



BUENAS PRÁCTICAS PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Mayo 2019

CONTENIDO

01	DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE	03
02	¿QUÉ REQUISITOS PREVIOS DEBO CUMPLIR PARA SU REALIZACIÓN?	03
03	¿QUÉ REQUERIMIENTOS NECESITO PARA REALIZARLO EN LÍNEA?	03
04	¿CUÁLES SON LOS PASOS QUE DEBO SEGUIR PARA REALIZARLO?	04
	Relevamiento	04
	Corrección de Datos	21
05	¿DÓNDE PUEDO HACER SEGUIMIENTO DE MIS TRÁMITES?	23
06	¿DÓNDE PUEDO REALIZAR CONSULTAS?	24
07	¿CÓMO CONTINÚA EL TRÁMITE DENTRO DEL ORGANISMO UNA VEZ INICIADO EN LÍNEA?	24
08	RESULTADO DEL RELEVAMIENTO	25
09	INFORMACIÓN - SOPORTE DE ACTIVOS	25

01 DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE

El trámite corresponde a la inscripción a la edición 2019 del Concurso de buenas prácticas en el primer nivel de atención. El objetivo de esta convocatoria es motivar a la postulación de buenas prácticas, y brindar las pautas que permitan a los prestadores del SNIS cumplir con la etapa de presentación de sus experiencias de forma eficaz y eficiente, y reflejar con claridad las características de la práctica.

02 ¿QUÉ REQUISITOS PREVIOS DEBO CUMPLIR PARA SU REALIZACIÓN?

Esta información se encuentra disponible en la web <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>. Para acceder a la misma ingresar en el siguiente enlace <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/edicion-2019-del-concurso-de-buenas-practicas-en-el-primer-nivel-de-atencion>

03 ¿QUÉ REQUERIMIENTOS NECESITO PARA REALIZARLO EN LINEA?

Contar con cédula de identidad electrónica o con usuario y contraseña para acceder al Portal del Estado Uruguayo.

Para obtener su usuario en el Portal del Estado debe registrarse ingresando en el siguiente enlace: <https://tramites.gub.uy/ampliados?id=4991>

04 ¿CUÁLES SON LOS PASOS QUE DEBO SEGUIR PARA REALIZARLO?

Tarea 1 - Relevamiento

Paso 1: Declaración Jurada

En este paso se le informa a usted, que los datos ingresados en los campos de los formularios que componen este trámite tendrán carácter de declaración jurada. Es por eso solo podrá continuar con el trámite aceptando dicha declaración.

Importante

Importante

Declaración Jurada

La información contenida en el documento adjunto a este trámite tiene valor de DECLARACIÓN JURADA, de forma que se encuentra regida por lo dispuesto en el Artículo 239 del código Penal que reza: "(Falsificación ideológica por un particular) El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquier otra circunstancia de hecho será castigado con 3 a 24 meses de prisión"

Declaración Jurada*: Acepta
 No Acepta (No podrá continuar con el trámite)

En la visita de evaluación se podrá solicitar la documentación probatoria o de respaldo de los datos aportados en el formulario.

Ilustración 1 - Declaración Jurada

En el bloque que se muestra en la Ilustración 1, usted deberá completar los siguientes datos:

- **Declaración Jurada:** Deberá seleccionar si acepta o no la Declaración Jurada. En caso negativo no podrá continuar con el trámite.

Paso 2: Datos Generales

En este formulario usted deberá completar los campos con datos haciendo referencia a la información general relacionada a la práctica.

A continuación, detallamos el formulario.

Datos Generales

Datos Generales

Nombre Prestador*: Seleccionar

Departamento*: Seleccionar

Localidad*: Seleccionar

[Carta firmada por Director Técnico o de Unidad Ejecutora de la Institución \(.pdf 63.09KB\)](#)

Adjuntar Carta Firmada*: Subir archivo

Ilustración 2 - Datos Generales

En esta sección usted deberá completar los siguientes datos:

- **Nombre Prestador:** Deberá ingresar el nombre del prestador.
- **Departamento:** Deberá seleccionar el Departamento donde se ubica el Prestador.
- **Localidad:** Deberá seleccionar la Localidad donde se ubica el Prestador.
- **Carta Firmada:** Deberá adjuntar la carta firmada por el Director Técnico o Director de la Unidad Ejecutora de la Institución, la misma la podrá descargar en este mismo formulario, desde el link que se deja disponible en esta misma sección.

