



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL
PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE
LA NIÑEZ. EXPERIENCIA DE SEGUIMIENTO A
UN GRUPO DE RECIÉN NACIDOS QUE SE
ASISTEN EN UN EFECTOR PRIVADO DEL
SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD**

Autor:
Lic. Esp. Andrea Princisgh

Tutor:
Prof. Mg. Alicia Cabrera

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2016



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Autor: Lic. Esp. Andrea Princisgh

**“Tesis para la obtención del título de Magister en Gestión de Servicios de Salud en
el marco del Programa de la Maestría de Gestión de Servicios de Salud de la
Facultad de Enfermería de la Universidad de la República”**

Tutor: Prof. Mg. Lic. Alicia Cabrera.

Montevideo, 2016



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO



Montevideo, 30 de julio del 2015

CEDEPO
Dirección, Prof. Josefina Verde
Comisión Académica

Por la presente informo a usted que la Lic. Asistente Andrea Princisgh ha finalizado el protocolo de la tesis : “ *Efectividad de la meta prestacional número uno, en un efector privado del Sistema Nacional Integrado de Salud* ” . El mismo conforma el grupo de proyectos de investigación que se están desarrollando en la Maestría en Gestión de Servicios de Salud y cuenta con nuestro aval como tutor responsable. En ese sentido, corresponde pasar a consideración de la CAP para su aprobación.

Saluda atte. :



Prof. Mag. Alicia Cabrera

Dirección Académica de la MGSS

Lista de abreviaturas y de siglas

A.P.S Atención Primaria en Salud

A.S.S.E Administración de Servicios Sanitarios del Estado

BPN Bajo Peso al Nacer

DI.GE.SA Dirección General de la Salud

DPI Desarrollo de la Primera Infancia

C.E.P.A.L Comisión Económica para América Latina y el Caribe

H.C.E Historia Clínica Electrónica

H.I.A Health Impacta Assessment

I.N.E Instituto Nacional de Estadística

IRA Infección Respiratoria Aguda

JU.NA.SA. Junta Nacional de Salud

M.S.P Ministerio de Salud Pública

NV Nacidos Vivos

O.D.M Objetivos de Desarrollo del Milenio

O.M.S Organización Mundial de Salud

O.P.S Organización Panamericana de Salud

P.B.I Producto Bruto Interno

P.N.A Primer Nivel de Atención

S.N.I.S Sistema Nacional Integrado de Salud

S.P.S.S Statistical Package for the Social Sciences

TMI Tasa de Mortalidad Infantil

UCI Unidad de Cuidados Intensivos

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I	11
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 OBJETIVOS	15
1.2. a. Objetivo General:	15
1.2. b. Objetivos Específicos:	15
1.3 HIPÓTESIS	15
CAPITULO II	16
2.1 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	16
CAPITULO III	49
3.1. METODOLOGÍA	49
CAPITULO IV	55
4.1 RESULTADOS	55
CAPITULO V	76
5.1 DISCUSIÓN	76
CAPITULO VI	104
6.1. CONCLUSIONES	104
CAPITULO VII	106
7.1. RECOMENDACIONES	106
CAPITULO VIII	108
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
CAPITULO IX	115
9.1. ANEXOS	115

RESUMEN

El abordaje de esta investigación pretendió conjugar la gestión, la evaluación del Programa Prioritario del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Atención a la Salud de la Niñez y las herramientas del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), luego de más de siete años de su comienzo.

Con este trabajo se logró evaluar la calidad, focalizando en la efectividad del Programa de Salud de la Niñez del M.S.P, en el marco de la meta prestacional número 1, orientada a la asistencia de niños/as recién nacidos hasta el año de edad, en un efector privado del SNIS.

En este sentido se trabajó en la construcción de un modelo integral de indicadores que permitieran alcanzar esa medición. La herramienta fue empleada para el análisis del impacto de la meta 1, favoreciendo el estudio de los resultados logrados en la salud de los niños y niñas objeto de la investigación. Esto implicó la aplicación de un diseño cuantitativo, valiéndose de las herramientas estadísticas para alcanzar un análisis bivariado, sobre una muestra probabilística de 284 historias clínicas de niños/as de un año, pertenecientes a este efector.

Los principales resultados mostraron que se trató de una población que cumple con los indicadores de la meta 1, pero éstos no son los que tienen una relación estadística significativa con el estado de salud del/a niño/a durante su primer año de vida. El 10,2% debió ingresar a CTI al nacer, generando 275 días de internación, el 83,1% consultó por enfermedad ese primer año, el 28,5% debió reconsultar, la media de consultas por enfermedad fue de 3 veces. El 31,7% que consultó se debió internar, el 67,4% en el segundo nivel de atención; estas internaciones generaron 362 días más de internación.

El 16,3% debió reingresar. Tanto los motivos de consulta como los de internación fueron en primer lugar las afecciones respiratorias, seguidas por las digestivas.

Las variables incluidas en la meta de niño permiten monitorizar las acciones necesarias en la pauta, pero no permiten evaluar la calidad técnica aplicada en el Programa de Salud del Niño. No son las variables que según estos resultados determinan la condición del estado de salud del/a niño/a durante su primer año. Por lo tanto la medición adecuada para mejorar la calidad de los programas constituye un valor fundamental considerando que de la información que se tenga dependerán las decisiones que se tomen. Según estos resultados, la medición de otros indicadores permitiría evaluar la condición del estado de salud del/a niño/a durante su primer año.

Las autoridades sanitarias deberán prestar mayor atención a variables como niveles de atención materna, el incremento en las cesáreas, la prematurez, el bajo peso al nacer y la LME, las cuales se relacionan con los eventos de enfermedad del/a niño/a durante su primer año de vida. Muchas de ellas deberían constituirse como indicadores de seguimiento de la meta de niño, en los casos donde los efectores puedan tener una influencia, ya que éstos hacen sus mayores esfuerzos por alcanzar los resultados establecidos por JUNASA para obtener el pago por meta cumplida.

De las conclusiones del estudio destacamos que la visita domiciliaria representaría una fortaleza del sistema de salud, por lo que es imperativa la toma de decisiones e implementación de acciones que promuevan el mejoramiento y aumento de los alcances que tiene la visita domiciliaria en el abordaje de la población a nivel familiar y comunitario. La figura del profesional de enfermería representa el primer contacto entre los individuos, familia y comunidad, dado que es quien brinda asistencia sanitaria esencial a un costo que la comunidad y el país puedan soportar y con un impacto ya demostrado en la salud del/a niño/a.

Palabras claves: Evaluación de programas de salud; Niño lactante; Metas prestacionales .

SUMMARY

This research approach intended to integrate management and evaluation regarding Children Health Attention Priority Program carried by the Ministry of Public Health (M.S.P.), and the tools from the New National Integrated Health System (SNIS), after more than seven years of its start.

This work made possible to assess quality, focusing on the Childhood Health Program carried by Ministry of Public Health effectiveness, in the frame of the assistance goal number 1, which assists children newly born until one year of age, in S.N.I.S – private effector.

Regarding the above, this work was based on a comprehensive indicator model in order to achieve this measurement. The tool was used for goal 1 impact, in relation to children health outcomes included in this research, applying a quantitative design, and statistics tools in order to reach a bi – variate analysis, based on 284 clinical record sample of one year old children regarding this effector.

According to main results, this is a population that meets goal 1 indicators, but do not have a significant statistical relation with child health condition during its first year of life. 10.2% had to enter Intensive Care (C.T.I.) at birth, generating 275 days of internment; 83.1% consulted because of disease that first year; 28.5% had to consult again. The average disease query was 3 times; 31,7% that consulted needed internment, 67.4% in the second attention level needed 362 more days internment days ;16.3% had to be hospitalized again. Both consultation and internment reasons were in first place breathing, followed by digestive ones.

The variables included in the child goal allowed to check the necessary steps for the pattern, but did not allowed to assess technical quality applied to Child Health Program.

These are not the variables that determined child health condition during the first year.

Therefore, accurate measurement to improve the programs quality constitutes a very important value considering that information gathered will depend on decision making. According to these results, other measurement indicators would allow to assess the child health condition during the first year of age.

Health authorities should pay greater attention to variables such as maternal care level, t Caesarean increase, prematurity, low birth weight and the L.M.E, which are related to disease events during the first year of life. Many of them should be child monitoring indicators, in cases where the effectors may have an influence, since they make their best efforts to reach the results established by JU.NA.SA, to obtain payment for each accomplished goal.

Conclusions of the research highlight that the home visit should be strength of the health system, so, decision making and actions promoting the improvement and increase of home visits regarding population approach at family and community levels are imperative. Professional Nursing represents the first contact between individuals, family and community, since it is what provides main health care at a cost that the community and the country can withstand and because already has a proven impact on the infant child `health.

Key words: Health Programs. Infant child. Attention goals

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Una de las prioridades que se establecen en los sistemas de salud del mundo, de acuerdo a los Objetivos del Milenio (ODM) tiene que ver con la atención de la niñez, para alcanzar una fuerte disminución de la carga de mortalidad y morbilidad infantil.

Esta necesidad impuso que uno de los ejes estratégicos de la reforma del sistema de salud en Uruguay sea avanzar en la integralidad de las prestaciones y desarrollar programas de salud pública en coordinación con el gabinete social.

En ese mismo sentido, y también como parte de la reforma, se aprueba la estrategia de pago por desempeño de los efectores. Esto significa que se destinan partidas de dinero a los prestadores que cumplan con determinados indicadores establecidos por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), enmarcados dentro de lo que se denomina metas prestacionales.

Estos indicadores se construyeron en base a objetivos estratégicos mundiales en salud, y para responder a las necesidades de los grupos poblacionales más vulnerables, entendiendo que se convertirían en una motivación para los efectores, para mejorar sus resultados.

Es así que la meta prestacional N° 1 contempla indicadores relacionados a niños y a embarazadas.

El problema actual es que existen discrepancias en cuanto a la incorporación de las metas prestacionales y los indicadores diseñados para medirlas, y un vacío de conocimiento al respecto. Hay quienes afirman que su implementación ha generado un impacto sobre los resultados de la población a la que están dirigidas, pero sin dejar de notar que estos indicadores no contemplan la visión integral que por ejemplo, el

Programa Prioritario de Salud de la Niñez del Ministerio de Salud Pública (M.S.P) incluye.

Por otro lado hay posturas que reflejan disconformidad respecto a tratar de medir mediante los indicadores trazados en la meta, el impacto de este programa ya que entienden que lo único que estos indicadores miden son procesos, sobre todo aquellos relacionados a la consulta médica, dejando de lado el verdadero sentido de la implementación; que es mejorar los indicadores de salud pero de forma integral.¹

No solo en Uruguay, las reformas han sido evaluadas en la literatura desde diversos puntos de vista, incluyendo los cambios en el acceso a las prestaciones, la gestión de los recursos humanos (RRHH), el financiamiento, impacto de calidad y costo, pero hasta este momento no se han publicado estudios que apunten a responder cuál es la evaluación que puede hacerse en la salud de los/as niños/as, el haber incorporado la meta prestacional N° 1 como una herramienta para mejorar los resultados en la población objetivo de los efectores.²

Tal es así que en la publicación que hace el MSP sobre transformaciones futuras, se menciona que de la revisión realizada por Gervás y Pérez Fernández en 2008 se pueden extraer algunas conclusiones y recomendaciones de interés: el pago por desempeño puede ser bien intencionado, pero precisa demostrar sus beneficios en la salud de los pacientes y de la población.³

Hay un sentimiento compartido por los actores de que en el éxito de los nuevos programas de salud se juega el futuro de la reforma. La eficacia de los programas, su efectiva aplicación, y su efectividad, determina en buena medida que las personas puedan visualizar un cambio sustantivo en las condiciones de vida de los niños y las niñas.

Si bien, desde el MSP se observan estadísticas que demuestran una tendencia alentadora a nivel nacional, ya que la tasa de mortalidad infantil según cifras oficiales de este organismo, en 2015 fue la más baja desde que se lleva registro (7.4 x 1000 nacidos vivos), en la tasa de mortalidad neonatal, llamada “dura” y el comportamiento de la tasa por regiones y niveles socioeconómicos, nos aportan indicadores que permiten dar una mirada más profunda al tema. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de una herramienta de monitoreo más integral, eficaz y de carácter preventivo, aplicable a todos los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que permita la evaluación del Programa de Atención a la Niñez, a través de un modelo de indicadores integrales.

Es preciso avanzar más plenamente en un enfoque que haga énfasis tanto en el crecimiento como en el desarrollo del niño/a sano/a. Fortalecer y jerarquizar los espacios en donde se generan los datos, informaciones y análisis sobre la situación de salud de este grupo etareo.⁴

Los cambios macro del sistema de salud todavía deben materializarse como cambios efectivos en los procesos de atención. Se debe internalizar el cambio de modelo, bajando de la teoría a la práctica, intensificando el cumplimiento de metas, pero con indicadores de cambio.

Es necesario considerar la evaluación del Programa en todos los efectores, ya que constituye un poderoso instrumento para la toma de decisiones. Es un procedimiento de análisis que juzga la pertinencia, eficacia, efectividad y progresos de un programa o una política.⁵

Para ello se pretende contribuir a responder el siguiente problema de investigación ¿cuál es el nivel de calidad logrado en la atención de salud a un grupo de recién nacidos/as que se asisten en un prestador privado del SNIS?

A través del diseño de un modelo de evaluación integral basado en el Programa de Atención a la Salud de la Niñez del MSP, con la utilización de un conjunto de indicadores que establezcan una línea de base que luego podrá continuarse a lo largo del tiempo.

No obstante, es preciso partir de un marco de referencia concreto al respecto para poder avanzar en la identificación de elementos que apunten a mejorar su diseño, sin esperar a que estas provengan exclusivamente de la JUNASA o del MSP, además de considerar que el pago por desempeño necesita mostrar los beneficios en la salud de la población, de lo contrario podrían ser sólo buenas intenciones.⁶

1.2 OBJETIVOS

1.2. a. Objetivo General:

Evaluar la calidad de la atención sanitaria con enfoque integral a un grupo de recién nacidos/as durante el año 2014 y hasta un año de edad, que se asistieron en un prestador privado del SNIS.

1.2. b. Objetivos Específicos:

- Diseñar indicadores complementarios para evaluar el Programa de Atención a la Salud de la Niñez, en el primer año de vida.
- Caracterizar al binomio madre-hijo al momento del parto.
- Aplicar los indicadores diseñados al Programa de Atención a la Salud de la Niñez, en el primer año de vida a una muestra de población determinada.

Hipótesis

- La meta prestacional 1 no contempla la medición de aspectos que implican a la calidad técnica del Programa de Atención a la Salud de la Niñez, particularmente hasta el año de vida.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

La creación de sistemas de salud sólidos no es un fin en sí, sino un medio para lograr mejores resultados sanitarios. Es absolutamente indispensable contar con sistemas de salud eficaces, eficientes y equitativos.

OMS. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo de 2016

El fortalecimiento de sistemas de salud es una de las cuatro orientaciones de la estrategia institucional de la OMS cuyo objetivo específico incluye conceptos y valores básicos de la Estrategia Mundial de Salud para Todos, que consiste en establecer “sistemas de salud que mejoren de forma equitativa los resultados sanitarios, respondan a las exigencias legítimas de la población y sean financieramente justos”.⁷

La OMS ha trabajado en la creación de una base más adecuada para el desarrollo de los sistemas de salud nacionales mediante la generación de un marco que evalúa el desempeño. La finalidad, es sentar las bases para la prestación de pruebas científicas sobre las relaciones entre la organización y los resultados de los sistemas de salud, a fin de proporcionar información a los gobiernos para la elaboración de las políticas sanitarias para mejorar la salud, lograr una capacidad de respuesta del sistema a las expectativas legítimas de la población y una equidad de la contribución financiera necesaria para que funcione el sistema.⁸

Según la OMS, los objetivos finales de todo Sistema de Salud son: 1- Mejorar la salud de la población a la que sirven, 2- Garantizar la seguridad financiera en materia de salud

y, 3- Responder a las expectativas de las personas ofreciendo un trato adecuado a los usuarios de los Servicios de Salud.

Mejorar la salud de la población supone garantizar el alcance del mejor nivel de vida posible para toda la población durante todo el ciclo de vida. Para ello, es necesario contar con un sistema de salud efectivo que proteja y mejore, no sólo la salud promedio de la población sino atendiendo particularmente las necesidades de ciertos grupos vulnerados; en este sentido particular, la de los niños y niñas.

En el país a partir de la Ley N° 18211, se crea el SNIS, el cual comienza a implementarse desde el año 2008, acompañado de una serie de reformas económicas y sociales.

De acuerdo al concepto de sistema, se define al SNIS como el conjunto de servicios de salud públicos y privados no lucrativos integrados en forma de red en una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno que define las políticas y normas generales, con niveles de atención definidos e interrelacionados, con niveles de administración intermedios y locales descentralizados. Está compuesto por un sector público y un sector privado.

