV y V en el cuatrimestre con informe de anatomía patológica**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas de 50 a 69 años con mamografías BIRADS IV y V en el cuatrimestre con resultado de anatomía patológica (AP) y/o histología y/o citología realizada hasta los 45 días posteriores a la fecha de informada la mamografía.
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas de 50 a 69 años con resultado de mamografías BIRADS IV y V en el cuatrimestre, por 100

**Valor de Referencia (VR):** 80%

**Valor Meta (VM):** 50%

**Valor Piso (VP):** 10%

**Línea de Base (LB):** No aplica.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada.

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada.

**Protocolo de actuación:** No aplica

**Instrucciones para la implementación del indicador**

Se incluirán las mujeres afiliadas de 50 a 69 años con resultado de mamografías realizadas BIRADS IV (examen con hallazgos sospechosos) y V (examen con alto riesgo de cáncer)<sup>15</sup> del cuatrimestre y fecha de informe de anatomía patológica (incluye resultado de citología e histopatológico) antes de los 45 días posteriores a la fecha de informada la mamografía.

Se podrá considerar en el numerador los casos con resultado de biopsia extemporánea cuando esta genere un tratamiento en el mismo tiempo quirúrgico.

Para la información del denominador se incluirán las mujeres afiliadas de 50 a 69 años con fechas de resultados de mamografías BIRADS IV y V del cuatrimestre.

**Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos las mujeres afiliadas de 50 a 69 años con fecha de resultado de mamografía BIRADS IV y V (columna INFORME BIRADS IV Y V) y la fecha de informe de anatomía patológica, histología y/o citología (columna INFORME DE ESTUDIO DIAGNOSTICO). Para

<sup>15</sup> Breast Image Reporting and Data System, es una clasificación desarrollada en 1993 por el Colegio Americano de Radiología



cualquiera de estos tres casos, se informa el primer evento.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica los siguientes registros clínicos: fecha e informe de mamografía, fecha e informe de citología, y/o fecha informe de histología y/o fecha e informe de anatomía patológica de mama.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



**Indicador 4.8) Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con diagnóstico de cáncer de mama por anatomía patológica en el cuatrimestre, que inician tratamiento.**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nro. de mujeres afiliadas de 50 a 69 años con resultado de AP confirmatorio de cáncer en el cuatrimestre que inician tratamiento hasta los 60 días posteriores al resultado de AP y hasta los 105 días posteriores al informe de mamografía BIRADS IV y V.
- **Denominador:** Nro. de mujeres afiliadas de 50 a 69 años con resultado de AP confirmatorio de cáncer en el cuatrimestre, previo mamografía BIRADS IV y V por 100.

**Valor de Referencia (VR):** 80%

**Valor Meta (VM):** 80%

**Valor Piso (VP):** 20%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada.

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada.

**Protocolo de actuación:** No aplica

**Instrucciones para la implementación del indicador**

Se incluirán en el numerador las mujeres afiliadas de 50 a 69 años con diagnóstico de cáncer de mama por anatomía patológica en el cuatrimestre que inician tratamiento hasta los 60 días (inclusive) posteriores al resultado de AP. Además, para ser contabilizado en el numerador el periodo entre el informe de la mamografía BIRADS con resultado IV y V y el inicio de tratamiento no puede ser superior a los 105 días.

Serán resultados de AP confirmatorias de cáncer de mama: carcinomas y adenocarcinomas in situ e invasores, inflamatorio, sarcoma, filodes y otros menos comunes.

Se entiende como inicio de tratamiento a la aplicación de la terapéutica indicada por el especialista, ya sea realización de cirugía, tratamiento sistémico y/o radioterápico. Cuando el resultado de una biopsia extemporánea haya generado un tratamiento antes de la anatomía patológica definitiva, puede considerarse la primera intervención quirúrgica como inicio de tratamiento.

La información del denominador incluirá a todas las mujeres afiliadas de 50 a 69 años con resultados de AP confirmatorio de cáncer del cuatrimestre, previo mamografía BIRADS IV y V.



### **Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada las mujeres afiliadas de 50 a 69 años con fecha de resultado de AP confirmatorio de cáncer dentro del cuatrimestre (columna DIAGNOSTICO CANCER POR AP), que cuenten con mamografía previa con resultado BIRADS IV y V (columna INFORME BIRADS IV Y V) (denominador).

