

Metas asistenciales en Uruguay: resultados de las "Buenas Prácticas de Alimentación"

Marisa Buglioli¹, Cecilia Severi^{1*}, Ima León¹, Cecilia Cárpena², Noemí Katzkowicz², Javier Lasida³.

Resumen

La reforma de la salud, incluye pagar por el cumplimiento de metas asistenciales. En 1996 se implementó un programa de mejora de la calidad, la acreditación de servicios de salud en Buenas Prácticas de Alimentación (BPA), que en 2009 el Ministerio de Salud Pública lo incorporó como meta.

El objetivo de este trabajo fue estudiar los resultados de las BPA. Se realizó un análisis secundario de los datos de encuestas aplicadas por Unicef sobre una muestra representativa de la población. Se procesaron las tasas de lactancia exclusiva al sexto mes sobre las bases de los años 1996, 1999, 2003, 2007 y 2011. Se calculó la evolución de las tasas por acreditación de los prestadores de salud, tipo de prestador y región. Posteriormente se aplicó un modelo binario *probit*, para medir los factores asociados al resultado de lactancia. Los resultados muestran un incremento en la lactancia en los servicios que aplican BPA en todo el período (37% a 67%). La regresión *probit* muestra a la acreditación en BPA como la variable que mayormente incrementa la probabilidad de lactancia exclusiva al 6 mes, llegando a un 17% con un desvío estándar de alrededor 2% ($p < 0.05$). La diferencia de lactancia materna entre 2007 y 2011, es de 10 puntos (57 Y 67% respectivamente).

Los resultados de las BPA han sido satisfactorios y la acreditación parece ser una herramienta que mejora la lactancia.

Palabras clave: Reforma de la salud, metas asistenciales, lactancia, Uruguay.

Title: Health goals in Uruguay: results of "Good Feeding Practices".

Abstract

The health reform included a payment for assistance goals. In 1996, began a quality improvement program, Accreditation of health providers in Good feeding Practices (BPA), which in 2009 was included as a health goal by the Ministry of Health.

The objective of this study was to study results of BPA. A secondary analysis of surveys data applied by Unicef was done over a representative sample of the population adjusted by age, type of health provider and region. It were processed exclusive breast feeding rates at 6 month over 1996, 1999, 2003, 2007 and 2011 data bases. It was calculated the evolution of these rates by accreditation of health providers, type of provider (public/private) and geographic region. Later, a binary probit model was applied to measure the variables associated to the results of breastfeeding.

Exclusive breast feeding increased in health providers which applied BPA all over the period (37% to 67%). Probit regression showed that accreditation in BPA was the variable which most increased the

1. Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

2. Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

3. Universidad Católica del Uruguay.

* Contacto: Cecilia Severi. Dirección: Instituto de Higiene, Alfredo Navarro 3851. Tel./fax. 598 2 4801867.

E-mail: severi.cecilia@gmail.com

probability of exclusive breast feeding (17%, SD 2% and $p < 0.05$). Breast feeding rate in 2007 (inclusion of BPA as health goal) differs 10 points with that of 2011 (57% and 67% respectively).

Results of BPA were good and the strategy of accreditation seems to be an effective tool to improve exclusive breast feeding at 6 months old. The inclusion of BPA as a health goal had capitalized and enhanced a previous experience.

Key Words: Health reform, health goals, breastfeeding, Uruguay.

Introducción

Las leyes 18.131 y 18.211 crearon el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el Sistema Integrado de Salud dando forma legal a la reforma del sistema de salud. Estas leyes incluyen un pago desde el FONASA a los prestadores de salud por el cumplimiento de metas asistenciales. El objetivo es incentivar el cambio del modelo asistencial hacia un modelo más preventivo y de promoción de salud a través de un incentivo económico [1, 2].

