



# META ASISTENCIAL 2024-2025

## INSTRUCTIVO

Enero 2024 - Diciembre 2025

### 1) INTRODUCCIÓN

La meta asistencial definida para el periodo 2024-2025 tiene una **periodicidad de cumplimiento y pago cuatrimestral** y está organizada en **cinco (5) 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
- (5) Salud Mental

En esta etapa se evaluará un total de **veintiún (21) indicadores**, según se detalla a continuación:

COMPONENTE TEMÁTICO	INDICADOR
(1) Salud del niño y la niña	1.1) Captación del Recién Nacido
	1.2) Visita domiciliaria para recién nacidos de riesgo
	1.3) Control integral de los niños según pauta al año de vida
	1.4) Cobertura vacunal del Esquema Obligatorio
	1.5) Pesquisa y seguimiento diagnóstico de hipoacusia congénita
	1.6) Seguimiento de alteraciones del desarrollo al cuarto año de vida
	1.7) Control odontológico de niños al tercer año de vida
	1.8) Control oftalmológico de niños al quinto año de vida



(2) Salud de la mujer embarazada y puérpera	2.1) Preparación de la mujer embarazada para el nacimiento
	2.2) Acompañamiento y consejería a la mujer embarazada durante su primer puerperio
	2.3) Puérperas primerizas con indicios de depresión post-parto con consulta con el Comité de Recepción de Salud Mental
(3) Violencia basada en género y generaciones	3) Seguimiento de afiliados en situaciones de riesgo alto de Violencia de Género y/o Generaciones
(4) Enfermedades no transmisibles	4.1) Cobertura de tamizaje de cáncer colorrectal de 60 a 70 años.
	4.2) Afiliados de ambos sexos con test de sangre oculta en materias fecales positivo con fibrocolonoscopia realizada
	4.3) Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello de útero de 25 a 64 años
	4.4) Mujeres con tratamiento oportuno de cáncer de cuello uterino
	4.5) Cobertura de tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años.
	4.6) Mujeres con tratamiento oportuno de cáncer de mama
	4.7) Conciliación de medicamentos al egreso en afiliados internados con Hipertensión y Diabetes
	4.8) Seguimiento inmediato a la internación de afiliados con Enfermedad Cerebrovascular
(5) Salud Mental	5) Seguimiento inmediato de afiliados con intento de autoeliminación



## 2) PERIODO DE APLICACIÓN DE LA META

El período de aplicación del presente instructivo será desde enero 2024 con una periodicidad de entrega cuatrimestral, hasta diciembre de 2025. La relación entre el periodo de cumplimiento de la meta y el pago se detalla en el siguiente cuadro.

Relación cumplimiento – pago	
El cumplimiento del cuatrimestre...	Generará pagos para el cuatrimestre...
Enero-febrero-marzo-abril de 2024	Julio-agosto-setiembre-octubre de 2024
Mayo-junio-julio-agosto de 2024	Noviembre-diciembre de 2024 - Enero-Febrero de 2025
Setiembre-octubre-noviembre-diciembre de 2024	Marzo-abril-mayo-junio de 2025
Enero-febrero-marzo-abril de 2025	Julio-agosto-setiembre-octubre de 2025
Mayo-junio-julio-agosto de 2025	Noviembre-diciembre de 2025 - Enero-Febrero de 2026
Setiembre-octubre-noviembre-diciembre de 2025	Marzo-abril-mayo-junio de 2026



### 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 *Diccionario de Variables*.

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 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 Sí adhiere al indicador y declara población del cuatrimestre
- **Código 2:** la Institución NO adhiere al indicador
- **Código 3:** la Institución Sí adhiere al indicador de la Meta pero no tiene 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**

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.

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

Periodo y fecha-hora límite de entrega inicial de información			
Periodo	Tipo de Entrega	Fecha límite de entrega	Hora
Enero-febrero-marzo-abril 2024	Informes Cualitativos (1.4 y 4.1)	3 de Junio 2024	23:59
	Planilla Nominalizada	17 de Junio 2024	23:59
Mayo-junio-julio-agosto 2024	Informes Cualitativos (1.4 y 4.1)	1° de octubre 2024	23:59
	Planilla Nominalizada	15 de Octubre 2024	23:59
Setiembre- octubre- noviembre-diciembre 2024	Informes Cualitativos (1.4 y 4.1)	3 de Febrero 2025	23:59
	Planilla Nominalizada	17 de Febrero 2025	23:59
Enero- febrero- marzo- abril 2025	Informe Cualitativo (1.4)	2 de Junio 2025	23:59
	Planilla Nominalizada	16 de Junio 2025	23:59
Mayo- junio- julio- agosto 2025	Informe Cualitativo (1.4)	1° de octubre 2025	23:59
	Planilla Nominalizada	15 de Octubre 2025	23:59
Setiembre- octubre- noviembre-diciembre 2025	Informe Cualitativo (1.4)	2° de Febrero 2026	23:59
	Planilla Nominalizada	18 de Febrero 2026	23:59



**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.

En base a la información declarada en la **Entrega Tardía** se rectifica desde el primer mes de pago -si así correspondiera- de acuerdo al Cumplimiento alcanzado por el Prestador en esta segunda instancia. Esto aplica para la totalidad de los indicadores (cuantitativos y cualitativos).

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	Tipo de Entrega	Fecha límite de entrega	Hora
Enero-febrero-marzo-abril 2024	Informes Cualitativos (1.4 y 4.1)	15 de Julio 2024	23:59
	Planilla Nominalizada	22 de Julio 2024	23:59
Mayo-junio-julio-agosto 2024	Informes Cualitativos (1.4 y 4.1)	13 de Noviembre 2024	23:59
	Planilla Nominalizada	20 de Noviembre 2024	23:59
Setiembre- octubre- noviembre-diciembre 2024	Informes Cualitativos (1.4 y 4.1)	14 de Marzo 2025	23:59
	Planilla Nominalizada	21 de Marzo 2025	23:59
Enero- febrero- marzo- abril 2025	Informe Cualitativo (1.4)	14 de Julio 2025	23:59
	Planilla Nominalizada	21 de Julio 2025	23:59
Mayo- junio- julio- agosto 2025	Informe Cualitativo (1.4)	13 de Noviembre 2025	23:59
	Planilla Nominalizada	20 de Noviembre 2025	23:59
Setiembre- octubre- noviembre-diciembre 2025	Informe Cualitativo (1.4)	16 de Marzo 2026	23:59
	Planilla Nominalizada	23 de Marzo 2026	23:59



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

Con respecto a los **indicadores cuantitativos**, alcanzada la fecha límite de entrega se toma como válida la última PN entregada por el Prestador bajo el estado “*En revisión para aceptación*” y se realiza la validación de contenido y el cálculo de cumplimiento, de acuerdo con las reglas establecidas en el *Documento de Reglas de Control de Datos*.

El Dpto. de Control de Prestadores comunicará mediante el sistema de notificación de la JUNASA los resultados validados de cumplimiento y pago de cada indicador, los cuales serán remitidos en la Orden de Pago correspondiente. Asimismo, se enviará el detalle de los registros que no fueron contabilizados en el indicador y el motivo asociado según establece el Documento de Reglas de Control de Datos (registros rechazados y excluidos).

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

Las solicitudes de revisión del cálculo de cumplimiento y pago serán recibidas exclusivamente a través del correo institucional: [revisionmetas@msp.gub.uy](mailto:revisionmetas@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 2024-2025, ordenados en los cinco componentes temáticos mencionados.

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

#### Indicador 1.1) Captación del Recién Nacido

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** 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.
- **Denominador:** Nº de niños nacidos vivos en el cuatrimestre afiliados a la institución.

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

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

Se sugiere a las instituciones que desde la oficina donde se realiza el trámite de afiliación se dé aviso interno al programa de niñez o donde se coordina el seguimiento de los niños, para que puedan coordinar ni bien se afilia la consulta médica (Tiempo de espera para Pediatría 24 horas según artículo 1 del Decreto 359/007)

En los casos en que la primera consulta coincida con un día de fin de semana o un feriado, la institución

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



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 CAPTACIÓN” 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”.
- Aquellos de recién nacidos vivos que no estaban afiliados al Prestador al momento de su nacimiento y se afilian con posterioridad deberán ser reportados de acuerdo a los siguientes criterios:
  - a) Recién nacido que se afilie hasta el noveno día de vida inclusive en columna “Captación” se debe consignar “SI/NO/Protocolo” según corresponda. En estos casos, a efectos del cumplimiento del indicador la captación es responsabilidad del prestador.
  - b) Recién nacido que se afilie con posterioridad al noveno día de vida (10 días y más) en columna “Captación” se debe consignar “NO CORRESPONDE”. En este caso, el prestador deberá realizar los controles posteriores a la captación.

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 y Diccionario de Variables.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF), 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 RUCAF, 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, vacuna BCG.
- La oximetría del pulso (pesquisa de cardiopatías Decreto 30/18) debe estar registrada en la historia clínica, con el resultado pre y post ductal.



### 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%

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

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:** Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos 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 a considerar al momento del alta**, 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 y hemoglobinopatías (Decreto Nro. 170/023 del 12 de junio de 2023).
- Patología que requirió cuidados intensivos.
- Antecedente de hermano fallecido antes del año de vida.

**Criterios de riesgo social:**

- Madre menor de 17 años.
- Madre, padre o adulto referente con consumo problemático de sustancias<sup>2</sup>.
- Violencia en el hogar.
- Madre, padre o adulto referente con patología psiquiátrica (trastorno bipolar, psicosis crónica), depresión mayor o discapacidad intelectual.
- 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”

<sup>2</sup> [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Guia\\_Infodrogas\\_correcci%C3%B3n20230712\\_Edicion\\_12a1.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Guia_Infodrogas_correcci%C3%B3n20230712_Edicion_12a1.pdf)



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”.
- Aquellos de recién nacidos vivos catalogados de riesgo que se desafilian del Prestador durante el periodo de internación y hasta los 7 días posteriores al alta deberán ser consignados en la columna Visita Domiciliaria como “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 y Diccionario de Variables.

### **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<sup>3</sup>, 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.

---

<sup>3</sup> En el caso de los factores de riesgo social referidos al padre y/o adulto referente estos deben ser indagados y consignados en la Historia Clínica en el marco de la entrevista clínica realizada a la madre durante el control del embarazo y/o posterior al nacimiento.



**Indicador 1.3) Control integral de los niños según pauta al año de vida**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 13 meses en el cuatrimestre y cuentan con control integral según pauta.
- **Denominador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 13 meses de edad en el cuatrimestre.

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

**Valor Meta (VM):**

1er. cuatrimestre: 60%

2do. al 6to. cuatrimestre: 80%

**Valor Piso (VP):**

1er. cuatrimestre: 50%

2do. al 6to. cuatrimestre: 70%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:**

1er. y 2do. cuatrimestre: Tope general 20% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 10).

3er. y 4to. cuatrimestre: Tope general 15% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 14).

5to. y 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 un control integral según pauta, realizado entre los 11 meses y 0 días y los 13 meses y 0 días.

Los controles pediátricos deben ser realizados por el pediatra o médico de familia.

A efectos del cumplimiento del indicador se exigirá:

- Evaluación de crecimiento y desarrollo según pautas nacionales, así como todos los componentes del control al año de vida.
- Despistaje de anemia a través de determinación de hemoglobina en sangre capilar entre el 8º y 12º mes de vida.

*Atención: En el primer cuatrimestre (EFMA 24) serán contabilizados dentro de la población objetivo (denominador) los niños que cumplen 13 meses y 0 días a partir del 1ero. de marzo de 2024 (inclusive).*



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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños que cumplen 13 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 1A”** tengan consignadas las opciones **“SI”** y **“PROTOCOLO”** de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos niños que cumplen con lo exigido en el indicador en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna **“CONTROL 1A”** con **“SI”**, en la columna **“FECHA CONTROL 1A”** la fecha del control pediátrico y en la columna **“RESULTADO HGB”** el resultado de la Hemoglobina Capilar.
- Aquellos niños que no cumplen con lo exigido en el indicador 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 1A”** con **“PROTOCOLO”**. Asimismo, deberán consignar en la columna **“CATEGORIA PROTOCOLO 1A”** 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 y Diccionario de Variables.