El SNIS se implementó como instrumento idóneo para llevar a cabo una profunda transformación en la situación de salud.

Está basado en un conjunto de principios fundamentales: universalidad, continuidad, integralidad, equidad, oportunidad, calidad aceptable, eficacia, eficiencia económica y social, atención humanitaria, participación social, administración democrática, derecho del usuario a la información sobre su salud.

La nueva orientación toma en cuenta la crisis del modelo anterior, esencialmente curativo y con poco desarrollo de la promoción y prevención en salud. La intención es

promover la prevención y promoción en salud, lo que significa un proceso paulatino de desarrollo de un primer nivel de atención, de cercanías, en el territorio.

Este nuevo sistema significaría un importante cambio en la orientación de las políticas de salud, que apuntaban a ampliar la cobertura, regular el control de la calidad y eficiencia sanitaria, y mejorar la equidad de la asignación de los recursos. En este sentido se presentaban tres grandes cambios: el primero implicó para MSP asumir el rol de rector y responsable de conducir el proceso de construcción del sistema. Junto a ello, la descentralización de la Administración de los Servicios Sanitarios del Estado (A.S.S.E) y la creación de la JUNASA.

En un segundo punto se planteó el cambio de modelo de atención, con una orientación que pretende privilegiar la atención integral y enfatiza la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Un tercer aspecto de este cambio se refiere al financiamiento, que incluyó mediante la Ley N° 18131 el Fondo Nacional de Salud (FO.NA.SA), el cual reúne todos los fondos de la Seguridad Social destinados a financiar servicios de salud.

Los primeros esfuerzos realizados en las reformas del pasado se centraron en la introducción de cambios financieros, estructurales e institucionales en los sistemas de salud y en ajustes de la organización y la administración de la atención de salud. La segunda generación de estos esfuerzos presta más atención a mejoras del desempeño en la reducción de inequidades y la desprotección social en salud, al aumento de la efectividad de las intervenciones de salud, a la promoción de la calidad de atención, al fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de salud, a la mejora en la práctica de la salud pública y, particularmente a la necesidad de ejercer nuevas formas de gestión de los recursos humanos.⁹

Además medir los progresos alcanzados en la consecución de los ODM es una responsabilidad fundamental de los gobiernos nacionales, y la labor de vigilancia mundial es una de las funciones más importantes que lleva a cabo el sistema de las Naciones Unidas. Esa labor proporciona información sobre la que se basan la adopción de decisiones a nivel mundial y nacional. A nivel mundial, demostrar que se están haciendo progresos puede contribuir a generar más recursos y mantener el impulso político. Y a nivel nacional, disponer de información fiable puede ayudar a que las políticas estén orientadas a objetivos adecuados.¹⁰

La atención a la salud de toda la población infantil y adolescente del país debe constituirse en un elemento central de las propuestas pragmáticas a través de un accionar coordinado de todos los efectores, en la implementación de políticas, pautas y criterios comunes, ya que además están asumidas en el compromiso de los ODM.

A partir de dicha normalización y conjunción de esfuerzos se obtendrán resultados de mayor impacto, y una utilización más eficiente de los recursos disponibles, que deben ser incrementados en función de la situación de salud identificada.

Para ello sería fundamental encarar la evaluación del Programa de Atención a la Salud de la Niñez; evaluación entendida como el procedimiento analítico para producir información sobre la capacidad de una política-programa para solucionar el problema que se intenta resolver, cuyo objetivo es dotar de un proceso sistemático y permanente a los niveles de dirección y supervisión, que fortalezcan el planteamiento y control de las políticas y estrategias.¹¹

La búsqueda de evidencia sobre la efectividad de la promoción de la salud viene siendo una preocupación mundial desde hace algunos años.¹²

Avedis Donabedian habla de 7 pilares de la calidad, en los que incluye a la efectividad y menciona como resultados finales la tasa de morbilidad, mortalidad y niveles de satisfacción de los usuarios.¹³

Es necesario para la evaluación de calidad incluir indicadores de estructura que midan la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y los recursos para hacerlo, los indicadores de proceso que miden la calidad de la actividad llevada a cabo en la atención a la población y además los indicadores de resultados que midan el nivel de éxito alcanzado en la población objetivo.¹⁴

De manera amplia, Donabedian define resultados médicos como “aquellos cambios favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden atribuirse a la atención sanitaria previa o actual”.¹⁵

El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece una forma de valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas.

Indicadores de datos agregados son los que miden el desempeño basados en eventos que ocurren con cierta frecuencia. Son los más importantes para determinar el desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con otras instituciones o puntos de referencia establecidos.

La medición de los resultados de las nuevas estrategias accionadas para el cambio de modelo, en un grupo vulnerable como el de los niños y niñas a través de los indicadores de la meta 1, no es suficiente, por lo que se propone diseñar un modelo integral de evaluación en el que se incluyan indicadores positivos y negativos de salud.

“La complejidad y profundidad del proceso de cambio del sistema de salud uruguayo impone múltiples desafíos de naturaleza política, institucional, organizacional,

financiera, cultural y gerencial, que se están enfrentado en el cotidiano de la consolidación del SNIS. Existe un creciente reconocimiento que la sostenibilidad de la política de salud exige el desarrollo de una “Inteligencia Sanitaria” expresada en un amplio colectivo de actores técnico-políticos”.¹⁶

Por diversas razones los resultados de las reformas pueden diferir bastante de las intenciones y enunciados originales de las políticas. Para cualquier empresa, institución, gestor, es necesario obtener un panorama objetivo del impacto que ha generado la transformación de este sistema en los propios sistemas de gestión y financiamiento institucional.

Será imprescindible hoy, luego de 7 años de implementación del SNIS y las bases sentadas en el cumplimiento de metas prestacionales como una nueva forma de pago introducida para los prestadores; evaluar la calidad de las prestaciones del Programa de Salud a la Niñez. Es valioso acompañar estos resultados con estudios que demuestren la efectividad real de un programa de salud enmarcado en la estrategia de metas prestacionales.

La innovación y avance en las medidas de resultado en la atención en salud debería contribuir, por un lado, a reducir la brecha entre eficacia y efectividad, entre el resultado ideal de acuerdo a la evidencia científica y el real que obtenemos con los usuarios del SNIS. Y por otro, obtener una base para la evaluación del comportamiento de los prestadores para incentivar la calidad de los servicios.¹⁷

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la protección social en salud, significa aquellas intervenciones públicas dirigidas a promover que las personas puedan satisfacer sus necesidades y demandas en salud a través del acceso a servicios de salud y

a otros bienes, servicios y oportunidades, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago.¹⁸

En un mundo inmerso en un proceso de globalización cada vez más profundo, es necesario entender el contexto si se quieren captar las distintas fuerzas de acción. En este sentido es obligado hablar sobre la evolución demográfica y epidemiológica de la Región de las Américas: el aumento sostenido de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y la mortalidad, que van induciendo cambios en la estructura de las poblaciones que exigen redefinir que servicios de salud son necesarios.

El contexto económico de la región se ha caracterizado los últimos años por la coexistencia de una evolución positiva de las variables macroeconómicas, aumento del producto bruto interno, liberación del comercio, convenios regionales, avanzan los procesos de reforma tributaria y financieras y se desarrollan reformas laborales y de previsión.

De acuerdo a ello desde hace años la gestión pública también se encuentra en revisión.

La aplicación de un concepto más democrático de las políticas abre espacios de participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en las formas de satisfacerlos.

En el sector salud, la gestión pública comprende no sólo la prestación directa de servicios, sino sobre todo actuar como garante de la resolución de problemas de salud de la población, por sí misma o por otros mecanismos que aseguren un ejercicio solidario del derecho a la salud.

Entre las actuales propuestas de reformas del Estado se destacan el fortalecimiento del poder regulador y de producción de políticas públicas del gobierno, con funciones

promotoras, facilitadoras de la participación ciudadana y reguladora de la producción y distribución de los bienes y servicios de interés público.

Los principios de las reformas sanitarias sirven como referentes conceptuales para construir variables operativas e indicadores asociados que permitan seguir los avances de la reforma y evaluar su impacto potencial o real.¹⁹

Las características demográficas de la población uruguaya con acentuado envejecimiento, con una fecundidad por debajo de la tasa de reemplazo y con mayores tasas en los sectores más vulnerables, y predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles en su perfil de morbimortalidad, interpelan las respuestas programáticas de los organismos que ejercen rectoría en salud, en orden a priorizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el cuidado de la primera infancia y la adolescencia desde una perspectiva de curso de vida, como aporte del sector salud a una política integral de población.²⁰

En Uruguay según datos del último censo poblacional de 2011, la composición de la población por sexo registra una muy leve tendencia de aumento de la población femenina, debido a las mayores ganancias de esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres. El porcentaje de mujeres pasó de 51,7% en 2004 a 52% en 2011. Aun así, en cuanto a la población de niños de 0 a 4 años sigue existiendo una muy leve tendencia de cantidad de niños del sexo masculino frente a las niñas.²¹

La salud de las madres, recién nacidos, niñas y niños se encuentra en la actualidad en el centro de las agendas de los organismos multilaterales, las agencias de cooperación internacional y los gobiernos de todo el mundo. La relevancia del tema se ve claramente reflejada en los ODM que son la expresión del consenso histórico logrado por la

comunidad internacional respecto a cuáles son los desafíos prioritarios que deben ser enfrentados para mejorar la calidad de vida de las personas a nivel mundial y para alcanzar un desarrollo sostenible.²²

Para enfocar las políticas de salud en los problemas más relevantes en los distintos grupos etareos, el Uruguay desde el MSP desarrolla una serie de programas prioritarios dirigidos a su cumplimiento en todos los servicios de salud en los que corresponda.

Un programa de salud consiste generalmente en una serie de actividades coherentes, organizadas e integradas destinadas a alcanzar unos objetivos concretos y definidos previamente, para mejorar el estado de salud de una población.²³

El Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez surge en el año 2006 desde la Dirección General de la Salud en la órbita del MSP. Desde años anteriores funcionaron en Uruguay distintos programas que apuntaban a atender las necesidades de salud de la población infantil, tales como Programa Materno-Infantil, Programa Aduana, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa Setiembre.

Algunos de estos Programas se han mantenido con fortalezas y debilidades dispares, sin un compromiso real de continuidad, sin tener en cuenta la promoción y prevención como objetivos principales. Este Programa de Atención a niños y niñas actual, busca contribuir a una adecuada atención a la salud de los mismos, que comprenda y reubique las pautas y programas anteriores.

Uno de los cambios más sustantivos de la actual Administración del MSP – DIGESA ha sido la apuesta al fortalecimiento de los Programas de Atención, base sustancial del modelo alternativo de atención a la salud, contemplando líneas programáticas que aseguren la continuidad a lo largo de la vida (Programa de salud de la Niñez, de los y las Adolescentes, de la Mujer, de Adultos y Adultos Mayores) y la integralidad en base

al cruce con programas transversales con énfasis en protocolos desde el primer nivel de atención.

Así, el antiguo Programa de Atención Materno Infantil es sustituido por dos Programas más amplios e integrales: el Programa de Atención a la Salud de la Niñez, y el Programa Nacional de Salud Mujer y Género.

El Programa de Atención a la Salud de la Niñez contempla objetivos y guías de atención vinculados al diagnóstico de la salud infantil, a los controles periódicos desde el nacimiento, la atención oportuna a la condición de enfermedad, y el monitoreo de situaciones de mortalidad y morbilidad prevalentes.

Apunta a lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de la población infantil y adolescente, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, aplicando la estrategia de APS. Propone pautas específicas para el control de salud en diferentes etapas, desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, generando los protocolos de atención específicos.

Plantea además el desarrollo de un Programa de Evaluación continua de la calidad asistencial y la creación de los Comités de Auditoría de Muerte de menores de 15 años, encargados de monitorear esta situación y elaborar recomendaciones para superarla.

Esto supone evaluar los resultados desde esa misma perspectiva y no solo en términos económicos sino y por sobre todo, asistenciales, pero no en forma exclusiva como lo plantean los indicadores de las metas prestacionales; sino con una evaluación que permita tomar decisiones sobre una realidad estudiada y reorientar las políticas en materia de salud para el país.

Hay un aumento en el reconocimiento de que el monitoreo y la evaluación son necesarios para demostrar resultados, asegurar el financiamiento de los programas y mejorar las intervenciones basadas en evidencia. La implementación de programas debe

basarse en un seguimiento sólido, una evaluación y análisis del progreso y desempeño como partida para la información, los resultados y la rendición de cuentas. La Comisión de las Naciones Unidas y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y Niños define la rendición de cuentas como un proceso cíclico de monitoreo, análisis y acción correctiva. Para desarrollarlo se deberían utilizar un conjunto de indicadores y metas claves para aportar a los gobiernos, a través de la evaluación de calidad de los programas de salud implementados.

El desarrollo de cualquier nueva estrategia nacional de salud debe fundamentarse en el análisis del progreso y desempeño de esta estrategia. Esto permitiría comparar la situación inicial y tomarla como base fáctica para el proceso de desarrollo estrategias de salud futuras.²⁴

La evaluación de un programa de salud es la culminación de un proceso que se inició identificando un problema, analizándolo, marcando unos objetivos para solucionarlo y desarrollando las actividades necesarias para ello. La fase de la evaluación de los programas es fundamental, no sólo para conocer los resultados conseguidos sino también para establecer planes de mejora de la calidad, corrigiendo, si fuera necesario, las estrategias de intervención.

La evaluación constituye un poderoso instrumento para la toma de decisiones en todo el ciclo gerencial, y es uno de los instrumentos esenciales de la rendición de cuentas de la administración pública.²⁵

La evaluación es parte del proceso de gestión para el desarrollo de la salud. La OMS, bajo el denominativo de “Health Impacta Assessment (HIA), propone a la evaluación como una práctica usada para juzgar el potencial efecto de una política o programa sobre una población, particularmente vulnerable o grupos desventajosos.

En conclusión son varios los aspectos que se pueden tocar a la hora de definir el término evaluación del programa pero la mayoría hace hincapié en tres aspectos: 1) la determinación de los resultados del programa; 2) en la naturaleza científica de la evaluación y 3) en su utilidad para la toma de decisiones.²⁶

Aún no se ha logrado colocar los temas y objetivos de investigación vinculados a la salud pública, en un lugar jerarquizado de la agenda pública de investigación ni la construcción de espacios de debate productivo para la generación de conocimiento o definiciones políticas sobre líneas de acción a impulsar en esta materia.²⁷

Desde la Dirección General del SNIS se pronunciaba que la evaluación de desempeño sectorial en aspectos relacionados con la calidad y el cambio de modelo de atención, se ve obstaculizada por la información disponible. Describen la necesidad del desarrollo consensuado de indicadores y metodologías de evaluación que den cuenta de estas dimensiones del desempeño.²⁸

Existen muchas lagunas entre la evidencia científica y la práctica asistencial, sin embargo, ha de quedar claro que una evaluación no es un ejercicio de investigación en sentido estricto, ya que no se trata sólo de describir lo logrado o de demostrar la efectividad de una intervención, sino de aportar información útil para intentar dar solución a un problema. Estamos ante un proceso de toma de decisiones; este es el enfoque que no debemos olvidar al hacer la evaluación de un programa. Se deben elegir indicadores que tengan una repercusión clara en la toma de decisiones.²⁹

En el contexto de las estrategias nacionales de salud, un reto importante es seleccionar un conjunto básico de indicadores que permitan vigilar de forma objetiva y efectiva el progreso hacia los objetivos más importantes. Deberá considerarse que los indicadores

cuantitativos son indicadores de la realidad, es decir, son solo marcadores y no pretenden describir todo lo que está ocurriendo.³⁰

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Al evaluar un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se pueden determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación, como el estado de nutrición (por ejemplo, peso en relación con la estatura), la tasa de inmunización, las tasas de mortalidad, las tasas de morbilidad por enfermedades.³¹

El uso de indicadores es y continuará siendo de utilidad para la toma de decisiones de las autoridades sanitarias, y todos los involucrados en el perfeccionamiento del sector de la salud. Para obtener indicadores oportunos es imprescindible desarrollar un sistema de información que permita alcanzar los datos necesarios. Es necesario el monitoreo de la calidad de las fuentes de información, en particular de la historia clínica, la fuente principal de información sobre las características de cada individuo. La determinación y evaluación de cada problema y sus causas deberá ser objeto de investigación específica, detallada y profunda.³²

En este caso se trabajará con indicadores básicos del estado de salud de los niños y las niñas, incorporados para lograr la evaluación de la calidad del Programa de Salud de la niñez, junto a los ya aplicados en la meta prestacional. Se clasifican en positivos,

aquellos en los que se ubicara el crecimiento, desarrollo, y estado nutricional; y los negativos como la morbilidad-mortalidad.