En el año 1996 se implementó un programa de mejora de la calidad de atención de los servicios de salud a través de la “acreditación” en buenas prácticas de alimentación (en adelante BPA). Ellas consisten en que los servicios realicen determinadas intervenciones que resulten en el apoyo a las familias para su adecuada nutrición desde el embarazo hasta los dos años de vida de los niños. Este programa comenzó con la iniciativa OMS/Unicef del Hospital Amigo del Niño, que también planteaba la acreditación de las maternidades como estrategia y después, en 2004, en el marco del Programa para el Desarrollo de Naciones Unidas, se rediseñó complementándolo en las prácticas del primer nivel de atención. En 2009, se incorporaron las BPA de los prestadores de salud como meta asistencial en el marco de la reforma de la salud que tuvo lugar en Uruguay. La forma de implementación de las BPA tuvo diferencias con las aplicadas para el resto de las metas. Para la BPA primero se exigieron resultados intermedios por los cuales se pagó desde el FONASA a los prestadores de salud un incentivo por el cumplimiento y al cabo de dos años, se realizó una evaluación externa de las prácticas del prestador de salud, de manera de medir el alcance de la meta, dando lugar, cuando correspondiera a la “acreditación en BPA” del prestador de salud. En caso que los efectores de salud no hubieran logrado

el puntaje requerido, debían hacer la devolución de los incentivos adelantados por ese concepto [3].

Las metas asistenciales están planteadas para implementarse durante un determinado tiempo hasta alcanzar los resultados esperados y una vez logrados se reemplazan por una nueva meta de salud. Desde el comienzo de la Reforma de la Salud en 2007, la BPA es la única meta que cumplió el ciclo, se incorporó como meta en el 2009, y debido a los buenos resultados cumplidos fue reemplazada en 2012.

Desde el año 1996, en Uruguay se aplicaron encuestas nacionales sobre hábitos de lactancia materna, a las que se le han ido agregando otros aspectos como las prácticas de incorporación de alimentos, el estado nutricional, y el nivel de hemoglobina en niños menores de 2 años. Estas evaluaciones fueron externas a los prestadores de salud y todas han sido aplicadas con la misma metodología, por lo cual los datos pueden ser comparados a lo largo del tiempo. Utilizando las cinco bases de datos de estas evaluaciones, el objetivo de este trabajo fue estudiar los resultados de las BPA y los factores asociados a estos resultados.

Metodología

Se realizó un análisis secundario de las bases de datos de encuestas aplicadas por Unicef en los años 1996, 1999, 2003, 2007, 2011, las cuales fueron aplicadas sobre una muestra aleatoria de servicios de salud en cada departamento de Uruguay y representativa de la población total ajustada por edad, tipo de servicio de salud y región. Para las encuestas se aplicó la misma metodología en los distintos años permitiendo su comparación en el tiempo. Las encuestas fueron realizadas por profesionales especializados y entrenados para ello y fueron aplicadas a madres (o cuidadores

de niños) con niños menores de 24 meses que asistieron a centros de salud públicos y privados para realizar el control de salud del niño. Las encuestas recogieron información referente al niño, a la madre, así como al tipo de alimentación que consumían en el momento de la entrevista. La metodología de las encuestas está descrita exhaustivamente en las publicaciones de Unicef [4, 5, 6]. Se procesaron las bases de los años 1996, 1999, 2003, 2007 y 2011, sobre los niños menores de 6 meses, las cuales fueron autorizadas para ser utilizadas en este estudio por todas las instituciones participantes. Se seleccionó como indicador a describir la lactancia exclusiva hasta el 6^{to} mes, ya que es la recomendación de la Organización de la Salud (OMS) para la salud y el óptimo crecimiento de los niños y es norma del Ministerio de Salud Pública en Uruguay. Se calculó la evolución de las tasas de lactancia exclusiva, clasificando a los servicios por su condición de acreditación, tipo de prestador y región geográfica. Posteriormente se aplicó un modelo de tipo binario *probit*, para medir los resultados del subcomponente de la meta 1, las BPA en el prestador de salud. Para los años 1993, 1999, 2003 y 2007, se tomó la acreditación en Hospital Amigo del Niño, y en 2011 acreditación en BPA, en la lactancia exclusiva al 6^{to} mes, en cuanto la variable “y” toma el valor 1 cuando ocurre el evento que se quiere estudiar y valor 0 en caso contrario, donde:

$$\Pr(y) = \begin{cases} 1 - p & \text{si } y = 0 \\ p & \text{si } y = 1 \end{cases}$$

$$\begin{cases} E(y) = \Pr(y = 1) = p \\ V(y) = E(y - E(y))^2 = p(1 - p) \end{cases}$$

En este caso el modelo midió la probabilidad de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses ($y = 1$)¹ condicionada a la acreditación en BPA del centro de salud en el que se atendió el niño y su madre y a un conjunto de variables (x_i) que

recogen otras características del centro de salud y características de la madre, siendo x_i un vector de variables. Las estimaciones se realizaron utilizando el método de máxima verosimilitud.