Datos del responsable del Trámite

Datos del Responsable del Trámite

Nombre/s: Prueba Nombre

Apellido/s*: Prueba Apellido

Ilustración 3 - Datos del responsable del Trámite

En esta sección se mostrarán los datos de la persona responsable del trámite. Estos datos se precargarán automáticamente con los datos del usuario logueado y no podrán ser editados.

Datos del Director Técnico o del Director de la Unidad Ejecutora

Datos del Director Técnico o del Director de la Unidad Ejecutora

Nombre/s del Director*:	<input type="text"/>
Apellido/s del Director*:	<input type="text"/>
Teléfono*:	<input type="text"/>
Celular*:	<input type="text"/>
Correo Electrónico*:	<input type="text"/>

Ilustración 4 - Datos del Director Técnico o del Director de la Unidad Ejecutora

En esta sección deberá completar los datos con la información correspondiente al Director Técnico o al Director de la Unidad Ejecutora.

Los datos que se solicitan son los siguientes:

- **Nombre/s:** Deberá ingresar el o los nombres del director.
- **Apellido/s:** Deberá ingresar el o los apellidos del director.
- **Teléfono:** Deberá ingresar el teléfono de contacto del director.
- **Celular:** Deberá ingresar el número de celular del director.
- **Correo Electrónico:** Deberá ingresar el correo electrónico de contacto del director.

Datos del Referente de la Práctica del Equipo de Resolutividad del PN

Datos del Referente de la Práctica del Equipo de Resolutividad del PN.

Nombre/s del Referente*:

Apellido/s del Referente*:

Teléfono*:

Celular*:

Correo Electrónico*:

Ilustración 5 - Datos del Referente de la Práctica del Equipo de Resolutividad del PN

En esta sección deberá completar los campos, con los datos del referente de la práctica del equipo de resolutividad del PN. Se detalla la sección a continuación:

- **Nombre/s:** Deberá ingresar el o los nombres del referente de la práctica.
- **Apellido/s:** Deberá ingresar el o los apellidos del referente de la práctica.
- **Teléfono:** Deberá ingresar el teléfono de contacto del referente de la práctica.
- **Celular:** Deberá ingresa el número de celular del referente de la práctica.
- **Correo Electrónico:** Deberá ingresar el correo electrónico de contacto del referente de la práctica.

Descripción de la Unidad Asistencial

Descripción de la Unidad Asistencial

Nombre de la Unidad Asistencial donde se desarrolla la Práctica*:
En caso de que identifique mas de una refiera a la principal

Calle*:

Número*:

Ilustración 6 - Descripción de la Unidad Asistencial

En esta sección deberá ingresar la siguiente información acerca de la Unidad Asistencial:

- **Nombre de la Unidad Asistencial:** Deberá completar el campo con el nombre de la Unidad Asistencial donde se desarrolla la práctica en cuestión.
- **Calle:** Deberá ingresar el nombre de la calle donde se ubica la Unidad Asistencial.
- **Número:** Deberá ingresar el número de puerta donde se ubica la Unidad Asistencial.

Paso 3: Datos de la Práctica

En este formulario usted deberá completar los campos, con la información correspondiente a la práctica en cuestión.

Detallamos el formulario a continuación.

Identificación de la Práctica

Identificación de la Práctica

Nombre de la práctica que se desarrolla en la Unidad Asistencial*:

Describe brevemente en que consiste la práctica*:

Fecha de inicio*:

Identifique el contexto inicial que motiva la iniciativa de implementar esta práctica*:

Ilustración 7 - Identificación de la Práctica

En esta sección deberá completar los siguientes datos:

- **Nombre de la Práctica que se desarrolla en la Unidad Asistencial:** Deberá ingresar el nombre de la práctica en cuestión.
- **Breve descripción sobre la práctica:** Deberá describir brevemente en que consiste la práctica en cuestión.
- **Fecha de inicio:** Deberá ingresar la fecha de inicio de la práctica en cuestión.
- **Contexto inicial que motiva la iniciativa de implementar esta práctica:** Deberá identificar y detallar el contexto inicial que motiva la iniciativa de implementar la práctica en cuestión.