La evaluación debe fundamentarse en una apreciación de los resultados o de su impacto sobre las personas que son el objetivo final o razón de ser de los servicios. La verdad es que si no se obtienen resultados benéficos tangibles para la población la gestión debe ser cuestionada. El resultado último de las acciones de los servicios de salud sobre la población objeto de los mismos se define como efectividad.³³

La efectividad es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre el equipo de salud, las instituciones y el tiempo. Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina.³⁴

La efectividad se define como el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos.³⁵

Los indicadores de efectividad que miden retrospectivamente el impacto de los servicios, sirven así mismo para reflejar en gran parte las necesidades que prospectivamente les corresponde satisfacer a los servicios. La determinación de la efectividad de los servicios solo se puede hacer con datos relativos a las condiciones de salud de la población.³⁶

La primera fuente de información para evaluar la efectividad es la información sobre mortalidad, cuando se dispone de información confiable sobre morbilidad, su análisis permite evaluar de una manera más completa la efectividad.³⁷

La morbi-mortalidad infantil constituye una temática compleja en que la enfermedad y la muerte se presentan como fenómenos biológicos en un contexto social. La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), junto con la tasa de mortalidad en menores de 5 años, es uno de los principales indicadores utilizados para medir niveles y alteraciones relacionados al bienestar de la niñez. El nivel de la mortalidad infantil es considerado como un indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida prevalecientes en una población y se utiliza en la evaluación de la situación de la infancia y de la salud de un país. A medida que la mortalidad infantil descende, se presenta un cambio en su estructura de edad y en el perfil de las causas de muerte. Cuando la TMI es alta, predominan las muertes denominadas “infantiles tardías” que tienen como principales causas la desnutrición y las infecciones.

En el año 2012 se registraron 48.200 nacimientos y 447 defunciones en niños menores de un año. La TMI global fue 9.27/mil NV (Nacidos Vivos); la TMI ajustada (excluyendo los menores de 500g) fue 8.6/mil NV. La tasa de mortalidad neonatal 5.6/mil NV y la tasa de mortalidad pos neonatal 3.7/mil NV.

En el año 2011 el aumento en la TMI ocurrió a expensas del componente neonatal, en particular del neonatal precoz (o sea aquellas defunciones ocurridas en los primeros 7 días de vida). En el año 2012 el componente neonatal se mantuvo prácticamente incambiado respecto al año 2011 y ocurrió un leve incremento de la mortalidad postneonatal (o sea aquellas defunciones ocurridas luego de los 28 días de vida). Interpretar estas variaciones exige analizar en profundidad la evolución del perfil de los

nacimientos y la distribución de las defunciones según peso al nacer, edad materna y fundamentalmente según las causas.³⁸

Los niveles actuales de mortalidad infantil indican que para lograr mayores descensos en esta tasa se debe trabajar en ambos componentes, el neonatal y el posneonatal. Esto significa acciones para un mejor control de la embarazada y un seguimiento de la madre y del niño posterior al parto.³⁹

En el departamento donde se realizó el estudio, datos del 2015 muestran 2302 nacimientos, con un total de 18 defunciones, de las cuales 9 corresponden a muertes neonatales precoces, 6 a neonatales tardía, y 3 a postneonatales.⁴⁰

Al igual que lo observado en años anteriores, es posible evidenciar que las afecciones vinculadas con la prematurez y las malformaciones congénitas constituyen las principales causas de defunción en niños y niñas menores de un año. En el año 2012 se observa un incremento en las defunciones relacionadas con Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. El número de defunciones por esta causa se incrementó de 99 (23.7%) en 2011 a 124 (27.7%) en 2012. La tasa de mortalidad específica por esta causa fue 2.1/mil NV en 2011 y 2.6/mil NV en 2012. La tasa de mortalidad por causas infecciosas también se incrementó.⁴¹

Si bien, desde el MSP se observan estadísticas que demuestran una tendencia alentadora a nivel nacional, ya que la tasa de mortalidad infantil según cifras oficiales de este organismo, en 2015 fue la más baja desde que se lleva registro (7.4 x 1000 nacidos vivos), en la tasa de mortalidad neonatal, llamada “dura” y el comportamiento de la tasa por regiones y niveles socioeconómicos.

En el estudio sobre indicadores hospitalarios de 2013 se encontró que la principal causa de muerte en niños menores de un año fue “otras septicemias” según CIE10 con un 23,1%.⁴²

Según el informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, encabezado por el Secretario General de las Naciones Unidas del año 2012 da cuenta que las tasas de nacimientos prematuros están aumentando en casi todos los países con datos fiables, y actualmente es la segunda causa principal de muerte después de la neumonía en niños menores de 5 años. En este documento expresaba que no se podía lograr un avance global de la salud y supervivencia infantil para y más allá del 2015 sin encarar el nacimiento prematuro.⁴³

La prematuridad se define como los nacidos vivos antes de las 37 semanas completas de gestación. Los nacimientos en 37-39 semanas todavía tienen resultados subóptimos y la inducción o cesárea no debe planearse antes de las 39 semanas completas a menos que sea médicamente indicado. Para los recién nacidos que sobreviven, hay un mayor riesgo de incapacidad, que representa una pesada carga en las familias y los sistemas de salud. Uruguay tenía una tasa de nacimiento prematuro en el 2010 que oscilaba entre el 10 y menos del 15%.

La edad materna es un indicador importante en el completo desarrollo del embarazo normal así como en las consecuencias del parto. En el caso de las adolescentes menores de 18 años redonda en un incremento en la posibilidad de presentarse complicaciones tanto para la madre como para el niño, parto prematuro, prolongado, anemia, muerte del RN o la madre. Para las mujeres mayores de 35 años los riesgos se incrementan nuevamente.⁴⁴

Por otro lado, los patrones de fecundidad han sido descritos en estudios recientes basados en las Estadísticas Vitales y el Censo de Población de 2011. En ellos se indica que una de las tendencias más notorias es la reducción de la tasa global de fecundidad hasta llegar a valores inferiores al 2,1 (descendió de 2,5 hijos en 1996 a 1,9 hijos en 2011).⁴⁵

La malnutrición es una variable que somete al mundo a una doble carga: desnutrición y sobrepeso. Los indicadores de una malnutrición son el bajo peso al nacer, el retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal. Junto con la lactancia materna inadecuada y las carencias de vitaminas-hierro, contribuyen a más de la tercera parte de las defunciones en la niñez. El crecimiento insuficiente es la manifestación más común de la malnutrición.⁴⁶

La práctica de la lactancia materna contribuye a la nutrición, la salud, el crecimiento y el desarrollo de los/as niños/as. Contribuye también a la protección de la salud de las mujeres, al espaciamiento de los embarazos y a la protección del medio ambiente. Por estas razones, la lactancia constituye una estrategia de salud pública esencial que debe ser evaluada y monitoreada.

La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuada hasta el año ha sido identificada como una de las intervenciones de prevención más eficaces para reducir la mortalidad infantil. Se estima que, a nivel mundial, la implementación de esta estrategia con una cobertura de 90% podría prevenir 13% de la mortalidad de los menores de cinco años, lo que contribuiría sustancialmente al cumplimiento de los ODM relacionados con la supervivencia infantil.

En el estudio de Salud, Nutrición y Desarrollo de la Primera Infancia en Uruguay, se indica que el 67,6% de los niños de la población de estudio recibió lactancia materna exclusiva antes de los primeros 6 meses de vida.⁴⁷

El Bajo Peso al Nacer (BPN) es otro indicador clave para el análisis de la mortalidad infantil. Es un indicador que aproxima las probabilidades de sufrir complicaciones de salud en el período inmediato del nacimiento. Por tanto, el bajo peso al nacer implica un riesgo importante para la supervivencia del/a niño/a, es una medida de dicho riesgo ya que resume en parte la historia social y de salud de la madre, factor clave en la supervivencia y desarrollo nutricional.

La nutrición deficiente en todas las fases del crecimiento tiene efectos perjudiciales a largo plazo sobre el desarrollo intelectual y psicológico de la niñez.

Otro factor importante en las políticas son las inversiones que el Estado realiza en el país, y en materia de salud en los últimos años, el Gasto en Salud creció 23,1% entre los años 2004 y 2008, alcanzando unos 2410 millones de dólares en 2008 lo que representaba el 7,5% del PIB (Producto Interno Bruto). El gasto per cápita en salud creció 22% en el mismo período. Según los datos del informe de OMS, 2014, Uruguay en el año 2000 destinaba un 11,2% del PBI a salud, mientras que en 2010 este número era de 8,15%. El gasto privado en salud como % del gasto total en salud en el 2000 era de 45,4, y en 2010 de 34,7. Para finalizar, el gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud en 2000 era de 27,4, y para 2010 ya estaba en 56,4.⁴⁸

Por otro lado, los montos invertidos en políticas sociales para la infancia según datos de UNICEF confirmaban que el 46% de esta población en situación de pobreza, recibía solo el 19,6% de los gastos sociales del Estado.

El desbalance intergeneracional señala que la infantilización de la pobreza no se ha conseguido modificar y está aumentando. El cociente entre las tasas de pobreza de niños/as y adultos aumentó en todos los países y Uruguay se encuentra en primer lugar en América Latina.⁴⁹

La situación es peor si se realiza la comparación con los adultos mayores. La probabilidad de caer en situación de pobreza en Uruguay es 4,1 mayor para los niños y niñas que para las personas de 65 o más años, mientras que en Argentina, Chile y Costa Rica es en promedio 1,8 veces mayor y en los países europeos prácticamente igual (1,06)”.⁵⁰

Los primeros años de vida son cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de la salud a lo largo de todo el ciclo vital, por lo que partiendo de la evidencia disponible, los economistas aseguran que invertir en la primera infancia es la inversión más poderosa para un país, con retribuciones en el transcurso de la vida mucho mayores al importe de la inversión inicial.

Las sociedades que cuentan con las políticas y programas para el desarrollo de la primera infancia (DPI) más exitosos invierten aproximadamente el 1,5%-2% del PBI al año (OCDE, 2006). En el trabajo de Schweinhart 2004 estimaba que cada dólar que se gastaba para ayudar a un niño a alcanzar la edad escolar y progresar puede producir hasta 17 dólares en beneficio de la sociedad a lo largo de las cuatro décadas siguientes. Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2013, el 24,3 % de los menores de 6 años era considerado pobre en todo el país. Si se considera las necesidades insatisfechas en el hogar, en el año 2011 casi la mitad de la población infantil se encontraba con carencias; alrededor de 123.352 niños y niñas.⁵¹

La comparación internacional hace pensar que el Uruguay puede tener mucho mejor desempeño en este campo, ya que algunos países de similar estructura social y demográfica (Chile, Costa Rica y Cuba) han abatido la mortalidad infantil a un nivel mayor.⁵²

También es necesario analizar la situación ocurrida desde el 2005 en adelante donde se observa un aumento en la frecuencia de cesáreas de elección de 10.6% a 19.9% y de trabajo de parto inducido de 10% a 15.5%. En los nacimientos ocurridos entre las 20 y 36 semanas de edad gestacional, la frecuencia de cesáreas de elección paso de 17.3% a 31.4% y la frecuencia de trabajo de parto inducido de 7.5% a 8.8%. La frecuencia de trabajo de parto espontáneo descendió de 65% a 55.5%.⁵³

De acuerdo a los datos del Carne de Nacidos Vivos del MSP, en 1996 el 23% de los nacimientos correspondió a partos por cesárea; aumentó a 32% en 2005 y a 40% en 2012.

El estudio de 2015 en Uruguay sobre Salud, nutrición y desarrollo de la primera infancia demostró que las cesáreas aumentan con la edad y los años de educación. Las mujeres con menor nivel educativo y las que pertenecen al estrato de hogares pobres tienen chances significativamente mayores de tener a sus hijos por parto vaginal. Esto resulta coherente con la significativa diferencia que se observa en el tipo de parto según se trate de instituciones privadas o públicas. En estas últimas, el peso de las cesáreas es 18 puntos porcentuales menores que en los servicios privados (33% y 51% respectivamente).

A su vez en este mismo estudio el 2,4% de los partos requirieron fórceps. Las madres de mayor nivel educativo, las que residen en Montevideo y los extremos etarios tienen más probabilidades de que sea necesario recurrir a esta maniobra.⁵⁴

En la bibliografía se maneja un límite de 15% establecido arbitrariamente por la OMS en 1985.⁵⁵ Según datos del SINADI del año 2013, en el interior, el índice de cesáreas era de 33,3 para ASSE, mientras que para las IAMC este indicador era de 47.

Otro indicador a considerar es el que se refiere a los cambios físicos, mentales, emocionales y sociales que tienen lugar a medida que el niño crece. Investigaciones han confirmado que los primeros cinco años son determinantes en el desarrollo del cerebro, y que los tres primeros son críticos para definir la arquitectura cerebral. Este es un periodo de rápido desarrollo cognitivo, lingüístico, social, emocional y motor.⁵⁶

El crecimiento y desarrollo de la infancia involucra etapas fundamentales para la expresión adecuada del potencial de cada ser humano. Al nacer, las personas poseen sistemas inmaduros que requieren tiempos y apoyos para su normal y completo desarrollo. Por esto aplican particularmente a la infancia los modelos de atención a la salud que incluyen actividades de promoción de salud hacia la madre, padre, familia y entorno, y actividades de prevención de afecciones o enfermedades específicas de demostrada eficacia (vacunas), y no sólo la asistencia a la enfermedad ya constituida.

En el estudio de Salud, nutrición y desarrollo de la primera infancia en Uruguay la amplia mayoría de los niños contaba con carné de vacunas (96,8%) y carné de salud del niño (99%). Este resultado indica que el carné de salud, que es obligatorio en todo el país desde 1978 (Ley 14852), es un elemento ampliamente difundido en la población. Allí mismo se encontró que el 89% de los niños se realizó el primer control en las dos primeras semanas de vida. Asimismo, el 95% se lo había realizado antes del primer mes

de vida (no se encuentran diferencias por condición de pobreza). Por lo tanto, puede concluirse que el nivel de atención en el primer mes es muy elevado. No obstante, la recomendación del Programa de Atención al Niño impresa en el carné de salud es que el primer control se realice antes del décimo día de vida (entre el sexto y el noveno día). Si se considera este umbral, se encuentra que el 74,9% controló a su hijo antes del día 10.

Siguiendo con la mención del mismo estudio, en Uruguay otro tema que ha sido estudiado con relación a los/as niños/as ha sido la prevalencia de anemia. Tal es así que el estudio nacional sobre anemia dio como resultado que el 31% de los niños menores de 2 años presentaba niveles de hemoglobina inferiores a 11 mg/dl, lo cual se considera anemia desde el punto de vista clínico.⁵⁷

El seguimiento y apoyo permanente a niños/as y sus familias por parte del equipo de salud, en base a visitas periódicas de control de salud donde se evalúe el crecimiento y el desarrollo, se propicien espacios de intercambio con distintos integrantes del equipo de salud y otras madres y familias para compartir dificultades, dudas y avances, constituye uno de los ejes de políticas sociales tendientes al desarrollo integral de un colectivo social. La incorporación de esta prioridad a los paradigmas de una comunidad, que promueva la visita periódica al control de salud y la consulta oportuna ante la emergencia de problemas, asegura el apoyo social y la generación de hábitos culturales de mutuo cuidado y auto cuidado, facilitadores de una sociedad con mayores habilidades para mantenerse en salud.⁵⁸

El aumento de peso es el indicador más fiable de que un/a niño/a está sano/a y creciendo adecuadamente. Desde que nace hasta que cumple un año, el peso del lactante debe

controlarse, ya que esta medida permite detectar precozmente cualquier alteración de crecimiento.

La vulnerabilidad marcada de la salud de los lactantes y niños pequeños también hace que las evaluaciones del crecimiento sean indicadores “centinela” de las evaluaciones de salud y el desarrollo socioeconómico de las comunidades en las que viven.

Se utilizan puntos de corte preseleccionados que se presume reflejan un nivel de riesgo de crecimiento insuficiente o excesivo, como los percentiles 3 y 97, respectivamente. Se interpretan como niveles de riesgo y se prevé que solo el 3% de la población objetivo esté por encima o por debajo de cualquiera de estos dos puntos de corte.⁵⁹

En el estudio de Balsa y Triunfo sobre la reforma de salud en Uruguay y el impacto en el acceso a servicios perinatales y en la salud del RN, sobre una muestra de 306971 nacimientos, el peso promedio del RN fue de 3239 grs, aunque menor para los hijos de madres adolescentes. En promedio el 7% de los RN tuvieron bajo peso al nacer y un 7% nació con menos de 37 semanas de gestación.

Anualmente miles de niños menores de 5 años contraen infecciones respiratorias agudas (IRA), diarrea y desnutrición lo que influye negativamente en su salud en forma temprana o permanente. Estas enfermedades junto con otras son las principales causas de morbilidad y por lo tanto de consulta y hospitalización en los niños de este grupo de edades. Han sido reconocidas como el principal problema de salud evitable.

En este sentido la OPS la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) implementan la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), como herramienta para abordar la atención del/a niño/a en los servicios de salud de primer nivel, a la familia y la comunidad.⁶⁰

Uno de los indicadores empleados refiere a las consultas en los servicios de urgencias de modo que demuestran la necesidad de resolver los problemas en otro nivel de atención y no saturar estos servicios con consultas de patologías no urgentes.

