



# META ASISTENCIAL 2026-2027

## ***INSTRUCTIVO***

**Enero 2026 - Diciembre 2027**

### 1) INTRODUCCIÓN

La meta asistencial definida para el periodo 2026-2027 tiene una ***periodicidad de cumplimiento y pago cuatrimestral*** y está organizada en ***seis (6) 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
- (6) Gestión de antimicrobianos



En esta etapa se evaluará un total de **veinte (20) indicadores**, según se detalla a continuación:

COMPONENTE TEMÁTICO	INDICADOR
(1) Salud del niño y la niña	1.2) Visita domiciliaria para recién nacidos de riesgo
	1.3) Control de desarrollo entre los 16 y 20 meses de edad
	1.5) Pesquisa y seguimiento diagnóstico de hipoacusia congénita
	1.6) Seguimiento de alteraciones del desarrollo al cuarto año de vida
(2) Salud de la mujer embarazada y puérpera	2.1) Acompañamiento emocional de la mujer embarazada
	2.2) Pesquisa de depresión post-parto en mujeres puérperas
	2.3) Puérperas con indicios de depresión post-parto con consulta en salud mental.
	2.4) Estrategia institucional para el abordaje de la cesárea evitable según escala de Robson
(3) Violencia basada en género y generaciones	3) Respuesta a situaciones de Violencia Sexual en niñas, niños y adolescentes
(4) Enfermedades no transmisibles	4.1) Cobertura de tamizaje de cáncer colorrectal de 50 a 74 años.
	4.3) Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello de útero de 25 a 69 años.
	4.5) Cobertura de tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 50 a 74 años.
	4.6) Porcentaje de afiliados con inicio oportuno de tratamiento de cáncer de colon, cuello de útero o mama.
	4.7) Porcentaje de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de hipertensión
	4.8) Porcentaje de afiliados hipertensos de 25 a 64 años con consulta médica vigente



	4.9) Porcentaje de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de diabetes
	4.10) Porcentaje de afiliados diabéticos de 25 a 64 años con consulta médica vigente
(5) Salud Mental	5) Seguimiento inmediato de afiliados con intento de autoeliminación
	5.2) Mejora del acceso oportuno a servicios de salud mental
(6) Gestión de antimicrobianos	6) Estrategia institucional para la optimización del uso de antimicrobianos



## 2) PERIODO DE APLICACIÓN DE LA META

El período de aplicación del presente instructivo será desde enero 2026 con una periodicidad de entrega cuatrimestral, hasta diciembre de 2027. 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 2026	Julio-agosto-setiembre-octubre de 2026
Mayo-junio-julio-agosto de 2026	Noviembre-diciembre de 2026 - enero-febrero de 2027
Setiembre-octubre-noviembre-diciembre de 2026	Marzo-abril-mayo-junio de 2027
Enero-febrero-marzo-abril de 2027	Julio-agosto-setiembre-octubre de 2027
Mayo-junio-julio-agosto de 2027	Noviembre-diciembre de 2027 - enero-febrero de 2028
Setiembre-octubre-noviembre-diciembre de 2027	Marzo-abril-mayo-junio de 2028



### 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%2Fcor%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 con 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 con el 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 2026	- Informes Cualitativos	1° de junio 2026	23:59
	- Planilla Nominalizada	15 de junio 2026	23:59
Mayo-junio-julio-agosto 2026	- Informes Cualitativos	1° de octubre 2026	23:59
	- Planilla Nominalizada	15 de octubre 2026	23:59
Setiembre- octubre-noviembre-diciembre 2026	- Informes Cualitativos	1° de febrero 2027	23:59
	- Planilla Nominalizada	15 de febrero 2027	23:59
Enero- febrero- marzo- abril 2027	- Informes Cualitativos	1° de junio 2027	23:59
	- Planilla Nominalizada	15 de junio 2027	23:59
Mayo- junio- julio- agosto 2027	- Informes Cualitativos	1° de octubre 2027	23:59
	- Planilla Nominalizada	15 de octubre 2027	23:59
Setiembre- octubre-noviembre-diciembre 2027	- Informes Cualitativos	1° de febrero 2028	23:59
	- Planilla Nominalizada	15 de febrero 2028	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 2026	- Informes Cualitativos	13 de julio 2026	23:59
	- Planilla Nominalizada	20 de julio 2026	23:59
Mayo-junio-julio-agosto 2026	- Informes Cualitativos	13 de noviembre 2026	23:59
	- Planilla Nominalizada	20 de noviembre 2026	23:59
Setiembre- octubre- noviembre-diciembre 2026	- Informes Cualitativos	15 de marzo 2027	23:59
	- Planilla Nominalizada	22 de marzo 2027	23:59
Enero- febrero- marzo- abril 2027	- Informes Cualitativos	13 de julio 2027	23:59
	- Planilla Nominalizada	20 de julio 2027	23:59
Mayo- junio- julio- agosto 2027	- Informes Cualitativos	15 de noviembre 2027	23:59
	- Planilla Nominalizada	22 de noviembre 2027	23:59
Setiembre- octubre- noviembre-diciembre 2027	- Informes Cualitativos	13 de marzo 2028	23:59
	- Planilla Nominalizada	20 de marzo 2028	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 Metas Asistenciales 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 de este, 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 veinte (20) indicadores de la meta 2026-2027, ordenados en los seis componentes temáticos mencionados.

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

#### 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>1</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.

---

<sup>1</sup> [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Guia\\_Infodrogas\\_correcci%C3%B3n20230712\\_Edici%C3%B3n\\_12a1.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Guia_Infodrogas_correcci%C3%B3n20230712_Edici%C3%B3n_12a1.pdf)



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

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

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

- Aquellos recién nacidos vivos que cumplen con la visita domiciliaria hasta el séptimo día luego del alta hospitalaria en tiempo y forma deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “VISITA DOMICILIARIA” con “SI” y en la columna “FECHA VISITA” la fecha correspondiente.
- Aquellos recién nacidos vivos que no cumplen con la visita domiciliaria en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “VISITA DOMICILIARIA” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO VISITA” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos recién nacidos vivos que fallecen antes del alta hospitalaria deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “VISITA DOMICILIARIA” con “NO CORRESPONDE”.
- Aquellos recién nacidos vivos que fallecen dentro de los 7 días posteriores al alta deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “VISITA DOMICILIARIA” con “NO CORRESPONDE”.
- 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>2</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>2</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 de desarrollo entre los 16 y 20 meses de edad

#### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 20 meses de edad en el cuatrimestre con control de desarrollo realizado entre los 16 y 20 meses<sup>3</sup>.
- **Denominador:** Nº de niños afiliados a la institución que cumplen 20 meses de edad en el cuatrimestre.

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

#### Valor Meta (VM):

1er. cuatrimestre: Declaración de Información por Planilla Nominalizada

2do. cuatrimestre: 80%

3er. cuatrimestre: 80%

4to. cuatrimestre: 80% con control de desarrollo y 70% identificado en HCEN

5to. cuatrimestre: 80% con control de desarrollo y 80% identificado en HCEN

6to. cuatrimestre: 80% con control de desarrollo y 90% identificado en HCEN

**Valor Piso (VP):** 60%

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla Nominalizada (2026-2027) y HCEN (2027)

**Fuente Denominador:** Planilla Nominalizada (2026-2027)

#### Protocolo de actuación:

**2026:** Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

**2027:** Tope general 5% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 40).

### Instrucciones para la implementación del indicador

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

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

El control debe quedar debidamente registrado en la **Historia Clínica institucional**, en la ficha destinada para tal fin y completada en su totalidad.

<sup>3</sup> Ministerio de Salud Pública (2019). “*Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años*”.



El cumplimiento del 1er. cuatrimestre quedará asociado a la entrega de la información por Planilla Nominalizada, siendo que las acciones previstas para la población objetivo definida para ese cuatrimestre son previas al 1ero. de enero de 2026.

Asimismo, a partir de 2027 comenzará a regir una exigencia progresiva de identificación en HCEN de la consulta donde tuvo lugar el control de desarrollo declarado por Planilla Nominalizada, de acuerdo al siguiente esquema:

4to. Cuatrimestre	70% de consultas identificadas en HCEN sobre el total de niños de 20 meses con control de desarrollo realizado.
5to. Cuatrimestre	80% de consultas identificadas en HCEN sobre el total de niños de 20 meses con control de desarrollo realizado.
6to. Cuatrimestre	90% de consultas identificadas en HCEN sobre el total de niños de 20 meses con control de desarrollo realizado.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los niños que cumplen 20 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 16\_20M” tengan consignadas las opciones “SI” y “PROTOCOLO”, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellos niños que cuenten con el Control de Desarrollo realizado entre los 16 meses y 0 días y 20 meses y 0 días de edad deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL 16\_20M” con “SI” y en la columna “FECHA CONTROL 16\_20M” la fecha correspondiente.
- Aquellos niños que no cumplen con el control en tiempo y forma pero se encuentran contemplados en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignados en la planilla nominalizada en la columna “CONTROL 16\_20M” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.

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

El Área de Gobierno Electrónico oportunamente detallará las especificaciones técnicas de la extracción que se realizará desde HCEN, a efectos del cumplimiento de la condición establecida para 2027.

Se tomará como base para la extracción de HCEN el total de casos validados en el numerador del indicador, es decir, el total de niños de 20 meses con control de desarrollo realizado, según lo



declarado por Planilla Nominalizada.

### **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 institucional** la fecha de control, edad, los registros clínicos pertinentes (peso, talla), firma del médico y aclaración de firma. Debe estar detallado el control de desarrollo realizado por el pediatra o médico de familia, completando en su totalidad la ficha destinada para tal fin. Es importante remarcar que el registro del cuadro de resultados en dicha ficha es obligatorio: normal, reevaluación o pase a especialista.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.





#### 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):** 90%

**Valor Piso (VP):** 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 cuatro 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.



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

### Indicador 2.1) Acompañamiento emocional a la mujer embarazada

**Valor Alcanzado (VA):**

**Numerador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 37 semanas de gestación en el cuatrimestre que cuentan con instancia de acompañamiento según especificaciones.

**Denominador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 37 semanas de gestación en el cuatrimestre.

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

**Valor Meta (VM):**

1er cuatrimestre: Capacitación de técnicos y profesionales que realizan el acompañamiento

2do y 3er. cuatrimestre: 50%

4to. y 5to. cuatrimestre: 60%

6to. cuatrimestre: 70%

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

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:**

**2026:** Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

**2027:** Tope general 5% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 40).

### Instrucciones para la implementación del indicador

Se prevé la realización de una instancia de acompañamiento dirigida a las mujeres embarazadas entre la semana 24 y 37 de gestación, **con énfasis en Salud Mental**. Se sugiere que la instancia de acompañamiento tenga una duración aproximada de 20 minutos, donde se debe abordar la siguiente temática:

- **Acompañamiento emocional (temática priorizada):**

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



Adicionalmente, se pueden abordar los siguientes aspectos, ponderando los intereses expresados por la mujer embarazada:

- **Autocuidado físico, incluyendo salud bucal<sup>5</sup>:** Se debe incluir en este punto pauta sobre alimentación saludable, correcta hidratación y correcto descanso. Higiene bucal (cepillado dental, uso de hilo dental, cuidados de la prótesis dental, recomendación del control odontológico).
- **Parto:** Brindar información y herramientas sobre proceso de nacimiento, normativa que ampara los derechos de la mujer embarazada al momento del parto, asesoramiento sobre plan de parto.
- **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. 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.
- **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. Pautas para la realización del baño. Reforzar la importancia del medio ambiente libre de humo de tabaco y otros contaminantes.
- **Sexualidad en el embarazo:** Brindar información acerca de la actividad sexual durante el embarazo y promover el uso de métodos de barrera (preservativo).

La instancia de acompañamiento puede ser presencial y/o virtual y debe ser realizada preferentemente por parteras y licenciados en psicología, ginecólogos, pudiendo también participar médicos de familia y médico general que traten mujeres embarazadas. En todos los casos, tienen que haber participado de la capacitación ofrecida por el MSP.

Con miras a una adecuada implementación de la instancia de acompañamiento, el cumplimiento del indicador para el primer cuatrimestre estará asociado a la participación en instancias de capacitación específicas en Salud Mental perinatal, a realizar por parte del MSP en modalidad virtual y asincrónica.

Para la validación del cumplimiento del indicador para el 1er. cuatrimestre se solicitará ficha de inscripción al curso y la constancia de realización. El mínimo de profesionales a capacitar estará asociado a la cantidad de nacimientos anuales del Prestador, según el cuadro a continuación:

---

<sup>5</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



Nacimientos anuales (2025)	Mínimo de profesionales a capacitar
Menos de 100	2
100 a 200	4
201 a 400	6
401 a 900	8
Más de 900	10

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todas las mujeres embarazadas que cumplen 37 semanas de gestación en el cuatrimestre (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellas mujeres embarazadas que en la columna “ACOMPANAMIENTO” tengan consignadas las opciones “SI” y “PROTOCOLO”, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellas mujeres embarazadas que cuenten con la instancia de acompañamiento realizada entre la semana 24 y 37 de gestación deben ser consignadas en la planilla nominalizada en la columna “ACOMPANAMIENTO” con “SI” y en la columna “FECHA INSTANCIA” la fecha correspondiente.
- Aquellas mujeres que no cumplen con el acompañamiento 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 “ACOMPANAMIENTO” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.

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 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 la instancia de acompañamiento y el abordaje realizado, en particular:
    - Edad gestacional por FUM o EC <20 semanas.
    - Semana de gestación al momento de la realización de la instancia.
    - Fecha y modalidad de la instancia de acompañamiento
    - Orientaciones realizadas durante la instancia de acompañamiento y firma del responsable de la ejecución.
  - 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) Pesquisa de depresión postparto en mujeres puérperas

**Valor Alcanzado (VA):**

**Numerador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 90 días desde la fecha de parto o cesárea en el cuatrimestre y cuentan con aplicación de Escala de Edinburg entre el día 28 y 90.

**Denominador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 90 días desde la fecha de parto o cesárea en el cuatrimestre.

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

**Valor Meta (VM):**

1er. y 2do. cuatrimestre: 50%<sup>6</sup>

3er. y 4to. cuatrimestre: 60%

5to. y 6to. cuatrimestre: 70%

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

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada

**Protocolo de actuación:**

**2026:** Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

**2027:** Tope general 5% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 40).

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

Se prevé la realización de una pesquisa de depresión post-parto, a partir de la aplicación de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg entre los días 28 y 90 desde la fecha de parto o cesárea (ver Anexo 3).

La escala debe ser aplicada de manera presencial o en el marco de una consulta por telemedicina.

La pesquisa de depresión post- parto se debe realizar sobre aquellas mujeres 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 Edinburg.

<sup>6</sup> En el primer cuatrimestre (EFMA2026) serán contabilizadas dentro de la población objetivo (denominador) las mujeres afiliadas a la institución que cumplen 90 días desde la fecha de parto o cesárea entre el 01/04/2026 y el 30/04/2026, que se corresponden con los partos o cesáreas que se sucedieron a partir del inicio de la vigencia de la Meta 2026-2027.



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

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

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

- Aquellas mujeres que cumplen con la aplicación de la Escala de Edinburgh en tiempo y forma deben ser consignadas en la planilla nominalizada en la columna “EDINBURGH” con “SI” y consignar fecha de aplicación y resultado en las columnas “FECHA EDINBURGH” y “ESCALA EDINBURGH”.
- Aquellas mujeres que no cumplan con la aplicación de la Escala de Edinburgh 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 “EDINBURGH” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.
- Aquellos casos en que no corresponde la aplicación de la Escala de Edinburgh por ser paciente que se encuentra en seguimiento por psiquiatría y/o psicología deben ser consignadas en la columna “EDINBURGH” con “NO CORRESPONDE”.

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 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 la fecha de parto o cesárea y la 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/psicología, el mismo debe estar registrado 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.



### Indicador 2.3) Puérperas con indicios de depresión post-parto con consulta en salud mental.

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 90 días desde la fecha de parto o cesárea en el cuatrimestre con resultado de pesquisa de depresión post-parto igual o mayor a 12 que cuentan con consulta en salud mental dentro de los 30 días siguientes a la pesquisa.
- **Denominador:** Nº de mujeres afiliadas a la institución que cumplen 90 días desde la fecha de parto o cesárea 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:**

**2026:** Tope general 10% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 20).

**2027:** Tope general 5% (o al menos 2 Protocolos si el Denominador < 40).

### Instrucciones para la implementación del indicador

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

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

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



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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todas las mujeres que cumplen 90 días desde la fecha de parto o cesárea en el cuatrimestre con resultado de pesquisa de depresión post- parto igual o mayor a 12 (denominador).