Para el numerador se contabilizarán aquellas mujeres afiliadas de 50 a 69 años que cuenten con las siguientes dos condiciones:

- (i) la fecha de inicio de tratamiento (columna INICIO DE TRATAMIENTO) hasta los 105 días posteriores a la fecha de informe de mamografía BIRADS IV y V (columna INFORME BIRADS IV Y V) y,
- (ii) la fecha de inicio de tratamiento (columna INICIO DE TRATAMIENTO) hasta los 60 días posteriores a la fecha de diagnóstico de cáncer por AP (columna DIAGNOSTICO CANCER POR AP).

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionará una muestra de Historias Clínicas que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica los siguientes registros clínicos: fecha e informe de mamografía, fecha e informe de biopsia extemporánea y/o fecha e informe de anatomía patológica de mama, fecha de inicio del tratamiento (quirúrgico y/o sistémico y/o radioterapia).
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



#### Indicador 4.9) Abordaje del ACV Isquémico

La meta 2022-2023 incorpora como nuevo indicador el abordaje del ACV isquémico, cuya implementación se prevé en dos etapas o momentos.

En primera instancia, los Prestadores deberán presentar la Hoja de ruta institucional y la definición de equipo y recursos asistenciales para la atención integral del ACV, según pauta definida por el Programa de Salud Cerebral del MSP.

Se prevén periodos de intercambio y devolución con el área programática competente a efectos de mejorar y alcanzar una versión final y aprobada de ambos documentos.

Conjuntamente, durante el primer año los Prestadores deberán reportar información del indicador sobre el porcentaje de trombólisis medicamentosa en ACV isquémico. Durante el segundo año, se exigirá un determinado porcentaje de cumplimiento de ese mismo indicador.

A continuación se detalla el esquema de ejecución:

#### **Cuatrimestre 1: enero-abril 2022**

Para el cumplimiento del indicador se deben alcanzar los siguientes dos hitos:

1. Entrega de Hoja de ruta institucional para la atención integral de los ACV según Protocolo<sup>16</sup> y formato establecido por el Programa de Salud Cerebral del MSP (ver anexo).
2. Reporte de información del siguiente indicador: Porcentaje de trombólisis medicamentosa en ACV isquémico.

Medios de verificación:

1. Entrega de documento a través de RCIE, según formato establecido por Programa de Salud Cerebral del MSP
2. Reporte de información en Planilla Nominalizada a través de RCIE

El pago queda habilitado una vez constatada la entrega de los medios de verificación 1 y 2, según pautas establecidas.

<sup>16</sup> MSP (2020) Protocolo nacional de ACV.



### **Cuatrimestre 2: mayo-agosto 2022**

Para el cumplimiento del indicador se deben alcanzar los siguientes dos hitos:

1. Entrega de informe con definición de equipo y recursos asistenciales para la atención integral de los ACV según pauta<sup>17</sup> y formato establecido por el Programa de Salud Cerebral del MSP.
2. Reporte de información del siguiente indicador: Porcentaje de trombólisis medicamentosa en ACV isquémico.

Medios de verificación:

1. Entrega de documento a través de RCIE, según formato establecido por Programa de Salud Cerebral del MSP
2. Reporte de información en Planilla Nominalizada a través de RCIE

El pago queda habilitado una vez constatada la entrega de los medios de verificación 1 y 2, según pautas establecidas.

### **Cuatrimestre 3: setiembre-diciembre 2022**

Para el cumplimiento del indicador se deben alcanzar los siguientes hitos:

1. Entrega de versión ajustada<sup>18</sup> de hoja de ruta institucional para la atención integral de los ACV según pauta<sup>19</sup> y formato establecido por el Programa de Salud Cerebral del MSP (ver anexo).
2. Reporte de información del siguiente indicador: Porcentaje de trombólisis medicamentosa en ACV isquémico.

Medios de verificación:

1. Entrega de documento a través de RCIE, según formato establecido por Programa de Salud Cerebral del MSP
2. Reporte de información en Planilla Nominalizada a través de RCIE

El pago queda habilitado una vez constatada la entrega del hito 2 según pautas establecidas y con la aprobación del Área programática competente del hito 1.

---

<sup>17</sup> MSP (2020) Protocolo Nacional de ACV.

<sup>18</sup> La versión ajustada debe recoger las observaciones realizadas por el Programa de Salud Cerebral del MSP, a punto de partida de la entrega inicial. El proceso de intercambio con los Prestadores se realizará en el periodo de junio-agosto 2022.

<sup>19</sup> MSP (2020) Protocolo Nacional de ACV.