En función de la información disponible en las encuestas de Unicef (1999, 2003, 2007, 2011), las variables explicativas x_i consideradas fueron: la acreditación en BPA, la región (Montevideo-interior), el tipo de prestador (público-privado), el peso del niño al nacer, la edad en meses del niño, la edad de la madre y si esta trabaja o no. No se incluyeron en el análisis otras variables como el nivel educativo de la madre o los ingresos del hogar, porque no estaban relevadas para todos los años.

Resultados

Se observa un incremento en los porcentajes de lactancia exclusiva en los servicios que aplican BPA a lo largo de todo el período partiendo de 34% cuando había 0% de servicios acreditados en BPA, llegando a 67%, donde el 100% de los prestadores privados lograron la acreditación. Se observa una diferencia de 21 puntos porcentuales entre los años 1996 y 1999, y de 10 puntos entre 2007 y 2011 (Tabla 1).

De la regresión *probit* resulta que la acreditación en las BPA es la variable estadísticamente significativa que mayormente incrementa la probabilidad de lactancia exclusiva al 6^{to} mes, llegando a un 17% con un desvío estándar de alrededor de 2%. Este modelo tiene una sensibilidad de 70%, un valor predictivo de 67% y clasifica correctamente el 70% de los casos (Tabla 2).

Las tablas 3 y 4 muestran la evolución de las cifras de lactancia exclusiva a lo largo de los años, siendo mayores en las madres que se asistieron en los prestadores de salud públicos respecto a los privados, y en los prestadores del interior del país respecto a los de Montevideo.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran una evolución favorable de la lactancia exclusiva al 6^{to} mes y pareciera que las BPA han logrado un impacto positivo en la misma. Esto queda en evidencia al observar la evolución desde cifras de 34% cuando no habían sido implementadas en ningún prestador

¹ La variable y es una dummy, que toma el valor 1 cuando el niño menor a 6 meses se alimenta exclusivamente de leche materna, y 0 cuando su alimentación involucra otro tipo de alimentos.

	No acreditados	n	[IC 95%]	Acreditados	n	[IC 95%]	Total	n	[IC 95%]
1996	34%	2197	31,7% - 35,7%	-	-	-	34%	2197	31,7% - 35,7%
1999	53%	1036	50,2% - 56,3%	59%	504	54,7% - 63,4%	55%	1540	52,7% - 57,7%
2003	54%	727	51,3% - 58,7%	62%	595	57,8% - 65,8%	57%	1322	54,7% - 60,0%
2007	54%	813	50,5% - 57,5%	64%	358	58,7% - 68,9%	57%	1171	54,2% - 59,9%
2011	65%	526	61,1% - 69,4%	69%	516	64,4% - 72,6%	67%	1042	64,0% - 69,8%

Tabla 1. Evolución de la lactancia materna exclusiva para menores de 6 meses de acuerdo al cumplimiento del subcomponente de meta 1, acreditación en las BPA. n: tamaño de la muestra. IC: Intervalo de confianza. Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de Unicef.

Variables	Coficiente	DS	p
Región geográfica (1 = Montevideo, 0 = interior del país)	-0.031	0.02	NS
Tipo de proveedor de salud (1 = público, 0 = privado)	0.048	0.024	NS
Acreditación en BPA (ABPA) (1 = Sí, 0 = No)	0.17	0.023	<0.05
Peso al nacer	0.00078	0.0002	<0.05
Edad del niño	-0.11	0.058	<0.05
Edad materna	-0.002	0.002	NS
Trabajo materno (1 = Sí, 0 = No)	-0.147	0.023	<0.05
Prob. Chi 2	0.000		
Pseudo R2	0.126		

Tabla 2. Resultados de la regresión *probit* sobre la probabilidad de lactancia exclusiva al 6^o mes. Período 1996, 1999, 2003, 2007, 2011. Tamaño de muestra n = 7363; Sensibilidad 79%; Especificidad 58%; Valor predictivo positivo 71%; Valor predictivo negativo 67%; Correctamente clasificados 70%. Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de Unicef.

de salud, alcanzando en 2011 uno de los registros más altos de América Latina cercano al de algunos países europeos como Suecia, Suiza y Gran Bretaña que tienen cifras de alrededor del 65% [7-10].