Población Objetivo - Población Beneficiaria – Socios

Población Objetivo - Población Beneficiaria - Socios

Describe la población objetivo de la práctica*:

¿Cuántas personas accedieron a prestaciones vinculadas a la práctica?:

Existen otras instituciones asociadas que participen en la práctica*:

¿Cuáles y en que consiste su participación?:

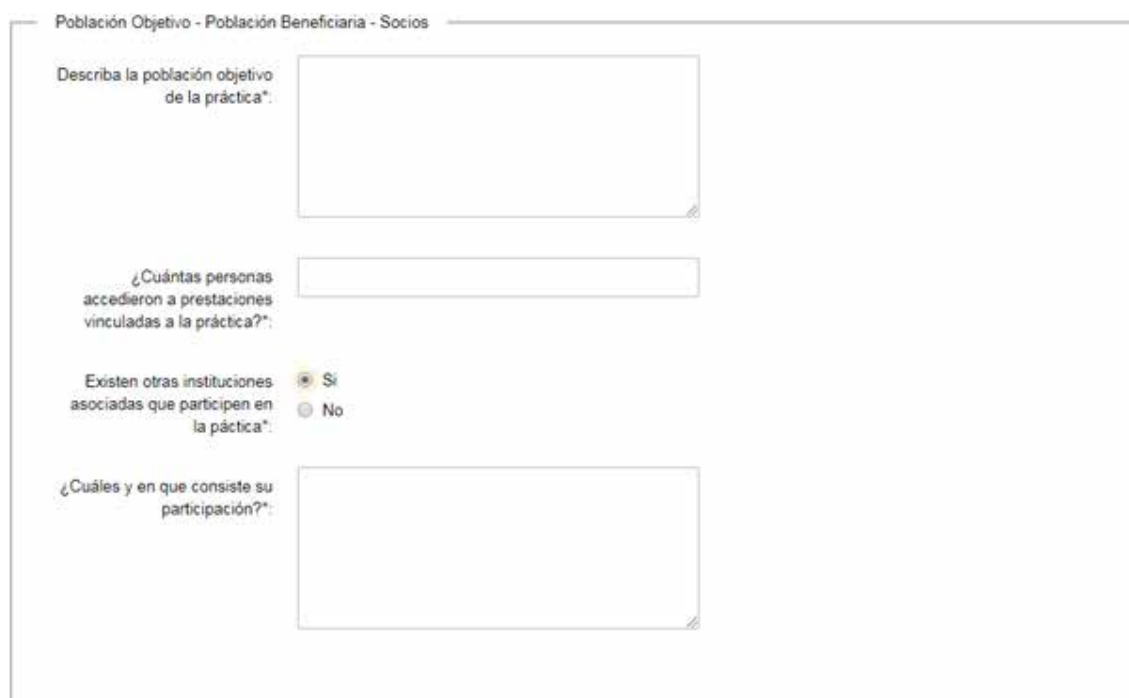


Ilustración 8 - Población Objetivo - Población Beneficiaria – Socios

En esta sección deberá ingresar la información correspondiente a la población que afecta esta práctica. Se detallan los campos a continuación:

- **Describe la población objetivo de la práctica:** Deberá ingresar una breve descripción sobre que parte de la población, tiene como objetivo esta práctica.
- **¿Cuántas personas accedieron a prestaciones vinculadas a la práctica?:** Deberá ingresar la cantidad de personas que accedieron a prestaciones relacionadas con la práctica en cuestión.
- **Existen otras instituciones asociadas que participen en la práctica:** Deberá seleccionar Si o No, existen otras instituciones que participen en la práctica en cuestión. En caso de seleccionar que Si, deberá especificar, que instituciones son y en que consiste su participación.

Objetivos y Resultados de la Práctica

Objetivos y Resultados de la Práctica

¿Cuáles son los objetivos de la práctica?*

¿Qué resultados se han buscado con esta práctica?*

¿Cuáles resultados se han logrado con esta práctica? Identifique los tres principales*:

Acciones	N°	Resultado
×	1	
×	2	
×	3	

¿Tiene indicadores que comprueben el logro de esos resultados? *

Sí No

Explicite los indicadores disponibles en relación a los resultados informados:

Acciones	Nombre del indicador	Estructura	Fuente de datos	Ultimo valor observado	Fecha del último valor observado
Sin datos disponibles					

[+ Agregar fila](#)

Ilustración 9 - Objetivos y Resultados de la Práctica

En esta sección deberá ingresar la información referente a los objetivos y resultados de la práctica en cuestión, se detallan los campos a continuación.