### **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, perímetro craneano), firma del médico y aclaración de firma. Debe estar detallado el control integral realizado por el pediatra o médico de familia. Asimismo, debe quedar consignado el resultado de la medición de la hemoglobina.
- 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. Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.





#### Indicador 1.4) COBERTURA VACUNAL DEL ESQUEMA OBLIGATORIO

El objetivo último del indicador es mejorar la cobertura del esquema vacunal obligatorio, promoviendo que al menos el 95% de los menores de 12 meses tengan la 3era. dosis de IPV (polio inactivada) y que al menos el 95% de los menores de 5 años tengan la 2da. dosis de vacuna triple viral o SRP (sarampión, rubéola y parotiditis).

En este sentido, en el marco de la Meta 2024-2025 se prevé la implementación de un indicador cualitativo que enmarca distintas acciones tendientes a mejorar la cobertura vacunal de IPV 3 durante los 3 cuatrimestres de 2024 y de SRP 2 durante los 3 cuatrimestres de 2025.

Las actividades planteadas y su nivel de exigencia estarán determinadas por el estatus de cobertura vacunal de las niñas y niños registrados en cada prestador al término del año calendario (es decir 2023 para la meta 2024 y 2024 para la meta 2025), la cobertura vacunal (tanto para IPV 3 como SRP 2) se estratificará en 3 grupos adaptados según el margen de riesgo establecido por la Organización Panamericana de la Salud para los valores de cobertura vacunal:

- **Grupo 1:**  $\geq 95\%$
- **Grupo 2:** 91-94%
- **Grupo 3:**  $\leq 90\%$

A estos efectos, la Unidad de Inmunizaciones del MSP -a través de la JUNASA-, notificará en función de un cronograma pre-establecido a cada prestador el grupo al que se encuentra asignado y cuál es su nivel de cobertura vacunal.

Las vacunas seleccionadas servirán como indicador y no supondrán una limitante en cuanto a las actividades de promoción de la vacunación a considerar.

#### **HITO 1: CAPACITACIÓN SOBRE VACUNACIÓN INFANTIL (2024) Y RECUPERACIÓN DE ESQUEMAS ATRASADOS Y NOTIFICACIÓN DE ESAVI (2025)**

**Objetivo:** Actualizar los conocimientos sobre vacunación en el personal vinculado en la atención directa de niñas y niños menores de 5 años, enfocado en la importancia de la vacunación, tipos de vacunas, seguimiento de esquemas atrasados e identificación y notificación de efectos adversos supuestamente atribuibles a las vacunas (ESAVI)

**Destinatarios:** perfil profesional y técnico (titular o suplente fijo) vinculado a la atención de niñas y niños a nivel de policlínica y radio: médicos de medicina general y de familia **que asisten a niños y niñas**, pediatría, licenciados y auxiliares de enfermería y vacunadores.

**Requisitos:** Modalidad de la capacitación: presencial, virtual o mixto. Se habilita la opción virtual autoadministrada en caso que la Institución disponga de la herramienta.

**Contenidos de la capacitación:** La Unidad de inmunizaciones gestionará lineamiento en cuanto al contenido



Para cada cuatrimestre se establecen los siguientes porcentajes de profesionales y técnicos capacitados (acumulados) por cuatrimestre:

	EFMA 2024	MJJA 2024	SOND 2024	EFMA 2025	MJJA 2025	SOND 2025
	Capacitación sobre IPV			Capacitación sobre SRP		
Grupo 1	No aplica	30%	60%	No aplica	30%	60%
Grupo 2	No aplica	30%	60%	No aplica	30%	60%
Grupo 3	No aplica	30%	70%	No aplica	30%	70%

El denominador (población objetivo) y el numerador exigido en cada cuatrimestre será notificado a los Prestadores, de acuerdo a lo informado por éstos en el SIPS (Sistema de Información del Personal de Salud).

#### **Medios de verificación:**

El cumplimiento de los hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe del cuatrimestre, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE.

Sobre este hito se debe informar:

- Indicación de día y hora, lugar de las actividades de capacitación realizadas.
- Descripción del contenido de la capacitación, modalidad y cantidad de participantes.
- Listado nominalizado de participantes asistentes (nombre y cargo).
- **En el caso que ninguno de los médicos generales y de familia del Prestador preste asistencia a niños/as, la institución debe enviar una nota a [revisionmetas@msp.gub.uy](mailto:revisionmetas@msp.gub.uy), realizando dicha aclaración.**

#### **HITO 2: ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN EN EL CONTEXTO ASISTENCIAL**

**Objetivo:** Aumentar los conocimientos sobre las vacunas y la importancia de la vacunación para proteger la salud a través de la motivación de madres, padres, tutores, cuidadores, referentes de cuidado, maestros y educadores sobre los beneficios de la vacunación en las niñas y niños.

**Destinatarios:** Madres, padres, 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 vinculados a la niñez.

#### **Requisitos:**

Modalidad: presencial, virtual o mixto.



Se habilita a realizar las actividades de promoción de manera conjunta entre hasta 3 Prestadores.

Para 2024 y 2025 se establecen las siguientes exigencias para cada grupo:

**Grupo 1:** Al menos 1 actividad de promoción sobre vacunación en el primer año de vida y al menos 1 actividad sobre la vacunación frente a sarampión, rubéola y paperas, según cuadro.

**Grupo 2:** Al menos 2 actividades de promoción sobre vacunación en el primer año de vida y al menos 2 actividades sobre la vacunación frente a sarampión, rubéola y paperas, según cuadro.

**Grupo 3:** Al menos 3 actividades de promoción sobre vacunación en el primer año y al menos 3 actividades sobre SRP en el segundo, según cuadro.

	EFMA 2024	MJJA 2024	SOND 2024	EFMA 2025	MJJA 2025	SOND 2025
	Promoción de vacunación vacunas 1er año de vida (PENTA + IPV + PCV 13)			Promoción de vacunación mayores de 12 meses hasta los 5 años		
Grupo 1	1			1		
Grupo 2	1	1		1	1	
Grupo 3	1	1	1	1	1	1

#### **Medios de verificación:**

El cumplimiento de los hitos correspondientes para cada grupo deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe del cuatrimestre, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. Se debe informar:

- Indicación de día y hora, lugar y link de acceso a las actividades.
- Descripción del contenido de las actividades, modalidad y cantidad de participantes.
- Enumeración de Instituciones de Salud co-ejecutoras de las actividades.

Se solicita hacer llegar con anticipación la convocatoria a las actividades al Área Programática de la Niñez ([programaninez@msp.gub.uy](mailto:programaninez@msp.gub.uy)) y a la Unidad de Inmunizaciones ([inmunizaciones@msp.gub.uy](mailto:inmunizaciones@msp.gub.uy)).

#### **HITO 3: ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN**

##### **Objetivos:**

- Contribuir a la educación en vacunas de los usuarios a fin de evitar la desinformación y los mitos relacionados a la vacunación en niños.
- Proporcionar información fiable y accesible al público para que las personas puedan tomar decisiones



informadas para su salud y bienestar.

- Brindar información del funcionamiento de vacunatorios

Difundir campaña institucional de promoción de la vacunación de niños y niñas y datos de contacto y horario de atención del vacunatorio de la institución o de referencia en los siguientes medios:

- Página web institucional
- Redes sociales institucionales y APP institucional (en caso de disponer)
- TV de Sala de Espera destinadas para difusión de contenidos institucionales

Para 2024 y 2025 se establecen las mismas exigencias para cada grupo:

	EFMA 2024	MJJA 2024	SOND 2024	EFMA 2025	MJJA 2025	SOND 2025
	Difusión sobre vacunación: del nacimiento hasta la edad escolar			Difusión sobre vacunación: del nacimiento hasta la edad escolar		
Grupo 1, 2 y 3	X	X	X	X	X	X

#### **Medios de verificación:**

El cumplimiento de los hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe del cuatrimestre, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. Se debe informar:

##### *1. Difusión en sitios web oficiales:*

- Enlace a dirección web activa donde se constate información (infografía, banner, afiche, documento, texto, video) que detalle fecha de carga.
- Para el material audiovisual de promoción de vacunas, este debe estar disponible en la página principal del sitio web y ser visible en al menos 1 de las siguientes partes:
  - Cabecera, header o portada.
  - Cuerpo de contenidos.
  - Menú de navegación.
- En caso de contar con módulos destinados al detalle de servicios en cuanto a medicina general, medicina familiar o comunitaria, pediatría, vacunatorio y/o medicina preventiva este debe incluir enlace para la información sobre vacunas generada.

##### *2. Redes sociales y/o APP institucional (esta última en caso de disponer).*

- Plan de medios sociales (1 por cuatrimestre) con mensajes y gráficos para Facebook, Twitter, Instagram, Threads o TikTok (según tenga cada prestador) que contengan información sobre las vacunas incluidas en el certificado esquema de vacunación hasta los 5 años. Estos deben incluir de forma explícita: importancia de las vacunas, enfermedades que previenen, esquema de vacunación



y número de dosis.

- Cantidad de material promocional creado y difundido en redes sociales: enlaces que permitan la visualización de los mismos.
- Enlace a material audiovisual publicado, que cuente con participación de personal médico (pediatras, médicos de familia o vacunadores) que debe abordar:
  - Vacuna BCG
  - Vacuna Pentavalente (DPT+Hib+HepB)
  - Vacuna antipoliomielítica
  - Vacuna antineumocócica
  - Vacuna anti-sarampión
  - Mitos sobre la vacunación

Cada video debe incluir de forma explícita: importancia de la vacuna, enfermedades que previene, esquema y número de dosis, mensaje motivacional.

### 3. TV de sala de espera

- Plan de medios: (1 por cuatrimestre) con material audiovisual del personal médico (pediatras, médicos de familia o vacunadores) que debe abordar:
  - Vacuna BCG
  - Vacuna Pentavalente (DPT+Hib+HepB)
  - Vacuna antipoliomielítica
  - Vacuna antineumocócica
  - Vacuna anti-sarampión
  - Mitos sobre la vacunación

Cada video debe incluir de forma explícita: importancia de la vacuna, enfermedades que previene, esquema y número de dosis, mensaje motivacional.

- Registro audiovisual del material producido y transmitido, fecha de 1era transmisión y tiempo total de transmisión.

## HITO 4: CAMPAÑA DE VACUNACIÓN EN TERRITORIO.

**Objetivo:** Desplegar actividades organizadas en territorio que busquen acercar a los usuarios a la vacunación por medio de los prestadores con influencia activa en territorio.

Vacunación en territorio por parte del personal de vacunación del prestador.

En caso de no contar con vacunatorio propio, se deberá gestionar mediante la CHLA-EP.



### **Requisitos:**

Realizar campaña institucional de vacunación de niños y niñas frente a vacunas del 1er año de vida (2024) y de 2 a 5 años (2025) según grupo (aplica para grupos 2 y 3)

Se habilita a realizar las actividades de campaña de vacunación de manera conjunta entre hasta 3 Prestadores.

### **Medios de verificación:**

El cumplimiento de los hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe del cuatrimestre, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. Se debe informar:

- Página web institucional: Enlace a sitio de información con datos de contacto y horario de atención del vacunatorio de la institución o más cercano de referencia.
- Redes sociales institucionales y APP institucional (en caso de disponer): Enlace a la publicidad realizada para difundir las actividades de vacunación programadas
- TV de sala de espera: Registro de la publicidad audiovisual transmitida al menos 10 días hábiles previos al inicio de cada campaña (según corresponda al grupo).
- Registro de la actividad realizada:
  - Nómina del personal participante durante toda la jornada de vacunación
  - Indicación de día y hora, lugar y link de acceso a las actividades, horario total de duración no menor a 8 horas totales, incluyendo horario vespertino (a partir de las 14h00)
  - Descripción del contenido de las actividades realizadas, modalidad y cantidad de actos vacunales administrados.
  - Enumeración de Instituciones de Salud co-ejecutoras de las actividades.