La posible explicación es que se lograron modificar las intervenciones de los prestadores de salud, lo que a su vez logró un impacto relevante en el bienestar y desarrollo de los niños, expresado en las tasas de lactancia alcanzadas [3]. Debe aclararse que una de las limitaciones de este estudio es que se hizo en base a estudios de corte transversal, por lo que no se puede encontrar causalidad. Sin embargo y dado que todos los estudios fueron realizados con metodología similar, son comparables entre sí.

Existe una investigación desarrollada por Severi *et al.* en el período 2012-2014 [11], que estudió el mecanismo de las metas asistenciales en Uruguay, y los factores asociados al mejor cumplimiento. En este estudio cuanti cualitativo, se identificaron algunas diferencias en el proceso de implementación de las BPA respecto al resto de las metas:

1. El Ministerio de Salud Pública no exigió como primer paso la acreditación, sino que fue pagando un incentivo por trimestres en el cual exigía el cumplimiento de ciertas estrategias que facilitaban posteriormente la acreditación, dando para ello un período de dos años. Estas estrategias, estaban basadas en experiencias previas nacionales e internacionales y recomendadas por la OMS [12, 13].

	Públicos			Privados		
	No acreditados	Acreditados	n	No acreditados	Acreditados	n
1996	31%	-	1371	37%	-	823
1999	54%	70%	903	52%	54%	634
2003	53%	80%	793	57%	56%	568
2007	52%	60%	679	56%	71%	492
2011*	65%	76%	618		68%	468

Tabla 3. Evolución lactancia materna exclusiva para menores de 6 meses según tipo de efector de salud y ABPA. n: tamaño de muestra. Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de Unicef.

*En el 2011 todos los servicios privados fueron evaluados y acreditados.

	Montevideo			Interior		
	No acreditados	Acreditados	n	No acreditados	Acreditados	n
1996	35%		1160	32%		1034
1999	55%	50%	706	52%	70%	841
2003	57%	57%	605	52%	66%	756
2007	61%	81%	362	50%	62%	809
2011	72%	60%	373	62%	73%	713

Tabla 4. Evolución lactancia materna exclusiva para menores de 6 meses según región y ABPA. n: tamaño de muestra. Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de Unicef.

2. El Ministerio de Salud Pública nombró a un profesional especializado como responsable de la contraparte técnica de los prestadores de salud, la Coordinadora Nacional de Lactancia Materna, que brindó apoyo técnico, instancias de capacitación y entregó materiales facilitadores de la tarea a los equipos de los centros, tal como fuera recomendado por la OMS [12-15].

3. Las Buenas Prácticas, y su estrategia han sido diseñadas en base al conocimiento científico basado en evidencia que demuestra que impactan en la salud de la población [15].

De acuerdo al estudio de Severi antes mencionado, el proceso llevó varios años y las metas asistenciales lograron capitalizarlo, dado que el proceso de evaluación, mejora y acreditación en BPA de los prestadores de salud comenzó previamente a la reforma del sistema de salud. A partir de 1996 se observa un proceso de franco incremento en esta dirección. Los prestadores de salud modificaron su modelo de atención generando una cultura de lactancia capaz de incidir en las prácticas familiares, lo que requirió de procesos de trabajo de mediano

y largo plazo, que en este caso supusieron un lapso de alrededor de 20 años de cambios [11].

Es interesante observar que los dos períodos de incremento más intenso en la aplicación de las BPA fueron el inicial y luego a partir del 2007, cuando se convierten en meta promovida e incentivada por la reforma del sistema de salud. En el año 2011 se logró que todos los efectores de salud fueran evaluados y acreditados, lo cual parece demostrar que la incorporación de las BPA como meta asistencial logró dar un fuerte impulso al proceso que se venía desarrollando y que permitió lograr un impacto, en la salud de los niños pequeños, analizándolo tanto desde la perspectiva histórica del Uruguay como en términos comparados.