Para el numerador de este indicador se contabilizan aquellas mujeres que en la columna “CONSULTA\_SM” tengan consignadas las opciones “SI” y “PROTOCOLO”, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- Aquellas mujeres que cumplen con la consulta en tiempo y forma deben ser consignadas en la columna “CONSULTA\_SM” con “SI” y en la columna “FECHA CONSULTA” la fecha correspondiente, la cual debe encontrarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha declarada en la columna “FECHA EDINBURGH” que corresponde a la fecha de aplicación de la Escala de Edinburgh.
- Aquellas mujeres que no cumplan con la consulta en tiempo y forma pero se encuentran contempladas en algunas de las situaciones previstas para la aplicación de Protocolo de Actuación, deben ser consignadas en la planilla nominalizada en la columna “CONSULTA\_SM” con “PROTOCOLO”. Asimismo, deberán consignar en la columna “CATEGORIA PROTOCOLO” la categoría de protocolo de acuerdo con el ítem 7 del presente documento.

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.



#### Indicador 2.4) Estrategia institucional para el abordaje de la cesárea evitable según escala de Robson

La finalidad última del indicador es mejorar el abordaje y atención perinatal contemplando las vías de terminación de los embarazos.

En este sentido, en el marco de la Meta 2026-2027 se prevé la implementación de un indicador cualitativo que enmarca distintas acciones tendientes a mejorar el proceso de nacimiento.

Para ello se utiliza como punto de partida la clasificación por grupos de Robson (2001), que clasifican a las mujeres embarazadas en 10 grupos; de forma de brindar un estado de situación de las terminaciones del embarazo en los distintos prestadores y maternidades.

Con ello, es posible entender qué grupo de mujeres de embarazadas contribuyen en la tasa de cesáreas, de forma de adecuar estrategias institucionales en la atención obstétrica.

Se detallan las actividades planteadas por cuatrimestre:

##### Cuatrimestre 1: enero-febrero-marzo-abril de 2026.

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

**Hito 1:** Descripción de la tasa de cesáreas institucional y la clasificación de cesáreas por Grupos de Robson<sup>7</sup>, según el siguiente detalle:

- a) La tasa general de cesáreas de la institución para el periodo y detalle de los 10 grupos de Robson.
- b) La tasa de cesáreas para las categorías 1 y 2 y el peso relativo en la tasa total de cesáreas.
- c) La tasa de cesáreas para las categorías 3 y 4 y el peso relativo en la tasa total de cesáreas.

Es importante la comparación de las categorías 1 y 2, ya que a expensas de las mismas podrán plantearse estrategias para promover el parto vaginal.

**Hito 2:** Evaluación diagnóstica por parte de la Dirección Técnica y jefaturas las condiciones y singularidades de la organización sanitaria en cuanto a procesos, recursos humanos e infraestructura.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Para aplicar la clasificación de Robson se requiere de las siguientes variables:

- Partos previos (N° 40)
- Cesáreas previas (N° 47)
- Inicio de trabajo de parto (N°190)
- Número de fetos (N° 285 y 286)
- Edad gestacional (N°198-201)
- Presentación fetal/situación (N° 202)
- Vía de terminación (N°287).

<sup>8</sup> Manual para la atención de la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio\_MSP\_2024



<sup>9-10</sup>, a la luz de la clasificación Robson obtenida para 2025

**Hito 3:** Diseño de un herramienta por parte de la institución para valorar la opinión de los equipos de salud de la asistencia perinatal. Para ello el área de Salud Sexual y Reproductiva pone a disposición una encuesta CAP (Capacidades, Aptitudes y Prácticas) como referencia y sobre la cual cada prestador podrá ampliar las preguntas según su interés (Anexo 2)

Medios de verificación:

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

Se debe informar:

- Descripción de clasificación Robson en general y de los grupos priorizados en particular.
- Principales resultados de evaluación diagnóstica sobre los procesos, recursos humanos e infraestructura.
- Adjuntar prototipo de encuesta CAP diseñada por el prestador, así como el detalle de su metodología de implementación (medios de difusión, cantidad de formularios enviados (mínimo a 70% de personal), tiempo para responder la encuesta, personal titular y suplente).

**Cuatrimestre 2: mayo-junio-julio-agosto de 2026.**

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

**Hito 1:** Adaptación de las Guías del MSP y las recomendaciones internacionales adaptadas a la realidad institucional en el abordaje de:

- Interrupción del embarazo por embarazo en vías de prolongación.
- Nacimiento en paciente con cesárea previa
- Inducción del parto
- Diagnóstico de parto no evolutivo.

**Hito 2:** Iniciar un proceso de mejora de las condiciones institucionales para la asistencia del parto respetado, incluyendo:

- Parteras de guardia según normativa vigente
- Salas de nacer
- Tiempo de latencia para realizar cesárea de urgencia-emergencia

<sup>9</sup> Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional\_MSP\_2018

<sup>10</sup> FIGO good practice recommendations for vaginal Birth after cesarean section\_Julio\_2025



**Hito 3:** Implementar un consentimiento informado para la cesárea y la cesárea a solicitud de la usuaria.

**Hito 4:** Iniciar un proceso de auditorías internas de las cesáreas de al menos el 50% de los ginecólogos con un índice de cesáreas del año 2025 superior al 40%, según Guía ministerial<sup>11</sup>

**Hito 5:** Aplicar la encuesta CAP diseñada.

Medios de verificación:

El cumplimiento de los 5 hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de Informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Adaptación de guías del MSP, prototipo de consentimientos informados, asegurar las guardias con parteras (Ley 17.565 del 8/10/2002).
- Describir la planificación e implementación de los procesos de mejora en procesos, RRHH e infraestructura.
- Descripción de principales resultados obtenidos de las auditorías de HC.
- Describir forma de administración y cantidad de formularios aplicados y contestados en Encuesta CAP.

**Cuatrimestre 3: setiembre-octubre-noviembre-diciembre de 2026**

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

**Hito 1:** Construcción de un documento que plasme el compromiso institucional con prácticas y actitudes respetuosas de los derechos y basadas en evidencia durante la asistencia del nacimiento. El mismo debe ser entregado por escrito a las usuarias y difundido entre los equipos técnicos.

**Hito 2:** Implementar un sistema de segunda opinión ante:

- Cesárea coordinadas por indicación de salud materna o fetal (interconsulta con policlínica especializada - ARO, servicio similar o jefatura)
- Cesárea coordinada a solicitud de la usuaria (cesárea a demanda)

**Hito 3:** Sistematizar los resultados de la encuesta CAP y difundir sus resultados al equipo de salud. Evaluar, por parte de los responsables de gestión, oportunidades de mejora de los procesos asistenciales a partir de la encuesta CAP.

<sup>11</sup> Guía para auditoría para Cesárea \_MSP





**Hito 4:** Difundir dentro del equipo de salud las conclusiones de la primera auditoría de Historias Clínicas identificando procesos pasibles de mejora.

**Hito 5:** Descripción de la tasa de cesáreas institucional y la clasificación de cesáreas por Grupos de Robson para el período 1/1/2026 a 31/12/2026 y comparación con reporte correspondiente a 2025.

Medios de verificación:

El cumplimiento de los 5 hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de Informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Documento de compromiso institucional con prácticas y actitudes respetuosas de los derechos y basadas en evidencia durante la asistencia del nacimiento.
- Informe con descripción de espacios de mejora a implementar a partir de resultados de encuesta CAP y de las auditorías de HC del 2º cuatrimestre.
- Detalle de la difusión de los resultados de encuesta CAP y de auditorías de HC al personal de asistencia directa perinatal.
- Comparación de clasificación Robson de 2025 y 2026.

**Cuatrimestre 4: enero-febrero-marzo-abril de 2027**

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

**Hito 1:** Divulgación de la comparación de la tasa general de cesáreas y las tasas de cesáreas en categorías 1 y 2 de Robson para 2025 y 2026 a los equipos de salud que realizan atención directa sobre salud perinatal.

**Hito 2:** Organizar, realizar y facilitar la participación (dentro horario laboral) de capacitaciones dirigidas al equipo de salud referidas a asistencia respetada del nacimiento, asistencia de las emergencias obstétricas, derechos sexuales y reproductivos, evidencia y derechos en la asistencia del nacimiento. En estas instancias divulgar y trabajar sobre la CAP y las auditorías de HC. Recoger mejoras planteadas del personal con respecto al abordaje del nacimiento de todas sus técnicas.

**Hito 3:** Implementar en los cursos de preparación para el nacimiento un módulo específico sobre parto respetado y cesárea dirigido a todas las embarazadas y sus familias.



**Hito 4:** Inclusión, en las líneas comunicacionales dirigidas a las usuarias, temas como las ventajas del parto vaginal y derechos en la asistencia del parto de forma respetada.

**Hito 5:** Realizar auditorías internas de las cesárea de al menos 60% de los ginecólogos, con un índice de cesáreas en el periodo 1/1/2026 y 1/6/2026 superior al 40%, según Guía ministerial<sup>10</sup>.

Medios de verificación:

El cumplimiento de los 5 hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de Informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Declarar la cantidad de capacitaciones realizadas dentro de la institución durante el cuatrimestre incluyendo temas, personal y propuestas de mejora en la atención obstétrica a punto de partida de los participantes.
- Informar cómo se divulgaron las principales conclusiones sobre las auditorías de las HC y de la encuesta CAP y los informes Robson, al equipo de salud con atención directa en salud perinatal.
- Enviar la documentación del módulo del curso de preparación de nacimiento sobre parto respetado y cesárea dirigido a todas las embarazadas y sus familias, así como la metodología de difusión hacia las usuarias

<b>Cuatrimestre 5: mayo-junio-julio-agosto 2027</b>
---

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

**Hito 1:** Describir acciones para reducir el tiempo de espera para ligadura tubaria post- nacimiento, de forma de evitar cesáreas solicitadas para realizar la misma y reporte del tiempo de espera promedio y máximo para acceder a la prestación.

**Hito 2:** Realizar auditorías internas de las cesárea de al menos 75% de los ginecólogos, con un índice de cesáreas en el periodo 1/7/2026 y 31/12/2026 superior al 40%, según Guía ministerial<sup>10</sup>

Medios de verificación:

El cumplimiento de los 2 hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de Informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:



- Número de casos anuales y el tiempo promedio y máximo para brindar la prestación de la ligadura tubaria y detalle de acciones para la reducción del tiempo de espera.
- Descripción de principales resultados obtenidos de las auditorías de HC.

#### **Cuatrimestre 6: setiembre- octubre-noviembre-diciembre de 2027**

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

**Hito 1:** Descripción de la tasa de cesáreas institucional y la clasificación de cesáreas por Grupos de Robson para el período 1/1/2027 a 31/12/2027 y comparación con reporte correspondiente a 2026 Y 2025.

**Hito 2:** Divulgar las acciones institucionales adoptadas y los resultados obtenidos de la clasificación de Robson y de las auditorías de las historias clínicas de los últimos cuatrimestres a los equipos de salud que realizan atención directa sobre salud perinatal.

**Hito 3:** Auditar las HC del 90% de aquellos ginecólogos con tasas de cesáreas mayor a 40% del período 1/1/2027 a 31/8/2027, según Guía ministerial<sup>10</sup>.

#### Medios de verificación:

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

Se debe informar:

- Número de casos anuales y el tiempo promedio y máximo para brindar la prestación de la ligadura tubaria y detalle de acciones para la reducción del tiempo de espera.
- Informar cómo se divulgaron las acciones adoptadas y los resultados de las auditorías de las HC y los informes Robson, al equipo de salud con atención directa en salud perinatal.
- Descripción de principales resultados obtenidos de las auditorías de HC.



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

La Meta 2026-2027 prevé la implementación de un indicador cualitativo vinculado a la respuesta institucional a situaciones de Violencia Sexual hacia niños, niñas y adolescentes.

Con el objetivo de mejorar la respuesta de atención en violencia hacia niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, se prevé una actualización del estado de situación institucional. Este será insumo para la confección de una propuesta de mejora que aborde los problemas y obstáculos identificados para una adecuada respuesta a estos casos. Asimismo, desde el MSP se brindarán instancias de sensibilización y capacitación específica para un adecuado abordaje de la temática.

#### **Cuatrimestre 1: Actualización del estado de situación sobre capacidad de respuesta para la atención en violencia hacia niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.**

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

**Hito 1:** Entrega de documento de estado de situación institucional sobre la capacidad de respuesta para la atención hacia niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, que dé respuesta a los siguientes puntos:

#### **1. DETECCION**

- 1.1 ¿Cuántos casos de violencia **sexual** hacia niños, niñas y adolescentes se han detectado por parte del equipo de salud de la institución?
- 1.2 Describa el funcionamiento de los protocolos de detección de casos de violencia **sexual** hacia niños, niñas y adolescentes
- 1.3 ¿Qué profesionales son los que detectan estas situaciones?

#### **2. ATENCION**

- 2.1 Describa el funcionamiento de los protocolos institucionales para el abordaje de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia **sexual**.
- 2.2 Describa el funcionamiento de las rutas de intervención
- 2.3 Describa el funcionamiento del protocolo para preservación de muestras y cadena de custodia

#### **3. PROCESO ASISTENCIAL**

- 3.1 Proporcione la cantidad de casos de **violencia sexual** atendidos en 2023 y 2024 **en niños, niñas y adolescentes**, detallando edad, sexo, tipo de violencia, cantidad de horas técnicas dedicadas al caso, tiempo de atención, profesionales intervinientes, logros alcanzados según objetivos de intervención.
- 3.2 Describa el proceso asistencial, desde cómo ingresa un caso, puertas de entrada, quien o quienes realizan el diagnóstico y qué respuestas se brindan.



#### 4. INTERNACIONES POR PROTECCION

- 4.1 Promedio en días en que permanecen internados **niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual** en la institución. ¿Cuáles son las razones?
- 4.2 ¿La institución cuenta con respuestas específicas para niños, niñas y adolescentes que están internados en forma prolongada por situaciones de violencia **sexual**? Por ejemplo, atención psicológica, apoyo escolar, espacios de recreación, ¿educadores que acompañen los procesos de internación, entre otros?
- 4.3 ¿La institución solicita medidas cautelares para que la persona violenta no acceda a la víctima durante la internación? ¿Quién y cómo lo realiza?
- 4.4 ¿La institución cuenta con protocolos y medidas de seguridad para proteger a las víctimas y al equipo de salud de represalias o ataques de las personas agresoras?

#### 5. EQUIPO DE REFERENCIA EN VIOLENCIA

- 5.1 ¿Cómo está conformado el equipo de referencia en violencia? ¿Cuántos profesionales lo integran? ¿Qué capacitación en violencia sexual sobre NNA tiene cada uno de los profesionales que lo integra?
- 5.2 ¿Que funciones cumplen cada uno de los profesionales que lo integran?
- 5.3 Cuántas horas semanales tienen adjudicadas de trabajo exclusivo en las situaciones de violencia?

#### 6. EMERGENCIA

- 6.1 ¿La emergencia cuenta con profesionales de referencia en los casos de violencia **sexual** hacia niños, niñas y adolescentes? ¿Los profesionales están en la emergencia o están a retén? ¿Atienden en forma presencial los casos o asisten telefónicamente al equipo de emergencia?
- 6.2 ¿Hay profesionales de salud mental en la emergencia en forma continua?

#### 7. REPARACION DE DAÑO

- 7.1 ¿Qué servicios de reparación de daño brinda la institución **a las NNA en situaciones de violencia sexual**?
- 7.2 ¿Cuántos profesionales brindan estos servicios? ¿Qué profesiones tienen? ¿Cuántas horas tienen asignadas por mes? ¿Cuántos casos atienden en promedio por mes?
- 7.3 ¿Trabajan en equipo? ¿Trabajan en forma individual?
- 7.4 ¿Qué formación tienen esos profesionales?
- 7.5 ¿Cuánto tiempo se le brinda la atención?
- 7.6 ¿Qué técnicas se utilizan para la reparación del daño?