- **¿Cuáles son los objetivos de la práctica?:** Debe detallar brevemente cuales son los objetivos de la práctica en cuestión.
- **¿Qué resultados se han buscado con esta práctica?:** Debe detallar brevemente los resultados que se buscaban llevando a cabo esta práctica.
- **¿Cuáles resultados se han logrado con esta práctica?:** Debe completar la tabla con los tres principales resultados que se lograron llevando a cabo esta práctica.

- **¿Tiene indicadores que comprueben el logro de esos resultados?:** Debe seleccionar Si o No, existen indicadores, que puedan comprobar el resultado logrado. En caso de seleccionar que Si, se mostrará en pantalla una tabla “**Explicite al menos un indicador para cada resultado logrado**” que deberá completar con los indicadores que considere, justifican el resultado obtenido. En caso de seleccionar que No, se mostrará en pantalla un campo “**Si no cuenta con indicadores explique por qué considera que el resultado fue alcanzado**”, que deberá completar indicando porque considera que el resultado fue alcanzado sin tener indicadores que lo demuestren.

Datos Generales de la práctica

Datos Generales de la práctica

¿Cuál es el elemento de innovación que incorpora esta práctica? *

¿Cuáles son las lecciones aprendidas de esta práctica? *

¿Cuáles son los elementos necesarios para que esta práctica sea sostenible en el tiempo? *

Ilustración 10 - Datos Generales de la práctica

En esta sección deberá completar los campos con información general acerca de la práctica en cuestión. Se detallan a continuación los campos:

- **¿Cuál es el elemento de innovación que incorpora esta práctica?:** Debe ingresar el elemento de innovación que cree que incorpora la práctica.
- **¿Cuáles son las lecciones aprendidas de esta práctica?:** Debe ingresar las lecciones aprendidas que deja la práctica en cuestión.
- **¿Cuáles son los elementos necesarios para que esta práctica sea sostenible en el tiempo?:** Debe ingresar los elementos que considera necesarios para que la práctica en cuestión sea sostenible en el tiempo.

Paso 4: Integración de RRHH en las Prácticas

En este formulario usted deberá completar los campos con información sobre cómo está integrado el personal que se desempeña en la práctica en cuestión. Detallamos el formulario a continuación.

Integración de RRHH en las Prácticas

Integración del Personal:

Personal de Salud

¿Cuántos Recursos Humanos se desempeñan en la práctica? *

La práctica cuenta con Médico de Familia? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con Médico General? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con Especialidades Médicas? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con Lic. en Enfermería? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con Auxiliar de Enfermería? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con Odontólogos? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con Nutricionistas? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con Psicólogos? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con Parteras? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con Lic. en Trabajo Social? Sí No

¿Cuántos? *

La práctica cuenta con otros RRHH de la salud? Sí No

¿Cuántos? *

Además del médico de familia: ¿algún integrante del equipo tiene formación posgrado en Salud Familiar y Comunitaria y/o PNA? Sí No

¿Cada cuánto se reúne el equipo? *

Al menos una vez a la semana

Al menos una vez al mes

Al menos una vez cada 5 meses

Al menos una vez al año

Nunca

No corresponde

Ilustración 11 - Integración de RRHH en las Prácticas

Para las preguntas que tienen como posibilidad de respuesta las opciones Si o No, en caso de seleccionar la opción afirmativa, se hará visible en pantalla un nuevo campo, que deberá completar con un valor de cantidad referido a la pregunta anterior.