	EFMA 2024	MJJA 2024	SOND 2024	EFMA 2025	MJJA 2025	SOND 2025
	Campaña vacunación primer año de vida			Campaña vacunación 2 a 5 años		
Grupo 1	No aplica			No aplica		
Grupo 2			1			1
Grupo 3		1	1		1	1



**Indicador 1.5) Pesquisa y seguimiento diagnóstico de hipoacusia congénita.**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 8 meses de edad en el cuatrimestre con aplicación de Protocolo para la detección precoz de la Hipoacusia Congénita antes de los 6 meses de edad.
- **Denominador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 8 meses en el cuatrimestre.

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

**Valor Meta (VM):** 2024: 80% y 2025: 90%

**Valor Piso (VP):** 2024: 70% y 2025: 80%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla Nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla Nominalizada

**Protocolo de actuación:**

Tope general 15% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 14).

**Instrucciones para la implementación del indicador**

Se exigirá que los niños 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 el otorgamiento del alta en la 1era. EOA, 2da. EOA o PEAT o bien la consulta de definición diagnóstica con el ORL (posterior a la realización de los Potenciales evocados auditivos) sea antes de los 6 meses de edad del niño.

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 Ordenanza 447/2009 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 (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellos niños que cumplan las especificaciones que se detallan a continuación.



- Niños que cumplen con las etapas de pesquisa y diagnóstico en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada de la siguiente forma: columna **“SEGUIMIENTO PAUTA DIAGNÓSTICO”** con **“SI”**, columna **“INSTANCIA”** se debe consignar **“1era. EOA”**, **“2da. EOA o PEAT”** o **“Consulta de definición diagnóstica con ORL”** y en la columna **“FECHA INSTANCIA”** consignar la fecha correspondiente a la instancia donde el niño finaliza el proceso de pesquisa o de diagnóstico.
- 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”** la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos niños que se afilian al Prestador con posterioridad a los 6 meses se deben consignar en la planilla nominalizada la columna **“SEGUIMIENTO PAUTA DIAGNÓSTICO”** 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 y Diccionario de Variables.

### **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 y de corresponder fecha de realización de la 2da EOA y/o fecha de realización de PEAT (potenciales evocados auditivos) y 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/a se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica donde figure el seguimiento diagnóstico de hipoacusia congénita.
- También se permite que un técnico competente, en el ejercicio particular de la profesión, complete el carné de control pediátrico de 0 a 12 años (página 6), con fecha, firma y aclaración de firma. Estos casos se consignan en Planilla Nominalizada como un **“SI”**. A su vez el/la pediatra tratante consignará en la historia clínica que el niño/a fue controlado en forma particular, con la fecha correspondiente del mismo y con las situaciones positivas de hallazgos clínicos a tratar.
- Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.





#### Indicador 1.6) Seguimiento de alteraciones del desarrollo al cuarto año de vida

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Nº de niños afiliados a la institución con al menos una alteración constatada en el control de desarrollo al cuarto año de vida realizado en el cuatrimestre con consulta con especialista realizada.
- **Denominador:** Nº de niños afiliados a la institución con al menos una alteración constatada en el control de desarrollo al cuarto año de vida realizado 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:

Tope general 15% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 14).

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

Se exigirá que los niños afiliados a la institución a los que se le constate alguna alteración en el control de desarrollo al cuarto año de vida<sup>4</sup> realizado en el cuatrimestre cuenten con consulta con *al menos uno* de los especialistas que corresponda en el cuatrimestre y hasta el último día establecido para la declaración de la Entrega Inicial.

A efectos del cumplimiento del indicador quedan comprendidas como consulta con especialista el listado detallado a continuación:

- Neuropediatra
- Psiquiatra Infantil
- ORL
- Comité de Recepción de Salud Mental (o dispositivo equivalente) para eventual derivación a los siguientes técnicos: Licenciado en Psicología, Psicomotricidad, Licenciado en Psicopedagogía.

<sup>4</sup> El control de desarrollo al 4to. año de vida debe ser realizado entre los 42 meses y 54 meses 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



- Licenciado en Fonoaudiología
- Dispositivos especializados que tenga la institución para el abordaje de dichas alteraciones

El control de desarrollo donde se identifica la alteración y su fecha de realización (en el cuatrimestre) debe quedar debidamente registrado en la historia clínica, en la ficha destinada para tal fin y completada en su totalidad. Asimismo, debe quedar detallada la fecha y especialista que realiza la consulta correspondiente, la cual debe estar comprendida dentro del cuatrimestre y hasta el último día establecido para la declaración de la Entrega Inicial.

Aquellos niños que ya se encuentran bajo seguimiento y/o tratamiento de alteraciones en el desarrollo detectadas en pesquisas anteriores a la realizada al cuarto año de vida, quedan exceptuadas de la exigencia establecida por el indicador.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños con al menos una alteración detectada en el control del desarrollo al cuarto año de vida realizado en el cuatrimestre (denominador). A estos efectos, se debe consignar la fecha de realización del control de desarrollo al cuarto año de vida, la cual debe estar comprendida dentro del cuatrimestre (**"FECHA CONTROL 4A"**).

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

- Aquellos niños que cuentan con consulta con especialista deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna **"CONSULTA ESPECIALISTA"** con "SI" y en la columna **"FECHA ESPECIALISTA"** 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 **"CONSULTA ESPECIALISTA"** con "PROTOCOLO". Asimismo, deberán consignar en la columna **"CATEGORIA PROTOCOLO ESPECIALISTA"** la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos niños que ya se encuentran bajo seguimiento y/o tratamiento de alteraciones en el desarrollo deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna **"CONSULTA ESPECIALISTA"** 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 y Diccionario de Variables.



### **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:

- Debe constar en la historia clínica la fecha de control de desarrollo al cuarto año de vida (con fecha de realización en el cuatrimestre) y la consulta con el Especialista que corresponda realizada en el cuatrimestre y hasta el último día establecido para la declaración de la Entrega Inicial, con detalle de los registros clínicos, firma del especialista y aclaración de firma
- Los casos declarados como NO CORRESPONDE por tratarse de niños que ya se encuentran en seguimiento o tratamiento por una alteración del desarrollo, el auditor indagará en la historia clínica la fecha de diagnóstico de la alteración y la corroboración de realización del seguimiento y/o tratamiento correspondiente.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



**Indicador 1.7) Control odontológico de niños al tercer año de vida**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** N° de niños afiliados de 30 a 42 meses de edad que cuentan con control odontológico.
- **Denominador:** N° de niños afiliados de 30 a 42 meses de edad

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

**Valor Meta (VM):**

1er. cuatrimestre: 20%  
2do. cuatrimestre: 30%  
3er. cuatrimestre: 40%  
4to. cuatrimestre: 50%  
5to. cuatrimestre: 65%  
6to. cuatrimestre: 80%

**Valor Piso (VP):**

1er. cuatrimestre: 0%  
2do. cuatrimestre: 10%  
3er. cuatrimestre: 20%  
4to. cuatrimestre: 30%  
5to. cuatrimestre: 45%  
6to. cuatrimestre: 60%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

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

**Protocolo de actuación:**

1er. al 3er. cuatrimestre: 7% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).  
4to. al 6to. cuatrimestre: 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 odontológico entre los 30 y 0 días y 42 meses y 0 días de edad, realizado y registrado por Odontólogo.

El control odontológico consistirá en la apreciación de la situación clínica, incluyendo tejidos blandos, dientes, funciones (deglución, fonación, respiración) y detección de hábitos que pudieran constituir un factor de



riesgo para el desarrollo de enfermedades. El control debe quedar debidamente registrado en la historia clínica.

Se toma el último día del cuatrimestre como fecha de corte para el cálculo de la edad en meses de los niños.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños afiliados de 30 meses y 0 días a 42 meses y 0 días de edad cumplida al último día del cuatrimestre que cuenten con el control odontológico realizado de acuerdo a las especificaciones anteriormente mencionadas o bien aquellos casos que configuren algunas de las situaciones previstas para la aplicación de los Protocolos de Actuación.

Para el numerador de este indicador se contabilizan como casos válidos aquellos niños que en la columna **“CONTROL ODONTOLÓGICO”** tengan consignadas las opciones **“SI”** y **“PROTOCOLO”**, 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 OD”** 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 y Diccionario de Variables.

La información del denominador se extrae del RUCAF de acuerdo a los criterios establecidos en Anexo 1 y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre, es decir, enero de 2024, mayo de 2024, septiembre de 2024, enero de 2025, mayo de 2025 y septiembre de 2025, 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 la fecha de control odontológico, registros clínicos pertinentes, 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 prestador integral (doble cobertura) se aceptará fotocopia de la historia clínica del usuario. Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.
- En los casos de que el niño se atienda en otro lugar (odontólogo particular): se debe completar por parte del odontólogo el carné de control pediátrico de 0 a 12 años (página 62), conjuntamente con nota certificando fecha, firma y aclaración de firma. Estos casos se consignan en Planilla Nominalizada como un "SI". El pediatra tratante consignará en la historia clínica que el niño fue controlado por odontólogo particular, con la fecha correspondiente del mismo y con las situaciones positivas de hallazgos clínicos a tratar.



**Indicador 1.8) Control oftalmológico de niños al quinto año de vida**

**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. y 2do. cuatrimestre: 25% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 8).

3er. y 4to. cuatrimestre: 20% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 10).

5to. al 6to. cuatrimestre: 15% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 14).

**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, **técnico en oftalmología o pediatra**.

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>5</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 y Diccionario de Variables.

### **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/a se atienda en otro lugar (doble cobertura, médico particular) se aceptará fotocopia de la historia clínica.
- **También se permite que el oftalmólogo en el ejercicio particular complete el carné de control pediátrico de 0 a 12 años (página 67), con fecha, firma y aclaración de firma. Estos casos se consignan en Planilla Nominalizada como un “SI”. El/la pediatra tratante consignará en la historia clínica que el niño/a fue controlado en forma particular, con la fecha correspondiente del mismo y con las situaciones positivas de hallazgos clínicos a tratar.**
- Se corroborará desde el MSP la situación de doble cobertura mediante los registros del RUCAF.

---

<sup>5</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

### 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:** Tope general 15% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 14).

#### 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:*

- (a) Caries, paradenciopatías y su importancia con relación al parto pretérmino y el bajo peso al nacer.
- (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>6</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.
- (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 a 1.500 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 “Categoría 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 y Diccionario de Variables.

---

<sup>6</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=1HcwLuyVnnM>



### **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.



**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 Edinburgh) 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):** 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>7</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 laaréola). 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

<sup>7</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



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 reforzar o corregir 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 Edinburg (ver anexo). Se recomienda que dicha escala sea aplicada desde la semana 6 en adelante. 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>8</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.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todas las mujeres que cumplen 90 días de su primer puerperio en el cuatrimestre (denominador), con excepción de aquellas cuyo resultado del parto sea un óbito o un caso de muerte neonatal.

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 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 y Diccionario de Variables.

---

<sup>8</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



### **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):** 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 Edinburg), 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 Edinburg 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 Edinburg. En estos casos, se requerirá realizar evaluaciones adicionales de forma inmediata.

**Instrucciones para la declaración de la información**

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 y Diccionario de Variables.

### **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

#### Indicador 3) Seguimiento de afiliados en situaciones de riesgo alto de violencia de Género y/o Generaciones

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de afiliados en situación de violencia de Género y/o Generaciones identificada en el cuatrimestre por el equipo de salud en atención de policlínica, domiciliaria, urgencia o emergencia o al egreso de la internación, valorada como compleja o de riesgo alto con seguimiento por el equipo de Referencia en Violencia Institucional realizado.
- **Denominador:** Número de afiliados en situación de violencia de Género y/o Generaciones identificada en el cuatrimestre por el equipo de salud en atención de policlínica, domiciliaria, urgencia o emergencia o al egreso de la internación, valorada como compleja o de riesgo alto.