Un estudio multicéntrico en Argentina mostró que la consulta principal en los servicios de urgencia en un 75,8% se debió a fiebre, dificultad respiratoria, otalgia, resfrío, diarrea, erupción y trauma. Los diagnósticos clínicos más frecuentes son el síndrome bronquial obstructivo agudo, la gastroenterocolitis, neumonía, OMA, traumatismos varios.⁶¹

La tasa de ingresos hospitalarios de niños tiende a crecer en algunos países y a disminuir en otros, existiendo diferencias entre países y regiones geográficas. El modelo de atención hospitalaria tiende a modificarse a partir del entendimiento de priorizar la APS, el desarrollo tecnológico, disminución de tasas de natalidad, mortalidad y morbilidad infantil, entre otros. Las tendencias apuntan a una reducción de la tasa media, mayor proporción de ingresos de corta duración, el pase a la asistencia domiciliaria; pero en contraposición existe un incremento en los reingresos, al que contribuye el aumento de la supervivencia de los neonatos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). A pesar de ello, estudios señalan que entre el 18% y el 25% de las internaciones pediátricas serían innecesarias, y que más del 20% de los ingresos podrían evitarse.⁶²

En los últimos años hay un incremento de la demanda asistencial de cuidados críticos pediátricos y neonatales. La misma responde a causas múltiples dentro de las que se identifican: 1) mayor número de nacimientos prematuros, lo mismo está asociado tanto a consecuencia de las mejoras tecnológicas por un lado, como a embarazos no controlados por otro; 2) apertura en los criterios de ingreso, con oferta de un mayor

nivel de cuidados en función del riesgo; 3) diversificación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con nuevas tecnologías que requieren monitorización post-procedimientos, y 4) progresivo aumento de pacientes crónicos complejos que no pueden ser asistidos por las estructuras de pediatría actuales. Esta mayor demanda asistencial no es satisfecha a pesar del incremento del número de camas de cuidado intensivo en los últimos años. Al igual que en otros países de la región, la asistencia pediátrica se caracteriza, por el franco predominio de las enfermedades infecciosas.

Los ingresos a CTI se deben a prematuridad, bajo peso al nacer que (inferior a 2.500 gramos) rondan el 8,6% de los recién nacidos. El porcentaje de RN prematuros para ASSE es de 13,5% y de 8,8% para todo el país. Otras enfermedades van a determinar ingreso como ser Malformaciones, infecciones congénitas.⁶³

De acuerdo a lo establecido en los pliegos autorizados por el Ministerio de Economía y Finanzas de Uruguay para enero de 2016, el promedio de costo día/cama de UCI de R.N fue de poco más de \$U 33.000, sin impuestos. En cambio para el área pediátrica el valor promedio del día/cama era de \$U poco más de 27000, también sin impuestos.⁶⁴

Esto es un elemento que también para cualquier gestor y por supuesto al sistema de salud deberían indicarle una situación económica que debería analizarse para que sean también un argumento a la hora de establecer las políticas y estrategias en salud del/a niño/a, orientadas a minimizar estos resultados y la necesidad de trabajar las variables que puedan impactar en ello.

Las tasas de hospitalización, por diagnóstico, son importantes indicadores de la calidad de vida y de la eficiencia del primer nivel de atención. Permiten monitorizar el alcance de las metas en los sistemas de salud. Estudios que utilizan estos indicadores han permitido acciones y políticas públicas capaces de reducir ese evento en el niño y la

niña. La frecuencia de internaciones por enfermedades que son prevenibles, pueden reflejar inadecuación de la asistencia a esos grupos de población como sus condiciones de vida y salud.⁶⁵

En el estudio de Bilkis en Argentina, sobre un total de 1435 pacientes, el porcentaje de pacientes internados fue del 11,8%, coincidiendo con lo observado en otro estudio de Boston y difiriendo del 25% de internaciones observado en países en desarrollo. La dificultad respiratoria como motivo de consulta predominó. Más del 80% de los diagnósticos se concentraron en solo 10 ítems. La mayor parte de los consultantes (68,9%) eran lactantes y preescolares. El 15,2% requirió internación.

En este estudio las enfermedades respiratorias representaron cerca del 55% del total de internaciones, seguidas por las enfermedades infecciosas. La literatura muestra la misma relación además de estas las parasitarias y las afecciones originadas en el período perinatal son las que generan mayor demanda en los servicios en los niños y niñas con hasta cinco años de edad en los países en desarrollo. Datos como estos alertan a los Estados para accionar mecanismos de análisis y búsqueda de explicaciones, ya que varios estudios demuestran que las altas tasas de internaciones por enfermedades sensibles a medidas del primer nivel de atención están asociadas a deficiencias en este nivel, a la baja efectividad de la atención para determinar los problemas de salud, indicando la precariedad de la atención a la salud. Por lo tanto es indispensable comprender la necesidad de evaluar estos procesos y de que el trabajo de los equipos de salud y las medidas en la atención primaria pueden disminuir el riesgo de las internaciones, de lo contrario no se podrán vislumbrar mejoras en el estado de salud de los niños y niñas.⁶⁶

También se utilizan como indicadores de calidad asistencial las tasas de reingresos, a pesar de que no exista una definición unificada del mismo. El reingreso se ha definido de diversas maneras, pero en general se considera cuando un paciente es hospitalizado de nuevo con el mismo diagnóstico con poco tiempo de diferencia desde el alta. La mayoría de los autores consideran un período de un mes, aunque algunos trabajos lo consideran en un período menor a los 14 días. Se puede considerar en principio que este indicador demostraría una falla en la atención recibida en el ingreso anterior.⁶⁷

Estudios relacionados con este indicador en países de América dan cuenta de que las causas más usuales de reingreso en pediatría son la neumonía, otras afecciones respiratorias, fiebre alta, diarrea, y deshidratación.⁶⁸

Conjuntamente con este indicador, y vinculado con la hospitalización se encuentra la reducción de los tiempos de hospitalización de esta población. En la década de los 80-90 todavía eran frecuentes las hospitalizaciones de varias semanas. Estudios actuales realizados en países de América del Sur indican que los promedios de hospitalización para los niños es de 3-4 días, con el valor agregado que significa la pronta reinserción del niño y la niña a su ambiente familiar.⁶⁹

Sucedo lo mismo en los países desarrollados donde tanto el número de camas por menor de 15 años como la estadía media han descendido en los últimos años. La estancia media se ubica en 4,5 días. Esta situación se entiende como resultado de mayor eficiencia de los sistemas y una tendencia a mejorar los procesos diagnósticos y terapéuticos.⁷⁰

En el Hospital Clínico de Chile la estancia promedio de un niño hospitalizado ha descendido promedialmente a 2 días, considerando que son niños con patologías

médicas por lo general, ya que las resoluciones quirúrgicas tal vez requieren un lapso mayor de tiempo de evolución.⁷¹

Mediante la construcción y el fortalecimiento de los sistemas de Salud será posible asegurar mejores resultados sostenibles a largo plazo, mediante una clara comprensión de prioridades, capacidades y ventajas de lo que un sistema representa.

Si bien esto es cierto, no basta con pretender mejorar los resultados de una realidad solo por la aplicación de un sistema de pago por cumplimiento de indicadores que no evalúa la calidad del Programa de atención a la Salud en una población, sino que para ello es indispensable contar con información valiosa que pueda dar cuenta real del impacto que generan los cambios propuestos a partir de la implementación del SNIS.

Enmarcado también en la reforma del sector salud surge la estructura de la Cuota de Salud, que tiene la virtud de transparentar los costos de atención de diferentes grupos de población, diferenciados por su edad y sexo.

Un prestador de salud recibía por un recién nacido entre 2400-2833 pesos mensuales, que es casi el triple de lo que recibiría por un adulto varón de 47 años (\$930). Según datos de FONASA 2015 la estructura de capitales Per cápita absolutas para los menores de 1 año era de \$ 5075,71 para niños y de \$ 4335,89 para las niñas; y por cumplimiento de meta 1, el monto pagado es de \$73,61 por cápita FONASA, más del doble del valor de meta 2, y casi cinco veces más que la meta 3 y 4.⁷²

Esto marca fuertes incentivos a los prestadores para tener una política muy activa de promoción y prevención en salud en estos grupos de población.

La determinación de metas debe basarse en criterios relacionados al nivel de aspiración y de factibilidad que desee lograr.

Las metas asistenciales han sido la principal herramienta utilizada hasta el momento para impulsar tanto cambios en el modelo de atención como a nivel de la gestión institucional.

Del punto de vista cualitativo el pago por metas constituye un cambio muy relevante, en tanto por primera vez se introduce una forma de financiamiento distinto al de capitas, que además, supone nuevos y diferentes incentivos hasta ahora ausentes en el sistema, tanto se lo mire desde el punto de vista del regulador como de las empresas.

En tanto casi ocho años después del inicio de su aplicación, persisten dudas respecto al objetivo que la autoridad sanitaria persigue o perseguía al inicio del proceso con la introducción de un pago por desempeño, y se hace perentorio desbrozar el camino transitado para, retrospectivamente, delimitar e identificar los mismos y de esa manera evaluar si los dispositivos instrumentados operativamente son funcionales a ellos.

Es posible que el simple estímulo financiero a los proveedores no sea la solución para lograr una mejora sustantiva en el acceso y en la calidad de la atención en poblaciones vulnerables. Cuestiones asociadas a la calidad y no simplemente a la cantidad de cuidados parecerían ser elementos que debieran considerarse para entender lo ocurrido con las metas prestacionales.⁷³

Como es sabido, la meta 1 comporta la realización de una serie de procesos orientados la mayoría de ellos a la realización de controles de embarazadas, puérperas y niños menores de dos años, con especial énfasis en los recién nacidos y menores de 1 año.

Todas las metas han sufrido continuos cambios desde su diseño original al presente.

Esto aplica incluso a la meta 1, que es la más estable, a la que se le han agregado y quitado componentes a lo largo de los años de su aplicación.

Durante el año 2014 y 2015, fecha que se tomó como primer año de vida de esta población para realizar el estudio, la meta 1 contenía los siguientes indicadores: captación del RN (los que efectivamente concurrieron a consulta antes de los 10 días de vida, no en consultorio), una visita domiciliaria para niños de riesgo (de acuerdo a criterios preestablecidos), control del niño en el primer año de vida (con dos subindicadores, control según pauta: 10 controles, vacunas, valoración por pediatra de la salud bucal, determinación de hemoglobina entre los 8 y 12 meses, control de desarrollo a los 4 meses, y eco de cadera realizada entre los 2 y 4 meses de vida).

En términos económicos actualmente la meta 1 y sus indicadores para el/la niño/a de 1 año tiene un valor de \$38,103 por afiliado FONASA para los efectores.

La amplitud del concepto de “cambio de modelo” y la ausencia de una definición operativa del mismo que permita encuadrar las acciones concretas para generar dicho cambio, posibilita la errática evolución que ha caracterizado el sistema de pago por metas.⁷⁴

Del análisis de la composición de las metas, se puede inferir que prácticamente todos ellos refieren a cuestiones de proceso sin que existan elementos de estructura o de resultados. Este último aspecto se relaciona con lo que se debería analizar con relación a cómo contribuye el pago por metas al logro de los objetivos sanitarios del país.

Por otra parte, es posible advertir que las metas están conformadas de manera tal que se limitan a cuestiones vinculadas con la calidad organizacional y no necesariamente a cuestiones de calidad técnica.

Se ha planteado que el sistema de pago por metas asistenciales es un instrumento para el logro de objetivos sanitarios. Sin embargo, de lo anterior fácilmente se concluye que esto no es así en tanto para ninguno de los componentes de las metas vigentes, se

asocian indicadores de resultados de salud, ni en los instructivos se hace mención a lo que se pretende mejorar en términos de salud con la introducción de las pautas de atención que se incluyen en cada una de las metas.

Sin embargo, no basta con inferir estos objetivos a partir de los componentes incorporados en las metas, sino que parece lógico que los mismos estén explícitamente expresados y que sean el resultado de un proceso de planificación sanitaria que permita identificar los principales problemas en función de su magnitud e importancia y en razón de la disponibilidad de intervenciones demostradamente efectivas.

Un proceso de este tipo implica una determinada metodología y la participación de las instituciones encargadas de la cobertura y la atención de los individuos. Las prioridades sanitarias no deben ser sólo el resultado de la valoración unívoca del regulador de la situación de salud del país.⁷⁵

El esfuerzo institucional de las empresas y del propio regulador en la aplicación, desarrollo y control de este mecanismo de pago parece desmesurado si se tiene en cuenta lo que éste representa en la estructura de ingresos de las empresas, que no excede el 10%. Y más aún si se considera que no existen objetivos sanitarios u organizacionales explícitos asociados a su cumplimiento, ni metas definidas en términos de impacto esperado en el desempeño sectorial y en la salud de la población.

No obstante todo lo señalado, el pago por cumplimiento de metas es una herramienta innovadora que es bienvenida en tanto es potente para incentivar buenas prácticas con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y contribuir al control de los problemas de salud prioritarios.

Es importante aclarar que poner el énfasis en la evaluación de los procesos y de la estructura no es en sí mismo un problema y de hecho son aspectos que hacen a la

calidad de la atención. La dificultad surge cuando esos aspectos son los únicos parámetros que se miden y más aún si estas actividades mantienen poca relación con el fin principal de las instituciones objeto de evaluación.⁷⁶

El problema del pago por metas está en su diseño, que se centra en la medición de actividades (consultas, estudios, controles, es decir en productos intermedios) más que en resultados y como lo señala el propio Ministerio “no es sencillo establecer cuánto influye la intervención de los servicios provistos”.⁷⁷

La presente propuesta apunta a incorporar un modelo de evaluación de calidad del Programa de Atención a la Salud de la Niñez hasta el primer año de vida, agregados a los ya propuestos por la meta, como instrumentos que permitan medir el estado de salud de la población de niños y niñas de 1 año. Estos podrían utilizarse para realizar el diagnóstico de salud, evaluar los resultados del programa, servir como índices para comparar, y redefinir políticas de salud

CAPITULO III

3.1. METODOLOGÍA

Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, realizado en un efector del subsector privado del SNIS del interior del país.

Se diseñó un instrumento en base a una serie de indicadores contemplados en los requerimientos de la meta 1 e integrando aspectos complementarios que surgen de la literatura científica.

A partir de ello se organiza una auditoría de historias clínicas en la cual la muestra probabilística estuvo representada por 284 HC de niños/as nacidos/as que cumplieron un año durante el año 2015. La técnica de auditoría de historias clínicas fue utilizada para el estudio.

Las variables de estudio fueron:

Evaluación de calidad del Programa de Atención a la Salud de la Niñez, medida a través de la Efectividad. La efectividad se entiende como el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos. Expresa la medida del impacto que el Programa determinó sobre la salud de los/as niños/as, medida durante el primer año de vida.

El modelo de indicadores de evaluación integral propuesto incluye los indicadores de la meta 1 respecto a la niñez, y los diseñados por el investigador.

Respecto a los segundos, se incluye la variable *perfil de la diada madre-hijo* entendida como el conjunto de características demográficas (madre e hijo/a) y educativas de la madre. La *edad materna* constituyó una de las dimensiones, la cual se midió en años, mientras que *el nivel de instrucción* de acuerdo a los años aprobados fue clasificado en primaria, secundaria y terciaria completo o incompleta.

Para la construcción del perfil del/a niño/a al momento del nacimiento, entendido como las características demográficas y del momento del parto del/a niño/a se establecieron las siguientes dimensiones: **sexo** (conjunto de características anatómo-fisiológicas) cuyos indicadores son masculino y femenino; la dimensión **edad gestacional** al nacer de acuerdo al concepto de tiempo transcurrido desde la concepción del feto hasta el parto, medido en semanas. La otra dimensión que integró esta variable fueron las **medidas antropométricas al nacer**, entendido como el método práctico, no invasivo, por el cual se estima la composición corporal y se mide el crecimiento. En este caso los indicadores seleccionados fueron la talla, el peso, y el percentil. El **tipo de parto** constituyó la última dimensión de esta variable, definido como la forma en que se finaliza el trabajo de parto en el período expulsivo. Los indicadores empleados fueron: cesárea, parto vaginal, parto vaginal con fórceps.

Para evaluar la efectividad de las acciones sobre la salud de los/as niños/as se seleccionaron como dimensión:

los problemas de salud asociados al parto, entendido como la condición del/a niño/a al momento de nacer y medidas por patologías congénitas y agravo encefálico asociado al parto.

la **valoración de desarrollo al momento de nacer**, medida a través del apgar al minuto y a los cinco minutos del nacimiento.