#### **Cuatrimestre 4: enero-abril 2023**

Para el cumplimiento del indicador se deben alcanzar los siguientes dos hitos:

1. Entrega de versión ajustada<sup>20</sup> de informe con definición de equipo y recursos asistenciales para la atención integral de los ACV según pauta<sup>21</sup> y formato establecido por el Programa de Salud Cerebral del MSP.
2. Cumplimiento de valor meta del siguiente indicador: Porcentaje de trombólisis medicamentosa en ACV isquémico.

Medios de verificación:

1. Entrega de documento según formato preestablecido a través de RCIE y aprobación por parte del área programática.
2. Reporte de información en Planilla Nominalizada a través de RCIE.

El pago queda habilitado con la aprobación del Área programática competente del hito 1 y el cálculo de cumplimiento mediante PN de los indicadores del hito 2.

#### **Cuatrimestre 5: mayo-agosto 2023**

Para el cumplimiento del indicador se deben alcanzar los siguientes dos hitos:

1. Cumplimiento de valor meta del siguiente indicador: Porcentaje de trombólisis medicamentosa en ACV isquémico.

Medios de verificación:

1. Reporte de información en Planilla Nominalizada a través de RCIE y cálculo de cumplimiento por parte del Dpto. de Control de Prestadores.

El pago queda habilitado en función del cálculo de cumplimiento mediante PN de los indicadores del hito 1.

#### **Cuatrimestre 6: septiembre-diciembre 2023**

Para el cumplimiento del indicador se deben alcanzar los siguientes dos hitos:

1. Cumplimiento de valor meta del siguiente indicador: Porcentaje de trombólisis medicamentosa en ACV isquémico.

---

<sup>20</sup> La versión ajustada debe recoger las observaciones realizadas por el Programa de Salud Cerebral del MSP, a punto de partida de la entrega inicial. El proceso de intercambio con los Prestadores se realizará en el periodo de octubre-diciembre 2022.

<sup>21</sup> MSP (2020) Protocolo Nacional de ACV.



Medios de verificación:

2. Reporte de información en Planilla Nominalizada a través de RCIE y cálculo de cumplimiento por parte del Dpto. de Control de Prestadores.

El pago queda habilitado en función del cálculo de cumplimiento mediante PN de los indicadores del hito 1.

<b>Indicador 4.9) Porcentaje de trombósis medicamentosa en ACV isquémico</b>
<p><b>Valor Alcanzado (VA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numerador: Número de afiliados con trombósis medicamentosa en ACV isquémico en el cuatrimestre</li><li>• Denominador: Número de afiliados con ACV isquémico en el cuatrimestre, por 100.</li></ul> <p><b>Valor de Referencia (VR):</b> 20%</p> <p><b>Valor Meta (VM):</b></p> <p>1er. cuatrimestre: Entrega de información 2do. cuatrimestre: Entrega de información 3er. cuatrimestre: Entrega de información 4to. cuatrimestre: 10% anual (o al menos 1 caso anual si el denominador <math>\leq 15</math> casos) 5to. cuatrimestre: 10% anual (o al menos 1 caso anual si el denominador <math>\leq 15</math> casos) 6to. cuatrimestre: 10% anual (o al menos 1 caso anual si el denominador <math>\leq 15</math> casos)</p> <p><b>Valor Piso (VP):</b> 0</p> <p><b>Línea de Base (LB):</b> No aplica</p> <p><b>Fuente Numerador:</b> Planilla nominalizada</p> <p><b>Fuente Denominador:</b> Planilla nominalizada</p> <p><b>Protocolo de actuación:</b> No aplica</p>

#### **Instrucciones para la implementación del indicador**

A efectos de la implementación del indicador se remite al "Protocolo Nacional de ACV", disponible en el siguiente link:

[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP\\_PROTOCOLO\\_NACIONAL\\_ACV.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_PROTOCOLO_NACIONAL_ACV.pdf)

Se entiende como ACV isquémico al evento codificado al alta hospitalaria, según CIE 10, como I63 (Infarto Cerebral). Debe evitarse la utilización de códigos que no distinguen la naturaleza del ACV, como I64 ("Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico").

Tal como establece el numeral 5 de este Instructivo, las Instituciones podrán presentar nota fundamentada por escrito solicitando la revisión del cálculo de cumplimiento y monto a pagar en aquellos casos donde no existan pacientes candidatos a ser trombolizados en el periodo considerado (segundo año). La misma será



evaluada por el Dpto. de Control de Prestadores en conjunto con el Programa de Salud Cerebral y en caso de dar lugar al planteo realizado se habilitará el pago del 100% del indicador.