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

##### Valor Meta (VM):

1er. y 2do. cuatrimestre: 60%

3er. y 4to. cuatrimestre: 70%

5to. y 6to. cuatrimestre: 80%

##### Valor Piso (VP):

1er. y 2do. cuatrimestre: 40%

3er. y 4to. cuatrimestre: 50%

5to. y 6to. cuatrimestre: 60%

**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 finalidad del indicador es seguir avanzando en la respuesta del sector salud a todas las situaciones de violencia a través del ciclo de vida de las personas, priorizando el acceso oportuno a una atención de calidad.

La población objetivo del indicador incluye a las personas afiliadas a la institución a las que se identifica por parte del equipo de salud una situación de violencia de género y/o generaciones compleja o de riesgo alto, a nivel de atención de policlínica, domiciliaria, urgencia o emergencia (de servicios propios o contratados) o al egreso de la internación, en el cuatrimestre. También se incluyen aquellos casos identificados directamente por los Equipos de Referencia en Violencia Institucional.



La identificación de las situaciones de violencia de Género y/o Generaciones se realizará tomando como base lo establecido en los Protocolos Ministeriales en relación al tema<sup>9</sup>, sin perjuicio de los Protocolos Institucionales que se hayan realizado tomando como base los anteriores.

A efectos del cumplimiento del indicador se debe:

- a) Verificar y/o actualizar el domicilio y número telefónico del paciente y de adulto referente protector o referente afectivo.
- b) Realizar un seguimiento por parte del Equipo de Referencia en Violencia Institucional de acuerdo a lo establecido por los Protocolos Ministeriales e Institucionales que corresponda según la edad y el tipo de violencia constatado, dentro del cuatrimestre y hasta el último día establecido para la declaración de la Entrega Inicial.
- c) Activar respuesta ante la detección de situaciones de riesgo inminente, de acuerdo a los protocolos existentes.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos las personas afiliadas a la Institución en situación de violencia de género y generaciones de alto riesgo, detectada en el cuatrimestre por los equipos de salud de atención de policlínica, domiciliaria, urgencia o emergencia o al egreso de la internación (denominador).

Se debe consignar la fecha de detección del caso en la columna **"FECHA\_DETECCION"**, la cual debe encontrarse dentro del cuatrimestre (denominador).

Para ser contabilizado en el numerador debe tener consignado "SI" en la columna **"SEGUIMIENTO"**.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.

#### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a los datos reportados al Área Programática de VBGG. Esta información es obligatoria y la misma se encuentra amparada por la Ley 19.580. A efectos de seguir avanzando en el desarrollo de implementación de políticas públicas focalizadas en la temática es fundamental fortalecer las estrategias de seguimiento de los casos y contar con los datos solicitados.

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 del Registro reportado al

---

<sup>9</sup> [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20de%20violencia\\_web.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20de%20violencia_web.pdf)  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Manual%20Clinico%20SNIS%20MSP%202018.pdf>  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20de%20maltrato.pdf>



Programa de VBGG.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Registro en HC de detección y evaluación de riesgo de VBGG y verificación y/o actualización del domicilio y número telefónico del paciente y de adulto referente protector o el referente afectivo.
- Registro en HC de seguimiento realizado por Equipo de Referencia Institucional, con fecha de realización y firma del profesional actuante.
- Registro en HC de activación de respuesta ante riesgo inminente en caso que corresponda.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



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

### Indicador 4.1) Cobertura de tamizaje en cáncer colorrectal en afiliados de 60 a 70 años.

La meta 2024-2025 prevé dos etapas de implementación del indicador de cobertura de tamizaje de cáncer de colon en afiliados de 60 a 70 años.

**Etapas 1- Año 2024:** Con el objetivo de mejorar la cobertura de tamizaje de cáncer colorrectal, se prevé la realización de un diagnóstico de situación institucional sobre la detección de cáncer colorrectal. Este será insumo para la confección de un Plan de Acción que aborde los principales problemas identificados para el tamizaje de cáncer colorrectal en la población de 60 a 70 años, cuyas acciones serán implementadas a partir del último cuatrimestre de 2024.

#### Cuatrimestre 1: Diagnóstico de situación institucional sobre la detección de cáncer colorrectal

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

- 1) Entrega de documento de Diagnóstico de Situación de Salud institucional sobre la detección de cáncer colorrectal, considerando especialmente: factores vinculados a los resultados institucionales obtenidos en relación al tamizaje de cáncer colorrectal a la fecha, limitantes identificadas para la captación de los afiliados, dificultades para la aceptación de la realización del estudio de Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH), diferencias detectadas en afiliados de sexo femenino y masculino y si existieran diferencias, identificar las posibles causas. Si bien resulta válido el planteo de factores externos a la institución, se entiende especialmente importante focalizar en los factores internos que puedan implicar una dificultad en el acceso para el tamizaje de cáncer colorrectal desde la perspectiva del usuario. El objetivo del documento será identificar el/los principales problemas a abordar en el Plan de Acción.
- 2) Reporte de información de indicador cuantitativo en Planilla Nominalizada, a través de RCIE.

#### 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:

- 1) Informe de Diagnóstico de situación institucional sobre detección de cáncer colorrectal, según formato establecido por el Área programática competente.
- 2) Reporte de información de indicador cuantitativo en Planilla Nominalizada, a través de RCIE.



## **Cuatrimestre 2: Plan Institucional para la detección precoz del cáncer colorrectal.**

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

- 1) Entrega de documento de Plan de Acción Institucional que plantee el abordaje de los principales problemas identificados para el tamizaje en cáncer colorrectal en afiliados de 60 a 70 años en la Institución, las líneas de acción a implementar, incluyendo la definición de los correspondientes mecanismos de evaluación del plan.
- 2) Reporte de información de indicador cuantitativo en Planilla Nominalizada, a través de RCIE.

### 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:

- 1) Informe sobre Plan Institucional para la detección precoz de cáncer colorrectal, según formato establecido por el Área programática competente.
- 2) Reporte de información de indicador cuantitativo en Planilla Nominalizada, a través de RCIE.

## **Cuatrimestre 3: Implementación y monitoreo del Plan Institucional**

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

- 1) Entrega del documento de Implementación y evaluación de las líneas de acción definidas en el plan, incluyendo el análisis de los resultados obtenidos en relación a los problemas identificados en el diagnóstico de situación institucional para el tamizaje de cáncer colorrectal, así como las conclusiones que guiarán la continuidad de las acciones en adelante.
- 2) Reporte de información de indicador cuantitativo en Planilla Nominalizada, a través de RCIE.

### 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:

- Informe sobre Implementación y monitoreo del Plan Institucional, según formato establecido por el Área programática competente.
- Reporte de información de indicador cuantitativo en Planilla Nominalizada, a través de RCIE.

En cada cuatrimestre, a efectos del cumplimiento y pago del indicador se debe contar con la aprobación del Informe por parte del Área programática competente.



**Etapa 2- Año 2025:** Se establece como exigencia el cumplimiento del indicador cuantitativo de cobertura, de acuerdo a las especificaciones que se detallan a continuación.

**Indicador 4.1) Cobertura de tamizaje en cáncer colorrectal en afiliados 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): Grupo 1: 62% - Grupo 2: 70%**

**Valor Meta (VM):** Disminuir el **30%** de la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia

4to. cuatrimestre: **20%** de la brecha

5to. cuatrimestre: **25%** de la brecha

6to. cuatrimestre: **30%** de la brecha

**Valor Meta Máximo (VMM): Grupo 1: 49,6% - Grupo 2: 56%**

**Valor Piso (VP):** Media menos 1 desvío estándar del desempeño sectorial del cuatrimestre MJJA 2023.

**Línea de Base (LB):** Valor alcanzado en el cuatrimestre MJJA 2023<sup>10</sup>.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

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

**Protocolo de actuación:** No aplica

*A partir del 4to. cuatrimestre (EFMA 2025) NO serán contabilizados en el numerador los nuevos Test de Sangre Oculta en Heces (con fecha de realización dentro del cuatrimestre) que hayan utilizado la técnica cualitativa.*

*Si al inicio del 4to. cuatrimestre (EFMA 2025) aún no se encuentra incorporada al PIAS la técnica cuantitativa esta exigencia queda sin efecto y su aplicación se posterga al cuatrimestre inmediato posterior a la fecha en que inicia la vigencia de la técnica.*

**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>11</sup>) el cual se realizará a través de los test de sangre oculta en materias fecales (TSOH).

<sup>10</sup> En caso de no haber declarado información en el cuatrimestre MJJA 2023 se imputará como Línea de Base el Valor Piso (media menos 1 desvío estándar del desempeño sectorial del cuatrimestre MJJA 2023).

<sup>11</sup> Guía de práctica clínica de tamizaje del cáncer colo-rectal 2018 MSP



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 colorrectal 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 colorrectal 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.

**Importante:** En el marco de la incorporación al PIAS de la técnica cuantitativa para los Test de Sangre Oculta en Heces, NO serán contabilizados en el numerador los nuevos Test de Sangre Oculta en Heces (con fecha de realización dentro del cuatrimestre) que hayan utilizado la técnica cualitativa. Si al inicio del 4to. cuatrimestre (EFMA 2025) aún no se encuentra incorporada al PIAS la técnica cuantitativa esta exigencia queda sin efecto y su aplicación se posterga al cuatrimestre inmediato posterior a la fecha en que inicia la vigencia de la técnica.

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

El MSP no recomienda la realización de FCC sobre personas asintomáticas, sin signos de cáncer colo-rectal y sin factores de alto riesgo para desarrollar CCR.

No obstante, a efectos de la declaración de este indicador se habilita la adhesión de los Prestadores a alguno de los siguientes grupos<sup>12</sup>:

Grupo 1: Instituciones que informan a todos sus afiliados de 60 a 70 años con TSOH vigente exclusivamente.

Grupo 2: Instituciones que informan a todos sus afiliados de 60 a 70 años con TSOH vigente o FCC de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- FCC con resultado normal, completa y de calidad (hasta el ciego y con colon bien preparado)

---

<sup>12</sup> Las Instituciones deberán informar a cuál grupo adhieren, en el plazo y formato que será notificado por la JUNASA. Esta opción se mantendrá durante todo el periodo de la meta y no se admitirán modificaciones posteriores. De no hacerlo en tiempo y forma se asignará por defecto el grupo 1.





efectuada a afiliados sin factores de alto riesgo de desarrollar CCR.

- FCC normal después de un estudio de sangre oculta en materias fecales positivo, completa y de calidad.

En ambos casos, la vigencia de la FCC normal será de 10 años.

A efectos de la declaración, se deben informar por Planilla Nominalizada todos los afiliados de 60 a 70 años con TSOH o FCC vigente, consignando en la columna **TAMIZAJE “SI”**, la fecha de informe (columna **FECHA TAMIZAJE**), tipo de técnica utilizada (columna **TAMIZAJE - TIPO**) y su resultado (columna **TAMIZAJE-Resultado**).

Grupo 1: Sólo serán contabilizados en el numerador los afiliados de 60 a 70 años con TSOH vigente.

Grupo 2: Serán contabilizados en el numerador los afiliados de 60 a 70 años con TSOH o FCC vigente, de acuerdo a las especificaciones anteriormente detalladas.

Se contabilizarán como válidos aquellos casos donde el usuario no acceda a realizarse el tamizaje, luego de haber sido adecuadamente informado respecto a la importancia de la realización del mismo y de los riesgos que implica la no detección oportuna de la patología. Esto deberá realizarse en el marco de una consulta presencial o virtual, debiendo quedar consignado en Historia Clínica con fecha y firma del profesional médico actuante.

En este caso, para ser contabilizado en el numerador se deberá consignar en la columna **TAMIZAJE “NO CORRESPONDE”** y en la columna **FECHA TAMIZAJE** la fecha correspondiente a la consulta médica (presencial o virtual) donde el usuario expresa su negativa.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.