Con respecto a la dimensión del **estado de salud del/a niño/a** definido como los instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones, dando así una idea del estado de situación de una condición. Se clasificaron en positivos: el desarrollo definido como el conjunto de las características motoras, de coordinación, lingüísticas y sociales del/a niño/a; se tomaron cada una de

las áreas a estudiar indicando si es adecuado o inadecuado en relación a la edad del/a niño/a.

Para el caso de crecimiento, los indicadores que se emplearon fueron percentil peso-edad, talla-edad en cuatro momentos (al nacer, 4, 8 y 12 meses).

Para los negativos se definieron las dimensiones **morbilidad**, utilizando indicadores de extensión de uso a través de la cantidad de niños/as que consultaron por problemas de salud durante el primer año de vida.

El indicador de motivos de consulta por problemas de salud, de acuerdo a diagnósticos médicos; el de número de niños/as ingresados/as a servicios de internación domiciliaria, de segundo o tercer nivel de atención; número de reingresos y sus motivos según diagnósticos.

La dimensión mortalidad medida a través de las tasas de muerte neonatal y postneonatal; y las causas de la mortalidad neonatal o postneonatal.

Meta Prestacional 1: Las Metas Asistenciales son herramientas que dispone la JUNASA para orientar la conducta de las Instituciones de Salud hacia los objetivos planteados por el SNIS y las políticas diseñadas por el MSP. A través de la Meta 1 se pretende fortalecer el Programa Nacional de Atención a la Niñez con énfasis en la vigilancia y control adecuado del crecimiento, el desarrollo, el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, la detección precoz de defectos congénitos y la promoción de hábitos de vida saludables.

Los indicadores incluidos para este periodo era: captación del R.N, entendido como la concurrencia a control antes de los 10 días de nacido; visita domiciliaria para niño de riesgo antes de los 7 días de alta; controles según pauta en el primer año de vida, lo que incluye: 10 controles (2 controles en el primer mes de vida, 1 control por mes hasta los 6 meses de vida y 1 control bimensual en el segundo semestre de vida); ecografía de

cadera entre los 2 y 4 años; valoración de la salud bucal realizada por el pediatra; CEV vigente; determinación de hemoglobina entre el 8° y el 12° mes de vida; control del desarrollo en 4° mes de vida.

La población de estudio quedo constituida por niños y niñas de un año afiliados/as a este efector que cumplieron 1 año de vida durante el año 2015.

Los Criterios de inclusión establecidos fueron:

Ambos sexos

Ingresados al Programa durante el año 2014

Que cumplieran un año de edad a diciembre de 2015.

Que permanecieron afiliados en este efector desde su nacimiento hasta cumplir un año.

La muestra utilizada fue probabilística. Se calculó el tamaño muestral de todos los niños y niñas que cumplieron un año durante el año 2015 en este efector, utilizando el software infostat/L versión libre (con licencia de estudiante): www.infostat.com.ar. Se aplicó una z (la desviación en relación a la curva de distribución normal) con valor de 1,96, es decir con un intervalo de confianza del 95%.

Previamente se extrajo del sistema informático de la institución (posterior a todos los avales) el listado de los/as niños/as que cumplieron con los criterios de inclusión y sobre ello se aplicó este software, exportando estos datos y solicitando el cálculo del tamaño muestral a este programa, con las consideraciones antes descriptas (comando Estadísticas: cálculo de tamaño muestral).

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio, en donde cada niño/a tuvo la probabilidad de ser incluido en la muestra. Se utilizó una tabla de números aleatorios,

estableciendo primero el número de columnas que serían necesarias según el tamaño de la población, así como con las columnas y filas que se inició el muestreo. Se determinó el número de las unidades que constituyeron la muestra. Se enumeraron los casos de un listado que se estableció ordenando en forma creciente los/las niños/as según fecha de nacimiento.

La Unidad de análisis fueron los/as niños/as que cumplieron 1 año de vida durante el año 2015.⁷⁸

Para la recolección de datos se elaboró una planilla electrónica como instrumento para recolección de datos en el programa estadístico SPSS, conteniendo características demográficas, educativas de la madre y demográficas y del momento del parto, del/la niño/a. La misma incluía los indicadores propuestos en la meta 1 para niños, y los implementados por el investigador para evaluar la calidad del Programa, tratándose de indicadores positivos y negativos de salud. La planilla presentaba variables dicotómicas y de múltiple opción.

Los datos se recabaron a través de una fuente secundaria, la HCE, dispuesta por el servicio de archivo médico institucional, a través de una auditoria de las mismas. La HCE incluyó: la hoja SIP (Sistema Informático Perinatal), cada evento que el niño había tenido desde su nacimiento al momento actual, los cuales son: controles en policlínica, consultas en emergencia, ingresos y evolución en servicios domiciliarios, de segundo y tercer nivel. El jefe del archivo médico de la institución autorizó el acceso a una PC conectada al sistema institucional de donde se accedió a las HCE de los/as niños/as ingresados al programa, luego del aval otorgado por el Director Técnico Médico de la institución.

Previamente a su aplicación se realizó una prueba piloto con 20 HCE para probar si todas las variables seleccionadas para el estudio podían ser investigadas a través de los registros de la HCE.

Los avales de los que se hacía mención se solicitaron mediante nota del tutor, al efector de salud en el que se realizó el presente estudio, previa aceptación del protocolo por la Comisión Académica del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería.

Para cumplir con el requisito de confidencialidad de los datos los/las niños/as fueron identificados mediante su número de HC.

Para el procesamiento y plan de análisis de datos se ingresaron los datos a una base de datos y se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 20.

Se realizó un análisis univariado y bivariado. Se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales. Las primeras se realizaron para cada una de las variables.

En primera instancia la distribución de frecuencias de las variables, luego en el caso de las variables cuantitativas continuas se calcularon las medidas de tendencia central: la media, mediana, moda y máximos y mínimos. Luego se trabajó con la variabilidad a través del cálculo de desviación estándar, para indicar la dispersión de los datos. Las técnicas inferenciales que se utilizaron fueron el Chi² para variables categorizadas, análisis de varianza y t de Student, para variables medidas en nivel de razón e intervalo.

Se presentaron los datos en tablas con frecuencias absolutas y relativas y diagrama de sectores, para variables dicotómicas y hasta con tres indicadores; gráficas de barras para variables con más de tres indicadores, histogramas para variables continuas y gráficos de dispersión. Para el análisis bivariado se presentaron los resultados en tablas con frecuencias, tablas de t de Student, varianzas y Chi².

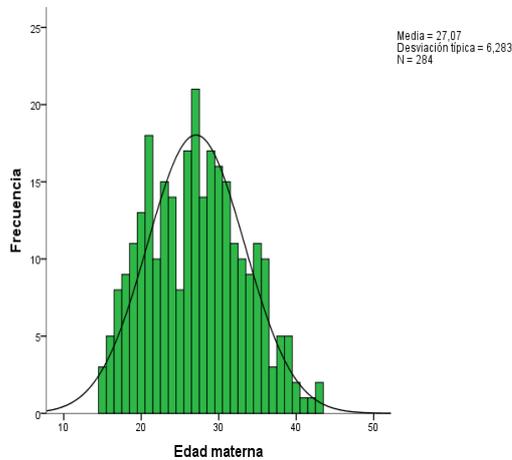
CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

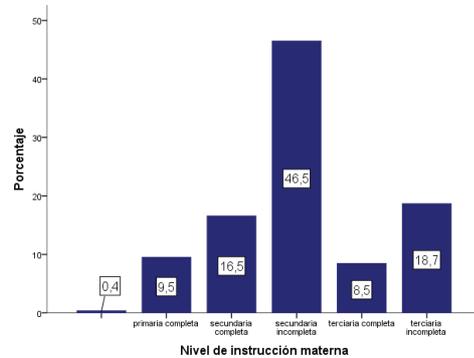
Muestra: 284 niños/as, de una población total de 1049 niños/as nacidos/as en 2014.

1) Perfil de la diada madre-hijo/a

Gráfica N° 1. Edad materna



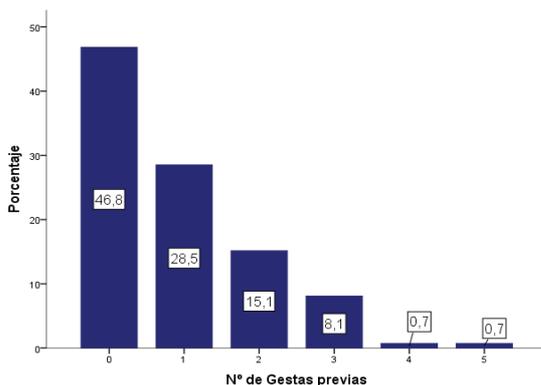
Gráfica N° 2. Nivel de instrucción materna



La edad materna estuvo situada entre los 15 y 43 años, con una media de 27 y una desviación de 6,3 años. Al recodificar la edad por tramos, podemos decir que el 12,7% pertenecía a la etapa de adolescencia, el 73% al grupo de 20 a 34 años, (adultas jóvenes) y el 14% a las madres de 35 y más años (adultas medias).

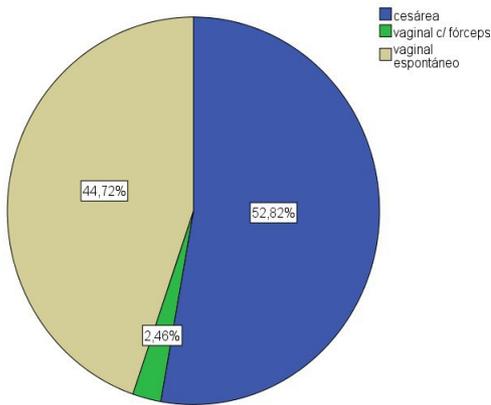
El mayor nivel de instrucción alcanzado por las madres en un 46,5% fue el de secundaria incompleta, el 18,7% terciaria incompleta, el 16,5% secundaria completa, el 9,5% primaria completa, el 8,5% terciaria incompleta y el 0,4 restante primaria incompleta.

Gráfica N° 3. Número de gestas previas



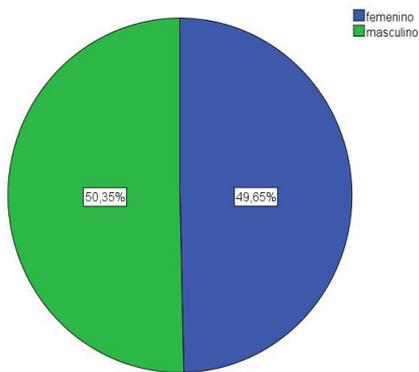
Para el 46,8% de las madres este era su primer embarazo, para el 28,5% su segunda gesta, para el 15,1% su tercera gesta, para el 8,1% su cuarta gesta, para el 0,7% la quinta y en el mismo porcentaje la sexta.

Gráfica N° 4. Tipo de parto



El 52,8% de los nacimientos se produjeron por cesárea, el 44,7% por parto vaginal y el 2,5% por parto vaginal con fórceps.

Gráfica N° 5. Sexo del RN



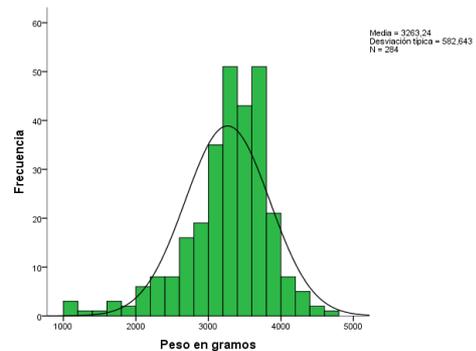
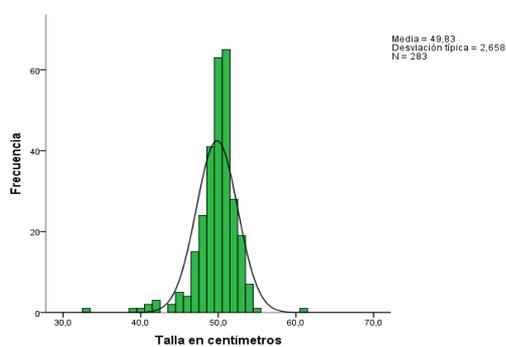
El 50,4% de los RN fueron del sexo masculino, y el 49,6% del sexo femenino.

Tabla N° 1. Edad gestacional al nacer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	28	3	1,1	1,1
	29	1	,4	1,4
	30	1	,4	1,8
	33	2	,7	2,5
	34	1	,4	2,8
	35	10	3,5	6,3
	36	8	2,8	9,2
	37	20	7,0	16,2
	38	64	22,5	38,7
	39	101	35,6	74,3
	40	66	23,2	97,5
	41	7	2,5	100,0
Total	284	100,0	100,0	

En porcentajes acumulados, el 6,7% de los RN tenían menos de 36 semanas de gestación, 2,5% presentaban 41 semanas de gestación, el restante porcentaje 90,8% se ubicaba entre las semanas 36 y 40 de gestación. La media se ubicó en las 38 semanas de gestación, con una desviación de 2.

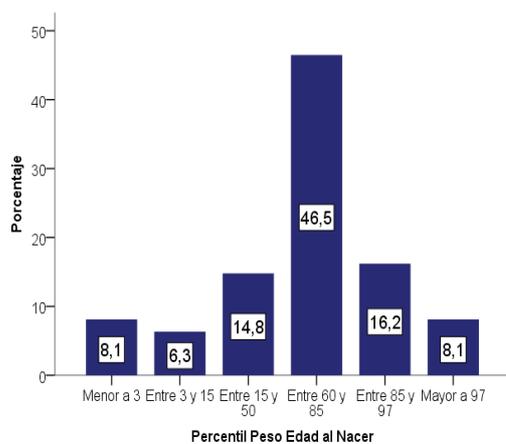
Gráfica N° 6. Peso del RN al nacer



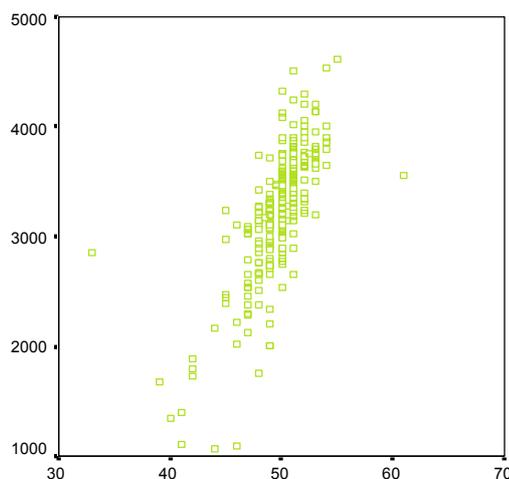
El menor peso al nacer del RN fue de 1060 grs, el peso máximo de 4620 grs. La media se ubicó en 3263 grs, con una desviación de 583 grs. Establecidos por grupos de peso, podemos decir que el 9,5% presentó un peso menor a los 2500 grs, el 84,9% se ubicó entre los pesos mayores a 2500 y menores a 4000 grs, mientras que el 5,6% tuvo pesos mayores a los 4000 grs.

La talla media de los RN fue de 49.8 cm, con una desviación típica del 2,7 cm. El valor mínimo fue de 33cm y el máximo de 61 cm.

Gráfica N° 8. Percentil peso-edad al nacer



Gráfica N° 9. R peso-talla del RN



La gráfica muestra que el mayor porcentaje (46,5%) de los niños/as se ubican entre el percentil 50 y el 85. El 16,2% entre el percentil 85 y 97. El 14,8% entre el 15 y el 50, el 8,1% en el percentil mayor al 97, el mismo porcentaje en el percentil menor al 3 y el 6,3% entre el percentil 3 y el 15.

Talla del RN al nacer

Como lo indica la gráfica hay una relación directa entre la talla y el peso del RN. A medida que aumenta el peso aumenta proporcionalmente la talla.

Tabla N° 2. Apgar al minuto

	FA	FR	%válido	% acumulado
2	2	,7	,7	,7
5	2	,7	,7	1,4
6	4	1,4	1,4	2,8
7	13	4,6	4,6	7,4
8	39	13,7	13,7	21,1
9	224	78,9	78,9	100,0
Tot	284	100,0	100,0	

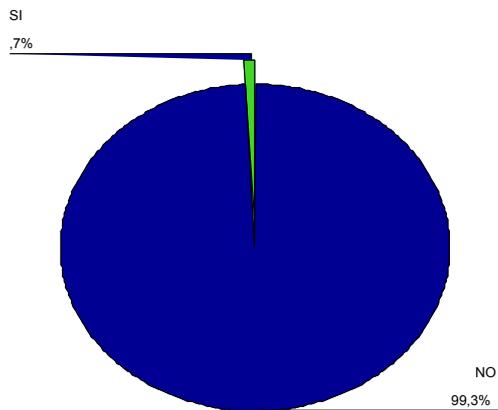
Tabla N° 3. Apgar a los 5 minutos

	FA	FR	%válido	% acumulado
6	2	,7	,7	,7
8	13	4,6	4,6	5,3
9	49	17,3	17,3	22,5
10	220	77,5	77,5	100,0
Tot	284	100,0	100,0	

El 0,7% a los 5 minutos obtuvo un apgar de 6, el 4,6% de 8, el 17,3% de 9 y el 77,5% de 10. La media fue de 9,71, y la desviación de 0,62.