Las preguntas que integran este formulario se detallan a continuación:

- **¿Cuántos Recursos Humanos se desempeñan en la práctica?:** Deberá ingresar la cantidad de recursos humanos que trabajan en la práctica.
- **La práctica cuenta con Médico de Familia:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con Médico General:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con Especialidades Médicas:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con Lic. en Enfermería:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con Auxiliar de Enfermería:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con Odontólogo/a:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con Nutricionista:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con Psicólogo/a:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con Partera:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con Lic. en Trabajo Social:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **La práctica cuenta con otros RRHH de la salud:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.
 - o Si la respuesta es Si: ¿Cuántos?
- **Además del médico de familia; ¿algún integrante del equipo tiene formación de posgrado en Salud Familiar y Comunitaria y/o PNA?:** Deberá seleccionar la Sí o No según corresponda.

- **¿Cada cuanto se reúne el equipo?:** Deberá seleccionar la opción que más se ajuste a la realidad:
 - o Al menos una vez a la semana.
 - o Al menos una vez al mes.
 - o Al menos una vez cada 6 meses.
 - o Al menos una vez al año.
 - o Nunca.
 - o No corresponde.

Paso 5: Datos de la Práctica relativos a la atención

En este formulario usted deberá completar los campos con la información que considera refleja mejor el desempeño actual de la práctica.

Cada una de las preguntas de este formulario dará cinco opciones de respuesta:

- Sí, sin duda.
- Generalmente sí.
- Generalmente no.
- No, en absoluto.
- No sabe.

Accesibilidad

Accesibilidad

¿La práctica es accesible los sábados? *:

Seleccionar ▼

¿La práctica es accesible algunos días de la semana, por lo menos hasta la hora 20? *:

Seleccionar ▼

Cuando una persona requiere acceder a la práctica en los días en que está funcionando ¿alguien del equipo lo atiende ese mismo día? *:

Seleccionar ▼

Cuando una persona requiere acceder a la práctica en un momento en que no está funcionando, ¿existe algún mecanismo en la unidad asistencial implementado para facilitar el acceso de la persona a la práctica? *:

Seleccionar ▼

Ilustración 12 - Datos de la práctica relativos a la atención

En la sección “Accesibilidad” deberá seleccionar una opción para las siguientes preguntas:

- ¿La práctica es accesible los sábados?
- ¿La práctica es accesible algunos días de la semana, por lo menos hasta la hora 20?
- Cuando una persona requiere acceder a la práctica en los días en que está funcionando ¿alguien del equipo lo atiende ese mismo día?
- Cuando una persona requiere acceder a la práctica en un momento en que no está funcionando, ¿existe algún mecanismo en la unidad asistencial implementado para facilitar el acceso de la persona a la práctica?

Longitudinalidad

Longitudinalidad

¿En el marco de la práctica las personas son atendidas por el/la mismo/a profesional cada vez que consultan?*

Seleccionar

Los profesionales/técnicos que trabajan en esta práctica ¿conocen la historia clínica completa de cada usuario?*

Seleccionar

¿Cree que los/as profesionales que trabajan en esta práctica hablan con los/as personas de sus preocupaciones o problemas?*

Seleccionar

¿Los/as profesionales involucrados en la práctica saben con quién viven las personas que atienden?*

Seleccionar

Ilustración 13 - Datos de la práctica relativos a la atención

En la sección “Longitudinalidad” deberá seleccionar una opción para las siguientes preguntas:

- ¿En el marco de la práctica las personas son atendidas por el/la mismo/a profesional cada vez que consultan?
- Los profesionales/técnicos que trabajan en esta práctica ¿conocen la historia clínica completa de cada usuario?
- ¿Cree que los/as profesionales que trabajan en esta práctica hablan con los/as personas de sus preocupaciones o problemas?
- ¿Los/as profesionales involucrados en la práctica saben con quién viven las personas que atienden?

Atención Continua

Atención Continua

Cuando una persona necesita ser referida, ¿los profesionales de la práctica comentan con ella los lugares donde podrían ir?*

Seleccionar ▼

¿Alguien del equipo se encarga de conseguir un turno cita u hora para las consultas con especialista o estudios especializados que fueron indicados a las personas?*

Seleccionar ▼

Cuando las personas son referidas a otros servicios ¿los/as profesionales preparan información por escrito para el/la especialista o servicio especializado?*

Seleccionar ▼

¿Los/as profesionales involucrados en la práctica tienen acceso a información útil o contrareferencia del/de la especialista sobre las personas que fueron referidas?*

Seleccionar ▼

¿Las historias clínicas están siempre disponibles cuando los/as profesionales/técnicos atienden a las personas?*