La información del denominador se extrae del RUCAF de acuerdo a los criterios establecidos en Anexo 1 y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre, es decir, enero de 2025, mayo de 2025 y setiembre de 2025, 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 de TSOH o FCC, tipo de técnica utilizada (cualitativa o cuantitativa) y resultado.
- Los casos declarados como NO CORRESPONDE por tratarse de usuarios que no acceden a realizarse el tamizaje, el auditor indagará en la historia clínica la debida orientación realizada al usuario y la consignación de la negativa por parte del profesional médico. Asimismo, el auditor podrá corroborar



dicha negativa comunicándose directamente con el usuario.

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



#### PRIMERA ETAPA DEL INDICADOR (2024)

**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.
- **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% (2024)

**Valor Piso (VP):** 45% (2024)

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:** No aplica

#### SEGUNDA ETAPA DEL INDICADOR (2025)

**Indicador 4.2) Porcentaje de afiliados con test de sangre oculta en materias fecales positivo del cuatrimestre que se realizaron fibrocolonoscopia en los 45 días posteriores**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de afiliados de 60 a 70 años con TSOH positivo en el cuatrimestre con FCC realizada hasta los 45 días posteriores a la fecha del resultado del TSOH.
- **Denominador:** Número de afiliados de 60 a 70 años con TSOH positivo en el cuatrimestre, por 100

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

**Valor Meta (VM):**

4to. cuatrimestre: 50%

5to. cuatrimestre: 55%

6to. cuatrimestre: 60%

**Valor Piso (VP):** 45%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada



**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:** No aplica

*Si al inicio del 4to. cuatrimestre (EFMA 2025) aún no se encuentra incorporada al PIAS la técnica cuantitativa esta exigencia queda sin efecto y su aplicación se posterga al cuatrimestre inmediato posterior a la fecha en que inicia la vigencia de la técnica. En su lugar, se extiende la aplicación del indicador anterior.*

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

La población objetivo de este indicador son los afiliados de 60 a 70 años con test de sangre oculta en materias fecales positivo (mediante técnica cualitativa o cuantitativa) en el cuatrimestre. 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.

Se toma como punto de corte de la técnica cuantitativa a valores  $\geq 200$

#### **Primera etapa de aplicación (2024):**

**Se mantienen las definiciones y exigencias establecidas en la Meta 2022-2023.** 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 debe estar dentro del cuatrimestre y hasta el último día establecido para la declaración de la Entrega Inicial.

#### **Segunda etapa de aplicación (2025):**

A partir del 4to. cuatrimestre (EFMA 2025), se comienza a exigir tiempo de espera entre el resultado del TSOH y la realización de la FCC. Para el numerador se considerarán los afiliados de 60 a 70 años con test de sangre oculta en materias fecales, con resultado positivo en el cuatrimestre que cuenten con fibrocolonoscopia realizada hasta los 45 días posteriores a la fecha del resultado del TSOH.

Si al inicio del 4to. cuatrimestre (EFMA 2025) aún no se encuentra incorporada al PIAS la técnica cuantitativa, la aplicación de este indicador se posterga al cuatrimestre inmediato posterior a la fecha en que inicia la vigencia de la técnica.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los afiliados de 60 a 70 años con TSOH positivo (cualitativo o cuantitativo) en el cuatrimestre (denominador), indicando la fecha de resultado del TSOH (columna **TEST SOH**) y el tipo de técnica utilizada (columna **TEST SOH - TIPO**).

Aclaración: Criterio para la declaración asociado a la permanencia del afiliado en la Institución. Se aplica el siguiente criterio de inclusión/exclusión del denominador, de acuerdo a la permanencia del afiliado en la institución durante el periodo de referencia:

Etapas 1 (Producción):



- Si el usuario estuvo afiliado a la institución al menos 3 meses en el cuatrimestre corresponde incluirlo en el Denominador.
- Si el usuario estuvo afiliado 1 o 2 meses en el cuatrimestre no se incluye en el Denominador.

**Etapas 2 (Tiempo de Espera):**

- Si el usuario estuvo afiliado a la institución durante los 45 días previstos entre la fecha de resultado del TSOH y la realización de la FCC corresponde incluirlo en el Denominador.
- Si el usuario se desafilia de la institución antes de los 45 días previstos entre la fecha de resultado del TSOH y la realización de la FCC NO corresponde incluirlo en el Denominador.

Para ser contabilizado en el numerador se debe declarar la fecha de realización de la FCC (columna **FCC**), la cual debe ser posterior a la fecha de resultado del TSOH y debe estar comprendida dentro del cuatrimestre y hasta el último día establecido para la declaración de la Entrega Inicial.

**A partir del 4to. cuatrimestre se excluirán del numerador aquellas FCC que superen los 45 días desde la fecha de resultado del TSOH (tiempo de espera), exigencia sujeta a la incorporación de la técnica cuantitativa al PIAS.**

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.

Las Instituciones podrán presentar nota fundamentada por escrito solicitando la revisión del cálculo de cumplimiento y pago del indicador (ver Capítulo 5) para aquellos casos sujetos a las siguientes circunstancias:

- El paciente no otorga su consentimiento para que se le realicen los procedimientos exigidos para el cumplimiento del indicador, de acuerdo a lo consagrado por el Artículo 11 de la Ley 18.335 sobre Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.
- La realización del procedimiento previsto se debe postergar o cesa su indicación por motivos asociados a la situación clínica del paciente que impidan la realización del procedimiento.

En ambos casos se deberá presentar Historia Clínica que acredite fehacientemente las circunstancias mencionadas.

La misma será evaluada por el Dpto. de Control de Prestadores en conjunto con el Área Programática competente y en caso de hacer lugar al planteo realizado se habilitará el pago que corresponda al cumplimiento obtenido a partir de la validación del o los casos analizados.

**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 de TSOH, tipo de técnica utilizada (cualitativa o cuantitativa) y resultado, 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) Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello de útero en mujeres de 25 a 64 años**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas de 25 a 64 años con tamizaje vigente en el cuatrimestre
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas de 25 a 64 años, por 100.

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

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

1er. cuatrimestre: 15% de la brecha

2do. cuatrimestre: 25% de la brecha

3er. cuatrimestre: 35% de la brecha

4to. cuatrimestre: 40% de la brecha

5to. cuatrimestre: 45% de la brecha

6to. cuatrimestre: 50% de la brecha

**Valor Meta Máximo (VMM): 68%**

**Valor Piso (VP):** Media menos 1 desvío estándar del desempeño sectorial del cuatrimestre MJJA 2023.

**Línea de Base (LB):** Valor alcanzado en el cuatrimestre MJJA 2023 (de 25 a 64 años)<sup>13</sup>.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

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

**Protocolo de actuación:** No aplica

**Instrucciones para la implementación del indicador**

El tamizaje de cáncer de cuello de útero debe realizarse a mujeres afiliadas entre 25 y 64 años, a través del Papanicolaou o el test del HPV.

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

La vigencia del tamizaje por test de HPV es de 5 años máximo desde la fecha de su realización.

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

**Importante:** En el marco de la incorporación al PIAS del test de HPV, a partir del 4to. cuatrimestre (EFMA25) se deberá cumplir con determinado porcentaje de tamizajes realizados con el test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre, de acuerdo al siguiente esquema:

<sup>13</sup> En caso de no haber declarado información en el cuatrimestre MJJA 2023 se imputará como Línea de Base el Valor Piso (media menos 1 desvío estándar del desempeño sectorial del cuatrimestre MJJA 2023).



4to. Cuatrimestre	30% de test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre
5to. Cuatrimestre	40% de test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre
6to. Cuatrimestre	50% de test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre

Si al inicio del 4to. cuatrimestre (EFMA 2025) aún no se encuentra incorporado al PIAS el Test de HPV esta exigencia queda sin efecto y su aplicación se posterga al cuatrimestre inmediato posterior a la fecha en que inicia la vigencia del test.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada las mujeres afiliadas entre 25 y 64 años con tamizaje vigente, consignando en la columna **TAMIZAJE “Si”**, indicando la fecha de toma de muestra del PAP o de toma de muestra para el test del HPV (columna **FECHA TAMIZAJE**) y la técnica de tamizaje utilizada (columna **TAMIZAJE - TIPO**).

Se contabilizarán como válidos aquellos casos donde el usuario no acceda a realizarse el tamizaje, luego de haber sido adecuadamente informado respecto a la importancia de la realización del mismo y de los riesgos que implica la no detección oportuna de la patología. Esto deberá realizarse en el marco de una consulta presencial o virtual, debiendo quedar consignado en Historia Clínica con fecha y firma del profesional médico actuante.

En este caso, para ser contabilizado en el numerador se deberá consignar en la columna **TAMIZAJE “NO CORRESPONDE”** y en la columna **FECHA TAMIZAJE** la fecha correspondiente a la consulta médica (presencial o virtual) donde el usuario expresa su negativa.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.

La información del denominador se extrae del RUCAF de acuerdo a los criterios establecidos en Anexo 1 y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre, es decir, enero de 2024, mayo de 2024, septiembre de 2024, enero de 2025, mayo de 2025 y septiembre de 2025, 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 el siguiente registro clínico: fecha de toma del PAP o fecha de toma de muestra para test de HPV.
- Los casos declarados como NO CORRESPONDE por tratarse de usuarios que no acceden a realizarse el tamizaje, el auditor indagará en la historia clínica la debida orientación realizada al usuario y la consignación de la negativa por parte del profesional médico. Asimismo, el auditor podrá corroborar dicha negativa comunicándose directamente con el usuario.
- 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 tratamiento oportuno de cáncer de cuello uterino**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas de todas las edades con resultado de biopsia H-SIL y + en el cuatrimestre que inician tratamiento hasta los 65 días posteriores a la toma de muestra de PAP o Test de HPV.
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas de todas las edades con resultado de biopsia H-SIL y + en el cuatrimestre, por 100.

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

**Valor Meta (VM):**

**1er. y 2do. cuatrimestre:** 60%

**3er. y 4to. cuatrimestre:** 70%

**5to. y 6to. cuatrimestre:** 80%

**Valor Piso (VP):**

**1er. y 2do. cuatrimestre:** 30%

**3er. y 4to. cuatrimestre:** 40%

**5to. y 6to. cuatrimestre:** 50%

**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)** son 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 en el cuatrimestre.

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

Para ser contabilizados en el **numerador** las mujeres afiliadas deben haber iniciado tratamiento de manera oportuna, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

A partir de enero de 2024, se comienza a exigir tiempo de espera entre la fecha de toma de muestra de PAP o Test de HPV y el inicio de tratamiento. 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 hasta los **65 días** desde la fecha de toma de muestra de PAP o Test de HPV.



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

Para el caso de pacientes con biopsias de cuello uterino con resultado HSIL- CIN2+ que acceden al estudio inmunohistoquímico de p16 y cuyo resultado sea negativo, se acepta el seguimiento como el inicio de tratamiento.

**Aclaración: La modificación del indicador para el 2024-2025 implica un solapamiento del proceso asistencial con respecto a lo definido en el periodo 2022-2023.**

**Para sortear dicha dificultad, para el cuatrimestre EFMA2024, el Dpto. de Control de Prestadores identificará aquellas Instituciones que no alcanzan el 100% del cumplimiento del indicador y rectificará el cálculo, extrayendo de numerador y denominador aquellos casos donde la toma de muestra de PAP o test de HPV tenga fecha anterior al 01/01/2024**

#### **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).

Aclaración: Criterio para la declaración asociado a la permanencia del afiliado en la Institución. Se aplica el siguiente criterio de inclusión/exclusión del denominador, de acuerdo a la permanencia del afiliado en la institución durante el periodo de referencia:

- Si la usuaria estuvo afiliada a la institución durante los 65 días previstos entre la toma de muestra de PAP o Test de HPV y el inicio de tratamiento corresponde incluirlo en el Denominador.
- Si la usuaria se desafilia a la institución antes de los 65 días previstos entre la toma de muestra de PAP o Test de HPV y el inicio de tratamiento NO corresponde incluirlo en el Denominador.