Estos resultados aportan aprendizajes para el diseño de las políticas públicas de salud. Los resultados e impactos en la meta vinculada a las BPA muestran en primer término el efecto de una política construida progresivamente, con una larga etapa preparatoria, que permitió el desarrollo de capacidades de parte de los prestadores de salud. La experiencia previa les permitió adquirir capacidades

respecto a la intervención y a su gestión, tanto como a su evaluación y mejora. Los datos sugieren que en los centros se generó una cultura de lactancia y a la vez de calidad de las prácticas en esta área. La reforma de la salud con la implantación de las metas asistenciales tuvo la virtud de capitalizar y potenciar esa experiencia previa. Implementó mecanismos de pago diferenciados para esta meta, que fortalecieron a los prestadores, estimulando, exigiendo y evaluando la mejora de la calidad en las prestaciones brindadas [3]. Habría que continuar con el monitoreo de los resultados, de manera de observar la estabilidad en las cifras alcanzadas a partir de su reemplazo en el conjunto de las metas asistenciales.

Agradecimiento

Los autores agradecen al International Development Research Center (IDRC, Canadá) por el financiamiento de este trabajo como parte del proyecto "Strategies for improving the quality of health systems. Analysis of two experiences: Chile and Uruguay".

Referencias

1. Uruguay. Creación del Fondo Nacional de Salud. Ley 18131 de 18 de mayo de 2007. Diario Oficial n° 27248 (31-5-2007) [citado 2014 diciembre 3]. Disponible en: www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18131.htm
2. Uruguay. Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18211 de 5 de diciembre de 2007. Diario Oficial n° 27384 (13-12-2007) [citado 2014 diciembre 3]. Disponible en: www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor
3. Severi C, Castro M, Moratorio X, Lustemberg C. Las buenas prácticas en los servicios (BPA) como estrategia para mejorar la calidad en la atención nutricional en el embarazo y los primeros años de vida. Medwave [Internet]. 2010 Dic [citado 2014 dic 4];10(11):e4805. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/4805> <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2010.11.4805>
4. UNICEF, International Baby Food Action Network (IBFAN). Lactancia materna en Uruguay: una estrategia para mejorar la salud del lactante y del niño pequeño [Internet]. Montevideo: UNICEF; 2004 [citado 2014 dic 4]. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_lactancia_uy2004.pdf
5. Ministerio de Salud Pública, UNICEF, RUANDI. Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria. En niños menores de 24 meses atendidos por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país. Montevideo: UNICEF, RUANDI, MSP; 2007 [citado 2014 dic 4]. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Encuesta_de_lactancia.pdf
6. Ministerio de Salud Pública, UNICEF, Ministerio de Desarrollo Social, RUANDI. Encuesta nacional sobre el estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia/2011. En niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. Montevideo: UNICEF, RUANDI, MSP; 2011 [citado 2014 dic 4]. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/encuesta_lactancia_uruguay2011_web.pdf
7. Arantes CI Spinelli, Oliveira M Muniz, Vieira TC Rodrigues, Beijo LA, Gradim CV Côrtes, Goyatá S L Takamatsu. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. Rev. Nutr. [Internet]. 2011 Jun [citado 2014 dic 4];24(3):421-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000300005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732011000300005>.
8. Zapana PM, Oliveira M de N, Taddei JA. [Factors determining the breastfeeding in children attending public and not-for-profit daycare centers in São Paulo, Brazil]. Arch Latinoam Nutr. 2010 Dec;60(4):360-7.
9. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009;38(3):259-68. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01021.x>
10. Krawinkel MB. Benefits from longer breastfeeding: do we need to revise the recommendations? Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2011 Oct;41(9):240-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2011.04.003>.
11. Severi C, Buglioli M, León I, Katcovitz N, Cárpena C, Lasida J. Strategies to Improve the

- Quality of Health Care - Learning from Experiences in Uruguay and Chile. International Development Research Center (IDRC); 2012. [citado 2014 dic 4]. Disponible en: <http://www.idrc.ca/EN/Themes/Health/Pages/ProjectDetails.aspx?ProjectNumber=106817&lbw=1>
12. Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeyá Gilardon E. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (EENyS). Arch Argent Pediatr [Internet]. 2009 oct [citado 2014 dic 4];107(5). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500005&lng=es&nrm=iso
 13. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001;285(4):413-20. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.285.4.413>
 14. UNICEF. Oficina de Uruguay, RUANDI, Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Niñez. 33 meses en los que se define el partido: 33 ideas para jugarlo [Internet]. Montevideo: UNICEF, RUANDI, MSP; 2008. [citado 2014 dic 4]. Disponible en: <http://xurl.es/nw4ww>
 15. Severi C, coordinadora. Buenas Prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño para consultorios y maternidades. Montevideo: MSP, UNICEF, UNDP, IM; 2005