#### **Instrucciones para la declaración del indicador**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los afiliados con ACV isquémico en el cuatrimestre (denominador), indicando la fecha de ocurrencia del ACV que se corresponde con la fecha de informe de TAC (columna FECHA ACV).”

Asimismo, se debe identificar la realización o no de la trombólisis medicamentosa (columna TROMBOLISIS MEDICAMENTOSA).

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada, Diccionario de Variables y Documento de Reglas de Control de Formato.

#### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría presencial se seleccionarán las Historias Clínicas de todos los casos que surgen de lo declarado en Planilla Nominalizada por la institución.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Deben constar en la historia clínica los siguientes registros: informe de tomografía confirmatorio de ACV isquémico (con fecha y hora) y descripción de conducta terapéutica.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.

#### **Implementación del pago anualizado**

El cálculo de cumplimiento del indicador se hará en el 6to. cuatrimestre, a partir de la acumulación anual de la información declarada para cada cuatrimestre.

El pago se hará efectivo de acuerdo al siguiente esquema:

4to. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 6to. cuatrimestre
5to. cuatrimestre	Se paga el 100% del monto disponible por entrega de información, <b><i>sujeto a reliquidación según cumplimiento anual</i></b> acumulado al 6to. cuatrimestre
6to. cuatrimestre	Se paga según cumplimiento anual acumulado al 6to. cuatrimestre



## 7) PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Los indicadores de salud del niño y la niña, así como el del Curso de preparación para el nacimiento tienen habilitada la utilización de protocolos de actuación para aquellas circunstancias en las que los afiliados no concurren a los controles de salud en tiempo, a pesar de la actitud activa de citación por parte de las instituciones.

Para el periodo 2022-2023 se establece un tope general que define el porcentaje máximo de protocolos que serán contabilizados para el numerador del indicador.

A continuación, se describen las cinco categorías de acuerdo a las causas que fundamentan la utilización de protocolos de actuación.

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).

### Condiciones para la aplicación de las categorías 1 y 4:

La gestión de estos casos busca canalizar y desarrollar las acciones institucionales que permitan vencer los obstáculos de la no concreción de la actividad asistencial.

En vistas a homologar acciones y criterios de registro para validar la evidencia de las acciones desarrolladas, 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 validará la aplicación del protocolo<sup>22</sup> siempre que conste en la historia clínica el cumplimiento de las siguientes acciones:

#### A) Niño que no asiste a la consulta de control pediátrico/odontológico/ofthalmológico.

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.

En caso de que exista negativa de los padres a concurrir al odontólogo/ofthalmólogo deberá quedar consignada 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 una nueva consulta.

#### 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) 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).

---

<sup>22</sup> No más allá del tope establecido para cada indicador.



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.



## 8) PAGO DE LA META

El cumplimiento de la Meta se vincula al pago de 172.4\$U por mes por usuario FONASA (valor a julio 2021), el cual será actualizado por paramétrica en las oportunidades definidas por el Poder Ejecutivo.

El *Cumplimiento por Indicador* (CI) se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

Valor Alcanzado $\geq$ Valor Meta	Cumplimiento = 100%
Valor Piso < Valor Alcanzado < Valor Meta	Cumplimiento = $\frac{\text{Valor Alcanzado} - \text{Valor Piso}}{\text{Valor Meta} - \text{Valor Piso}}$
Valor Alcanzado $\leq$ Valor Piso	Cumplimiento = 0%

El cumplimiento alcanzado refleja el porcentaje del *Monto Disponible (en pesos) por Indicador* que cobrará cada Prestador.

A continuación se detalla el *Monto Disponible (en pesos)* asignado a cada Indicador:

Indicador	<i>Monto Disponible por Indicador</i>
1.1 Captación del Recién Nacido	4,01
1.2 Visita domiciliaria del Recién nacido de riesgo	4,01
1.3 Control de desarrollo a los 4 meses	8,02
1.4 Control de desarrollo a los 18 meses	8,02
1.5 Seguimiento diagnóstico de Hipoacusia congénita	8,02
1.6 Control de desarrollo a los 4 años	8,02
1.7 Control odontológico a los 4 años	4,01
1.8 Control oftalmológico a los 5 años	8,02
2.1 Curso de preparación para el nacimiento	8,02
2.2 Acompañamiento en primer puerperio	12,03
2.3 Consulta con Comité de puérpera con indicio de depresión	8,02
3 Violencia basada en Género y Generaciones	8,02