8. Describa las fortalezas de las respuestas de atención a **situaciones de violencia sexual de NNA** en su institución

9. Describa las debilidades que tiene su institución para brindar estas respuestas



---

#### 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 actualización de situación institucional, según formato establecido por el Área programática competente, con firma de Dirección Técnica.
- 2) Notificar nombre y cargo de integrantes del Equipo responsable de realización de la actualización diagnóstica, quienes deberán participar en instancia de devolución presencial a realizar en el 2do. cuatrimestre (titulares y alternos).

#### **Cuatrimestre 2:**

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

**Hito 1:** Participación presencial en reunión de devolución con Áreas Programáticas competentes del MSP a efectos de realizar retroalimentación sobre la actualización diagnóstica realizada y definir aspectos a contemplar en el Plan de Mejora a presentar en el 4to. cuatrimestre.

De dicha instancia deberán participar:

- 1 representante de la Dirección Técnica de la Institución
- Integrantes del Equipo responsable de realización de la actualización diagnóstica (notificados en cuatrimestre anterior).
- Al menos 2 integrantes con perfil técnico-clínico abocados a la temática de VS en niños, niñas y adolescentes.

La convocatoria a cada Prestador será oportunamente notificada desde la JUNASA.

#### Medios de verificación:

El cumplimiento será validado a partir del Acta que acredite la reunión realizada a efectos de la devolución de la actualización diagnóstica, con firma de los participantes del MSP y de los representantes exigidos por parte del Prestador. En la misma deberá explicitar si dicha instancia cumplió con las exigencias establecidas para este Hito, lo que habilitará el pago correspondiente al cuatrimestre.



### Cuatrimestre 3:

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

#### **Hito 1: Sensibilización sobre el Modelo de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.**

Participación en instancia de sensibilización, en modo presencial, del Ministerio de Salud Pública sobre: “Modelo de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual”, dirigido a integrantes de cada una de las siguientes áreas o servicios asistenciales por Prestador:

- 1 del Área de Educación Médica Continua
- 1 de Emergencia
- 1 de Pediatría
- 1 de Policlínica/Servicio de Adolescentes
- 1 de Salud Mental
- 1 de Equipo de Referencia en Violencia
- Todos los integrantes del Equipo responsable de realización de la actualización diagnóstica

La convocatoria a cada Prestador será oportunamente notificada desde la JUNASA.

#### Medios de verificación:

El cumplimiento será validado a partir la ficha de inscripción al evento y se llevará registro de asistencia por parte del Ministerio de Salud Pública, lo que permitirá validar posteriormente el cumplimiento del indicador según los requerimientos de asistencia antes mencionados.

### Cuatrimestre 4:

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

**Hito 1:** Propuesta de mejora de la respuesta de atención en salud a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Se debe presentar Informe con propuesta, para fortalecer las respuestas que la institución brinda en las situaciones de violencia. Esta respuesta debe abarcar los siguientes aspectos:

- Prevención
- Detección
- Protección
- Respuestas de emergencia



- Seguimiento
- Reparación de daño
- Judicialización de los casos

Se debe plantear las modificaciones necesarias para poder implementarla en su institución. Debe plantear una proyección de recursos humanos necesarios para poder responder a la demanda en función de la cantidad de afiliados existentes.

**Hito 2:** Plan de sensibilización interna sobre el Modelo de atención integral a, niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

La planificación debe ser elaborada por el Área de Educación Médica Continua de la Institución en conjunto con los referentes de la temática y el representante por la Dirección Técnica. El mismo debe prever la realización de instancias de sensibilización a implementar en el 5to. y 6to cuatrimestre, en las siguientes áreas o servicios:

- Emergencia
- Pediatría
- Adolescencia
- Salud Mental

Las instancias de sensibilización deben ser presenciales, con una duración no mayor a las 2hs y se debe cubrir al menos al 20% del personal de cada área con cargos titulares o suplentes fijos.

El Área Programática competente proporcionará la pauta y material para la instancia de sensibilización.

#### 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) Propuesta de mejora de la respuesta de atención en salud a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, según formato establecido por el Área programática competente, con firma de Dirección Técnica y Equipo responsable notificado por la Institución.
- 2) Plan de sensibilización según formato establecido por el Área programática competente, con firma de Dirección Técnica y de representante de Área de Educación Médica Continua.

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





## Cuatrimestre 5 y 6:

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

### **Hito 1: Capacitación especializada en reparación integral del daño en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.**

Participación en instancia de capacitación, en modo presencial, del Ministerio de Salud Pública sobre: “Reparación integral del daño en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual”, dirigido a integrantes del Equipo de Salud que participen directamente en la atención y reparación del daño de la VS en la población referida.

Para el cumplimiento del indicador deben participar presencialmente de la capacitación la siguiente cantidad y perfiles profesionales:

- 4 del Servicio de Pediatría
- 2 de Servicio de Adolescencia
- 4 integrantes del Servicio de Salud Mental
- 2 integrantes del Equipo de Referencia en Violencia

La convocatoria a cada Prestador será oportunamente notificada desde la JUNASA.

### **Hito 2:** Implementación de acciones de sensibilización interna sobre el Modelo de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Se deben implementar las acciones de sensibilización previstas en el Plan presentado y aprobado en el 4to. cuatrimestre.

#### Medios de verificación:

El cumplimiento del **Hito 1** será validado a partir la ficha de inscripción al evento y se llevará registro de asistencia por parte del Ministerio de Salud Pública, lo que permitirá validar posteriormente el cumplimiento del indicador según los requerimientos de asistencia antes mencionados.

El cumplimiento del **Hito 2** deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de Informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El Informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente. Se debe informar:

- Descripción de las instancias de sensibilización realizadas, número y perfiles de los participantes. Listado nominalizado de participantes, con identificación de cargo/área o servicio.



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

### Indicador 4.1) Cobertura de tamizaje de cáncer colorrectal de 50 a 74 años (GRUPO 1).

#### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de afiliados de **50 a 74 años** con tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) por Test de Sangre Oculta en Heces vigente en el cuatrimestre.
- **Denominador:** Número de afiliados de **50 a 74 años**, por 100

**Valor de Referencia (VR):** 62% - 70% a partir del cuatrimestre posterior a la incorporación del TSOH al Control de Salud

**Valor Meta (VM):** Disminuir el **20%** de la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia

1er. cuatrimestre: Entrega de Línea de Base y Material educativo

2do. cuatrimestre: 4% de la brecha

3er. cuatrimestre: 8% de la brecha

4to. cuatrimestre: 12% de la brecha

5to. cuatrimestre: 16% de la brecha

6to. cuatrimestre: 20% de la brecha

**Valor Meta Máximo (VMM): 59.5%**

**Valor Piso (VP):** Media menos 1 desvío estándar del porcentaje de afiliados de **50 a 74 años** con tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) vigente al 31 de diciembre de 2025 **de las Instituciones del Grupo 1.**

**Línea de Base (LB):** Porcentaje *institucional* de afiliados de **50 a 74 años** con tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) por Test de Sangre Oculta en Heces vigente al 31 de diciembre de 2025.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

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

*A partir enero de 2026 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 a esa fecha no se encuentra formalizada la incorporación al PIAS la técnica cuantitativa esta exigencia queda sin efecto y su aplicación se posterga al cuatrimestre inmediato posterior a la fecha de su formalización.*



#### Indicador 4.1) Cobertura de tamizaje de cáncer colorrectal de 50 a 74 años (GRUPO 2).

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de afiliados de **50 a 74 años** con tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) por Test de Sangre Oculta en Heces y FCC de tamizaje vigente en el cuatrimestre.
- **Denominador:** Número de afiliados de **50 a 74 años**, por 100

**Valor de Referencia (VR):** 62% - 70% a partir del cuatrimestre posterior a la incorporación del TSOH al Control de Salud

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

1er. cuatrimestre: Entrega de Línea de Base y Material educativo

2do. cuatrimestre: 10% de la brecha

3er. cuatrimestre: 15% de la brecha

4to. cuatrimestre: 20% de la brecha

5to. cuatrimestre: 25% de la brecha

6to. cuatrimestre: 30% de la brecha

**Valor Meta Máximo (VMM): 59.5%**

**Valor Piso (VP):** Media menos 1 desvío estándar del porcentaje de afiliados de **50 a 74 años** con tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) vigente al 31 de diciembre de 2025 **de las Instituciones del Grupo 2.**

**Línea de Base (LB):** Porcentaje *institucional* de afiliados de **50 a 74 años** con tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) por Test de Sangre Oculta en Heces o FCC de tamizaje vigente al 31 de diciembre de 2025.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

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

*A partir enero de 2026 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 a esa fecha no se encuentra formalizada la incorporación al PIAS la técnica cuantitativa esta exigencia queda sin efecto y su aplicación se posterga al cuatrimestre inmediato posterior a la fecha de su formalización.*



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

El tamizaje en cáncer colorrectal debe realizarse a los usuarios de riesgo promedio (según recomendación de la Guía Práctica Clínica de tamizaje del cáncer colo-rectal 2018<sup>12</sup>) el cual se realizará a través de los test de sangre oculta en materias fecales (TSOH).

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).

Aquellas personas comprendidas en la pauta que son portadoras de patología colorrectal benigna potencialmente sangrante (por ejemplo, divertículos o patología hemorroidal sin diagnóstico endoscópico) que no presenta en ese momento un sangrado activo, puede realizar el tamizaje con el TSOH, ya que de acuerdo a la evidencia científica estos diagnósticos no invalidan su utilidad.

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:** A partir enero de 2026 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 a esa fecha no se encuentra formalizada la incorporación al PIAS la técnica cuantitativa esta exigencia queda sin efecto y su aplicación se posterga al cuatrimestre inmediato posterior a la fecha de su formalización.*

---

<sup>12</sup> Guía de práctica clínica de tamizaje del cáncer colo-rectal 2018 MSP



### ***Declaración de afiliados con FCC de tamizaje vigente (Grupo 2)***

El MSP no recomienda la realización de FCC sobre personas asintomáticas, sin signos de cáncer colorrectal 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>13</sup>:

Grupo 1: Instituciones que informan a todos sus afiliados de 50 a 74 años con TSOH vigente exclusivamente.

Grupo 2: Instituciones que informan a todos sus afiliados de 50 a 74 años con TSOH vigente o FCC de acuerdo a las siguientes especificaciones:

- FCC completa y de calidad (hasta el ciego y con colon bien preparado) 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.

La vigencia de la FCC será de 10 años, tomando como fecha de corte el último día del cuatrimestre.

Las Instituciones deberán informar por cuál Grupo optan, en el plazo y formato que será oportunamente 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.

### ***Incentivo asociado a la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal.***

A partir de enero de 2026 se buscará incentivar particularmente dentro de este indicador el tamizaje de cáncer colorrectal en ambos sexos para el tramo de 60 a 74 años y en los varones para el tramo de 50 a 59.

Esta decisión se fundamenta en los datos de incidencia y mortalidad publicados por la Comisión Honoraria de Lucha contra el cáncer<sup>14</sup>, que muestran para el periodo 2017-2021 una tasa estandarizada de incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal (CIE10 C18-20) que es mayor para los grupos mencionados.

<sup>13</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.

<sup>14</sup> INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CANCER EN URUGUAY (2017-2021). Tasas específicas por intervalo de edad, tasa cruda y tasa ajustada por edad (a la población mundial estándar - casos por 100000)

<https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?280,2030>

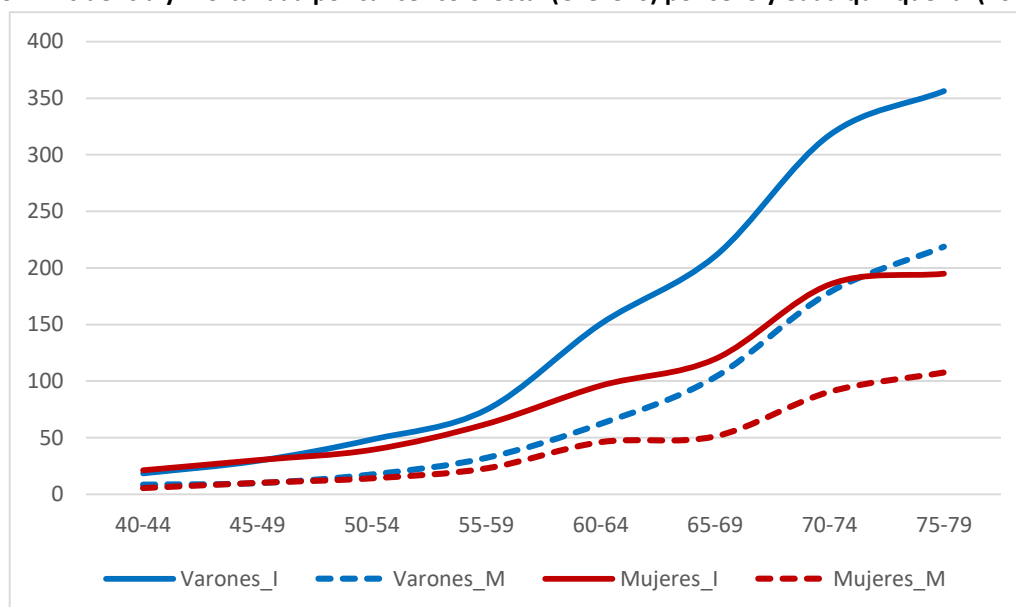
<https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?280,2034>

<https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?280,2031>

<https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?280,2035>



Gráfico x: Incidencia y Mortalidad por cáncer colorectal (C18-C20) por sexo y edad quinquenal (2017-2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de CHLCC.

A estos efectos, los tamizajes de cáncer de colon en varones de 50 a 59 años y de ambos sexos entre 60 a 74 realizados a partir de enero de 2026 tendrán una ponderación adicional, por la cual cada caso será contabilizado en el numerador como 1.20.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada todos los afiliados de 50 a 74 años con TSOH o FCC de tamizaje 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 50 a 74 años con TSOH vigente.

Grupo 2: Serán contabilizados en el numerador los afiliados de 50 a 74 años con TSOH o FCC de tamizaje vigente, de acuerdo a las especificaciones anteriormente detalladas.

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/RUSNIS de acuerdo con los criterios establecidos en Anexo 1 y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre.



### **Validación de No consentimiento del usuario**

Se contabilizarán como válidos aquellos casos donde el usuario no otorgue su consentimiento a realizarse el tamizaje, luego de haber sido adecuadamente informado respecto a la importancia de la realización de este y de los riesgos que implica la no detección oportuna de la patología.

El no consentimiento deberá ser expresado en el marco de una consulta médica presencial o de telemedicina **realizada en los últimos 12 meses**, debiendo quedar consignado en Historia Clínica con fecha y firma del profesional médico actuante. Se toma como fecha de corte para la vigencia del No Consentimiento el último día del cuatrimestre.

La expresión del No consentimiento deberá cumplir con las condiciones consagradas por el Artículo 11 de la Ley 18.335 sobre Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.

Asimismo, se deberá entregar al usuario -en formato papel o digital- un material educativo institucional sobre prevención y diagnóstico precoz de cáncer de colon y las formas de acceso institucional para la realización del tamizaje. Este material deberá ser entregado en el marco de la consulta médica o bien, desde las áreas de Atención al Usuario, Registros Médicos o Departamentos de Metas Asistenciales.

Dicho material educativo deberá ser declarado conjuntamente con la Línea de Base, en los plazos y formatos establecidos, a efectos de habilitar el pago del indicador para el primer cuatrimestre (EFMA26).

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) **realizada en los últimos 12 meses** donde el usuario expresa su no consentimiento.

El Dpto. de Metas Asistenciales realizará un monitoreo cuatrimestral de los No Consentimientos declarados, evaluando el comportamiento institucional respecto de lo observado a nivel sectorial, tomando como referencia los siguientes aspectos:

- a) Que el porcentaje de casos declarados como No Consentimiento respecto al total de casos validados en el numerador se encuentre por encima del promedio sectorial.
- b) Que exista una variación en el Desempeño (Valor Alcanzado) por encima del promedio sectorial de no contabilizarse en el numerador los casos declarados como No consentimiento.
- c) Que exista modificación del cumplimiento y pago alcanzado para el indicador de no contabilizarse en el numerador los casos declarados como No consentimiento.

Para cada cuatrimestre se informará a la JUNASA aquellas Instituciones con un comportamiento atípico respecto de lo observado a nivel sectorial, a efectos de instruir una auditoría presencial específica sobre la utilización de esta excepción.