Para el numerador se contabilizarán aquellas mujeres afiliadas, de todas las edades, con fecha de inicio de tratamiento (columna **INICIO DE TRATAMIENTO**) hasta los **65 días** posteriores a la fecha de toma de muestra de PAP o Test de HPV (columna **PAP\_HPV**).

En el caso de pacientes con estudio inmunohistoquímico de p16 con resultado negativo a las que se les indica seguimiento, se declara como fecha de inicio de tratamiento la fecha donde el especialista tratante define el seguimiento.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.

Las Instituciones podrán presentar nota fundamentada por escrito solicitando la revisión del cálculo de cumplimiento y pago del indicador (ver Capítulo 5) para aquellos casos sujetos a las siguientes circunstancias:

- El paciente no otorga su consentimiento para que se le realicen los procedimientos exigidos para el cumplimiento del indicador, de acuerdo a lo consagrado por el Artículo 11 de la Ley 18.335 sobre Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.



- La realización del procedimiento previsto se debe postergar o cesa su indicación por motivos asociados a la situación clínica del paciente que impidan la realización del procedimiento..

En ambos casos se deberá presentar Historia Clínica que acredite fehacientemente las circunstancias mencionadas.

La misma será evaluada por el Dpto. de Control de Prestadores en conjunto con el Área Programática competente y en caso de hacer lugar al planteo realizado se habilitará el pago que corresponda al cumplimiento obtenido a partir de la validación del o los casos analizados.

### **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 de toma de muestra de PAP o Test de HPV, fecha e informe de biopsia de cuello uterino y fecha de inicio del tratamiento indicado por el especialista.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



**Indicador 4.5) Cobertura de tamizaje de cáncer de mama 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 **45%** la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia.

1er. cuatrimestre: 10% de la brecha

2do. cuatrimestre: 20% de la brecha

3er. cuatrimestre: 30% de la brecha

4to. cuatrimestre: 35% de la brecha

5to. cuatrimestre: 40% de la brecha

6to. cuatrimestre: 45% de la brecha

**Valor Meta Máximo (VMM):** 59,5%

**Valor Piso (VP):** Media menos 1 desvío estándar del desempeño sectorial del cuatrimestre MJJA 2023.

**Línea de Base (LB):** Valor alcanzado en el cuatrimestre MJJA 2023<sup>14</sup>.

**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>15</sup>), sin antecedentes de cáncer mamario o mamografía anterior con resultado BIRADS II o menor.

Criterios de inclusión de Mamografía de tamizaje: Son las mamografías realizadas a mujeres de 50 a 69 años sin antecedentes personales, ni familiares de primer grado de cáncer mamario y mamografía anterior normal (resultado BIRADS II o menor), se entiende como "mamografía anterior" cualquier mamografía realizada previamente, no específicamente la última realizada.

Cuando la mujer tuvo alguna mamografía previa con resultado BIRADS III o mayor, se entiende que tiene

<sup>14</sup> En caso de no haber declarado información en el cuatrimestre MJJA 2023 se imputará como Línea de Base el Valor Piso (media menos 1 desvío estándar del desempeño sectorial del cuatrimestre MJJA 2023).

<sup>15</sup> [Guía de práctica clínica de detección Cáncer de mama | Ministerio de Salud Pública](#)



patología mamaria pudiendo esta ser benigna o no; y lleva otro seguimiento de control. Estas mujeres no se consideran de tamizaje.

La vigencia del tamizaje por mamografía es de 2 años máximo desde la fecha de su realización. 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 todas las mujeres afiliadas entre 50 y 69 años con mamografía de tamizaje vigente, consignando en la columna **TAMIZAJE** “SI” e indicando la fecha de informe de mamografía en la columna **INFORME MX** (numerador).

**NO se deben informar las mujeres afiliadas entre 50 y 69 años con mamografía que NO SEAN DE TAMIZAJE.**

Se contabilizarán como válidos aquellos casos donde el usuario no acceda a realizarse el tamizaje, luego de haber sido adecuadamente informado respecto a la importancia de la realización del mismo y de los riesgos que implica la no detección oportuna de la patología. Esto deberá realizarse en el marco de una consulta presencial o virtual, debiendo quedar consignado en Historia Clínica con fecha y firma del profesional médico actuante.

En este caso, para ser contabilizado en el numerador se deberá consignar en la columna **TAMIZAJE** “NO CORRESPONDE” y en la columna **FECHA TAMIZAJE** la fecha correspondiente a la consulta médica (presencial o virtual) donde el usuario expresa su negativa.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.

La información del denominador se extrae del RUCAF de acuerdo a los criterios establecidos en Anexo 1 y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre, es decir, enero de 2024, mayo de 2024, septiembre de 2024, enero de 2025, mayo de 2025 y septiembre de 2025, 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: fecha e informe de mamografía.
- Los casos declarados como NO CORRESPONDE por tratarse de usuarios que no acceden a realizarse el tamizaje, el auditor indagará en la historia clínica la debida orientación realizada al usuario y la consignación de la negativa por parte del profesional médico. Asimismo, el auditor podrá corroborar dicha negativa comunicándose directamente con el usuario.
- 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) Porcentaje de mujeres con tratamiento oportuno de cáncer de mama

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas de todas las edades con resultado de AP confirmatorio de cáncer de mama en el cuatrimestre que inician tratamiento hasta los 90/75 días posteriores al informe de mamografía BIRADS IV y V.
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas de todas las edades con resultado de AP confirmatorio de cáncer de mama en el cuatrimestre, por 100.

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

**Valor Meta (VM):** 2024: 90 días - 80% - 2025: 75 días - 80%

**Valor Piso (VP):** 50%

**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)** son las mujeres afiliadas de todas las edades con resultados de AP confirmatorio de cáncer del cuatrimestre. Serán resultados de AP confirmatorias de cáncer de mama: carcinomas y adenocarcinomas in situ e invasores, inflamatorio, sarcoma, filodes y otros menos comunes.

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

Para ser contabilizados en el **numerador** las mujeres afiliadas deben haber iniciado tratamiento de manera oportuna, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

Se incluirán en el numerador las mujeres afiliadas de todas las edades con diagnóstico de cáncer de mama por anatomía patológica en el cuatrimestre que inician tratamiento hasta los **90 días posteriores** (inclusive) al informe de mamografía BIRADS IV y V en 2024 y hasta los **75 días posteriores** (inclusive) en 2025.

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.

**Aclaración:** La modificación del indicador para el 2024-2025 implica un solapamiento del proceso asistencial con respecto a lo definido en el periodo 2022-2023.

Para sortear dicha dificultad, para el cuatrimestre EFMA2024, el Dpto. de Control de Prestadores identificará aquellas Instituciones que no alcanzan el 100% del cumplimiento del indicador y rectificará el cálculo, extrayendo de numerador y denominador aquellos casos donde el Informe de mamografía BIRADS IV y V tenga fecha anterior al 01/01/2024



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

Se deben informar por Planilla Nominalizada las mujeres afiliadas de todas las edades con fecha de resultado de AP confirmatorio de cáncer dentro del cuatrimestre en la columna **“DIAGNOSTICO CANCER POR AP”** (denominador).

Aclaración: Criterio para la declaración asociado a la permanencia del afiliado en la Institución. Se aplica el siguiente criterio de inclusión/exclusión del denominador, de acuerdo a la permanencia del afiliado en la institución durante el periodo de referencia:

- Si la usuaria estuvo afiliada a la institución durante los 90 días (2024) y 75 días (2025) previstos entre la mamografía BIRADS IV y V y el inicio de tratamiento corresponde incluirlo en el Denominador.
- Si la usuaria se desafilia a la institución antes de los 90 días (2024) y 75 días (2025) previstos entre la mamografía BIRADS IV y V y el inicio de tratamiento NO corresponde incluirlo en el Denominador.

Para el numerador se contabilizarán aquellas mujeres afiliadas, de todas las edades, con fecha de inicio de tratamiento (columna **INICIO DE TRATAMIENTO**) hasta los 90 días (2024)/ 75 días (2025) posteriores a la fecha de informe de mamografía BIRADS IV y V (columna **INFORME BIRADS IV Y V**).

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.

Las Instituciones podrán presentar nota fundamentada por escrito solicitando la revisión del cálculo de cumplimiento y pago del indicador (ver Capítulo 5) para aquellos casos sujetos a las siguientes circunstancias:

- El paciente no otorga su consentimiento para que se le realicen los procedimientos exigidos para el cumplimiento del indicador, de acuerdo a lo consagrado por el Artículo 11 de la Ley 18.335 sobre Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.
- La realización del procedimiento previsto se debe postergar o cesa su indicación por motivos asociados a la situación clínica del paciente que impidan la realización del procedimiento.

En ambos casos se deberá presentar Historia Clínica que acredite fehacientemente las circunstancias mencionadas.

La misma será evaluada por el Dpto. de Control de Prestadores en conjunto con el Área Programática competente y en caso de hacer lugar al planteo realizado se habilitará el pago que corresponda al cumplimiento obtenido a partir de la validación del o los casos analizados.

### **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 4.7) Conciliación de medicamentos al egreso en afiliados internados con Hipertensión y Diabetes**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de afiliados de 65 a 80 años con hipertensión y diabetes con alta hospitalaria en el cuatrimestre con conciliación de medicamentos previo al alta.
- **Denominador:** Número de afiliados de 65 a 80 años con hipertensión y diabetes con alta hospitalaria en el cuatrimestre.

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

**Valor Meta (VM):**

1er. y 2do. cuatrimestre: 50%

3er. y 4to. cuatrimestre: 60%

5to. y 6to. cuatrimestre: 70%

**Valor Piso (VP):**

1er. y 2do. cuatrimestre: 30%

3er. y 4to. cuatrimestre: 40%

5to. y 6to. cuatrimestre: 50%

**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 del indicador incluye las personas afiliadas a la institución de 65 a 80 años de edad con hipertensión y diabetes que requirieron internación en el cuatrimestre por cualquier motivo de ingreso. Quedan excluidas de la población objetivo las personas afiliadas de 65 a 80 años de edad con hipertensión y diabetes con alta por enfermedades cerebrovasculares (CIE I60-I69).

A efectos del cumplimiento del indicador el afiliado que egresa debe tener realizada la Conciliación de Medicamentos, según las siguientes especificaciones:

- De acuerdo al formato preestablecido por COSEPA MSP (ver Anexo 2).
- Debe ser realizada por el Internista, Médico Farmacólogo, Químico Farmacéutico o en su defecto un Profesional de la Salud debidamente capacitado para ello.
- Debe ser realizada previo al alta y su descripción debe quedar consignada en la Historia Clínica, junto a la fecha de realización y la firma del profesional actuante.



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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los afiliados de 65 a 80 años de edad con hipertensión y diabetes con alta hospitalaria en el cuatrimestre.

Se debe consignar la fecha del alta hospitalaria en la columna **“FECHA\_ALTA”**, la cual debe encontrarse dentro del cuatrimestre (denominador).

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

No deben ser declaradas en el denominador las personas afiliadas con alta de internación domiciliaria en el cuatrimestre.

No deben ser declaradas en el denominador las personas afiliadas de 65 a 80 años de edad con alta hospitalaria en el cuatrimestre con código de egreso **CIE I60-I69** en la variable Diagnóstico principal<sup>16</sup>.

Si la persona afiliada tiene más de un alta hospitalaria en el cuatrimestre deben ser informados cada uno de los egresos (se aceptan registros repetidos por Nro. de Documento).

Para ser contabilizado en el numerador debe ser informada la fecha correspondiente a la conciliación en la columna **“FECHA\_CONCILIACIÓN”**, la cual debe ser igual o anterior a la fecha de alta.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a los egresos hospitalarios declarados al Departamento de Vigilancia en Salud (DIGESA-MSP).

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 los egresos hospitalarios.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Registro en HC de la conciliación de medicamentos, fecha de realización y firma del profesional actuante. La realización efectiva de la conciliación debe estar constatada por la COSEPA de la institución.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.