Al minuto de nacido el 0,7% obtuvo un apgar de el mismo porcentaje de 5, el 1,4% de 6, el 4,6% de 7, el 13,7% de 8 y el restante porcentaje de 9.

Gráfica N° 10. Patologías congénitas

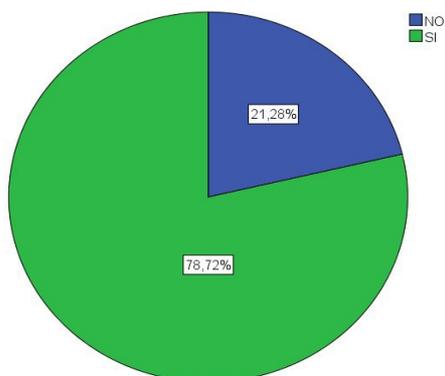


El 99,3% no presentó patologías congénitas, mientras que el 0,7% sí.

2) Evaluación del Programa: Efectividad en el primer año de vida

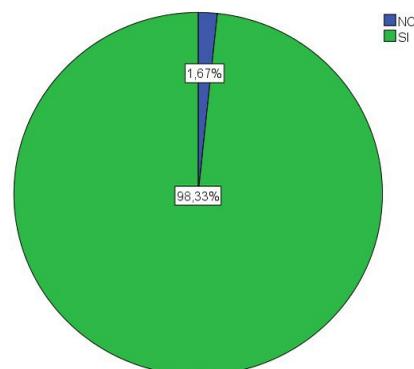
a) Indicadores de la meta prestacional

Gráfica N° 11. Controles según pauta



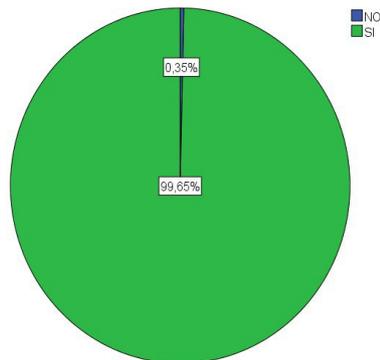
En el 21,28% los controles no fueron efectuados según pauta, mientras que en el 78,72% sí.

Gráfica N° 12. Aplicación de protocolo



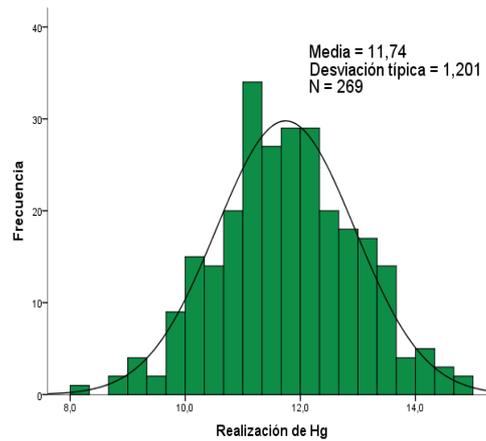
En el 98,33% de los casos en los que era necesario aplicar el protocolo, se aplicó, mientras que en el 1,67% no.

Gráfica N° 13. Eco de cadera



En el 99,85% de los niños se realizó la ecografía de cadera, en el 0,35% no.

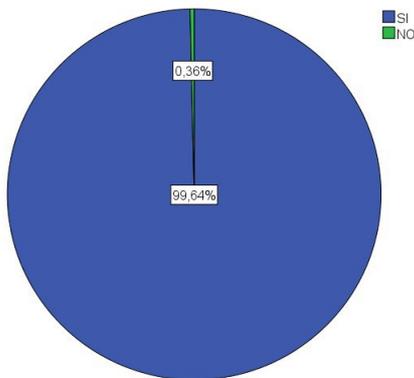
Gráfica N° 14. Realización de Hb



El valor promedio de Hb para estos niños dentro de los 8-12 meses fue de 11,7, con un mínimo de 8,2 y un máximo de 14,9.

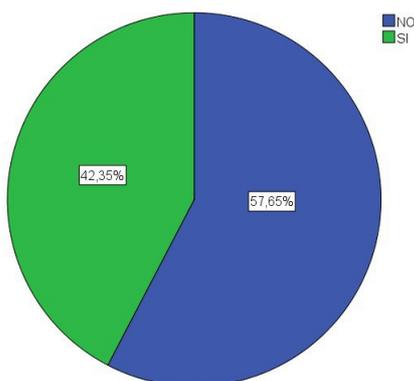
En el 100% de los/as niños/as que consultaron, el pediatra realizó y registro el resultado del examen bucofaríngeo realizado en consulta.

Gráfica N° 15. CEV vigente hasta el 1° año de vida



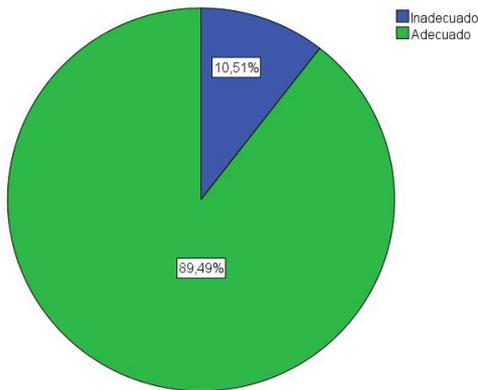
En el 99,64% el CEV durante el primer año de vida estaba vigente, mientras que en el 0,36% no.

Gráfica N° 16. Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta los 6 meses.



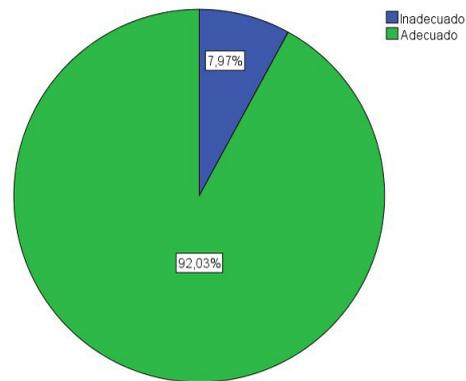
A pesar de que este indicador, al comienzo de la meta estaba presente, durante este año ya no lo estuvo. En estos niños, el 57,65% no recibieron LME hasta los 6 meses de vida, mientras que en el 42,35% sí.

Gráfica N° 17. Desarrollo motor 4 meses



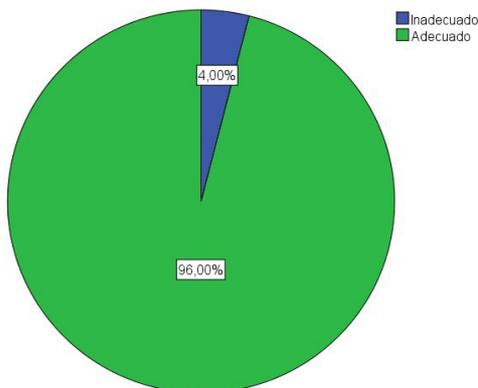
En esta población valorada a los 4 meses de acuerdo a lo estipulado por meta prestacional, el 10,5% presentó un desarrollo inadecuado, mientras que el 89,5% era adecuado.

Gráfica N° 18. Desarrollo coordinación



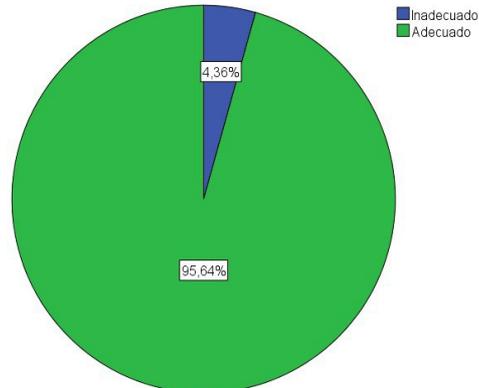
Con respecto a esta área del desarrollo, en el 92% fue adecuada, mientras que en el 8% inadecuada.

Gráfica N° 19. Desarrollo Área Social



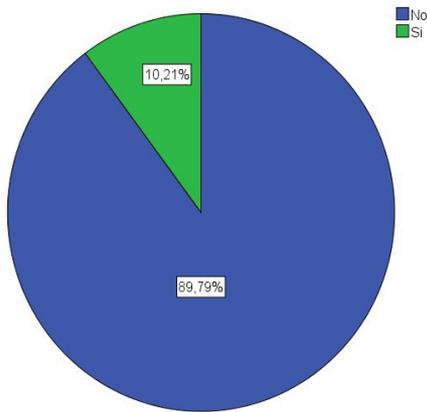
En relación al área social, el 96% fue valorado como adecuado, y en el 4% restante *rel investigac* como inadecuado.

Gráfica N° 20. Desarrollo lenguaje



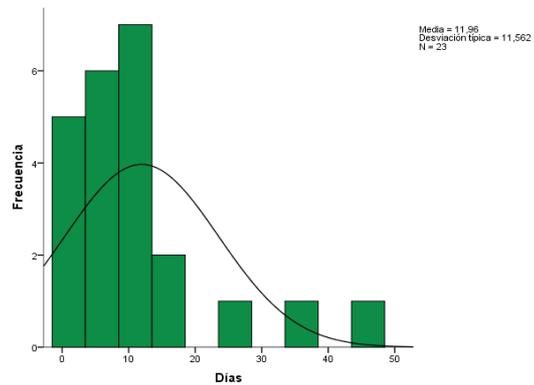
En el caso de la valoración de desarrollo desde el área del lenguaje, también en el 96% fue adecuada y en el 4% de los niños y las niñas fue inadecuada.

Gráfica N° 21. Ingreso al CIT al nacer



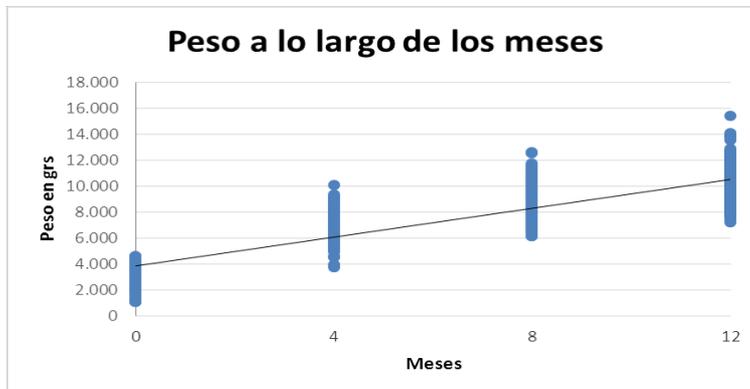
El 10,21% de los niños debieron ingresar al CIT al nacer.

Gráfica N° 22. Días de internación CTI



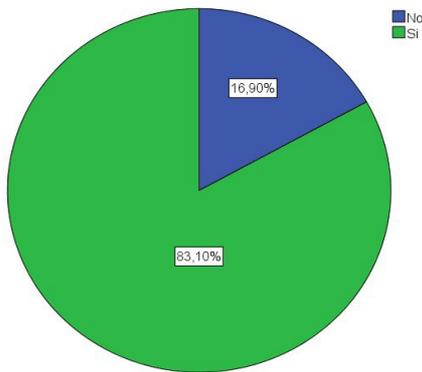
El total de días en CTI de los niños ingresados al nacer fue de 275, con un mínimo de 1 día y un máximo de 48 días. La media fue de 12 días, mientras que la desviación fue de 11,6 días.

Gráfica N° 23. Peso a lo largo del primer año de vida



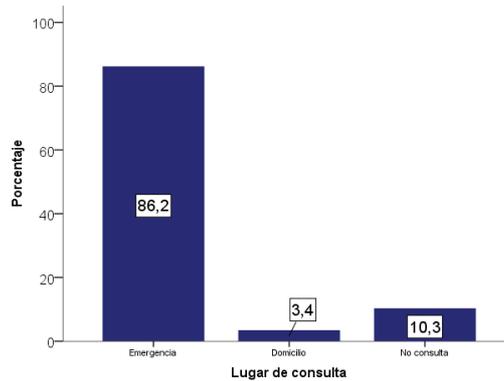
Como muestra la gráfica se trata de una población con pesos normales a lo largo de su primer año de vida. La línea marca los valores medios para cada momento (medido en meses).

Gráfica N° 24. Consulta por enfermedad



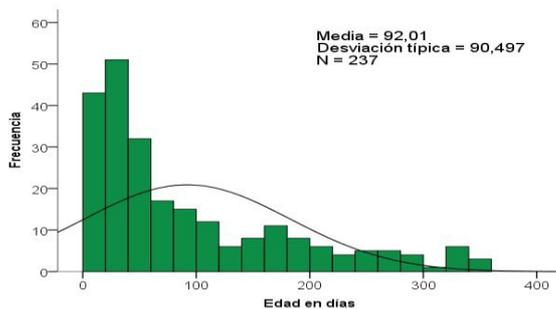
El 83,1% de los niños y niñas consultaron antes de cumplir su primer año de vida por algún problema de salud, mientras que para el 16,9% no fue necesario.

Gráfica N° 25. Lugar de consulta



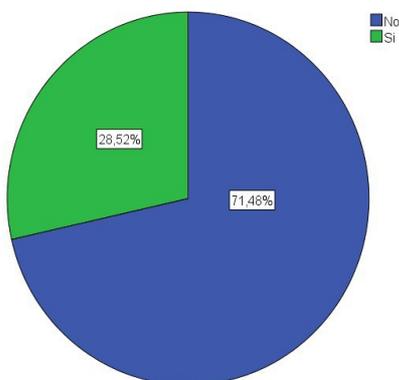
El 97% de las consultas se realizaron en el servicio de emergencia, el 2,6% en domicilio, mientras que el 0,4% en Policlínica.

Gráfica N° 26. Edad en días de la primera consulta por problema de salud.



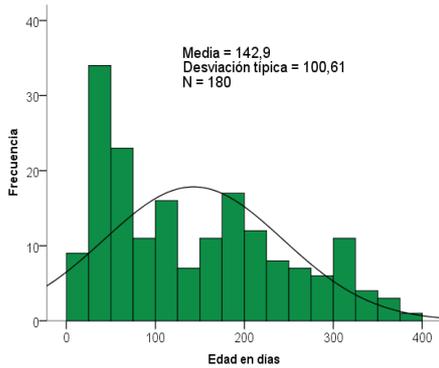
El mínimo de días de nacido de los niños/a al momento de su primera consulta por problemas de salud, fue de 4 días y el máximo de 358. La media de edad al momento de la primera consulta fue de 92 días, es decir a los tres meses de vida; la moda de 21 días y la mediana de 56 días.

Gráfica N° 27. Reconsulta



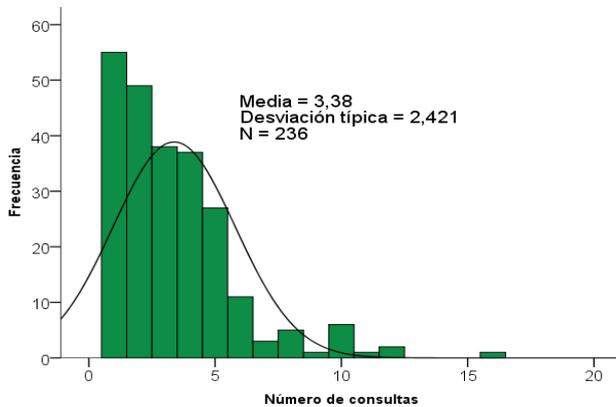
El 28,52% debió reconsultar, mientras que un 71,48% no, considerando la reconsulta como aquella que ocurre antes de 10 días de diferencia con la anterior.

Gráfica N° 28. Edad de la reconsulta en días



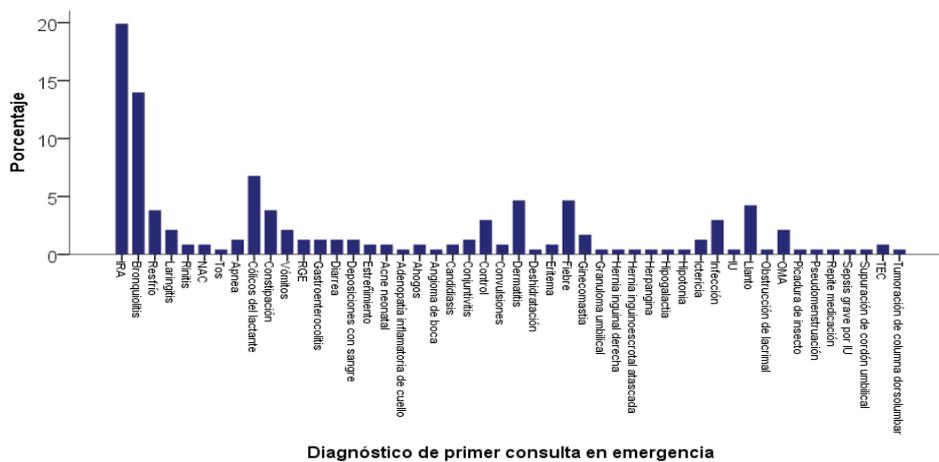
La media de edad de los niños/as que reconsultaron fue de 143 días (es decir de más de 4 meses), la desviación fue de 101 días. El mínimo de edad en días días al momento de la reconsulta fue de 10 días, y el máximo fue de 359 días.