### **Declaración de Línea de Base:**

Las Instituciones deberán declarar su Línea de Base, detallando el número de afiliados de 50 a 74 años con Test de Sangre Oculta (cualitativo y cuantitativo) vigente al 31 de diciembre de 2025 (Grupo 1). Las instituciones que opten por el Grupo 2 también deberán declarar a los afiliados de 50 a 74 años con FCC de tamizaje vigente al 31 de diciembre de 2025. No se contabilizarán para el cálculo de la Línea de Base las expresiones de No Consentimiento.

La fecha límite de entrega será el **10 de abril de 2026**, mediante PN y en la instancia de RCIE creada y debidamente identificada para ello.

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/RUSNIS y se utiliza el valor informado al MSP en el mes de diciembre de 2025.

La declaración de la Línea de Base, de acuerdo a los plazos y formatos establecidos, habilitará el pago del indicador para el primer cuatrimestre (EFMA26).

Aquellas Instituciones que no entreguen la Línea de Base en tiempo y forma, se les imputará como Línea de Base la mediana sectorial.

El Dpto. de Metas Asistenciales podrá rectificar los valores de Líneas de Base notificados en aquellos casos en donde - en las sucesivas declaraciones posteriores -, se identifiquen tamizajes que no hayan sido oportunamente informados y que impliquen una subestimación significativa de la Línea de Base.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría 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 de tamizaje, tipo de técnica utilizada (cualitativa o cuantitativa) y resultado.
- Los casos declarados como NO CORRESPONDE por tratarse de afiliados que no otorgan su Consentimiento para realizarse el tamizaje, el auditor indagará en la historia clínica la debida orientación realizada al usuario, con fecha y 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 4.3) Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello de útero en mujeres de 25 a 69 años

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas de 25 a 69 años con tamizaje vigente en el cuatrimestre
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas de 25 a 69 años, por 100.

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

**Valor Meta (VM):** Disminuir el 45% de la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia.

1er. cuatrimestre: 10% de la brecha y 50% de Test de HPV + Material educativo

2do. cuatrimestre: 20% de la brecha y 55% de Test de HPV

3er. cuatrimestre: 30% de la brecha y 60% de Test de HPV

4to. cuatrimestre: 35% de la brecha y 65% de Test de HPV

5to. cuatrimestre: 40% de la brecha y 70% de Test de HPV

6to. cuatrimestre: 45% de la brecha y 70% de Test de HPV

**Valor Meta Máximo (VMM): 68%**

**Valor Piso (VP):** Media menos 1 desvío estándar de la cobertura de tamizajes *vigentes* el cuatrimestre MJJA 2025.

**Línea de Base (LB):** Cobertura de tamizajes *vigentes* en el cuatrimestre MJJA 2025<sup>15</sup>.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

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

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

El tamizaje de cáncer de cuello de útero debe realizarse a mujeres afiliadas entre 25 y 69 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.

<sup>15</sup> Para la Línea de Base se contabilizarán los tamizajes efectivamente realizados, por lo que quedarán excluidos del cálculo los casos declarados como No Consentimiento. En caso de no haber declaración en el cuatrimestre MJJA 2025 se imputará como Línea de Base la mediana del desempeño sectorial del cuatrimestre MJJA 2025.



En línea con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero<sup>16</sup>, 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 con el siguiente esquema:

1er. Cuatrimestre	50% de test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre
2do. Cuatrimestre	55% de test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre
3er. Cuatrimestre	60% de test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre
4to. Cuatrimestre	65% de test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre
5to. Cuatrimestre	70% de test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre
6to. Cuatrimestre	<b>70%</b> de test de HPV sobre el total de tamizajes realizados en el cuatrimestre

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada las mujeres afiliadas entre 25 y 69 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**).

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/RUSNIS de acuerdo con los criterios establecidos en Anexo 1 y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre.

### **Validación de No consentimiento del usuario**

Se contabilizarán como válidos aquellos casos donde la usuaria no otorgue su consentimiento a realizarse el tamizaje, luego de haber sido adecuadamente informada respecto a la importancia de la realización de este y de los riesgos que implica la no detección oportuna de la patología.

<sup>16</sup> [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP\\_GUIA\\_CANCER\\_CUELLO\\_DE\\_UTERO\\_0.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_GUIA_CANCER_CUELLO_DE_UTERO_0.pdf)



El no consentimiento deberá ser expresado en el marco de una consulta médica presencial o de telemedicina **realizada en los últimos 12 meses**, debiendo quedar consignado en Historia Clínica con fecha y firma del profesional médico actuante.

La expresión del No consentimiento deberá cumplir con las condiciones consagradas por el Artículo 11 de la Ley 18.335 sobre Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.

Asimismo, se deberá entregar al usuario -en formato papel o digital- un material educativo institucional sobre prevención y diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero y las formas de acceso institucional para la realización del tamizaje. Este material deberá ser entregado en el marco de la consulta médica o bien, desde las áreas de Atención al Usuario, Registros Médicos o Departamentos de Metas Asistenciales.

Dicho material educativo deberá ser declarado conjuntamente con la Planilla Nominalizada, en los plazos y formatos establecidos, a efectos de habilitar el pago del indicador para el primer cuatrimestre (EFMA26).

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) **realizada en los últimos 12 meses** donde el usuario expresa su no consentimiento.

El Dpto. de Metas Asistenciales realizará un monitoreo cuatrimestral de los No Consentimientos declarados, evaluando el comportamiento institucional respecto de lo observado a nivel sectorial, tomando como referencia los siguientes aspectos:

- a) Que el porcentaje de casos declarados como No Consentimiento respecto al total de casos validados en el numerador se encuentre por encima del promedio sectorial.
- b) Que exista una variación en el Desempeño (Valor Alcanzado) por encima del promedio sectorial de no contabilizarse en el numerador los casos declarados como No consentimiento.
- c) Que exista modificación del cumplimiento y pago alcanzado para el indicador de no contabilizarse en el numerador los casos declarados como No consentimiento.

Para cada cuatrimestre se informará a la JUNASA aquellas Instituciones con un comportamiento atípico respecto de lo observado a nivel sectorial, a efectos de instruir una auditoría presencial específica sobre la utilización de esta excepción.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría 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 afiliados que no otorgan su Consentimiento para realizarse el tamizaje, el auditor indagará en la historia clínica la debida orientación realizada al usuario, con fecha y 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 4.5) Cobertura de tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 50 a 74 años.

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de mujeres afiliadas de 50 a 74 años con mamografía de tamizaje vigente, en el cuatrimestre.
- **Denominador:** Número de mujeres afiliadas de 50 a 74 años, por 100

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

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

1er. cuatrimestre: 0% de la brecha + Material educativo

2do. cuatrimestre: 5% de la brecha

3er. cuatrimestre: 15% de la brecha

4to. cuatrimestre: 20% de la brecha

5to. cuatrimestre: 30% de la brecha

6to. cuatrimestre: 40% de la brecha

##### Valor Meta Máximo (VMM): 59.5%

**Valor Piso (VP):** Media menos 1 desvío estándar de la cobertura de tamizajes *vigentes* en el cuatrimestre MJJA 2025.

**Línea de Base (LB):** Cobertura de tamizajes *vigentes* el cuatrimestre MJJA 2025<sup>17</sup>.

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada

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

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

Se considera mamografía de tamizaje la realizada a mujeres de 50 a 74 años (grupo etario recomendado por Guía de Práctica Clínica<sup>18</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 74 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.

<sup>17</sup> Para la Línea de Base se contabilizarán los tamizajes efectivamente realizados, por lo que quedarán excluidos del cálculo los casos declarados como No Consentimiento. En caso de no haber declaración en el cuatrimestre MJJA 2025 se imputará como Línea de Base la mediana del desempeño sectorial del cuatrimestre MJJA 2025.

<sup>18</sup> [Guía de práctica clínica de detección Cáncer de mama | Ministerio de Salud Pública](#)



Cuando la mujer tuvo alguna mamografía previa con resultado BIRADS III o mayor, se entiende que tiene 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 74 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 74 años con mamografía que NO SEAN DE TAMIZAJE.**

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/RUSNIS de acuerdo con los criterios establecidos en Anexo 1 y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre.

### **Validación de No consentimiento del usuario**

Se contabilizarán como válidos aquellos casos donde la usuaria no otorgue su consentimiento a realizarse el tamizaje, luego de haber sido adecuadamente informada respecto a la importancia de la realización de este y de los riesgos que implica la no detección oportuna de la patología.

El no consentimiento deberá ser expresado en el marco de una consulta médica presencial o de telemedicina **realizada en los últimos 12 meses**, debiendo quedar consignado en Historia Clínica con fecha y firma del profesional médico actuante.

La expresión del No consentimiento deberá cumplir con las condiciones consagradas por el Artículo 11 de la Ley 18.335 sobre Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.

Asimismo, se deberá entregar al usuario -en formato papel o digital- un material educativo institucional sobre prevención y diagnóstico precoz de cáncer de mama y las formas de acceso institucional para la realización del tamizaje. Este material deberá ser entregado en el marco de la consulta médica o bien, desde las áreas de Atención al Usuario, Registros Médicos o Departamentos de Metas Asistenciales.

Dicho material educativo deberá ser declarado conjuntamente con la Planilla Nominalizada, en los plazos y formatos establecidos, a efectos de habilitar el pago del indicador para el primer cuatrimestre (EFMA26).



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) **realizada en los últimos 12 meses** donde el usuario expresa su no consentimiento.

El Dpto. de Metas Asistenciales realizará un monitoreo cuatrimestral de los No Consentimientos declarados, evaluando el comportamiento institucional respecto de lo observado a nivel sectorial, tomando como referencia los siguientes aspectos:

- a) Que el porcentaje de casos declarados como No Consentimiento respecto al total de casos validados en el numerador se encuentre por encima del promedio sectorial.
- b) Que exista una variación en el Desempeño (Valor Alcanzado) por encima del promedio sectorial de no contabilizarse en el numerador los casos declarados como No consentimiento.
- c) Que exista modificación del cumplimiento y pago alcanzado para el indicador de no contabilizarse en el numerador los casos declarados como No consentimiento.

Para cada cuatrimestre se informará a la JUNASA aquellas Instituciones con un comportamiento atípico respecto de lo observado a nivel sectorial, a efectos de instruir una auditoría presencial específica sobre la utilización de esta excepción.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría 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 otorgan su Consentimiento para realizarse el tamizaje, el auditor indagará en la historia clínica la debida orientación realizada al usuario, con fecha y 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 afiliados con inicio oportuno de tratamiento de cáncer de colon, cuello de útero o mama

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de afiliados con diagnóstico confirmatorio de cáncer de colon, cuello de útero o mama en el cuatrimestre con inicio oportuno de tratamiento.
- **Denominador:** Número de afiliados con diagnóstico confirmatorio de cáncer de colon, cuello de útero o mama en el cuatrimestre, por 100.

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

##### Valor Meta (VM):

1er. y 2do. cuatrimestre: 50%

3er. y 4to. cuatrimestre: 60%

5to. y 6to. cuatrimestre: 70%

Inicio de tratamiento oportuno:

Cáncer de Colon: 90 días para afiliados de ambos sexos y todas las edades.

Cáncer de Cuello de Útero: 65 días para afiliadas mujeres de todas las edades.

Cáncer de Mama: 75 días para afiliadas mujeres de todas las edades.

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

**Línea de Base (LB):** No aplica

**Fuente Numerador:** Planilla nominalizada.

**Fuente Denominador:** Planilla nominalizada.

#### Instrucciones para la implementación del indicador

A partir de 2026, se implementará un único indicador de inicio oportuno de tratamiento de cáncer que, para este periodo, estará integrado por cáncer de colon, cáncer de cuello de útero y cáncer de mama.

A continuación se especifican las condiciones de implementación y exigencia en cada caso:

##### - **Cáncer de Colon (Denominador):**

La *población objetivo* son los varones y mujeres afiliados de todas las edades con resultados de AP confirmatorio de cáncer de colon. Se toma como fecha de biopsia la del resultado, el que debe estar dentro del cuatrimestre. **Se consideran AP confirmatorios de cáncer de colon y recto carcinomas, adenocarcinomas de colon y recto y otras neoplasias malignas como por ejemplo tumores neuroendócrinos, tumores mesenquimáticos o linfomas.**





Para ser validado para el cumplimiento del indicador, en cada caso se deberá iniciar tratamiento hasta los **90 días posteriores** (inclusive) al informe de laboratorio del Test de sangre oculta positivo.

Aquellas Instituciones que opten por el Grupo 2 en el indicador 4.1<sup>19</sup>, que realizan FCC como técnica de tamizaje **sin TSOH previo**, deberán iniciar el tratamiento hasta los 90 días posteriores a la fecha de realización de esa Fibrocolonoscopia.

Se entiende como inicio de tratamiento a la aplicación de la terapéutica indicada por el especialista, sea cirugía, radioterapia o tratamiento sistémico. Se acepta tratamiento la resección local (endoscópica o transanal) asociada a vigilancia en aquellos adenocarcinomas invasores T1 con invasión superficial de la submucosa de colon o recto considerados de bajo riesgo, para lo cual se deben cumplir los siguientes criterios: resección en bloque (no fragmentada), resección completa (RO), márgenes libres (mayor o igual a 1 mm), sin invasión vásculo- linfática, tumores bien a moderadamente diferenciados.

#### - **Cáncer de Cuello de Útero:**

La *población objetivo* 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 validado para el cumplimiento del indicador, en cada caso se deberá iniciar el tratamiento correspondiente 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. En estos casos se declara como fecha de inicio de tratamiento la fecha donde el especialista tratante define el seguimiento.

#### - **Cáncer de Mama:**

La *población objetivo* 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 validado para el cumplimiento del indicador, en cada caso se deberá iniciar tratamiento hasta los **75 días posteriores** (inclusive) al informe de mamografía BIRADS IV y V.

Se entiende como inicio de tratamiento a la aplicación de la terapéutica indicada por el especialista,

---

<sup>19</sup> 4.1- Cobertura de tamizaje de cáncer colorrectal de 50 a 74 años.



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.

#### Resumen de indicador de Inicio oportuno de tratamiento de cáncer

	Población objetivo	Tiempo de Espera en días	Desde	Hasta
Colon	Varones y Mujeres Todas las edades Con AP confirmatorio en el cuatrimestre	90	Informe de TSOH positivo o Fecha de realización de FCC <sup>20</sup>	Inicio de tratamiento según especificaciones
Cuello de Útero	Mujeres Todas las edades Con AP confirmatorio en el cuatrimestre	65	Toma de muestra de PAP o Test de HPV	Inicio de tratamiento según especificaciones
Mama	Mujeres Todas las edades Con AP confirmatorio en el cuatrimestre	75	Informe de mamografía BIRADS IV y V	Inicio de tratamiento según especificaciones

#### Instrucciones para la declaración de la información

Se deben informar por Planilla Nominalizada, todos los casos que conformen la población objetivo del indicador (**denominador**), concretamente:

- Varones y mujeres afiliados, de todas las edades, con AP confirmatoria de cáncer de colon en el cuatrimestre.
- Mujeres afiliadas, de todas las edades, con AP confirmatoria de cáncer de cuello de útero en el cuatrimestre.
- Mujeres afiliadas, de todas las edades, con AP confirmatoria de cáncer de mama en el cuatrimestre.

A estos efectos, se deberá consignar la fecha de resultado de AP confirmatorio de cáncer – dentro del cuatrimestre- en la columna “**DIAGNOSTICO CANCER POR AP**” y especificar el tipo de cáncer diagnosticado en la columna “**TIPO CANCER**”.

Para el **numerador** se contabilizarán los afiliados que cumplan con el tiempo de espera en días exigido en cada caso, que surge de la diferencia entre la fecha de inicio de tratamiento informada en la

<sup>20</sup> Instituciones del Grupo 2- Indicador 4.1- Cobertura de tamizaje de cáncer colorrectal de 50 a 74 años.



columna **“INICIO DE TRATAMIENTO”** y la fecha asociada al tamizaje establecido en cada caso como punto de partida, informado en la columna **“FECHA TAMIZAJE”**.