Seleccionar ▼

¿En las historias clínicas está la información de todos los análisis, estudios complementarios y tratamientos recibidos por los/as pacientes?*

Seleccionar ▼

Los/as profesionales utilizan algunas guías, protocolos o recomendaciones clínicas como apoyo para su actividad de atención?*

Seleccionar ▼

Ilustración 14 - Datos de la práctica relativos a la atención

En la sección “Atención Continua” deberá seleccionar una opción para las siguientes preguntas:

- Cuando una persona necesita ser referida, ¿los profesionales de la práctica comentan con ella los lugares donde podrían ir?*
- ¿Alguien del equipo se encarga de conseguir un turno cita u hora para las consultas con especialista o estudios especializados que fueron indicados a las personas?*
- Cuando las personas son referidas a otros servicios ¿los/as profesionales preparan información por escrito para el/la especialista o servicio especializado?*
- ¿Los/as profesionales involucrados en la práctica tienen acceso a información útil o contra referencia del/de la especialista sobre las personas que fueron referidas?*

- ¿Las historias clínicas están siempre disponibles cuando los/as profesionales/técnicos atienden a las personas?
- ¿En las historias clínicas está la información de todos los análisis, estudios complementarios y tratamientos recibidos por los/as pacientes?
- Los/as profesionales utilizan algunas guías, protocolos o recomendaciones clínicas como apoyo para su actividad de atención?

Orientación Comunitaria

Orientación Comunitaria

Coordinación con instituciones locales o gubernamentales involucradas con grupos culturalmente diversos.*

Reuniones con instituciones de la comunidad, como centros educativos*.

Redes institucionales, como mesas de gestión local, reuniones con instituciones de la comunidad (escuela, asociación vecinal, club, ONG) para resolver problemas de salud.*

Seleccionar

Seleccionar

Seleccionar

Ilustración 15 - Datos de la práctica relativos a la atención

En la sección “Orientación Comunitaria” deberá seleccionar una opción para las siguientes preguntas:

- Coordinación con instituciones locales o gubernamentales involucradas con grupos culturalmente diversos
- Reuniones con instituciones de la comunidad, como centros educativos
- Redes institucionales, como mesas de gestión local, reuniones con instituciones de la comunidad (escuela, asociación vecinal, club, ONG) para resolver problemas de salud

Paso 6: Datos de la Unidad Asistencial

En este formulario usted deberá completar los campos con la información que considera más adecuada según el funcionamiento habitual de la práctica en cuestión.

Cada respuesta seleccionada deberá responder a lo siguiente: “Si los pacientes necesitan alguna de las siguientes prestaciones ¿Podrían recibirla en la misma unidad asistencial dónde se lleva a cabo la práctica?”

Cada una de las preguntas de este formulario dará cinco opciones de respuesta:

- Sí, sin duda.
- Generalmente sí.
- Generalmente no.
- No, en absoluto.
- No sabe.

Se detalla el formulario a continuación.

Atención Integral

Atención Integral	
Atención a consultas sobre nutrición o dieta *	Seleccionar
Asesoramiento (consejería, orientación) sobre métodos anticonceptivos *	Seleccionar
Colocación de DIU o implante anticonceptivo *	Seleccionar
Examen de Papanicolaou *	Seleccionar
Atención prenatal (control del embarazo) *	Seleccionar
Pruebas de agudeza visual *	Seleccionar
Lavado de oídos *	Seleccionar
Tratamiento odontológico *	Seleccionar
Asesoramiento (consejería, orientación) sobre el consumo de tabaco *	Seleccionar
Suturas de heridas leves *	Seleccionar
Extirpación de una uña encajada *	Seleccionar
Inmovilización de un tobillo con esquinca *	Seleccionar
Detección del consumo excesivo de alcohol *	Seleccionar
Asesoramiento (consejería, orientación) o tratamiento para abuso de sustancias o drogas (excepto alcohol y tabaco) *	Seleccionar
Atención para problemas de salud mental *	Seleccionar
Vacunaciones (colocación de vacunas) *	Seleccionar
Diagnóstico de VIH mediante test rápido *	Seleccionar
Análisis para detección de Tuberculosis (baciloscopia seriada u otro método) *	Seleccionar
Fondo de ojo en pacientes diabéticos *	Seleccionar
Control de anticoagulación oral *	Seleccionar
Medición de pco-flujo espiratorio o espirometría *	Seleccionar
Electrocardiograma (realizado durante la consulta o vista si fuese necesario) *	Seleccionar
Atención paliativa (cuidados paliativos) *	Seleccionar
Evaluación de la situación de los usuarios según los requisitos de acceso a algún programa o beneficio social, ayudas o prestaciones *	Seleccionar
Entrega de preservativos *	Seleccionar