Tabla N° 29. Números de consulta por enfermedad ese primer año de vida

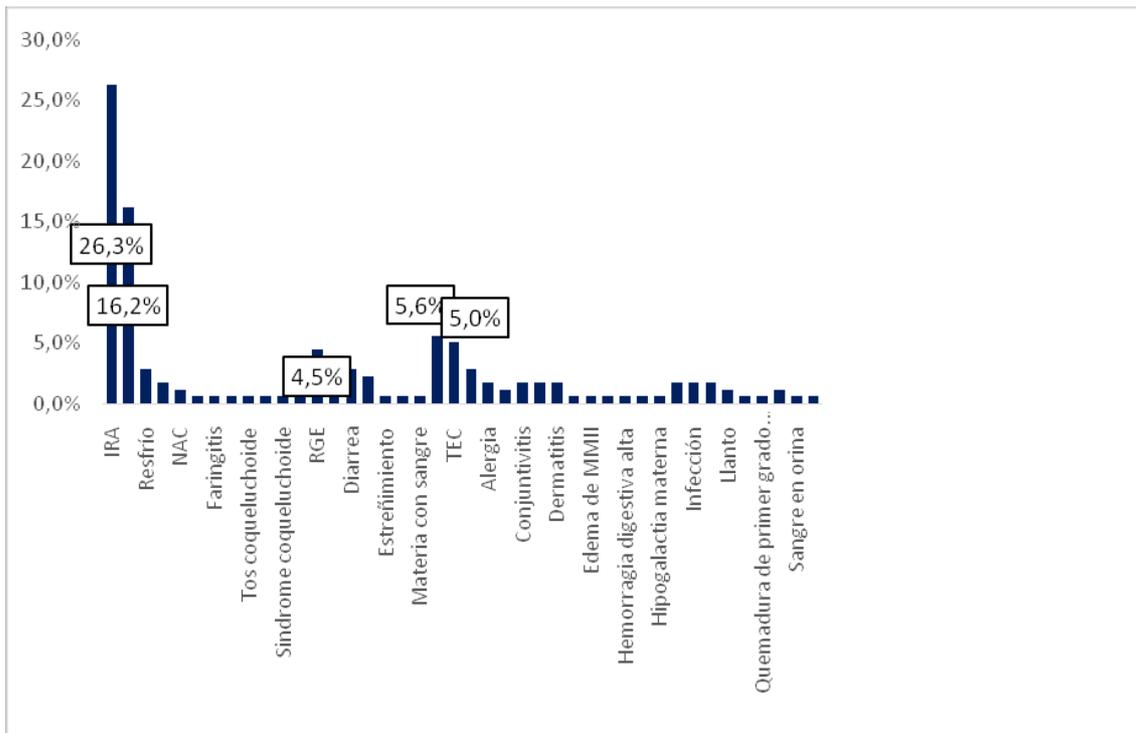


El 16,9% de los/as niños/as no consultaron ese primer año en la emergencia, mientras que un 19,4% lo hizo una vez, el 17,3% dos veces, el 13,4% tres veces, el 13% cuatro veces, el 10% cinco veces, el 4% 6 veces, el 1% siete veces, el 1,8% ocho veces, el 0,4% nueve, el 2% diez veces, el 0,4% once veces, el 0,7% doce veces y el 0,4% dieciséis veces. La media se ubicó en 3, con una desviación de 2,53.

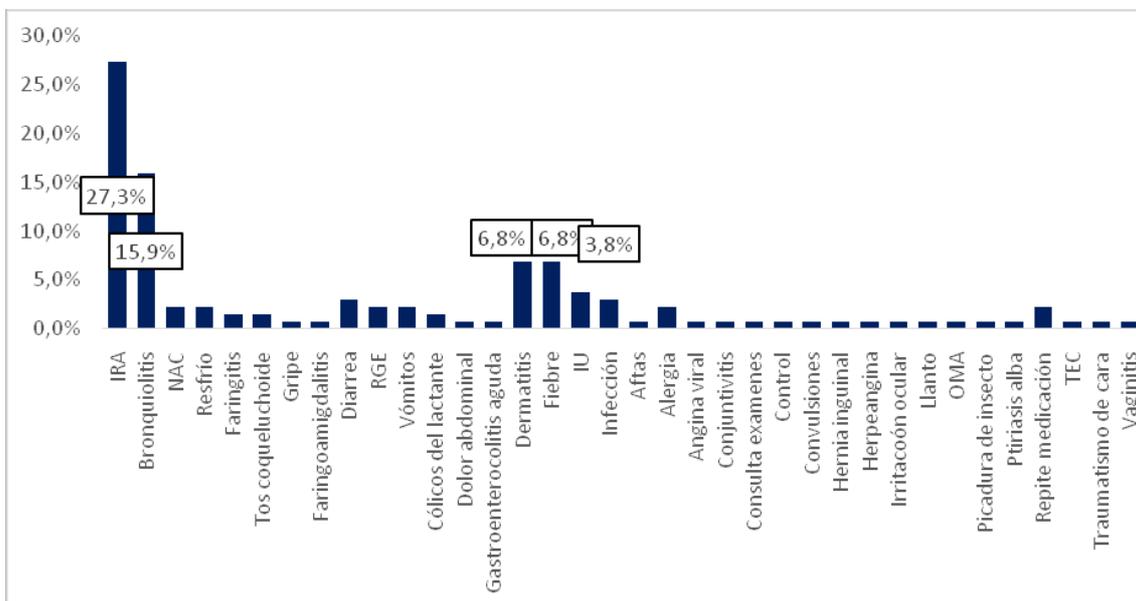
Gráfica N° 30. Diagnóstico en 1° consulta por problema de salud



Gráfica N° 31. Diagnóstico de 2ª consulta

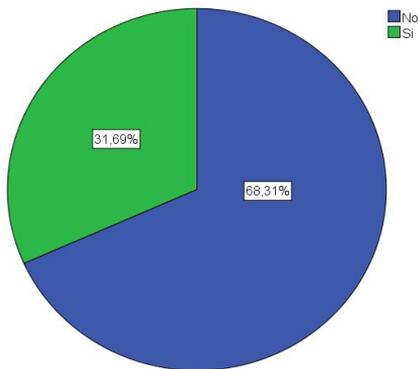


Gráfica N° 32. Diagnóstico de 3º consulta

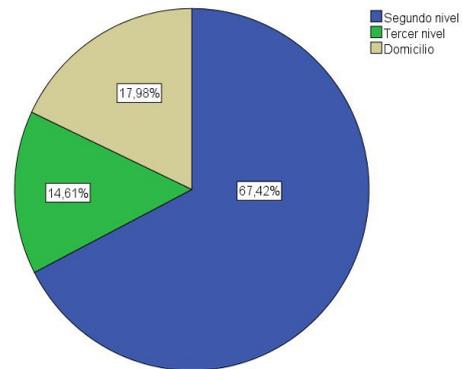


Los diagnósticos que predominaron en la primera, segunda y tercera consulta en emergencia, fueron los relacionados a las afecciones respiratorias: IRA, bronquiolitis, seguidos por los diagnósticos relacionados a las patologías digestivas.

Gráfica N° 33. Internación

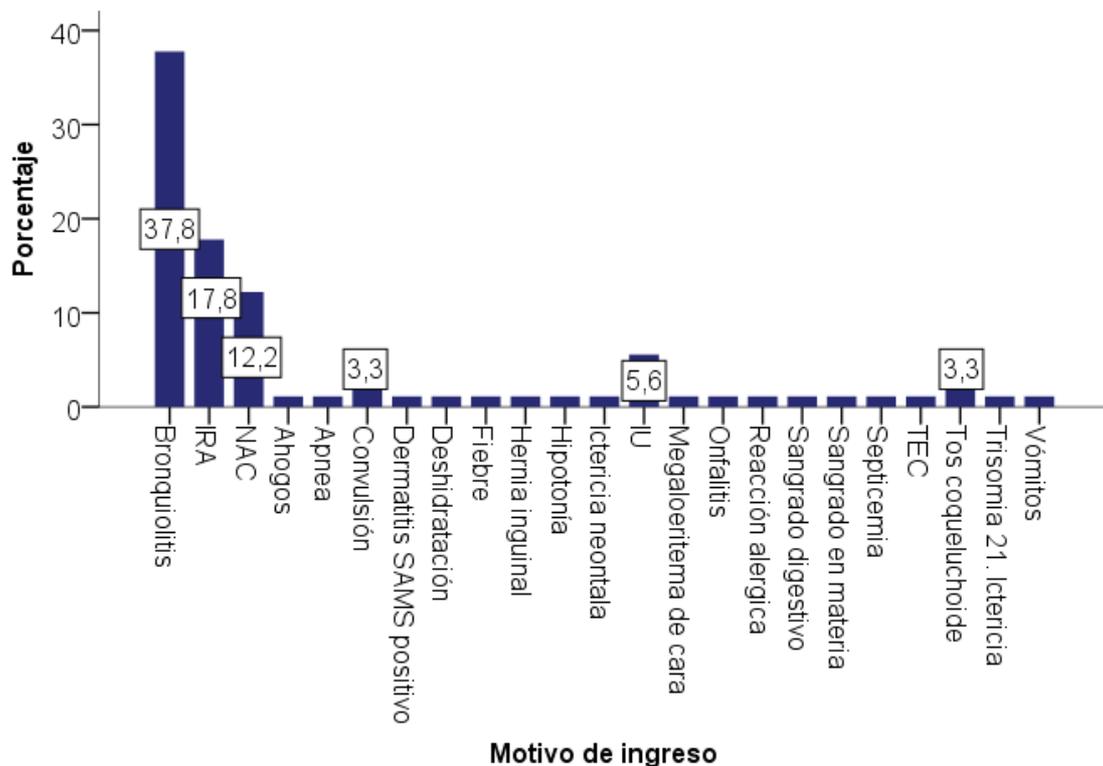


Gráfica N° 34. Lugar de internación



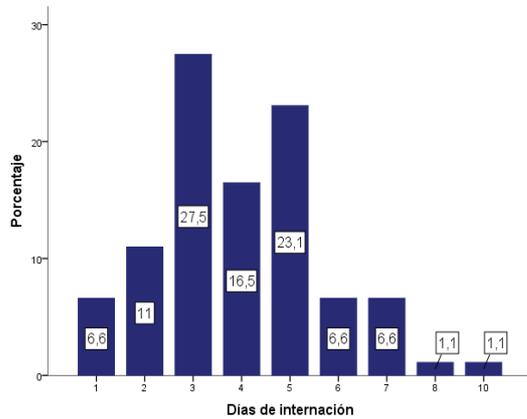
El 31,69% de los niños/as que consultaron por problemas de salud, requirieron internación. De los que requirieron internación, el 67,42% fue ingresado en un segundo nivel de atención, el 17,96% en su domicilio con internación domiciliaria, mientras que el 14,6% en un tercer nivel.

Gráfica N° 35. Motivo de ingreso a primera internación

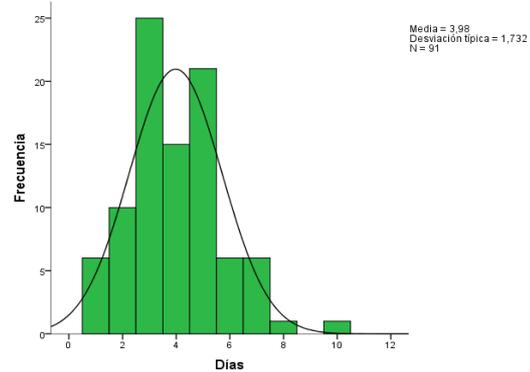


El mayor porcentaje de los ingresos a internación fueron generados por los trastornos respiratorios, coincidiendo con la mayor cantidad de consultas generadas por estos mismos motivos, bronquiolitis, IRA, NAC.

Gráfica N° 36 Días de internación

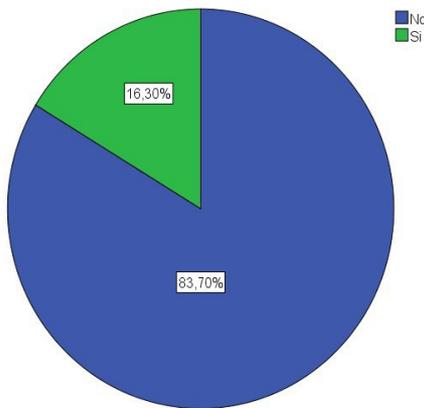


Gráfica N° 37. Histograma



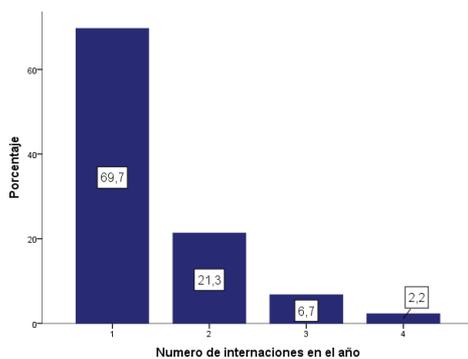
En total 91 niños/as generaron 362 días de internación en el año, exceptuando las internaciones que se dieron al nacimiento del niño/a y requirieron CTI. El 27,5% permaneció internado 3 días, el 23,1% cinco días, el 16,5% cuatro días, el 11% dos días, el 6,6% siete, el mismo porcentaje seis días, y un día, mientras que el 1,1% generó nueve días de internación y el mismo porcentaje 10 días. La media fue de 4 días, con una desviación de 1,732 días.

Gráfica N° 38. Reingreso a internación



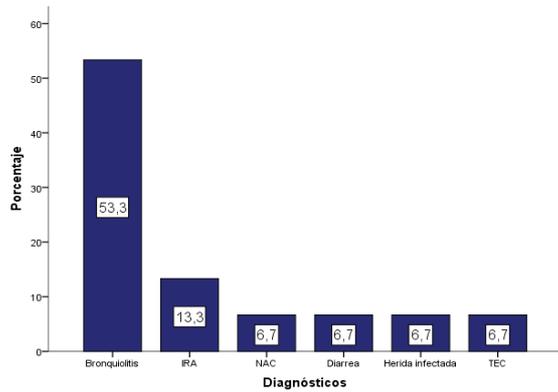
El 83,7% no debió reingresar a la internación, mientras que el 16,3% si debió hacerlo.

Gráfica N° 39. N° de internaciones en el año



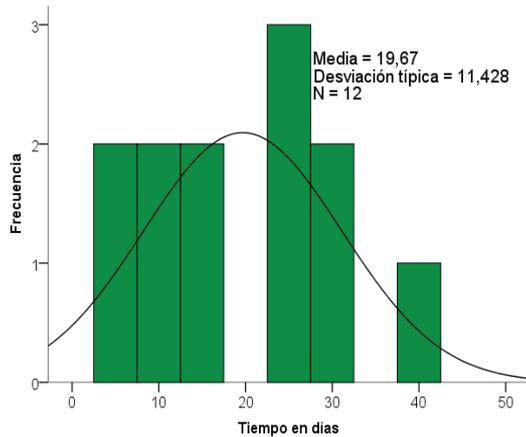
Los niños/as internados durante su primer año de vida, generaron 126 internaciones distribuidos de la siguiente manera: el 69,7% presento una sola internación, el 21,3% dos internaciones, el 6,7% tres internaciones y el 2,2% restante 4 internaciones. La media de internación fue casi de 1,5 internaciones en ese primer año de vida

Gráfica N° 40. Motivo de reingreso



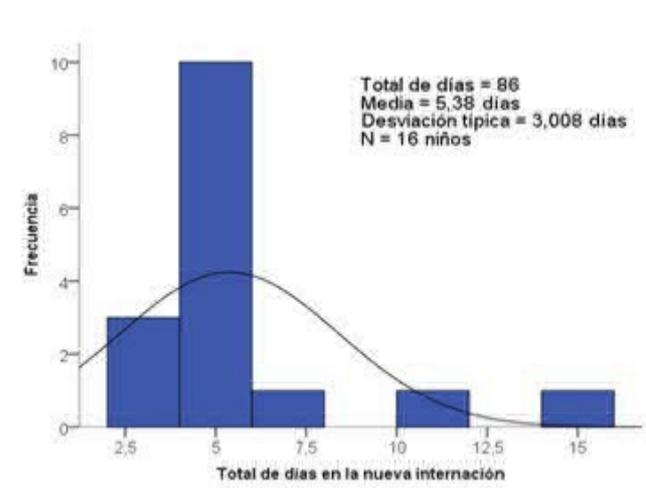
Los motivos de ingreso fueron en su mayoría las alteraciones respiratorias, seguidas de las digestivas.