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 Metas Asistenciales 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 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 laboratorio de Test de Sangre Oculta en Heces o fecha de realización de FCC, fecha e informe de biopsia y fecha de inicio del tratamiento indicado por el especialista.
- 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.
- 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).
- En los casos validados por motivo de *No consentimiento* del usuario 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 4.7) Porcentaje de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Hipertensión

**Valor Alcanzado (VA):**

- **Numerador:** Número de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Hipertensión
- **Denominador:** Número de afiliados de 25 a 64 años, por 100

**Valor de Referencia (VR):** Prevalencia ajustada por edad para cada Prestador en base a ENFR 2013. Prevalencia Nacional 36.6% (ENFR 2013).

**Valor Meta (VM):** Disminuir el **25%** de la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia institucional

1er. cuatrimestre: Entrega de Línea de Base

2do. cuatrimestre: 5% de la brecha

3er. cuatrimestre: 10% de la brecha

4to. cuatrimestre: 15% de la brecha

5to. cuatrimestre: 20% de la brecha

6to. cuatrimestre: 25% de la brecha

**Valor Meta Máximo (VMM):** Corresponde al 85% del Valor de Referencia del Prestador.

**Valor Piso (VP):** Media menos 1 desvío estándar del porcentaje sectorial de afiliados de **25 a 64 años** con diagnóstico de hipertensión al 31 de diciembre de 2025.

**Línea de Base (LB):** Porcentaje institucional de afiliados de **25 a 64 años** con diagnóstico de hipertensión al 31 de diciembre de 2025.

**Fuente Numerador:** Planilla Nominalizada

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

#### Instrucciones para la implementación del indicador

A efectos de la implementación del indicador se definen los siguientes criterios y fuentes para la identificación de los afiliados con diagnóstico de hipertensión:

- Historia Clínica Institucional, donde se encuentre consignado el diagnóstico de hipertensión, tratamiento higiénico- dietético y/o indicación de medicación antihipertensiva en caso de que corresponda.
- Prescripción o retiro de medicación antihipertensiva en los últimos 12 meses consignada en registro que sea auditable, según se detalla a continuación:



## ANTIHIPERTENSIVOS

IECA	Captopril
	Enalapril
	Lisinopril
	Perindopril
	Ramipril
ARA II	Candesartán
	Irbesartán
	Losartán
	Olmesartán
	Telmisartán
Calcioantagonistas dihidropiridínicos	Valsartán
	Amlodipina
	Lercanidipina
	Nicardipina
Calcioantagonistas no dihidropiridínicos	Nifedipina
	Diltiazem
	Verapamil
Simpaticolíticos alfabloqueantes	Doxazosina
Simpaticolíticos de acción central	Clonidina
	Metildopa

## ASOCIACIONES

Antihipertensivos asociados entre sí	IECA + Calcioantagnistas	Benzepiril + amlodipina
		Perindopril + amlodipina
	ARA II + Calcioantagonistas	Telmisartán + amlodipina
		Valsartán + amlodipina
Antihipertensivos con diuréticos	IECA + diuréticos	Enalapril + hidroclorotiazida
		Perindopril + indapamida
	ARA II + diuréticos	Candesartán + hidroclorotiazida
		Losartán + hidroclorotiazida
		Olmesartán + hidroclorotiazida
		Telmisartán + hidroclorotiazida
Antihipertensivos con calcioantagonistas y diuréticos	Valsartán + amlodipina + hidroclorotiazida	
	Perindopril + amlodipina + indapamida	



## BETABLOQUEANTES

Betabloqueantes cardioselectivos	Atenolol
	Bisoprolol
	Metoprolol
	Nebivolol
Betabloqueantes no cardioselectivos	Carvedilol
	Labetalol
	Propanolol
	Sotalol
Betabloqueantes con diuréticos	Atenolol + amilorida + hidroclorotiazida

## DIURÉTICOS

Ahorradores de potasio	Eplerenona
	Espironolactona
Diuréticos de ASA	Furosemida
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida
	Indapamida
Diuréticos asociados	Furosemida + amiloride
	Hidroclorotiazida + amiloride
	Hidroclorotiazida + triamtereno

### Valor de Referencia Institucional

Será la prevalencia ajustada por edad para cada prestador. Dicha prevalencia se estimará considerando la prevalencia nacional por grupo de edad que surge de la encuesta ENFRENT 2013 y la estructura de edad de cada prestador que surge de lo informado al RUCAF/RUSNIS en el mes de diciembre de 2025.

A continuación se describe la prevalencia nacional por grupo de edad según la encuesta ENFRENT 2013<sup>21</sup>:

Grupos de edad (en años)	Presión arterial elevada %
25 a 34	18.9%
35 a 44	25.6%
45 a 54	47.9%
55 a 64	62.8%

<sup>21</sup> Fuente: 2da. ENFRENT (MSP 2013). Sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o diastólica  $\geq 90$  mmHg y/o tomando medicación para hipertensión arterial.



---

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada los afiliados de 25 y 64 años con diagnóstico de hipertensión, consignando los datos identificatorios del afiliado, según se detalla en el Diccionario de Variables.

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/RUSNIS de acuerdo a los criterios establecidos en Anexo 1 y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre.

#### **Declaración de Línea de Base:**

Las Instituciones deberán declarar su Línea de Base, detallando el número de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Hipertensión al 31 de diciembre de 2025.

La fecha límite de entrega será el 10 de abril de 2026, mediante PN y en la instancia de RCIE creada y debidamente identificada para ello.

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

Aquellas Instituciones que no entreguen la Línea de Base en tiempo y forma, se les imputará como Línea de Base la mediana sectorial.

La información del denominador se extrae del RUCAF/RUSNIS y se utiliza el valor informado al MSP en el mes de diciembre de 2025.

El Dpto. de Metas Asistenciales podrá rectificar los valores de Líneas de Base notificados en aquellos casos en donde se identifiquen una subestimación significativa de la Línea de Base respecto de la última declaración al 31 de diciembre de 2021, en el marco de la Meta 2.

### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría se seleccionará una muestra de los casos 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 el diagnóstico de hipertensión, tratamiento higiénico- dietético y/o indicación de medicación antihipertensiva en caso de que corresponda, o en su defecto,

debe constar la fecha de prescripción o fecha de retiro de medicación antihipertensiva, consignada en el registro auditable.

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



#### 4.8) Porcentaje de afiliados hipertensos de 25 a 64 años con consulta médica vigente

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Hipertensión con consulta médica vigente.
- **Denominador:** Número de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Hipertensión

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

##### Valor Meta (VM):

1er. cuatrimestre: 5%

2do. cuatrimestre: 15%

3er. cuatrimestre: 35%

4to. cuatrimestre: 40% y 70% identificado en HCEN

5to. cuatrimestre: 50% y 80% identificado en HCEN

6to. cuatrimestre: 60% y 90% identificado en HCEN

##### Valor Piso (VP):

1er. cuatrimestre: 0

2do. cuatrimestre: 5%

3er. cuatrimestre: 10%

4to. cuatrimestre: 20%

5to. cuatrimestre: 30%

6to. cuatrimestre: 40%

**Fuente Numerador:** Planilla Nominalizada (2026-2027) y HCEN (2027)

**Fuente Denominador:** Planilla Nominalizada

#### Instrucciones para la implementación del indicador

Se validan como consulta médica vigente aquellas realizadas en:

- Consultas de medicina general, medicina interna, medicina familiar, cardiología, diabetología, endocrinología y nefrología, realizadas en Policlínica o por Telemedicina.
- Con fecha de realización a partir del 1ero. de enero de 2026
- Con registro en la **Historia Clínica Institucional** del valor de la presión arterial tomada en el marco de la consulta presencial o de la auto-toma en consulta por telemedicina<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Este requisito será validado en el marco de la fiscalización presencial a través de la Historia Clínica Institucional





- Con una vigencia de 12 meses respecto al último día del cuatrimestre.

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

Asimismo, a partir de 2027 comenzará a regir una exigencia progresiva de identificación en HCEN de la consulta vigente declarado por Planilla Nominalizada, de acuerdo al siguiente esquema:

4to. Cuatrimestre	70% de consultas identificadas en HCEN sobre el total de hipertensos de 25 a 64 años con consulta médica vigente.
5to. Cuatrimestre	80% de consultas identificadas en HCEN sobre el total de hipertensos de 25 a 64 años con consulta médica vigente.
6to. Cuatrimestre	90% de consultas identificadas en HCEN sobre el total de hipertensos de 25 a 64 años con consulta médica vigente.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada los afiliados de 25 y 64 años con diagnóstico de hipertensión con consulta médica vigente que cumpla con las especificaciones requeridas por el indicador. A estos efectos, se deberá consignar la fecha de la consulta en la columna "FECHA\_CONSULTA".

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

El *denominador* del indicador queda conformado por los afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Hipertensión, declarado en la misma *Hoja Excel* por Planilla Nominalizada para el indicador precedente (4.7).

El Área de Gobierno Electrónico oportunamente detallará las especificaciones técnicas de la extracción que se realizará desde HCEN, a efectos del cumplimiento de la condición establecida para 2027.

#### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría se seleccionará una muestra de las Historias Clínicas declaradas por Planilla Nominalizada.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Debe constar en la **Historia Clínica Institucional** el diagnóstico de hipertensión o en su defecto, debe constar la fecha de prescripción o fecha de retiro de medicación antihipertensiva, consignada en registro auditable.
- Debe constar en la **Historia Clínica Institucional** registro de la consulta con las especialidades médicas habilitadas para el cumplimiento del indicador y debe constar el resultado de la toma



de presión arterial tomada durante la consulta presencial o auto-toma en el caso de telemedicina.

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



#### Indicador 4.9) Porcentaje de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Diabetes

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Diabetes
- **Denominador:** Número de afiliados de 25 a 64 años, por 100

**Valor de Referencia (VR):** Prevalencia ajustada por edad para cada Prestador en base a ENFR 2013. Prevalencia Nacional 7.6% (ENFR 2013).

**Valor Meta (VM):** Disminuir el **25%** de la brecha entre la Línea de Base y el Valor de Referencia institucional

1er. cuatrimestre: Entrega de Línea de Base

2do. cuatrimestre: 5% de la brecha

3er. cuatrimestre: 10% de la brecha

4to. cuatrimestre: 15% de la brecha

5to. cuatrimestre: 20% de la brecha

6to. cuatrimestre: 25% de la brecha

**Valor Meta Máximo (VMM):** Corresponde al 85% del Valor de Referencia del Prestador.

**Valor Piso (VP):** Media menos 1 desvío estándar del porcentaje sectorial de afiliados de **25 a 64 años** con diagnóstico de diabetes al 31 de diciembre de 2025.

**Línea de Base (LB):** Porcentaje de afiliados de **25 a 64 años** con diagnóstico de diabetes al 31 de diciembre de 2025.

**Fuente Numerador:** Planilla Nominalizada

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

#### Instrucciones para la implementación del indicador

A efectos de la implementación del indicador se definen los siguientes criterios y fuentes para la identificación de los afiliados con diagnóstico de diabetes:

- Historia Clínica Institucional, donde se encuentre consignado el diagnóstico de diabetes, tratamiento higiénico- dietético y/o indicación de medicación antidiabética en caso de que corresponda.
- Prescripción o retiro de medicación antidiabética en los últimos 12 meses consignada en registro que sea auditable, según se detalla a continuación:



## ANTIDIABÉTICOS ORALES

Sensibilizadores de insulina	Biguanidas	Metformina
	Glitazonas	Pioglitazona
Insulino secretores	Sulfonilureas	Glibenclamida
		Glimeprida
		Gliclazida
	Meglitidinas	Repaglinida
Inhibidores de DPP-4		Linagliptina
		Saxagliptina
		Sitagliptina
		Vildagliptina
Análogos de GLP1		Liraglutida
Glifozinas (inhibidores de SGLT2)		Empaglifozina
		Dapaglifozina
Antidiabéticos orales asociados		Metformina + Glibenclamida
		Metformina + Linagliptina
		Metformina + Vildagliptina
		Metformina + Sitagliptina
		Metformina + Dapaglifozina
		Metformina + Empaglifozina



## Insulinas y análogos

Insulina de acción rápida	Insulina Cristalina Humana
	Insulina Aspártica
	Insulina Glulisina
	Insulina Lispro
Insulina de acción intermedia	Insulina NPH Humana
Insulina de acción prolongada	Insulina Detemir
	Insulina Glargina
	Insulina Degludec

### Valor de Referencia Institucional

Será la prevalencia ajustada por edad para cada prestador. Dicha prevalencia se estimará considerando la prevalencia nacional por grupo de edad que surge de la encuesta ENFRENT 2013 y la estructura de edad de cada prestador que surge de lo informado al RUCAF/RUSNIS en el mes de diciembre de 2025.

A continuación se describe la prevalencia nacional por grupo de edad según la encuesta ENFRENT 2013<sup>23</sup>:

Grupos de edad (en años)	Glucemia elevada %
25 a 34	3.8%
35 a 44	4.0%
45 a 54	8.5%
55 a 64	16.8%

### Instrucciones para la declaración de la información

Se deben informar por Planilla Nominalizada los afiliados de 25 y 64 años con diagnóstico de diabetes, consignando los datos identificatorios del afiliado, según se detalla en el Diccionario de Variables.

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

<sup>23</sup> Fuente: 2da. ENFRENT (MSP 2013). Glucemia elevada  $\geq 126$  mg/dl y/o en tratamiento medicamentoso por diabetes.



La información del denominador se extrae del RUCAF/RUSNIS de acuerdo a los criterios establecidos en Anexo 1 y se utiliza el valor informado al MSP en el primer mes de cada cuatrimestre.

#### **Declaración de Línea de Base:**

Las Instituciones deberán declarar su Línea de Base, detallando el número de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Diabetes al 31 de diciembre de 2025.

La fecha límite de entrega será el 10 de abril de 2026, mediante PN y en la instancia de RCIE creada y debidamente identificada para ello.

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

Aquellas Instituciones que no entreguen la Línea de Base en tiempo y forma, se les imputará como Línea de Base la mediana sectorial.

La información del denominador se extrae del RUCAF/RUSNIS y se utiliza el valor informado al MSP en el mes de diciembre de 2025.

El Dpto. de Metas Asistenciales podrá rectificar los valores de Líneas de Base notificados en aquellos casos en donde se identifiquen una subestimación significativa de la Línea de Base respecto de la última declaración al 31 de diciembre de 2021, en el marco de la Meta 2.



#### 4.10) Porcentaje de afiliados diabéticos de 25 a 64 años con consulta médica vigente

##### Valor Alcanzado (VA):

- **Numerador:** Número de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Diabetes con consulta médica vigente.
- **Denominador:** Número de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Diabetes

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

##### Valor Meta (VM):

1er. cuatrimestre: 5%

2do. cuatrimestre: 15%

3er. cuatrimestre: 30%

4to. cuatrimestre: 45% y 70% identificado en HCEN

5to. cuatrimestre: 60% y 80% identificado en HCEN

6to. cuatrimestre: 70% y 90% identificado en HCEN

##### Valor Piso (VP):

1er. cuatrimestre: 0%

2do. cuatrimestre: 5%

3er. cuatrimestre: 15%

4to. cuatrimestre: 25%

5to. cuatrimestre: 40%

6to. cuatrimestre: 50%

**Fuente Numerador:** Planilla Nominalizada (2026-2027) y HCEN (2027)

**Fuente Denominador:** Planilla Nominalizada

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

Se validan como consulta médica vigente aquellas realizadas en:

- Consultas de medicina general, medicina interna, medicina familiar, diabetología, endocrinología y nefrología, realizadas en Policlínica y por Telemedicina.
- Con fecha de realización a partir del 1ero. de enero de 2026
- Con una vigencia de 6 meses respecto al último día del cuatrimestre.

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



Asimismo, a partir de 2027 comenzará a regir una exigencia progresiva de identificación en HCEN de la consulta vigente declarado por Planilla Nominalizada, de acuerdo al siguiente esquema:

4to. Cuatrimestre	70% de consultas identificadas en HCEN sobre el total de diabéticos de 25 a 64 años con consulta médica vigente.
5to. Cuatrimestre	80% de consultas identificadas en HCEN sobre el total de diabéticos de 25 a 64 años con consulta médica vigente.
6to. Cuatrimestre	90% de consultas identificadas en HCEN sobre el total de diabéticos de 25 a 64 años con consulta médica vigente.