Ilustración 16 - Datos sobre la Unidad Asistencial

Las preguntas a responder son las siguientes:

- Atención a consultas sobre nutrición o dieta.
- Asesoramiento (consejería, orientación) sobre métodos anticonceptivos.
- Colocación de DIU o implante anticonceptivo.
- Examen de Papanicolau.
- Atención prenatal (control del embarazo).
- Pruebas de agudeza visual.
- Lavado de oídos.
- Tratamiento odontológico.
- Asesoramiento (consejería, orientación) sobre el consumo de tabaco.
- Suturas de heridas leves.
- Extirpación de una uña encarnada.
- Inmovilización de un tobillo con esguince.
- Detección del consumo excesivo de alcohol.
- Asesoramiento (consejería, orientación) o tratamiento para abuso de sustancias o drogas (excepto alcohol y tabaco).
- Atención para problemas de salud mental.
- Vacunaciones (colocación de vacunas).
- Diagnóstico de VIH mediante test rápido.
- Análisis para detección de Tuberculosis (baciloscopía seriadas u otro método).
- Fondo de ojo en pacientes diabéticos.
- Control de anticoagulación oral.
- Medición de pico-flujo espiratorio o espirometría.
- Electrocardiograma (realizado durante la consulta o visita si fuese necesario).
- Atención paliativa (cuidados paliativos).
- Evaluación de la situación de los usuarios según los requisitos de acceso a algún programa o beneficio social, ayudas o prestaciones.
- Entrega de preservativos.

Cláusula de Consentimiento Informado

Como último bloque dentro del paso 7 figura la Cláusula de consentimiento informado:

Cláusula de Consentimiento Informado

"De conformidad con la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), los datos suministrados por usted quedarán incorporados en una base de datos, la cual será procesada exclusivamente para la siguiente finalidad: Buenas Prácticas Primer Nivel de Atención.

Los datos personales serán tratados con el grado de protección adecuado, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros que lo puedan utilizar para finalidades distintas para las que han sido solicitadas al usuario.

El responsable de la base de datos es el Ministerio de Salud Pública y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es Avenida 18 de Julio 1892, según lo establecido en la LPDP".

Términos de la Cláusula*: Acepto los Términos
 No acepto los términos. (No se enviará el mensaje)

Ilustración 17 - Cláusula de Consentimiento Informado

Usted debe seleccionar una de las opciones, SI/NO acepta los términos de la cláusula. En caso de que seleccione la opción negativa, usted no podrá iniciar el trámite.

Paso 7: Constancia de Inicio de Trámite

En este paso se le informará que su trámite ha sido iniciado con éxito y se le dará el número correspondiente al mismo, con el que podrá hacer seguimiento a su trámite.

Se dejará disponible en pantalla un link desde donde podrá descargar un documento pdf, que contendrá todos los datos que usted ingreso en los formularios.

Constancia de Inicio de Trámite

Los campos indicados con * son obligatorios.

✓ Información
Estimado usuario, su trámite número 10209 ha sido iniciado exitosamente.

Descargar PDF

[Descargar documento pdf \(.pdf 122.34KB\)](#)

Ilustración 18 - Constancia de Inicio de Trámite

Tarea 2 – Corrección de Datos

Esta tarea será realizada por usted, en el caso que el funcionario que analizó su solicitud haya encontrado que faltan datos o que los mismos deben ser corregidos.

Paso 1: Visualizar Correcciones

Correcciones Solicitadas

Correcciones Solicitadas

Observaciones: prueba

Ilustración 19 - Correcciones Solicitadas

En este paso usted podrá visualizar las observaciones realizadas por el funcionario que analizó su solicitud, en cuanto a los datos que ingresó en los formularios, para así poder corregirlos y enviar la solicitud nuevamente a analizar.