---

<sup>16</sup> Dado que quedan incluidas en el denominador del indicador 4.8 sobre Seguimiento inmediato a la internación de afiliados con Enfermedad Cerebrovascular.



**Indicador 4.8) Seguimiento inmediato a la internación de afiliados con Enfermedad Cerebrovascular.**

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de afiliados de 50 a 80 años con alta hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares (con código de egreso CIE10 I60- I69) en el cuatrimestre con seguimiento hasta los 45 días posteriores al alta.
- **Denominador:** Número de afiliados de 50 a 80 años con alta hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares (con código de egreso CIE10 I60- I69) en el cuatrimestre.

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

**Valor Meta (VM):**

1er. y 2do. cuatrimestre: 50%

3er. y 4to. cuatrimestre: 60%

5to. y 6to. cuatrimestre: 70%

**Valor Piso (VP):**

1er. y 2do. cuatrimestre: 30%

3er. y 4to. cuatrimestre: 40%

5to. y 6to. cuatrimestre: 50%

**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 del indicador incluye las personas afiliadas a la institución de 50 a 80 años de edad con alta hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares (código de egreso<sup>17</sup> CIE I60-I69) en el cuatrimestre. Quedan excluidas de la población objetivo las personas afiliadas con alta por ataque de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines CIE G45 (G45.0-G45.9).

A efectos del cumplimiento del indicador el afiliado debe contar con un seguimiento según las siguientes especificaciones:

**Previo al alta:**

- a) **Plan de rehabilitación.** El mismo debe ser definido previo al alta y su descripción debe quedar consignada en la Historia Clínica, junto a la fecha de realización y la firma del profesional actuante.

<sup>17</sup> Códigos **CIE I60-I69** en la variables Diagnóstico principal según CIE-10



**Posterior al alta:**

- b) **Consulta presencial posterior al egreso hospitalario.** Debe ser realizada por el médico internista, neurólogo o neurocirujano en un plazo máximo de 45 días desde el alta hospitalaria, con el objetivo de realizar un seguimiento, nueva valoración de escalas NIHSS/mRS, factores de riesgo cardiovasculares (HTA, DM, dislipemia, tabaquismo, alcoholismo, adicciones). Su descripción debe quedar consignada en la Historia Clínica, junto a la fecha de realización y la firma del profesional actuante. Se sugiere que la misma se realice a partir de los 30 días del alta hospitalaria.

A efectos del cumplimiento y pago del indicador, se contabilizará de manera individualizada el desempeño obtenido en cada hito, debiendo alcanzar en cada uno el Valor Meta y Piso establecido. Con relación al pago, el cuadro a continuación detalla el porcentaje del monto disponible asignado al indicador que le corresponde a cada hito:

Hito	% del Monto disponible
a) Plan de rehabilitación	60%
b) Consulta presencial	40%
Total Indicador	100%

**Instrucciones para la declaración de la información**

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los afiliados de 50 a 80 años de edad con alta hospitalaria en el cuatrimestre por enfermedades cerebrovasculares (CIE I60- I69), consignando la fecha del alta hospitalaria en la columna “**FECHA\_ALTA**”, la cual debe encontrarse dentro del cuatrimestre (denominador).

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

Si la persona afiliada tiene más de un alta hospitalaria en el cuatrimestre con los códigos anteriormente especificados, deben ser informados cada uno de los egresos (se aceptan registros repetidos por Nro. de Documento). Sólo en aquellos casos donde la persona reingresa en un lapso menor a los 45 días debe informarse la fecha del último egreso.

Para ser contabilizado en el numerador debe tener consignado “SI” en la columna “**PLAN\_REHABILITACIÓN**” y la fecha correspondiente a la consulta presencial en la columna “**FECHA\_45D**”, la cual debe estar comprendida en el plazo establecido.

La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.



### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a los egresos hospitalarios declarados al Departamento de Vigilancia en Salud (DIGESA-MSP).

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 los egresos hospitalarios.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Registro en HC de Plan de rehabilitación, fecha de realización y firma del profesional actuante.
- Registro en HC de consulta presencial, con fecha de realización, descripción de valoración clínica, aplicación de escalas NIHSS/mRS y plan de seguimiento del paciente.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



## COMPONENTE 5: SALUD MENTAL

### Indicador 5) Seguimiento inmediato de afiliados con intento de autoeliminación

#### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de afiliados con alta de internación o consulta en puerta de emergencia por intento de autoeliminación en el cuatrimestre con seguimiento durante los 30 días posteriores.
- **Denominador:** Número de afiliados con alta de internación o consulta en puerta de emergencia por intento de autoeliminación en el cuatrimestre.

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

#### Valor Meta (VM):

2024: 60%

2025: 70%

#### Valor Piso (VP):

2024: 40%

2025: 50%

**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 del indicador incluye a las personas afiliadas a la institución que tienen alta de internación o consulta en puerta de emergencia (de servicios propios o contratados) asociado a un intento de autoeliminación (IAE) en el cuatrimestre.

A efectos del cumplimiento del indicador el afiliado debe contar con un seguimiento según las siguientes especificaciones:

#### Previo al alta:

- a) **Orientación por escrito (papel o digital) al usuario y su referente afectivo** sobre atención de seguimiento y recursos disponibles, de acuerdo al formato preestablecido por el Área Programática de Salud Mental del MSP (Anexo 3).  
Dicha orientación debe incluir:
  - Descripción del tratamiento indicado.



- Orientaciones al usuario y/o referente afectivo sobre el manejo de la medicación prescrita, en caso que corresponda.
- Indicación sobre el seguimiento telefónico inmediato a realizar en los primeros 2 días posteriores al egreso al teléfono de contacto brindado por el usuario y el referente afectivo.
- Indicación de fecha y hora de consulta presencial coordinada y agendada (ambulatoria o domiciliaria) hasta los 7 días posteriores al mismo. Indagar disposición del usuario a concurrir, definiendo modalidad de atención más adecuada a la situación (ambulatoria o domiciliaria).
- Número telefónico de contacto de la institución (disponible 24hs) para la respuesta inmediata y específica para el abordaje de situaciones de crisis.
- Recomendaciones para referentes afectivos para la reducción del riesgo en el hogar y conductas sugeridas ante situaciones de crisis.

**Los pacientes con alta contra voluntad médica donde el Prestador no tuvo la oportunidad de realizar las orientaciones por escrito, deberá presentar nota fundamentada e Historia Clínica que acredite fehacientemente la circunstancia mencionada, a [revisionmetas@msp.gub.uy](mailto:revisionmetas@msp.gub.uy) para su valoración**

**Posterior al alta:**

- b) **Seguimiento telefónico inmediato en un plazo máximo de 2 días desde el egreso**, realizado por un integrante del equipo de Salud Mental.

En dicha instancia, el profesional deberá:

- Reevaluar la situación de riesgo de la persona y activar respuesta ante situaciones de riesgo inminente.
- Recordar fecha y hora de consulta presencial (ambulatoria o domiciliaria) a realizar hasta los 7 días posteriores al egreso e indagar disposición a concurrir.
- Recordar recursos disponibles del prestador ante eventuales situaciones de crisis.

En caso de que el paciente se niegue al seguimiento telefónico esto debe quedar consignado en la Historia Clínica y en su lugar, el seguimiento deberá ser realizado con el referente afectivo en los plazos establecidos y abordando los mismos ítems.

- c) **Consulta presencial (ambulatoria o domiciliaria) con un integrante del equipo de Salud Mental en un plazo máximo de 7 días posteriores al egreso.**

De acuerdo al Protocolo vigente (Ordenanza 384/017), en caso de no concretarse la consulta presencial (ambulatoria o domiciliaria) a efectos del cumplimiento del indicador se debe realizar una consulta telefónica con el paciente o su referente afectivo dentro del plazo máximo establecido de 7 días posteriores al egreso. La consulta telefónica con el referente afectivo debe tener por objetivo la reevaluación del riesgo del paciente y ante la identificación de una situación de alto riesgo activar respuesta inmediata y específica para su abordaje.

- d) **Seguimiento telefónico en los 30 días posteriores al egreso**, realizado por un integrante del equipo de Salud Mental.





En dicha instancia, el profesional deberá:

- Evaluar la situación de salud de la persona.
- Indagar adherencia al tratamiento indicado por el equipo de salud mental. En caso negativo, indagar motivos o barreras y ofrecer la posibilidad de retomar la atención.
- Recordar próximas consultas agendadas.

En caso de que el paciente se niegue al seguimiento telefónico, el mismo deberá ser realizado con el referente afectivo en los plazos establecidos, abordando los mismos ítems.

A efectos del cumplimiento y pago del indicador, se contabilizará de manera individualizada el desempeño obtenido en cada hito, debiendo alcanzar en cada uno el Valor Meta y Piso establecido. Con relación al pago, el cuadro a continuación detalla el porcentaje del monto disponible asignado al indicador que le corresponde a cada hito:

Hito	% del Monto disponible
a) Orientación al usuario por escrito	20%
b) Seguimiento telefónico 2 días	30%
c) Consulta presencial 7 días	30%
d) Seguimiento telefónico 30 días	20%
Total Indicador	100%

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los afiliados con egreso hospitalario (de servicios propios o contratados) o con salida de consulta en puerta de emergencia por intento de autoeliminación en el cuatrimestre, consignando la fecha del egreso o salida en la columna **"FECHA\_ALTA"**, la cual debe encontrarse dentro del cuatrimestre (denominador)<sup>18</sup>.

Si la persona afiliada tiene más de un egreso hospitalario o consulta en puerta de emergencia por IAE en el cuatrimestre se debe informar cada uno de los egresos. Sólo en aquellos casos donde la persona reingresa en un lapso menor a los 30 días se debe informar la fecha del último egreso (de internación o puerta).

Para ser contabilizado en el numerador debe tener consignado "SI" en la columna **"ORIENTACION"**, las fechas correspondientes al seguimiento telefónico y presencial en las columnas **"FECHA\_2D"**, **"FECHA\_7D"** Y **"FECHA\_30D"**, las cuales deben estar comprendidas en los plazos establecidos para cada caso.

<sup>18</sup> En el marco de la protección de datos personales, cada registro nominalizado puede ser declarado en la columna Nro. Documento Usuario con un número aleatorio o con el ID asignado en el Sistema Nacional de Registro Digital de IAE.



La declaración de la información debe ajustarse al formato establecido por Planilla Nominalizada y Diccionario de Variables.

**Los pacientes con alta contra voluntad médica donde el Prestador no tuvo la oportunidad de realizar las orientaciones por escrito, se declaran como un “NO” en la columna “ORIENTACION” de la Planilla Nominalizada.**

### **Instrucciones de auditoría**

El denominador del indicador será auditado en base a la información del Registro de IAE (Ordenanza Nro. 1323/022).

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 del Registro de IAE.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Copia de orientación por escrito sobre atención de seguimiento y recursos disponibles, con fecha y firma del profesional actuante realizado previo al egreso. **Se sugiere que también conste la firma del paciente y/o referente afectivo.**
- Registro en HC de seguimiento telefónico a los 2 días, fecha de realización y descripción de reevaluación de riesgo realizada y descripción de acciones indicadas al paciente y de referente afectivo. Consignar negativa del usuario en caso que corresponda.
- Registro en HC de consulta presencial (ambulatoria y/o domiciliaria), con fecha de realización y firma del profesional actuante. Consignar negativa del usuario en caso que corresponda. **Ante el caso en que se tuvo que realizar consulta por telemedicina, debe quedar registro en HC.**
- Registro en HC de seguimiento telefónico a los 30 días, fecha de realización y descripción de evaluación realizada, constatación de adherencia al tratamiento, indagación de barreras y opciones para retomar atención. Consignar negativa del usuario en caso que corresponda.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



## 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 2024-2025 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>19</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/oftalmológico.

---

<sup>19</sup> No más allá del tope establecido para cada indicador.