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

Se deben informar por Planilla Nominalizada los afiliados de 25 y 64 años con diagnóstico de diabetes con consulta médica vigente que cumpla con las especificaciones requeridas por el indicador. A estos efectos, se deberá consignar la fecha de la consulta en la columna "FECHA\_CONSULTA".

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

El *denominador* del indicador queda conformado por los afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de Diabetes, declarado en la misma *Hoja Excel* por Planilla Nominalizada para el indicador precedente (4.9).

El Área de Gobierno Electrónico oportunamente detallará las especificaciones técnicas de la extracción que se realizará desde HCEN, a efectos del cumplimiento de la condición establecida para 2027.

#### **Instrucciones de auditoría**

Para la auditoría se seleccionará una muestra de las Historias Clínicas declaradas por Planilla Nominalizada.

El auditor basará la fiscalización en las siguientes pautas:

- Debe constar en la **Historia Clínica Institucional** el diagnóstico de diabetes o en su defecto, debe constar la fecha de prescripción o fecha de retiro de medicación antidiabética, consignada en registro auditable.
- Debe constar en la **Historia Clínica Institucional** registro de la consulta con las especialidades médicas habilitadas para el cumplimiento del indicador.

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):

2026: 60%

2027: 70%

#### Valor Piso (VP):

2026: 40%

2027: 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 con el formato preestablecido por el Área Programática de Salud Mental del MSP.  
Dicha orientación debe incluir:



- Descripción del tratamiento indicado.
- Orientaciones al usuario y/o referente afectivo sobre el manejo de la medicación prescrita, en caso de 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.

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

- Alta del afiliado contra voluntad médica que haya impedido u obstaculizado la correcta concreción de lo establecido en el Hito 1 de este indicador.

#### 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>24</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.

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 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 y se sugiere firma del paciente y/o referente afectivo, realizado previo al egreso.
- 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

---

<sup>24</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.



referente afectivo. Consignar negativa del usuario en caso de 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.
- 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 de que corresponda.
- El formato de historia clínica puede ser en papel o electrónico, si se adapta a los estándares manejados por la normativa vigente.



## Indicador 5.2) Mejora del acceso oportuno a servicios de salud mental

### Instrucciones para la implementación del indicador

En cada cuatrimestre la institución debe declarar por Planilla Nominalizada **todos los usuarios que al último día del cuatrimestre se encuentren en la lista de demanda en espera** para las prestaciones consideradas **y aquellos que salieron de la lista durante ese período.**

En el siguiente cuatrimestre deben informarse los usuarios que figuraban en espera al último día del período anterior, los nuevos ingresos a la lista de demanda en espera y los usuarios que salieron de la misma durante el período en curso, con su fecha correspondiente.

Los usuarios que salen de la lista de espera en cada período no deben solamente ser eliminados de la lista, sino que deben ser informados dándoles el cierre (consignar fecha y causal de salida). En el siguiente período esos registros ya no deben ser informados.

En el **primer cuatrimestre (EFMA26)** se informará **Psicoterapia Modos 2 y 3** para los meses de marzo y abril 2026.

**A partir del segundo cuatrimestre (MJJA26)** deberá informarse **Psicoterapia Modos 2 y 3, Psiquiatría de adultos e infantil.**

**La lista de demanda en espera refiere a aquellos usuarios para los que no se ha podido asignar cita aún, por no existir disponibilidad en la agenda correspondiente.**

Los registros de demanda en espera para consultas de **Psiquiatría de adultos e infantil** que deberán informarse a partir del segundo cuatrimestre, serán exclusivamente aquellas solicitudes que cuentan con **derivación de otro profesional (pase)**, para las que no se ha podido asignar cita aún, por no existir disponibilidad en la agenda correspondiente.

### Instrucciones para la declaración de la información

#### DEFINICIÓN DE VARIABLES A SER REPORTADAS EN PLANILLA NOMINALIZADA

- Tipo de documento del usuario
- País de emisión documento usuario
- Nro. documento usuario
- Sexo del usuario
- Fecha de nacimiento del usuario
- Tipo de consulta / atención a la que corresponde la lista de demanda en espera en la que se encuentra el usuario.

Se selecciona del listado el tipo de consulta / atención por la que el usuario está esperando.  
Valores válidos:



1. Psicoterapia Modo 2
2. Psicoterapia Modo 3
3. Psiquiatría adultos
4. Psiquiatría infantil

- **Fecha de solicitud de la prestación.**

Es la fecha en que el usuario es visto por Comité de recepción u otro dispositivo de coordinación y el mismo indica psicoterapia Modos 2 o 3, o la fecha del pase a consulta con psiquiatría de adultos, psiquiatría infantil o psicoterapia Modos 2 o 3 por parte de un profesional de la salud de la institución.

- **Fecha de ingreso del usuario a lista de demanda en espera.**

Es la fecha en que el usuario pasa a incorporarse a la lista de demanda en espera de un tipo de consulta/ atención.

Corresponde a la fecha en que un usuario que cuenta con derivación a psicoterapia Modos 2 o 3 es registrado por mecanismos institucionales en la lista de demanda en espera a efectos de que le sea asignada por el prestador la fecha de comienzo de la prestación. En caso de que el usuario deba gestionar la cita correspondiente, el momento de ingreso a la lista de demanda en espera será el que se define en el siguiente párrafo para consulta de psiquiatría.

En el caso de consultas con psiquiatría de adultos y psiquiatría infantil corresponde a la fecha en que un usuario que cuenta con derivación, al cual no se le ha podido asignar cita por no existir disponibilidad en la agenda correspondiente, solicita ser ingresado a lista de demanda en espera para las respectivas consultas. Esto aplica para todas las vías de asignación de cita disponibles en el prestador, debiéndose implementar los mecanismos correspondientes para captar a los usuarios que deberán ser registrados en demanda en espera.

En algún caso esta fecha podrá coincidir con la fecha de solicitud de la prestación. Nunca podrá ser anterior a la fecha de solicitud de la prestación.

- **Forma de ingreso a la lista de demanda en espera.**

Se deberá consignar la forma de entrada a la lista de demanda en espera para la consulta / atención.

Valores válidos:

1. Derivación desde Comité de recepción u otro dispositivo de coordinación de psicoterapia
2. Derivación de otro profesional de salud
3. Solicitud voluntaria del usuario
4. Consulta de seguimiento



La categoría consulta de seguimiento se utiliza para las consultas que se brindan en el marco del seguimiento de un usuario en tratamiento, es decir, ya hubo una consulta previa con esa especialidad y el profesional solicita que vuelva a consultar en un determinado tiempo. **En el caso de psicoterapia esta variable no aplica, no se solicita que se informe cada encuentro en el marco de un tratamiento sino solo el inicio del mismo.**

- **Motivo de la derivación a psicoterapia.**

Interesa identificar dentro de los motivos de derivación a psicoterapia, los IAE y el consumo problemático de cocaína y/o pasta base de otros motivos por los que se indica la psicoterapia. Esto obedece a los distintos tiempos de espera máximos definidos por normativa para esos casos. Esta variable solo aplica a la lista de demanda en espera de psicoterapia por lo que para las demás listas de otro tipo de consultas se seleccionará la opción **No aplica**.

Valores válidos:

1. IAE
2. Consumo problemático cocaína y/o pasta base
3. Otros motivos
4. No aplica

- **Circunstancia especial por la que el usuario continúa en la lista de demanda en espera.**

Esta opción se activa exclusivamente cuando se le ofrece a un usuario ingresado en lista de espera una fecha para consulta / inicio de atención y la misma es rechazada por el usuario, que continuará en lista de espera hasta recibir otra asignación. El valor inicial de esta variable será vacío por defecto, y solamente se asignará una de las opciones en el caso de producirse la situación anteriormente descrita.

Valores válidos:

1. Elección de un profesional específico por parte del usuario (el usuario no acepta la primera fecha de consulta / atención asignada, porque optó por otro profesional).
2. Elección de horario específico por parte del usuario (el usuario no acepta la primera fecha de consulta / atención asignada, porque el horario no era oportuno).
3. Control pautado en fecha posterior por indicación médica (el usuario no acepta la primera fecha de consulta / atención asignada, porque la fecha fijada para el control por indicación médica es posterior).
4. Aplazamiento voluntario del usuario por otros motivos diferentes a los anteriores (el usuario no aceptó la primera fecha de consulta / atención asignada, por motivos personales distintos a 1 y 2).





5. Usuario no pudo ser contactado.

Puede consignarse la circunstancia especial más de una vez en caso de que haya sucedido alguna de las razones válidas en más de una oportunidad.

Todas las circunstancias especiales anteriormente mencionadas deberán quedar debidamente documentadas, a efectos de su posterior fiscalización.

- **Fecha en que se consigna una circunstancia especial por la que el usuario continúa en la lista de demanda en espera.**

Sólo se activa en caso que lo haga la variable anterior, registrando la fecha en que se plantea dicha opción. Su valor por defecto es vacío.

- **Causal de salida de la lista de demanda en espera.**

Se completa en el mismo momento de registrar la fecha de salida de la lista de demanda en espera.

Valores válidos:

0. Consulta pendiente. El paciente permanece en lista de espera.
1. Consulta asignada.
2. Desistimiento del usuario. El usuario decide no consultar, en forma definitiva.
3. Cambio de prestador.
4. Fallecimiento del usuario.

Todas las causales de salida de la lista de espera mencionadas deberán quedar debidamente documentadas, a efectos de su posterior fiscalización.

- **Fecha de salida de la lista.**

Mientras el usuario está en lista de demanda en espera este campo permanecerá vacío. Los registros con este campo vacío deberán tener el campo anterior, CAUSAL DE SALIDA, en 0. Aunque este dato parece redundante, será una prueba de congruencia para verificar que no se está omitiendo una fecha existente.

Cuando el usuario sale de la lista, por la causal que sea, se registrará dicha fecha.

En el caso de la causal de salida 1, la fecha a registrar es la fecha prevista para la consulta y no la fecha en que se asignó dicha cita. Este campo permanecerá vacío hasta que se informe el período en que está previsto que se efectivice la consulta, donde se informará el cierre del registro.

En los casos de causal de salida 2, 3 y 4, se deberá registrar la fecha en que la institución se notifica de dichos eventos.



- **Fecha de consulta efectivamente realizada.**

Se deberá completar con la fecha cuando se realizó efectivamente la consulta. En la mayoría de los casos esta fecha coincidirá con la fecha de salida de la lista por causal 1-consulta asignada. El campo vendrá vacío mientras el usuario continúa en espera o en los casos en que, existiendo fecha y causal 1 de salida de la lista de demanda en espera, la consulta no se haya efectivizado por ausentismo del usuario o por cancelación de la consulta por parte del profesional / prestador.

**Instrucciones de auditoría**

El auditor podrá fiscalizar la manera en que el prestador construye los registros de demanda en espera informados.

El auditor basará la fiscalización de las circunstancias especiales por las que el usuario continúa en la lista de demanda en espera informada en registros documentados del contacto establecido con el usuario donde debe figurar: fecha, hora, teléfono al que se contactó y funcionario responsable del contacto.

La misma documentación deberá generarse a efectos de la auditoría del causal de salida 2, Desistimiento del usuario.

El fiscalizador, asimismo, podrá contactarse directamente con el usuario a efectos de ratificar lo documentado.



## COMPONENTE 6: GESTIÓN DE ANTIMICROBIANOS

### Indicador 6.1) Estrategia institucional para la optimización del uso de antimicrobianos

#### Antecedentes

El aumento sostenido de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) es un grave problema de Salud Pública al que las instituciones de salud deben atender, de acuerdo a las pautas y recomendaciones establecidas por el MSP y organismos internacionales.

El Decreto N° 436/1997 y el Decreto N° 293/2022 reglamentan la constitución de la Comisión Asesora en Control de Infecciones Intrahospitalarias en el año 1997 y en el segundo de los decretos mencionados, se la designa como Comisión Asesora en Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

Asimismo, en el CONTRATO de GESTIÓN firmado entre los Prestadores Integrales de Salud y la Junta Nacional de Salud (Decreto N° 81/012 del 13/3/2012) -en su cláusula trigésima novena- se reafirma la necesidad de mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente. Para ello el prestador “debe implementar los Comités que a continuación se detallan, constituidos en la forma y con los cometidos que determine la normativa aplicable, los cuales tendrán carácter preceptivo.

- a) Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (Co.Se.Pa.)
- b) Comité de Infecciones Hospitalarias. Decreto No. 436/97 del 11 de noviembre de 1997, constituirá la base para la conformación de la Unidad de Epidemiología del Servicio, ampliándose su integración para dar cumplimiento a los demás cometidos. La información requerida, se registrará en un plan mensual de vigilancia de infecciones hospitalarias y será enviada en los plazos establecidos al Ministerio de Salud Pública. En caso de infecciones hospitalarias que se presenten en forma de brote o como casos inusitados, el prestador deberá comunicar por la misma vía en forma inmediata.
- c) Comité de Gestión de Residuos Sanitarios
- d) Estrategia de Cirugía Segura. El prestador se compromete a implementar la Lista de Verificación de seguridad en Cirugía, promovidas por el MSP y OPS”.



Con la profundización del problema se han creado Guías y Protocolos, cuya aplicación efectiva permitiría alinear la acción de los Prestadores de salud en los siguientes procesos:

- a) vigilancia epidemiológica;
- b) limitar y mitigar el problema de la resistencia a los antimicrobianos;
- c) difundir e investigar los principios y recomendaciones para la utilización óptima de los antimicrobianos.

La Ordenanza 1327/2019 del Ministerio de Salud:

- a) estableció el desarrollo y la implementación de Programas de Optimización de Antimicrobianos,
- b) estableció el reporte de los eventos clínicos y resultados de laboratorio relacionados con el componente de vigilancia de la resistencia antimicrobiana, y el reporte de la identificación y la sensibilidad y la derivación de los aislamientos según listado establecido por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP),
- c) creó la Red Nacional de Laboratorios para la vigilancia centinela de resistencia antimicrobiana,
- d) estableció la obligatoriedad del reporte anual del consumo de antimicrobianos por parte de todos los prestadores de salud en base a los requerimientos del Ministerio de Salud Pública y
- e) estableció el reporte anual de los datos de comercialización de antimicrobianos en base a los requerimientos del Ministerio de Salud Pública.

***En el marco de la Meta 2026-2027 se exigirá un indicador cualitativo asociado a la concreción de una Estrategia institucional para la optimización del uso de antimicrobianos***

El mismo estará planteado en dos etapas: en la primera el Ministerio de Salud Pública brindará capacitación sobre el Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA) durante el primer cuatrimestre de la Meta 2026-2027 (EFMA26).

En una segunda etapa que comprenden los demás cuatrimestres, a partir de MJJA26, las instituciones deberán ir constituyendo sus Equipos PROA y adoptando las acciones que hagan posible los beneficios de esta estrategia.

Se definen para cada cuatrimestre las orientaciones, hitos y medios de verificación.



### Cuatrimestre 1: enero-febrero-marzo-abril de 2026

Etapa 1: Capacitación por parte del Ministerio de Salud Pública a los Prestadores de Salud, para alinear las acciones hacia la concreción de una estrategia del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA). La capacitación se realizará en dos instancias.

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

#### **Hito 1: Primera instancia de capacitación a 3 integrantes de cada institución.**

Deberán realizarlo un integrante de la Dirección Técnica o a quien esta delegue sus funciones, un/a licenciado/a de enfermería y el profesional que liderará la estrategia de implementación del PROA en la institución. De preferencia debe ser un especialista infectólogo/a. En caso alternativo podrá concurrir un intensivista o un médico internista. Se podrán postular titulares y suplentes por área.

La realización del curso se comunicará con antelación y se coordinarán dos modalidades para su facilitación: para las instituciones de Montevideo – y opcionalmente las del área metropolitana- deberán concurrir personalmente al MSP, en tanto aquellas instituciones del interior deberán concurrir a las Direcciones Departamentales de Salud, para recibir la capacitación por vía telemática.

Se solicitará ficha de inscripción al curso y se llevará registro de asistencia por parte del Ministerio de Salud Pública y por las DDS, lo que permitirá validar posteriormente el cumplimiento del indicador.

Objetivo de la actividad: presentar el marco conceptual en el que se sustenta la implementación de los PROA, definir los objetivos de los programas, establecer la estrategia de integración institucional y la integración básica del equipo PROA. Los participantes recibirán información sobre el diseño de un PROA y la constitución y funcionamiento del equipo PROA.