4.1 Tamizaje de cáncer colorrectal	12,03
4.2 Diagnóstico por Fibrocolonoscopia	8,02
4.3 Tamizaje de cáncer de cuello	12,03
4.4 Colposcopia	8,02
4.5 Biopsia HSIL y más con tratamiento	8,02
4.6 Tamizaje de cáncer de mama	12,03
4.7 Mamografías BIRADS IV y V con AP	8,02
4.8 AP confirmatorio con tratamiento	8,02
4.9 Abordaje del ACV Isquémico	8,02
<i>Monto Disponible (en pesos) por Meta</i>	\$U 172.4

El Pago por indicador (PI) surge de multiplicar el *Cumplimiento* por el *Monto disponible (en pesos)* del indicador. El Pago por meta (PM) resulta de la sumatoria del pago obtenido para cada indicador.

## 9) MECANISMO DE RESPUESTA A CONSULTAS

Las instituciones podrán realizar consultas al correo electrónico [metasasistenciales@msp.gub.uy](mailto:metasasistenciales@msp.gub.uy) o al teléfono 1934 interno 1078.



## 10) GLOSARIO

### ***Sobre los documentos públicos de definición e implementación de las Metas Asistenciales:***

- **INSTRUCTIVO VIGENTE:** documento que establece las definiciones, criterios de implementación y niveles de exigencia de la Meta Asistencial durante el período de vigencia establecido.
- **PLANILLA NOMINALIZADA (PN):** planilla estandarizada, de extensión *ods* y *xlsx*, para el reporte de la información nominalizada declarada por el Prestador y en base a la cual se realiza el cálculo de cumplimiento y monto a pagar.
- **DICCIONARIO DE VARIABLES:** describe los atributos de las variables y códigos que conforman el contenido de la PN.
- **DOCUMENTO DE REGLAS DE CONTROL DE FORMATO:** define las reglas aplicadas en el proceso de validación de formato de las PN entregadas por los Prestadores.
- **DOCUMENTO DE REGLAS DE CONTROL DE DATOS:** define las reglas aplicadas en el proceso de validación de contenido y cálculo de cumplimiento y monto a pagar para cada indicador de la Meta, a partir de las PN entregadas por los Prestadores.

### ***Sobre los Indicadores que componen la Meta Asistencial:***

- **VALOR DE REFERENCIA (VR):** Es el nivel de desempeño considerado óptimo, cuya definición se funda en un valor definido por la normativa vigente, por la academia, en una prevalencia nacional, una mediana institucional, entre otros.
- **VALOR META (VM):** Es el nivel de desempeño definido como objetivo a alcanzar por un Prestador para un periodo determinado de tiempo.
- **VALOR PISO (VP):** Es el nivel de desempeño a partir del cual el Prestador está habilitado para recibir un pago de acuerdo con el cumplimiento alcanzado. Por debajo de este nivel de desempeño los Prestadores no obtienen pago.
- **LÍNEA DE BASE (LB):** Es el nivel de desempeño alcanzado por un Prestador en un periodo determinado de tiempo y que es tomado como punto de partida de exigencia para el período de aplicación de la Meta.
- **BRECHA (B):** Es la diferencia entre el *Valor de Referencia* y la *Línea de Base*.
- **VALOR ALCANZADO (VA):** Es el nivel de desempeño alcanzado por un Prestador en determinado periodo de cumplimiento.  $VA = (\text{Numerador} / \text{Denominador}) * 100$ .
- **CUMPLIMIENTO POR INDICADOR (C):** Es el *Valor Alcanzado (VA)* por un Prestador en determinado periodo de cumplimiento con respecto a un *Valor Meta (VM)* y un *Valor Piso (VP)* exigido. Refleja el porcentaje del *Monto Disponible (en pesos) por Indicador* que cobra cada Prestador.

Fórmula de Cumplimiento (C):



- 1)  $VA \geq VM \rightarrow C = 100\%$
- 2)  $VP < VA < VM \rightarrow C = (VA - VP)/(VM - VP)$
- 3)  $VA < VP \rightarrow C = 0\%$