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 pauta en el punto anterior, se realiza nuevamente el mismo procedimiento.

En caso de que exista negativa de los padres a concurrir al odontólogo/oftalmólogo 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).

**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 \$U **217,08** por mes por usuario FONASA (valor vigente a **julio de 2024**), 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 >= 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 <= 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	Monto Disponible por Indicador
1.1) Captación del Recién Nacido	<b>5,16</b>
1.2) Visita domiciliaria para recién nacidos de riesgo	<b>5,16</b>
1.3) Control integral de los niños según pauta al año de vida	<b>15,51</b>
1.4) Cobertura vacunal del Esquema Obligatorio	<b>10,34</b>
1.5) Pesquisa y seguimiento diagnóstico de hipoacusia congénita	<b>10,34</b>
1.6) Seguimiento de alteraciones del desarrollo al cuarto año de vida	<b>15,51</b>
1.7) Control odontológico de niños al tercer año de vida	<b>5,16</b>
1.8) Control oftalmológico de niños al quinto año de vida	<b>5,16</b>
2.1) Preparación de la mujer embarazada para el nacimiento	<b>5,16</b>
2.2) Acompañamiento y consejería a la mujer embarazada durante su primer puerperio	<b>10,34</b>



2.3) Puérperas primerizas con indicios de depresión post-parto con consulta con el Comité de Recepción de Salud Mental	10,34
3) Seguimiento de afiliados en situaciones de riesgo alto de Violencia de Género y/o Generaciones	5,16
4.1) Cobertura de tamizaje de cáncer colorrectal de 60 a 70 años.	15,51
4.2) Afiliados de ambos sexos con test de sangre oculta en materias fecales positivo con fibrocolonoscopia realizada	10,34
4.3) Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello de útero de 25 a 64 años	15,51
4.4) Mujeres con tratamiento oportuno de cáncer de cuello uterino	10,34
4.5) Cobertura de tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años.	15,51
4.6) Mujeres con tratamiento oportuno de cáncer de mama	10,34
4.7) Conciliación de medicamentos al egreso en afiliados internados con Hipertensión y Diabetes	10,34
4.8) Seguimiento inmediato a la internación de afiliados con Enfermedad Cerebrovascular	10,34
5) Seguimiento inmediato de afiliados con intento de autoeliminación	15,51

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 en 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. También define las reglas aplicadas por RCIE 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 META MÁXIMO (VMM):** Es el nivel de desempeño definido como objetivo máximo a alcanzar para el caso de los indicadores que exigen la reducción de la brecha entre la línea de base del Prestador y un valor de referencia.
- **VALOR PISO (VP):** A partir de un nivel de desempeño mayor a dicho valor 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)  $VA \leq VP \rightarrow C = 0\%$

- **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.
- **R:** Herramienta de procesamiento estadístico utilizada para el cálculo de cumplimiento y monto a pagar

***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 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 EXCLUIDO:** 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.***



## ANEXO 1- CRITERIOS DE EXTRACCIÓN DE DENOMINADORES RUCAF

La extracción de los denominadores RUCAF para los indicadores 1.7, 4.1, 4.3 y 4.5 se realiza en base a los siguientes criterios:

- Se toma el padrón RUCAF correspondiente al primer mes del cuatrimestre.
- Se contabilizan las personas afiliadas con cobertura integral, por lo que se excluyen los registros con código 205, 206 y 207 en la variable Tipo de Cobertura (tpocobcod).
- Se consideran personas afiliadas y no afiliaciones, por lo que los registros duplicados según la variable Número de Documento (NroDocumento) se contabilizan una vez.
- Se consideran personas afiliadas de sexo femenino para el indicador 4.3 y 4.5 (variable Sexo = F).
- Se contabilizan las personas afiliadas con edad cumplida al último día del cuatrimestre, a partir de la variable Fecha de Nacimiento (FchNac), de acuerdo a las siguientes especificaciones:



Cuatrimestre 1: Enero 2024- Abril 2024			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.3- Mujeres de 25 a 64 años (Cuello)	1/5/1959	30/4/1999	30/4/2024
4.5- Mujeres de 50 a 69 años (Mama)	1/5/1954	30/4/1974	30/4/2024
4.1- Ambos sexos de 60 a 70 años (Colon)	1/5/1953	30/4/1964	30/4/2024
1.7- 30 a 42 meses (Odontológico)	30/10/2020	30/10/2021	30/4/2024
Cuatrimestre 2: Mayo 2024- Agosto 2024			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.3- Mujeres de 25 a 64 años (Cuello)	1/9/1959	31/8/1999	31/8/2024
4.5- Mujeres de 50 a 69 años (Mama)	1/9/1954	31/8/1974	31/8/2024
4.1- Ambos sexos de 60 a 70 años (Colon)	1/9/1953	31/8/1964	31/8/2024
1.7- 30 a 42 meses (Odontológico)	28/2/2021	28/2/2022	31/8/2024
Cuatrimestre 3: Setiembre 2024- Diciembre 2024			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.3- Mujeres de 25 a 64 años (Cuello)	1/1/1960	31/12/1999	31/12/2024
4.5- Mujeres de 50 a 69 años (Mama)	1/1/1955	31/12/1974	31/12/2024
4.1- Ambos sexos de 60 a 70 años (Colon)	1/1/1954	31/12/1964	31/12/2024
1.7- 30 a 42 meses (Odontológico)	30/6/2021	30/6/2022	31/12/2024
Cuatrimestre 4: Enero 2025- Abril 2025			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.3- Mujeres de 25 a 64 años (Cuello)	1/5/1960	30/4/2000	30/4/2025
4.5- Mujeres de 50 a 69 años (Mama)	1/5/1955	30/4/1975	30/4/2025
4.1- Ambos sexos de 60 a 70 años (Colon)	1/5/1954	30/4/1965	30/4/2025
1.7- 30 a 42 meses (Odontológico)	30/10/2021	30/10/2022	30/4/2025
Cuatrimestre 5: Mayo 2025- Agosto 2025			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.3- Mujeres de 25 a 64 años (Cuello)	1/9/1960	31/8/2000	31/8/2025
4.5- Mujeres de 50 a 69 años (Mama)	1/9/1955	31/8/1975	31/8/2025
4.1- Ambos sexos de 60 a 70 años (Colon)	1/9/1954	31/8/1965	31/8/2025
1.7- 30 a 42 meses (Odontológico)	28/2/2022	28/2/2023	31/8/2025
Cuatrimestre 6: Setiembre 2025- Diciembre 2025			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.3- Mujeres de 25 a 64 años (Cuello)	1/1/1961	31/12/2000	31/12/2025
4.5- Mujeres de 50 a 69 años (Mama)	1/1/1956	31/12/1975	31/12/2025
4.1- Ambos sexos de 60 a 70 años (Colon)	1/1/1955	31/12/1965	31/12/2025
1.7- 30 a 42 meses (Odontológico)	30/6/2022	30/6/2023	31/12/2025



ANEXO 2-

## CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

### Hoja de información de medicación entregada al ALTA del paciente

Objetivo: Ajustar la prescripción de los medicamentos que el paciente deberá recibir después del alta hospitalaria o sanatorial. Este formulario deberá formar parte de la Historia Clínica.

Nombre y apellidos del paciente o usuario	
Documento de identidad o número de afiliado a la Institución	
Diagnóstico principal	
Motivo de ingreso	
Diagnóstico al egreso	

### Indicaciones al egreso del Servicio de internación:

FÁRMACO	DOSIS Y HORARIOS	VÍA	OBSERVACIONES O COMENTARIOS




Se deberá explicar al paciente o usuario que a partir de esta conciliación, sólo deberá recibir la medicación registrada en este formulario hasta la próxima consulta con su médico tratante.

Fecha de la Conciliación de Medicación: XX/XX/XXXX

Profesional que realizó la Conciliación: Nombre y profesión o especialidad

Firma y aclaración



ANEXO 3-

## Prevención del Suicidio

### Orientaciones para personas en riesgo y sus referentes afectivos

#### Descripción del tratamiento integral

##### Próxima consulta con salud mental

*La fecha y hora indicadas deberá ser máximo 7 días post egreso.*

##### Medicación

*Si corresponde, detallar fármacos indicados, principales beneficios y efectos colaterales, formas y horarios de administración de manera clara y tiempos estimados de tratamiento.*

*Formato amigable detallando desayuno almuerzo merienda y cena*

##### Otras indicaciones

*Si corresponde, detallar.*

##### Seguimiento telefónico

*Se contactará al usuario/a o en su defecto a un referente afectivo.*

Un integrante del equipo de salud mental se contactará telefónicamente en los próximos 2 días

#### Recomendaciones para referentes afectivos

*Es importante que la familia o referentes afectivos tengan un rol activo en el cuidado y tratamiento.*

Escuchar y hablar con la persona sobre el tema, evitando juzgarla.

Brindar acompañamiento y apoyo constante a la persona en riesgo. No dejarla sola en una situación de crisis.

Reducir la posibilidad de acceso a métodos con los que se puede hacer daño (armas de fuego, sustancias tóxicas, medicamentos, cuchillos). Se recomienda que la medicación prescrita (si corresponde) sea administrada por un referente afectivo.



Pedir ayuda telefónica o concurrir a la emergencia del prestador de salud en caso de notar situaciones de riesgo, cambios en la conducta habitual (alteración del sueño, de la alimentación), si la persona menciona intenciones de hacerse daño, si evoluciona negativamente.

***Las personas que forman parte de la red de apoyo también pueden necesitar atención en salud mental***

*El Decreto Nº 305/011 del [Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS \(2011\)](#) establece su atención en Modo 1.*

## Recursos de ayuda ante situaciones de crisis

Número telefónico de contacto del prestador de salud

Línea telefónica de Prevención del Suicidio (*disponible todos los días 24hs*)

**0800 0767 o \*0767**

Material elaborado en consonancia con el Protocolo de Atención y Seguimiento a personas con IAE dispuesto por la Ordenanza n°.384/017 y de la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025.



## Anexo 4: Indicador 2.2- Acompañamiento y consejería a la mujer durante su primer puerperio.

### Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)

#### Instrucciones de uso de la Escala

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Es necesario que responda las diez preguntas.
3. La madre debe responder la escala ella misma.

#### Pautas para la evaluación

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3, según la gravedad del síntoma.

Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación total de 12 o más, indica probabilidad de depresión pero no su gravedad.

Si la persona puntúa cualquier número diferente a 0 en la pregunta número 10, es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.





Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_

*Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.*

	Pt				
<b>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</b>	Tanto como siempre 0	No tanto ahora 1	Mucho menos 2	No, no he podido 3	
<b>2. He mirado el futuro con placer</b>	Tanto como siempre 0	Algo menos de lo que solía hacer 1	Definitivamente menos 2	No, nada 3	
<b>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</b>	Sí, la mayoría de las veces 3	Sí, algunas veces 2	No muy a menudo 1	No, nunca 0	
<b>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</b>	No, para nada 0	Casi nada 1	Sí, a veces 2	Sí, a menudo 3	
<b>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</b>	Sí, bastante 3	Sí, a veces 2	No, no mucho 1	No, nada 0	
<b>6. Las cosas me oprimen o agobian</b>	Sí, la mayor parte de las veces 3	Sí, a veces 2	No, casi nunca 1	No, nada 0	
<b>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</b>	Sí, la mayoría de las veces 3	Sí, algunas veces 2	No muy a menudo 1	No, nunca 0	
<b>8. Me he sentido triste y desgraciada</b>	Sí, casi siempre 3	Sí, bastante a menudo 2	No muy a menudo 1	No, nada 0	
<b>9. He sido tan infeliz que he estado llorando</b>	Sí, casi siempre 3	Sí, bastante a menudo 2	Solo en ocasiones 1	No, nunca 0	
<b>10. He pensado en hacerme daño a mí misma</b>	Sí, bastante a menudo 3	A veces 2	Casi nunca 1	No, nunca 0	
<b>TOTAL</b>					

*Extraída de Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS). British Journal of Psychiatry, Vol. 150. 1/07*