Contenidos:

- Uso y consumo de antimicrobianos, abordaje del problema con visión de “Una sola Salud”<sup>25</sup>
- Resistencia a los antimicrobianos como problema de salud pública. Situación en Uruguay
- Programas de optimización de antimicrobianos como parte de la respuesta
- Diseño de un programa y estrategia de implementación en la organización

<sup>25</sup>Una sola Salud- <https://www.paho.org/es/una-sola-salud>



- Conformación y funcionamiento de equipos PROA. Roles específicos e integración del equipo de trabajo.<sup>26</sup>
- Interacción y sinergia PROA y Programa de Control de Infecciones.

**Hito 2: Segunda instancia de capacitación a 3 integrantes de cada institución.** Deberán realizarlo dos integrantes médicos, de preferencia infectólogo y epidemiólogo. De no contar con las especialidades, podrá asistir un especialista intensivista o internista (líder del E-PROA) y microbiólogo, además de el/la licenciado/a en enfermería. Se podrán postular titulares y suplentes por área.

La realización del curso se comunicará con antelación y se coordinarán dos modalidades para su facilitación: para las instituciones de Montevideo – y opcionalmente las del área metropolitana- deberán concurrir personalmente al MSP, en tanto aquellas instituciones del interior deberán concurrir a las Direcciones Departamentales de Salud, para recibir la capacitación por vía telemática.

Se solicitará ficha de inscripción al curso y se llevará registro de asistencia por parte del Ministerio de Salud Pública y por las DDS, lo que permitirá validar posteriormente el cumplimiento del indicador.

Objetivo de la actividad: presentar el marco conceptual para la evaluación de indicadores y definir y describir los indicadores de evaluación de los PROA. Los participantes recibirán información sobre los tipos de indicadores, las fuentes de datos y el cálculo de los indicadores solicitados.

Contenidos:

- Indicadores de estructura, proceso y resultado: conceptos y su integración en los procesos de mejora de las organizaciones
- Indicadores de estructura:
  - Constitución e integración del E-PROA, integrantes designados y con horas remuneradas asignadas.
  - Documento marco del PROA de la organización, elaborado, aprobado y difundido.
  - Nombramiento e integración de los referentes por áreas o servicios priorizados: UCI, cirugía, emergencia, medicina, ambulatorio
- Indicadores de proceso:
  - Antibiógrama institucional acumulativo

---

<sup>26</sup> Recomendaciones para la constitución y funcionamiento de los Programas de Optimización de Antimicrobianos en los prestadores del SNIS-Junio de 2022



- Hemocultivos contaminados
- Indicadores de resultado:
- Consumo de antimicrobianos global en áreas de internación, estratificando por clasificación AWARe<sup>27</sup> de los antimicrobianos
- Consumo de antimicrobianos en UCI adultos, estratificando por clasificación AWARe de los antimicrobianos
- Tasa de infecciones por MDR medidas en las IAAS hospitalarias
- Tasa de usuarios con aislamientos MDR por 10.000 usuarios-año
- Tasa de infecciones hospitalarias por *C difficile*, episodios de infecciones por *C difficile* adquiridos en el hospital/1000 pacientes-día

#### Medios de verificación:

El cumplimiento de los 2 hitos exigidos en este cuatrimestre será verificado mediante los formularios de inscripción a las capacitaciones y corroboración de asistencia efectiva.

A efectos del cumplimiento y pago del indicador se debe contar con la constatación de los hitos 1 y 2 por parte del Área programática competente.

#### **Cuatrimestre 2: mayo-junio-julio-agosto 2026**

##### **Hito 1: Creación del Programa PROA institucional.**

Se deberá establecer un programa PROA adaptado a la realidad institucional (crearlo si no existe o documentarlo si ya existe), tomando como referencia el Documento sobre Programas de Optimización de Antimicrobianos de la División de Epidemiología (DIGESA- MSP).

El documento marco del PROA deberá estar avalado por las Direcciones Técnicas Institucionales, debiendo contar de manera explícita dicha aprobación en el documento.

En el mismo debe constar:

- Objetivos (misión y visión)
- Análisis de la situación local.
- Diseño del programa adaptado al centro.

---

<sup>27</sup> Guía AWARe (acceso, precaución y reserva) de la OMS para el uso de antibióticos  
<https://www.paho.org/es/documentos/guia-aware-acceso-precaucion-reserva-oms-para-uso-antibioticos-infografias-anexo-web>



- Relación de necesidades de recursos humanos para el desarrollo del PROA. Conteniendo la relación de personas que integran el PROA; teniendo como exigencia: a) la dedicación horas asignadas exclusivas de un/a Licenciado/a de Enfermería para llevar a cabo actividades de coordinación operativa del E\_PROA; y b) de un médico clínico con horas remuneradas asignadas a las actividades del programa.
- Planificación de las intervenciones y actividades destinadas a optimizar la prescripción de antimicrobianos.
- Estrategia de difusión del PROA entre todos los profesionales implicados del centro para que conozcan su misión y sus objetivos.
- Describir las funciones de todos los participantes.
- Las especialidades que lo conforman, incluyendo la designación de los referentes por área o servicios y sus prerrogativas.
- Funcionamiento: reglamento, periodicidad de reuniones, lugar, solicitud de datos a distintas dependencias de la institución, determinación de cómo se necesitan los datos en su calidad y en oportunidad de entrega en tiempo y forma. (Interacción PROA y CIH)
- Definición de inserción del E –PROA dentro de las distintas áreas de la institución.
- Establecimiento de pautas de contacto entre E- PROA y distintas áreas (designación de referentes por áreas).

## **Hito 2: Adaptación de Guía de Práctica Clínica (GPC) de Profilaxis antimicrobiana en Cirugía.**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Cirugía o el referente designado por ésta y un referente de anestesiología, deberá realizar una adaptación institucional de la Guía de Práctica Clínica de Profilaxis antimicrobiana en cirugía, tomando como referencia el documento “RECOMENDACIONES EN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA” (MSP-2010).

En caso de adoptar las Guías de Práctica Clínica ministerial, ésta decisión deberá quedar consignada en el Informe que debe ser entregado.

En tanto, si se opta por la creación de una Guía de Práctica Clínica diferente a la ministerial, la Institución podrá agregar o sustituir lo que corresponda, fundamentando que lo propuesto no se adecua a la realidad institucional.

### Medios de verificación:

El cumplimiento de los 2 hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.





Se debe informar:

- Documento marco del PROA institucional, basado en pauta ministerial y en formato establecido por la División de Epidemiología del MSP.
- Guía de Práctica Clínica Institucional de Profilaxis antimicrobiana en cirugía, en formato establecido por la División de Epidemiología del MSP.

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

### **Cuatrimestre 3: setiembre-octubre-noviembre-diciembre de 2026**

#### **Hito 1: Plan general de difusión del PROA Institucional**

El Equipo PROA deberá crear un Plan general de difusión interno del PROA Institucional. El mismo debe explicitar el contenido previsto a difundir y el cronograma de implementación durante 2026-2027, contemplando como mínimo los siguientes servicios: UCI, Servicios Quirúrgicos, Servicios de Medicina de adultos y Emergencia.

Asimismo, el Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de cirugía o el referente designado por ésta y un referente de anestesiología, deberá organizar e implementar la instancia de difusión sobre el PROA Institucional en este servicio, que debe ser realizada en este cuatrimestre (SOND2026).

La difusión puede realizarse de manera presencial o de virtual. En caso que la difusión sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados.

#### **Hito 2: Capacitaciones sobre GPC de Profilaxis antimicrobiana en Servicio de Cirugía.**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Cirugía o el referente designado por ésta y un referente de anestesiología, deberá organizar e implementar capacitaciones internas (presencial o virtual), a realizarse durante el cuatrimestre, sobre las recomendaciones para el uso racional de los antibióticos en el Área de Cirugía y la GPC institucional sobre Profilaxis antibiótica en Cirugía. El porcentaje a capacitar lo determinará el Equipo PROA, según la complejidad del servicio

Puntualmente, en dicha capacitación se deberá abordar la definición conceptual y metodológica de los siguientes indicadores asociados a las buenas prácticas profilácticas en cirugía:

- 1) Profilaxis antimicrobiana correctamente realizada sobre el total de casos con indicación (valor de referencia: 95%)



- 2) Hora de comienzo oportuna de la administración de antimicrobianos previo a la cirugía (valor de referencia: 1 o 2 horas previa a la cirugía)
- 3) Implementar los cambios necesarios para obtener los registros correctos de las horas de inicio de la antibioticoterapia profiláctica y hora de cirugía
- 4) Duración de la administración de antimicrobiano posterior a la cirugía (valor de referencia: 24 horas).

Se deben capacitar a los siguientes perfiles profesionales:

- Al menos un referente de cirugía traumatológica
- Al menos un referente de cirugía urológica
- Al menos un referente de cirugía ginecológica
- Al menos un referente de cirugía de abdomen
- Al menos un referente del servicio de anestesia
- Al menos un referente Licenciado en Enfermería por turno y por Block Quirúrgico

A efectos del cumplimiento del indicador se habilita la acreditación de la capacitación realizada en otro Prestador, en tanto cumpla con los requisitos exigidos por el indicador y exista constancia por escrito de la misma. En caso que la capacitación sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados.

#### Medios de verificación:

El cumplimiento de los 2 hitos deberá ser reportado por la Institución mediante presentación de informe, en la fecha límite prevista por Instructivo y a través de RCIE. El informe será evaluado y aprobado por el Área Programática competente.

Se debe informar:

- Plan general de difusión sobre el PROA institucional y descripción de instancia de difusión del PROA institucional en Servicio de Cirugía. En caso que la difusión sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados.
- Descripción de instancias de capacitación realizadas sobre Profilaxis quirúrgica y GPC institucional: modalidad, contenido, número y perfiles de personal capacitado. En caso que la capacitación sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados. Constancia que acredite capacitación realizada en otros Prestadores.

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



#### Cuatrimestre 4: enero-febrero-marzo-abril de 2027

##### **Hito 1: Elaboración o adaptación de Guía de Práctica Clínica (GPC) de Tratamiento antimicrobiano en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI).**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Cuidados Intensivos o el referente designado por ésta, deberá elaborar o adaptar una guía institucional de Práctica Clínica de Tratamiento antimicrobiano en UCI, específicamente sobre *Sepsis*.

##### **Hito 2: Capacitaciones sobre GPC y uso óptimo de antimicrobianos en sepsis en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI).**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Cuidados Intensivos o el referente designado por ésta, deberá organizar e implementar capacitaciones internas (virtuales o presenciales), a realizarse durante el cuatrimestre, sobre la GPC y el uso de antimicrobianos en sepsis. El número de profesionales a capacitar lo determinará el Equipo PROA de la institución, fundamentado éste según el grado de complejidad del servicio.

A efectos del cumplimiento del indicador se habilita la acreditación de la capacitación realizada en otro Prestador, en tanto cumpla con los requisitos exigidos por el indicador y exista constancia por escrito de la misma. En caso que la capacitación sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados.

##### **Hito 3: Difusión y Capacitación sobre Protocolo de Extracción de Hemocultivos.**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Cuidados Intensivos o el referente designado por ésta, deberá organizar e implementar en el cuatrimestre instancias de difusión sobre el Protocolo de Extracción de Hemocultivos y capacitaciones en forma *presencial* asociadas a:

- Educación y entrenamiento al equipo de salud en la extracción de hemocultivos a personal de enfermería.
- Educación al equipo médico en la interpretación de los resultados.

El número de profesionales a capacitar lo determinará el Equipo PROA de la institución, fundamentado éste según el grado de complejidad del servicio.

A efectos del cumplimiento del indicador se habilita la acreditación de la capacitación realizada en otro Prestador, en tanto cumpla con los requisitos exigidos por el indicador y exista constancia por escrito de la misma.



#### INSTITUCIONES QUE NO CUENTAN CON UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PROPIA

En estos casos, se debe designar un referente institucional titular y su respectivo suplente, quien deberá interactuar con los Equipos PROA de los servicios de UCI contratados.

Para los hitos del 1 al 3, el Prestador deberá presentar un Informe donde detalle cuál es el estado de situación del desarrollo de estas actividades en los Servicios de UCI contratados.

#### Hito 4: Medición basal de indicadores en Servicio de Cirugía – Periodo enero- abril 2027.

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Cirugía o el referente designado por ésta implementará dentro del servicio las mediciones de los siguientes indicadores:

- Profilaxis antimicrobiana correctamente realizada sobre el total de casos con indicación (valor de referencia: 95%)
- Hora de comienzo oportuna de la administración de antimicrobianos previo a la cirugía (valor de referencia: 1 o 2 horas previas a la cirugía), implementando los cambios necesarios para obtener los registros correctos de las horas de inicio de la antibioticoterapia profiláctica y hora de cirugía
- Duración de la administración de antimicrobiano posterior a la cirugía (valor de referencia: 24 horas)

#### Medios de verificación:

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

- Guía de Práctica Clínica Institucional de Práctica Clínica de Tratamiento antimicrobiano de la *Sepsis*, en formato establecido por la División de Epidemiología del MSP.
- Descripción de instancias de difusión/ capacitaciones realizadas sobre uso óptimo de antimicrobianos en sepsis: modalidad, contenido, número y perfiles de personal capacitado. En caso que la capacitación sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados. Constancia que acredite capacitación realizada en otros Prestadores.
- Descripción de instancias de capacitación realizadas sobre hemocultivos: contenido, número y perfiles de personal capacitado. Constancia que acredite capacitación realizada en otros Prestadores.
- Instituciones que no cuentan con UCI: Informe donde se detalle nombre y cargo de referente institucional (titular y suplente) y descripción del estado de situación de las actividades previstas en los Servicios de UCI contratados.



- Descripción del sistema adoptado de registro en Historia clínica de hora de inicio de profilaxis antimicrobiana pre-quirúrgica y hora de inicio de cirugía y resultados de medición basal de indicadores en Servicio de Cirugía.

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

#### **Cuatrimestre 5: mayo-junio-julio-agosto de 2027**

##### **Hito 1: Elaboración o adaptación de Guía de Práctica Clínica (GPC) para el abordaje de infecciones en el Área de Emergencia.**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Emergencia o el referente designado por ésta, deberá realizar una adaptación institucional de la Guía de Práctica Clínica para el abordaje de infecciones más frecuentes en el Área de Emergencia: infecciones respiratorias, infecciones urinarias, infecciones de piel / partes blandas.

##### **Hito 2: Difusión de la GPC para el abordaje de infecciones en el Área de Emergencia**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Emergencia o el referente designado por ésta, deberá implementar acciones de difusión interna de la GPC para el abordaje de infecciones en el Área de Emergencia. Las acciones de difusión estarán dirigidas a los profesionales médicos de los Servicios de Emergencia con los que cuenta la Institución.

La difusión puede realizarse de manera presencial o de manera virtual. En caso que la difusión sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados.

##### **Hito 3: Medición basal de indicadores sobre Sepsis en UCI – Periodo mayo- agosto 2027**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de UCI o el referente designado por ésta implementará dentro del servicio las mediciones de los siguientes indicadores:

- Proporción de casos de sepsis con hemocultivos realizados (N° de casos con Hemocultivos/N° de sepsis asistidos en el período)
- Proporción (%) de hemocultivos contaminados
- Desescalamiento: número de tratamientos desescalados dirigidos según resultado de microbiología



- Conducta adoptada respecto los antimicrobianos en casos de hemocultivos contaminados. (Proporción de suspensión de los antimicrobianos)

#### **INSTITUCIONES QUE NO CUENTAN CON UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PROPIA**

En estos casos, el referente institucional que interactúa con los Equipos PROA de los servicios de UCI contratados deberá recabar la información requerida.

#### **Hito 4: 2da. Medición de indicadores en Servicio de Cirugía- Periodo mayo- agosto 2027**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Cirugía o el referente designado por ésta deberá reiterar la medición de los siguientes indicadores:

- Profilaxis antimicrobiana correctamente realizada sobre el total de casos con indicación (valor de referencia: 95%)
- Hora de comienzo oportuna de la administración de antimicrobianos previo a la cirugía (valor de referencia: 1 o 2 horas previas a la cirugía), implementando los cambios necesarios para obtener los registros correctos de las horas de inicio de la antibioticoterapia profiláctica y hora de cirugía
- Duración de la administración de antimicrobiano posterior a la cirugía (valor de referencia: 24 horas)

Se deberá analizar comparativamente respecto de la medición basal realizada en el periodo enero- abril de 2027 y de requerirse, plantear las acciones correctivas sobre la GPC y/o su implementación.