- **PAGO PROPORCIONAL (PP):** Es el valor monetario unitario (en pesos) pagado por indicador cuando el *Cumplimiento* del Prestador se encuentra por debajo del *Valor Meta* y por encima del *Valor Piso*.
- **CUMPLIMIENTO DE LA META (CM):** Es el nivel de desempeño alcanzado por un Prestador en la totalidad de indicadores que integran la Meta, para un periodo determinado de cumplimiento. Refleja el porcentaje del *Monto Disponible (en pesos) por Meta* que cobra cada Prestador.
- **MONTO DISPONIBLE POR INDICADOR:** Es el valor monetario unitario (en pesos) asignado a cada indicador que compone la Meta Asistencial.
- **MONTO DISPONIBLE POR META:** Es el valor monetario unitario (en pesos) asignado a cada Meta Asistencial.
- **PAGO POR INDICADOR (PI):** Es el valor monetario unitario (en pesos) pagado por cada indicador, de acuerdo con el *Cumplimiento* alcanzado por el Prestador para un periodo determinado de tiempo.
- **PAGO POR META (PM):** Es el valor monetario unitario (en pesos) pagado por la Meta Asistencial, de acuerdo con el *Cumplimiento* alcanzado por el Prestador en la suma de cada uno de los Indicadores, para un periodo determinado de tiempo.

***Sobre las herramientas informáticas de recepción de información y cálculo de cumplimiento:***

- **RCIE (Recepción y Control de Información Externa):** Sistema de recepción centralizado de información del Ministerio de Salud Pública, utilizado por el Dpto. de Control de Prestadores para la recepción y control de formato de la información declarada por los Prestadores.
- **PANEL:** Herramienta de Business Intelligence (Pentaho) utilizada para la cálculo y visualización del cumplimiento y monto a pagar por concepto de Metas Asistenciales, calculado a partir de la información declarada por los Prestadores.
- **R:** Herramienta de procesamiento estadístico utilizada como contralor del cálculo de cumplimiento y monto a pagar realizado por el PANEL.

***Sobre los Estados de RCIE con relación a la entrega de la información:***

- **COMUNICARSE CON MESA DE AYUDA:** el archivo contiene errores desconocidos.
- **VALIDANDO FORMATO:** el archivo está siendo procesado por el sistema.
- **SUSTITUIDO:** el archivo ha sido sustituido por otro.
- **RECHAZADO FORMATO:** el archivo cargado contiene errores de formato.
- **EN REVISIÓN PARA ACEPTACIÓN:** el archivo cargado cumple con los formatos establecidos.



***Sobre los Estados de RCIE con relación al cálculo de cumplimiento por Planilla Nominalizada (PANEL):***

- **“EN REVISIÓN PARA ACEPTACIÓN”:** Permite visualizar en PANEL los *resultados preliminares* de cumplimiento y monto a pagar, así como el detalle de los *Registros Rechazados y Excluidos* (“Descargar Reporte”) para cada PN correctamente cargada durante el periodo de entrega e identificada por un número de ID asignado.
- **“ACEPTADO”:** Permite visualizar en PANEL los *resultados* de cumplimiento y monto a pagar a ser informados en la Orden de Pago a la JUNASA, tomando como referencia la última PN correctamente cargada a través de RCIE e identificada por un número de ID asignado.

***Sobre los Estados de RCIE con relación a la evaluación de los indicadores cualitativos:***

- **“ACEPTADO”:** Confirma la aprobación del indicador para el periodo correspondiente por parte del área responsable de su evaluación.
- **NO ACEPTADO:** Confirma la no aprobación del indicador para el periodo correspondiente por parte del área responsable de su evaluación.

***Sobre la validación de contenido de los registros declarados en Planilla Nominalizada:***

- **REGISTRO ACEPTADO:** Refiere a aquellos registros declarados por el Prestador que cumplen con las condiciones establecidas para ser contabilizado como parte del numerador y denominador de determinado indicador. Tales condiciones se encuentran definidas por el Instructivo vigente y operacionalizadas en el Documento de Reglas de Control de Datos.
- **REGISTRO RECHAZADO:** Refiere a aquellos registros declarados por el Prestador que no cumplen con las condiciones establecidas para ser contabilizado como parte del numerador y denominador de determinado indicador. Tales condiciones se encuentran definidas por el Instructivo vigente y operacionalizadas en el Documento de Reglas de Control de Datos.
- **REGISTRO EXCLUÍDO:** Refiere a aquellos *Registros Aceptados* que no cumplen con los requerimientos de calidad y consistencia exigidos por Instructivo y operacionalizados en el Documento de Reglas de Control de Datos. Esta situación motiva su exclusión del numerador, no así del denominador del Indicador.

***Equipo de Metas Asistenciales***

***Departamento Control de Prestadores- Área Economía de la Salud***

***Dirección General del Sistema Nacional de Salud- Ministerio de Salud.***