Los pasos siguientes, corresponderán a los mismos formularios que usted ya completó inicialmente (ver Tarea 1), los cuales estará habilitados para que pueda modificar los que sean necesarios.

Paso 2: Constancia de Corrección



Ilustración 20 - Constancia de Corrección

Usted visualizará en pantalla que su solicitud ha sido corregida con éxito y que nuevamente fue enviada a la etapa de análisis. Su resolución se le comunicará al mail de contacto que ingresó en el formulario.

05 ¿DÓNDE PUEDO HACER SEGUIMIENTO DE MIS TRÁMITES?

Usted podrá hacer seguimiento de los trámites en los que participó siempre y cuando se encuentre logueado. Únicamente se mostrarán los pasos del trámite que tuvieron participación del usuario que se encuentra logueado.

Para poder observar los trámites debe ingresar en “Mis trámites”, opción que figura a la izquierda de la pantalla.

- Una vez ingresado, se observará:
- Id del trámite.
- Nombre del Trámite.
- Etapa en la que se encuentra el Trámite. Si el trámite está Finalizado, este campo figurará en blanco.
- Fecha de modificación del último paso efectuado.
- Estado del Trámite.
- Acciones.

Id	Nombre	Etapa actual	Fecha Modificación	Estado	Acciones
1040	Consultas, Reclamos y Denuncias de los Usuarios de la Salud		19 Sep 2016 17:51:40	Completado	Ver historial
1039	Consultas, Reclamos y Denuncias de los Usuarios de la Salud		19 Sep 2016 17:45:58	Completado	Ver historial
1037	Consultas sobre Situaciones Ambientales u Ocupacionales		19 Sep 2016 17:44:16	Completado	Ver historial
1036	Cambio de Prestador de Salud (Afilación) por Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Beneficiarias no FONASA		19 Sep 2016 17:43:49	Completado	Ver historial

Figura 21 - Trámites Participados

Dentro de “Acciones”, al hacer clic en “Ver historial”, Usted podrá ver sus participaciones dentro del trámite. Por ejemplo, al crear un trámite usted podrá observar el formulario enviado en formato no editable.

06 ¿DÓNDE PUEDO REALIZAR CONSULTAS?

Por consultas por favor dirigirse al correo **buenaspracticaspna@msp.gub.uy**
Dirección General de Coordinación.

Ministerio de Salud Pública Mesa de ayuda del MSP:

- Vía web a través del mail: **mesadeayuda@msp.gub.uy**
- En forma telefónica a través del **1934 int. 3243**

07 ¿CÓMO CONTINÚA EL TRÁMITE DENTRO DEL ORGANISMO UNA VEZ INICIADO EN LÍNEA?

Luego de iniciado el trámite, el Comité Evaluador de Buenas Prácticas analizará su solicitud y seleccionará las prácticas a ser visitadas en la siguiente etapa del proceso de evaluación.

Un evaluador asignado por el Grupo Coordinador se comunicará con el servicio para planificar la visita. En esta oportunidad indicará la documentación y registros a consultar y las personas o equipos que se entrevistarán. Los acuerdos respecto a fechas y horarios de visita deberán ser respetados por todos los actores involucrados. Los cometidos principales de las visitas son: verificar los datos proporcionados por el servicio en la postulación, aclarar aspectos que no se hayan comprendido en el mismo y aclarar dudas del servicio si las tuviera. Asimismo, se podrán mantener entrevistas con los usuarios y trabajadores si se entendiera necesario o de utilidad.

Los resultados de esta instancia se comunicarán al correo electrónico ingresado en trámite por los equipos participantes.

08 RESULTADO DEL RELEVAMIENTO

Una vez realizada la visita se elaborará un breve informe, que podrá incluir observaciones, que será enviado a los referentes institucionales.

Los resultados de esta instancia se comunicarán al correo electrónico ingresado en trámite por los equipos participantes.

09 INFORMACIÓN SOPORTE DE ACTIVOS

Activo: SIMPLE y AGENDA

Criticidad (Alta/Media /Baja): ALTA



 Ministerio de Salud - Uruguay

 MSPUruguay

www.gub.uy/ministerio-salud-publica/