#### **Medios de verificación:**

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

- Guía de Práctica Clínica Institucional de Profilaxis antimicrobiana de abordaje de infecciones más comunes (respiratorias, urinarias y de piel/partes blandas) en el Área de Emergencia.
- Descripción de instancias de difusión realizadas sobre GPC para el abordaje de infecciones en el Área de Emergencia; modalidad, contenido, número y perfiles de personal a quien se dirigió la difusión. En caso que la difusión sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados.
- Descripción y resultados de medición basal de indicador de Sepsis en UCI.



- Descripción y resultados de 2da. Medición de indicadores en Servicio de Cirugía. Comparación con medición basal y en caso que corresponda, enumeración de acciones correctivas.

#### Cuatrimestre 6: setiembre-octubre-noviembre-diciembre de 2027

#### **Hito 1: Capacitaciones sobre GPC y recomendaciones para uso racional de antibióticos en Emergencia.**

El Equipo PROA, en conjunto con la Jefatura del Servicio de Emergencias o el referente designado por ésta, deberá organizar e implementar capacitaciones internas (virtuales o presenciales), a realizarse durante el cuatrimestre, sobre la GPC y las recomendaciones para el uso racional de los antibióticos. Las capacitaciones deben estar dirigidas a los profesionales médicos de los Servicios de Emergencia con los que cuenta la Institución.

El número de profesionales a capacitar -en Sede principal y secundarias- lo determinará el Equipo PROA de la institución, fundamentado éste según el grado de complejidad del servicio.

A efectos del cumplimiento del indicador se habilita la acreditación de la capacitación realizada en otro Prestador, en tanto cumpla con los requisitos exigidos por el indicador y exista constancia por escrito de la misma. En caso que la capacitación sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados.

#### **Hito 2: Reporte de indicadores sobre infecciones asociadas a la atención de la salud:**

Se deben reportar los siguientes indicadores:

- Tasas de infección por microorganismos multirresistentes (MDOR)<sup>28</sup>
- Tasas de infección por C. Difficile<sup>25</sup>
- Consumo de antimicrobianos estratificado en los siguientes grupos: uso restringido o reservado, uso bajo vigilancia y de libre acceso en el uso<sup>25</sup>
- Gasto anual de antimicrobianos (Periodo: 2026)

#### **Hito 3: Matriz FODA sobre aplicación del PROA.**

El Equipo PROA deberá presentar una matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), a efectos del análisis estratégico respecto de la implementación del PROA a nivel institucional y en las áreas de servicios trabajados en este período.

<sup>28</sup> Periodo de referencia: 01/01/2026 al 31/08/2027, desagregado por cuatrimestre.



Como resultado, se deberán describir acciones correctivas que surjan de la evaluación realizada, así como la previsión de acciones para llevar el Programa a otras áreas asistenciales y a otros niveles de atención en el corto y mediano plazo.

Medios de verificación:

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

- Descripción de instancias de capacitación realizadas en Servicio de Emergencia: modalidad, contenido, número y perfiles de personal capacitado. En caso que la capacitación sea virtual se debe anexar materiales digitales utilizados. Constancia que acredite capacitación realizada en otros Prestadores.
- Reporte de 4 indicadores
- Matriz FODA. Principales resultados de la evaluación, acciones correctivas y líneas de acción a futuro.





## 7) PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Los indicadores que así lo especifican, 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 2026-2027 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 con 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 requeridas en los plazos establecidos, se validará la aplicación del protocolo<sup>29</sup> siempre que conste en la historia clínica el cumplimiento de las siguientes acciones:

#### A) Cuando la/el afiliada/o no asiste a la consulta

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 de que la/el afiliada/o no asista a la consulta pautada en el punto anterior, se realiza nuevamente el mismo procedimiento.

En caso de que exista negativa deberá quedar consignada en la historia clínica.

#### B) Recién Nacido 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 con el protocolo B), si concurre, se validará como visitado.

#### D) Embarazadas y puérperas

---

<sup>29</sup> No más allá del tope establecido para cada indicador.



En aquellos casos en que la usuaria se niegue a concurrir deberá firmar un comprobante (cuyo original deberá permanecer con la historia clínica).

#### Categoría 4: No se logró comunicación

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.

#### **Monitoreo de la utilización de los Protocolos de Actuación**

El Dpto. de Metas Asistenciales realizará un monitoreo cuatrimestral de la utilización de los Protocolos de Actuación, evaluando el comportamiento institucional respecto de lo observado a nivel sectorial, tomando como referencia los siguientes aspectos:

- a) Que el porcentaje de casos declarados como Protocolos de Actuación respecto al total de casos validados en el numerador se encuentre por encima del promedio sectorial.
- b) Que exista una variación en el Desempeño (Valor Alcanzado) por encima del promedio sectorial de no contabilizarse en el numerador los casos declarados como Protocolo de Actuación.
- c) Que exista modificación del cumplimiento y pago alcanzado para el indicador de no contabilizarse en el numerador los casos declarados como Protocolo de Actuación.

Para cada cuatrimestre se informará a la JUNASA aquellas Instituciones con un comportamiento atípico respecto de lo observado a nivel sectorial, a efectos de instruir una auditoría presencial específica sobre la utilización de esta excepción.



## 8) INSTRUCCIÓN ESPECÍFICA PARA LA FISCALIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO

El Departamento de Metas Asistenciales realiza el cálculo de cumplimiento y pago de la Meta en base a la información declarada por los Prestadores de Salud.

Como criterio general, la veracidad de la información declarada queda sujeta a las instancias de posterior auditoría por parte de la Dirección de Fiscalización del Ministerio de Salud Pública.

No obstante ello, en aquellos casos donde sean identificadas situaciones atípicas que afecten el desempeño y cumplimiento obtenido por el Prestador, se habilita la prerrogativa de elevar a la JUNASA la solicitud de instrucciones para la fiscalización específica de estos casos, siempre y cuando existe un informe fundamentado al respecto desde el Dpto. de Metas Asistenciales.



## 9) PAGO DE LA META

El cumplimiento de la Meta se vincula al pago de \$U228.42 por mes por usuario FONASA (valor vigente a julio de 2025<sup>30</sup>), el cual será actualizado por paramétrica en las oportunidades definidas por el Poder Ejecutivo.

El *Cumplimiento por Indicador* (CI) se calcula de acuerdo con 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
1.2) Visita domiciliaria para recién nacidos de riesgo	5,58
1.3) Control de desarrollo entre los 16 y 20 meses de edad	11,14
1.5) Pesquisa y seguimiento diagnóstico de hipoacusia congénita	5,58
1.6) Seguimiento de alteraciones del desarrollo al cuarto año de vida	5,58
2.1) Acompañamiento emocional de la mujer embarazada	11,14
2.2) Pesquisa de depresión post-parto en mujeres puérperas	11,14
2.3) Puérperas con indicios de depresión post-parto con consulta en salud mental.	5,58
2.4) Estrategia institucional para el abordaje de la cesárea evitable según escala de Robson	5,58

<sup>30</sup> Decreto 231/025



3) Respuesta a situaciones de Violencia Sexual en niñas, niños y adolescentes	16,71
4.1) Cobertura de tamizaje de cáncer colorrectal de 50 a 74 años.	16,71
4.3) Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello de útero de 25 a 69 años.	11,14
4.5) Cobertura de tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 50 a 74 años.	11,14
4.6) Porcentaje de afiliados con inicio oportuno de tratamiento de cáncer de colon, cuello de útero o mama.	16,71
4.7) Porcentaje de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de hipertensión	11,14
4.8) Porcentaje de afiliados hipertensos de 25 a 64 años con consulta médica vigente	11,14
4.9) Porcentaje de afiliados de 25 a 64 años con diagnóstico de diabetes	11,14
4.10) Porcentaje de afiliados diabéticos de 25 a 64 años con consulta médica vigente	11,14
5) Seguimiento inmediato de afiliados con IAE- Hito A	3,34
5) Seguimiento inmediato de afiliados con IAE- Hito B	5,015
5) Seguimiento inmediato de afiliados con IAE- Hito C	5,015
5) Seguimiento inmediato de afiliados con IAE- Hito D	3,34
5.2) Mejora del acceso oportuno a servicios de salud mental	16,71
6) Estrategia institucional para la optimización del uso de antimicrobianos	16,71

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 Metas Asistenciales 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.

***Departamento Metas Asistenciales***

***Área Economía de la Salud***

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



## ANEXO 1- CRITERIOS DE EXTRACCIÓN DE DENOMINADORES RUCAF

La extracción de los denominadores RUCAF para los indicadores 4.1, 4.3, 4.5, 4.7 y 4.9 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 (Nro. Documento) 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 con las siguientes especificaciones:



Líneas de Base			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.1- Ambos sexos de 50 a 74 años (Colon)	1/1/1951	31/12/1975	31/12/2025
4.7 y 4.9- Ambos sexos de 25 a 64 años (HTA y Diabetes)	1/1/1961	31/12/2000	31/12/2025
Cuatrimestre 1: Enero 2026- Abril 2026			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.1- Ambos sexos de 50 a 74 años (Colon)	1/5/1951	30/4/1976	30/4/2026
4.3- Mujeres de 25 a 69 años (Cuello)	1/5/1956	30/4/2001	30/4/2026
4.5- Mujeres de 50 a 74 años (Mama)	1/5/1951	30/4/1976	30/4/2026
4.7 y 4.9- Ambos sexos de 25 a 64 años (HTA y Diabetes)	1/5/1961	30/4/2001	30/4/2026
Cuatrimestre 2: Mayo 2026- Agosto 2026			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.1- Ambos sexos de 50 a 74 años (Colon)	1/9/1951	31/8/1976	31/8/2026
4.3- Mujeres de 25 a 69 años (Cuello)	1/9/1956	31/8/2001	31/8/2026
4.5- Mujeres de 50 a 74 años (Mama)	1/9/1951	31/8/1976	31/8/2026
4.7 y 4.9- Ambos sexos de 25 a 64 años (HTA y Diabetes)	1/9/1961	31/8/2001	31/8/2026
Cuatrimestre 3: Setiembre 2026- Diciembre 2026			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.1- Ambos sexos de 50 a 74 años (Colon)	1/1/1952	31/12/1976	31/12/2026
4.3- Mujeres de 25 a 69 años (Cuello)	1/1/1957	31/12/2001	31/12/2026
4.5- Mujeres de 50 a 74 años (Mama)	1/1/1952	31/12/1976	31/12/2026
4.7 y 4.9- Ambos sexos de 25 a 64 años (HTA y Diabetes)	1/1/1962	31/12/2001	31/12/2026
Cuatrimestre 4: Enero 2027- Abril 2027			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.1- Ambos sexos de 50 a 74 años (Colon)	1/5/1952	30/4/1977	30/4/2027
4.3- Mujeres de 25 a 69 años (Cuello)	1/5/1957	30/4/2002	30/4/2027
4.5- Mujeres de 50 a 74 años (Mama)	1/5/1952	30/4/1977	30/4/2027
4.7 y 4.9- Ambos sexos de 25 a 64 años (HTA y Diabetes)	1/5/1962	30/4/2002	30/4/2027
Cuatrimestre 5: Mayo 2027- Agosto 2027			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.1- Ambos sexos de 50 a 74 años (Colon)	1/9/1952	31/8/1977	31/8/2027
4.3- Mujeres de 25 a 69 años (Cuello)	1/9/1957	31/8/2002	31/8/2027
4.5- Mujeres de 50 a 74 años (Mama)	1/9/1952	31/8/1977	31/8/2027
4.7 y 4.9- Ambos sexos de 25 a 64 años (HTA y Diabetes)	1/9/1962	31/8/2002	31/8/2027
Cuatrimestre 6: Setiembre 2027- Diciembre 2027			
	Desde	Hasta	Fecha corte
4.1- Ambos sexos de 50 a 74 años (Colon)	1/1/1953	31/12/1977	31/12/2027
4.3- Mujeres de 25 a 69 años (Cuello)	1/1/1958	31/12/2002	31/12/2027
4.5- Mujeres de 50 a 74 años (Mama)	1/1/1953	31/12/1977	31/12/2027
4.7 y 4.9- Ambos sexos de 25 a 64 años (HTA y Diabetes)	1/1/1963	31/12/2002	31/12/2027



## ANEXO 2- INDICADOR 2.4. ENCUESTA CAP

**Dirigida a:** Personal de Salud en Servicios de Maternidad

**Objetivo:** Explorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre la creciente tasa de cesáreas, especialmente aquellas no estrictamente indicadas.

**Instrucciones:** Marque la opción que corresponda o responda según se indique. La información será confidencial y utilizada solo con fines investigativos.

### I. Datos Generales

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro

Profesión:

- ☐ Obstetra
- ☐ Ginecólogo/a
- ☐ Médico/a general
- ☐ Enfermero/a
- ☐ Residente de ginecología
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Ud. realiza:

- ☐ Guardia Interna
- ☐ Guardia de retén
- ☐ Guardia de consultante
- ☐ No realiza guardias

Años de experiencia en servicios de maternidad:

- ☐ 1-5 años
- ☐ 5-10 años
- ☐ 15-20 años
- ☐ >20 años

Tipo de institución donde trabaja:

- ☐ Pública
- ☐ Privada
- ☐ Mixta



- ☐ Montevideo  
☐ Interior -----

¿Su servicio cuenta con protocolos clínicos actualizados sobre indicaciones de cesárea?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe

## II. Conocimientos

¿Cuál es, según su criterio profesional, la tasa ideal de cesáreas recomendada por la OMS?

- ☐ Menor al 10%  
☐ 10%–15%  
☐ 20%–30%  
☐ Más del 30%  
☐ No lo sé

¿Cuáles son indicaciones absolutas para cesárea? (marque todas las que apliquen)

- ☐ Placenta previa oclusiva total  
☐ Prolapso de cordón  
☐ Sufrimiento fetal agudo  
☐ Presentación podálica sin experiencia en parto vaginal  
☐ Solicitud materna sin causa médica

¿Conoce las complicaciones maternas más frecuentes asociadas a cesáreas repetidas?

- ☐ Sí (-----)  
☐ No  
☐ Parcialmente

¿Cuál de las siguientes es una complicación neonatal frecuente asociada a cesáreas electivas sin trabajo de parto?

- ☐ Bajo peso al nacer  
☐ Infección intrauterina  
☐ Taquipnea transitoria del recién nacido  
☐ Ninguna de las anteriores

## III. Actitudes

¿Cree que se están realizando más cesáreas de las realmente necesarias en su institución?



- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No está seguro/a

¿Considera que la cesárea por solicitud materna sin indicación médica debe ser una opción válida?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Depende del caso

¿Siente que existe presión institucional, legal o administrativa para realizar cesáreas en ciertos casos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ A veces

¿Conoce el Manual de Recomendaciones del MSP para el Manejo de las Situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Considera que el miedo a demandas legales influye en la decisión de realizar una cesárea?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ En algunos casos

#### IV. Prácticas

¿Cuántas cesáreas participa o realiza aproximadamente al mes?

- ☐ 0–5
- ☐ 6–10
- ☐ 11–20
- ☐ Más de 20

¿Suele discutir con las gestantes las indicaciones y riesgos de la cesárea antes del procedimiento?

- ☐ Siempre
- ☐ A veces
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca



En su experiencia, ¿cuáles son los factores que más influyen en el aumento de cesáreas?  
(marque los principales)

- ☐ Falta de personal suficiente para atención del trabajo de parto
- ☐ Comodidad o presión del profesional
- ☐ Solicitud materna
- ☐ Riesgos legales
- ☐ Cultura institucional
- ☐ Mal manejo del trabajo de parto (tiempos, intervenciones, etc)
- ☐ Otros: -----

¿Se promueve activamente el parto vaginal en su servicio?

- ☐ Sí, mediante protocolos y acompañamiento
- ☐ Parcialmente
- ☐ No, se favorece la cesárea

¿Recibe actualizaciones o capacitaciones sobre parto humanizado y reducción de cesáreas innecesarias?

- ☐ Sí, regularmente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Nunca

**V. Comentarios o sugerencias para reducir las cesáreas innecesarias en su entorno de trabajo:**

.....

.....

.....





## ANEXO 3- Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh

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

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