Gráfica N° 41. Días de internación por reingreso



Fueron 12 los/as niños/as que debieron reingresar a la internación. La media de días de diferencia entre una internación y la otra se ubicó en los 20 días, con una desviación de 11,4 días. La moda fue de 26 días. El mínimo de diferencia encontrada fue de cinco días y el máximo de 41 días.

Gráfica N° 42. Total de días en la nueva internación



Las nuevas internaciones generaron 86 días más, sobre el total de 16 niños que debieron reingresar. En este caso la media de días de internación fue de 5,38 días, con una desviación de 3 días.

Con respecto a la **tasa de mortalidad** en esta población se ubicó en 3x1000, representado por un caso sobre el total de la muestra. El motivo de fallecimiento fue una septicemia. El niño consultó en el servicio de emergencia y debió ingresar a la unidad de cuidados intensivos donde falleció pocas horas después. Tenía al momento de fallecer 358 días.

Como antecedentes se trataba de un niño que nació con bajo peso, por cesárea, madre de 40 años y requirió internación en CTI al nacer, donde permaneció 5 días.

Análisis Bivariado

Tabla N° 4. Edad gestacional y tipo de parto recodificado (cesárea vs vaginal c/fórceps.

Estadísticos de grupo

Tipo de parto rec		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad gestacional RN	1,00	5	38,20	,837	,374
	2,00	22	36,05	4,391	,936

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
Edad gestacional RN	Se han asumido varianzas iguales	8,463	,008
	No se han asumido varianzas iguales		

En esta población la edad gestacional al nacer y el tipo de parto tienen una relación estadística significativa. Esto demuestra que, los niños con menos edad gestacional al momento de nacer fueron los que nacieron por cesáreas.

Tabla N° 5. Nivel de instrucción materna y tipo de parto

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,838 ^a	5	,011	,007
Razón de verosimilitudes	16,642	5	,005	,005
Estadístico exacto de Fisher	15,471			,005
N de casos válidos	277			

El resultado de F indica que la relación entre el nivel de instrucción materna y el tipo de parto recodificado tienen una relación estadística significativa. A mayor nivel de instrucción mayor probabilidad de tener una cesárea.

Tabla N° 6. Desarrollo área motora a los 4 meses y tipo de parto.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,482 ^a	1	,034	,047	,026
Corrección por continuidad ^b	3,686	1	,055		
Razón de verosimilitudes	4,666	1	,031	,047	,026
Estadístico exacto de Fisher				,047	,026
N de casos válidos	269				

Entre las variables desarrollo motor a los 4 meses y el tipo de parto existe en esta muestra una relación estadísticamente significativa. Podría decirse que los niños/as que nacieron por cesárea tienen mayor probabilidad de presentar un desarrollo inadecuado del área motora a los 4 meses.

Tabla N° 7. Ingreso al CTI al nacer y LME

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilate- ral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,938 ^a	1	,001	,001
Corrección por continuidad ^b	10,565	1	,001	
Razón de verosimilitudes	13,895	1	,000	,000
Estadístico exacto de Fisher				,000
Asociación lineal por lineal	11,896 ^c	1	,001	,001
N de casos válidos	281			

En este cuadro se muestra la relación estadísticamente significativa, con un F**, 000, donde lo que se observa es que los/las niños/as que debieron ingresar a CTI son los que luego tienen más probabilidades de no continuar con LME.

Tabla N° 8. Ingreso a CTI al nacer y Percentil peso-edad al año

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. exacta (unila- teral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,009	
Corrección por continuidad ^b		
Razón de verosimilitudes	,009	
Estadístico exacto de Fisher	,009	
Asociación lineal por lineal	,009	,007
N de casos válidos		

La tabla muestra que entre las variables ingreso al CTI al nacer y el percentil peso-edad al año de vida existe una relación significativa estadística (F**). Esto podría estar mostrando que los/las niños/as que requirieron internación al nacer en CTI son los que más dificultades tienen luego durante su primer año de vida para alcanzar percentiles normales.

Tabla N° 9. Bajo peso y número de controles en el primer año de vida

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,355 ^a	1	,037	,048
Corrección por continuidad ^b	3,255	1	,071	
Razón de verosimilitudes	3,792	1	,051	,087
Estadístico exacto de Fisher				,048
Asociación lineal por lineal	4,339 ^c	1	,037	,048
N de casos válidos	274			

El bajo peso en los/las niños/as tiene una relación estadística significativa con el número de controles en el primer año. Podría decirse que el número de controles en los/las niños/as principalmente de bajo peso, tienden a ser inadecuados, lo que además podría determinar la necesidad de trabajar con un seguimiento estricto de estos/as niños/as a través de visitas domiciliarias, como estrategia para mejorar el control del/a niño/a y su peso.

Tabla N° 10. Percentil peso-edad al año y consulta por enfermedad en el 1° año de vida

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,635 ^a	5	,040	,040
Razón de verosimilitudes	14,389	5	,013	,016
Estadístico exacto de Fisher	10,823			,043
Asociación lineal por lineal	3,043 ^b	1	,081	,094
N de casos válidos	276			

El percentil peso-edad al año mostró una relación estadística significativa con la necesidad de consultar por enfermedad, por lo que podría representar una variable que incida en esta condición.

Tabla N° 11. Peso al nacer y reconsulta en emergencia

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
Peso del RN al nacer	Se han asumido varianzas iguales	4,037	,045
	No se han asumido varianzas iguales		

También se encontró una relación significativa estadística entre la reconsulta y el peso al nacer, podría decirse que los niños que nacen con bajo peso luego tienen mayor probabilidades de generar las reconsultas por problemas de salud.

Tabla N° 12. Nivel de instrucción materna y reconsulta por enfermedad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,795 ^a	5	,025	,020
Razón de verosimilitudes	13,011	5	,023	,023
Estadístico exacto de Fisher	12,231			,024
N de casos válidos	284			

El valor de F muestra una relación estadística significativa entre el nivel de instrucción materna y la reconsulta por enfermedad de los/las niños/as. Podría decirse que a menor nivel de instrucción de la madre aumenta la probabilidad de tener que reconsultar por enfermedad el/la niño/a.

Tabla N° 13. Reconsulta e internación

Tabla de contingencia Reconsulta en emergencia * Internación

			Internación		Total
			No	Si	
Reconsulta en emergencia	No	Recuento	161	42	203
		% dentro de Reconsulta en emergencia	79,3%	20,7%	100,0%
		% del total	56,7%	14,8%	71,5%
	Si	Recuento	33	48	81
		% dentro de Reconsulta en emergencia	40,7%	59,3%	100,0%
		% del total	11,6%	16,9%	28,5%
Total	Recuento	194	90	284	
	% dentro de Reconsulta en emergencia	68,3%	31,7%	100,0%	
	% del total	68,3%	31,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,787 ^a	1	,000	,000
Corrección por continuidad ^b	38,026	1	,000	
Razón de verosimilitudes	38,242	1	,000	,000
Estadístico exacto de Fisher				,000
Asociación lineal por lineal	39,647 ^c	1	,000	,000
N de casos válidos	284			

Los/as niños/as que reconsultan por problemas de salud, es más probable que queden internados.

Tabla N° 14. Reconsulta y nivel de atención en la internación

Tabla de contingencia Reconsulta en emergencia * Nivel de atención

			Nivel de atención	
			Domicilio	Total
Reconsulta en emergencia	No	Recuento	8	40
		% dentro de Reconsulta en emergencia	20,0%	100,0%
		% del total	9,0%	44,9%
	Si	Recuento	8	49
		% dentro de Reconsulta en emergencia	16,3%	100,0%
		% del total	9,0%	55,1%
Total		Recuento	16	89
		% dentro de Reconsulta en emergencia	18,0%	100,0%
		% del total	18,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,552 ^a	2	,014	,013
Razón de verosimilitudes	10,126	2	,006	,010
Estadístico exacto de Fisher	9,094			,011
Asociación lineal por lineal	,766 ^b	1	,381	,418
N de casos válidos	89			

Se puede apreciar que el valor F (Fisher), muestra una relación significativa estadística que podría indicar que a medida que el/la niño/a requiere reconsulta por enfermedad, mayor es el nivel de atención que requiere luego para su internación.

Tabla N° 15. LME y reingreso en internación

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. exacta (uni-lateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,025	
Corrección por continuidad ^b		
Razón de verosimilitudes	,025	
Estadístico exacto de Fisher	,025	
Asociación lineal por lineal	,025	,019
N de casos válidos		

La variable LME también tiene una relación estadística significativa con la variable reingreso a la internación. Podría decirse que en este grupo de niños/as aquellos que no recibieron LME tienen mayor probabilidad de reingresar a la internación que los que recibieron LME.

CAPITULO V

5.1 DISCUSIÓN

Los resultados en salud de los/as niños/as han sido una preocupación permanente de las organizaciones internacionales, las nacionales y por consiguiente de la sociedad. Tal es así, que en las agendas para los próximos años de los distintos referentes mundiales, los objetivos sanitarios contemplan la búsqueda permanente de mejorar los resultados de morbilidad-mortalidad infantil.

Debe entenderse que la salud y los indicadores que permiten realizar las evaluaciones, comparaciones, también determinan el posicionamiento de un país no solo en términos sanitarios, sino también, el nivel de desarrollo del mismo y las posibilidades de conseguir ayudas económicas. Ya desde el Área Economía de la Salud de la DIGESA se asegura la necesidad del desarrollo de indicadores consensuados y metodologías de evaluación que dieran cuenta de las dimensiones del desempeño.

Para cualquier institución, gestor, es imprescindible luego de varios años de la reforma sanitaria, obtener un panorama objetivo de los resultados sobre la salud de la población objeto de las acciones implementadas. El desarrollo de cualquier estrategia nueva debe fundamentarse en el análisis del progreso y desempeño de la misma, otorgando una mirada crítica inicial tomada como base fáctica para el proceso de desarrollo futuro.

La vigencia del Programa de Atención a la Salud de la Niñez contempla objetivos y guías de atención vinculados al diagnóstico de la salud infantil, a los controles periódicos, a la atención oportuna de la enfermedad y el monitoreo de situaciones de mortalidad y morbilidad prevalentes.

En este sentido, la meta 1 incluye variables de controles periódicos para la población de niños/as de hasta 1 año, y los resultados en esta población demostraron que el 78,7% de

ellos fueron controlados según la pauta hasta el año de vida, que a su vez se aplicó protocolo al 98,3% del total al que debería aplicársele, lo que implica según lo determina la meta dos citaciones a consulta y de no concurrir se informa la situación a la autoridad.

Esto supone que la mayoría de los/as niños/as tuvieron contacto con los sistemas sanitarios desde su nacimiento y hasta el año de vida y que los equipos de salud tuvieron la posibilidad de identificar factores de riesgo del/a niño/a y su entorno y priorizar las medidas de promoción y prevención.

La cobertura alcanzada se trata de un indicador de estructura, pero sería necesario medir el grado de implementación o calidad de la intervención relacionada con la adhesión a buenas prácticas, tanto de parte de quienes ejecutan la intervención como los sujetos que las reciben.

Por esta razón no basta con medir cuantos/as niños/as fueron controlados, sino de qué manera se llevó adelante ese proceso para disponer de resultados eficientes. La medición de conceptos abstractos como calidad de servicios de salud necesita la operacionalización cuantitativa que permita realizar comparaciones en el tiempo y espacio y determinar patrones que consistan en la identificación de fallos o logros.

En el estudio realizado en Uruguay sobre la salud de los/as niños/as se encontró que el 89% de los niños se realizó el primer control en las dos primeras semanas de vida. Asimismo, el 95% se lo había realizado antes del primer mes de vida. Por lo tanto, puede concluirse que el nivel de atención en el primer mes es muy elevado.

Esta variable ha sufrido cambios a lo largo del tiempo por parte de las autoridades sanitarias, donde se fueron incorporando al control diferentes indicadores

Con respecto al presente estudio la captación del RN se realizó en el 100%, y este mismo valor se obtuvo al evaluar el primer control antes del 7º día; la recomendación del Programa de Atención al Niño impresa en el carné de salud es que el primer control se realice antes del décimo día de vida (entre el sexto y el noveno día), lo que determina un buen desempeño para este indicador y la posibilidad de trabajar oportunamente con la familia y el contexto del/a niño/a. Las familias requieren redes de protección, políticas de asistencia apropiadas y suficientes para aumentar su capacidad de resolver las situaciones y necesidades de los/as niños/as.

También al 100% se le realizó la visita domiciliaria antes de los 10 días de egreso, ya que en este efector no constituyó como una herramienta de valoración de aspectos familiares y del contexto del/a niño/a para todos los casos, no solo para los establecidos como criterios de riesgo.

El seguimiento y apoyo permanente a niños/as, y sus familias por parte de los equipos de salud, en base a visitas periódicas de control donde se propicien espacios de intercambio, constituye uno de los ejes de políticas sociales tendientes al desarrollo integral. Esto genera hábitos culturales de mutuo cuidado y autocuidado, para facilitar habilidades para mantener la salud. La visita domiciliaria del RN de riesgo según la clasificación de JUNASA basados en el programa, apunta a disminuir la mortalidad de los niños nacidos bajo situación de prematurez.

En este sentido, no solo habrá que aprender a trabajar en equipo de salud, sino a otorgar desde los propios programas el espacio a los profesionales de la salud capacitados para esta tarea tan compleja. Los profesionales de enfermería debieran de constituirse en el pilar fundamental de este trabajo, ya que tienen la formación académica, su trabajo se centra en el cuidado, el desarrollo de la prevención y la promoción de hábitos

saludables, y un proceso riguroso de gestión, lo que llama la atención dado que no aparece como un recurso necesario en los programas del MSP. Además son en muchos efectores los que se encargan de llevar adelante los programas junto a otros profesionales. En este efector junto al pediatra realizan el 100% de las visitas domiciliarias de los R.N antes de los 7 días de vida.

Por otra parte el 99,9% se realizó la ecografía de cadera entre los 2 y 4 meses de vida, al 94,7% se le realizó la medición de hemoglobina entre los 8 y 12 meses obteniéndose un promedio de 11,74 mg/dl, con un mínimo de 8,2 y un máximo de 14,9.

El porcentaje de los/as niños/as que no superaban el valor de 11 fue de 30,8%, similar al estudio nacional sobre anemia que dio como resultado que el 31% de los niños menores de 2 años presentaba niveles de hemoglobina inferiores a 11 mg/dl, lo cual se considera anemia desde el punto de vista clínico.

Es momento de pensar que los efectores puedan ir trabajando para mejorar esta situación, cuestionándonos también las acciones que se realizan sobre la embarazada, exigiéndoles a los prestadores y profesionales el cumplimiento de las guías actuales, sabiendo que los/as niños/as que sufren anemia o desnutrición son los que enferman con más frecuencia, son más temerosos, muestran menos interés por jugar e interactuar; requieren cuidados especiales para jugar, comer, socializar y recuperar su salud.

Otro de los indicadores incluidos en la meta dentro del control integral, es el Certificado Esquema de Vacunación (CEV). En nuestra población de estudio estuvo vigente hasta el primer año de vida en el 99,64% de los/as niños/as. Las cifras encontradas aquí son similares a las informadas por el estudio de Salud, nutrición y desarrollo de la primera infancia en Uruguay donde el 96,8% contaba con carné de vacunas.

Se trata de una de las estrategias de promoción más eficaces del mundo en la prevención de enfermedades y que en esta población se cumple casi para la totalidad de los/as niños/as. Podría entenderse entonces como un factor protector para evitar aquellas enfermedades a las que están orientadas las inmunizaciones dentro del primer año de vida. Esto junto con una adecuada nutrición representan mayor capacidad para explorar el mundo por parte del/a niño/a, aprender y desarrollar conductas cognitivas, sociales, emocionales, motrices y lingüísticas.

Es preciso advertir que durante el análisis inferencial de estas variables ninguna de ellas presentó una relación significativa estadística con los resultados de salud del/a niño/a durante su primer año de vida; excepto por el desarrollo del área motora a los 4 meses de vida, que se presenta más adelante en la discusión.

La meta está conformada de manera que se limita a cuestiones vinculadas con la calidad organizacional y no necesariamente a cuestiones de calidad técnica.

Podría afirmarse que si bien permiten cumplir con la monitorización de las acciones necesarias en la pauta de control del/a niño/a, no son las variables según los resultados de este estudio, que determinan la condición en el estado de salud del/a niño/a durante su primer año de vida. Tal como lo mencionan Balsa y Triunfo en su estudio sobre el impacto de la reforma en el acceso a los servicios perinatales y del RN, no encontraron que las mejoras en el acceso a los servicios hayan redundado en logros significativos y robustos sobre la salud del RN.

Se entiende que la meta no contempla elementos de eficacia, a través del cumplimiento de controles y realización de estudios según pauta; y poco de efectividad porque no permite medir cuál es el resultado de estas acciones en los indicadores de salud del/a niño/a.

Por tanto no basta con creer que mediante la aplicación de un sistema de pago por cumplimiento de indicadores se puedan mejorar resultados de una realidad, cuando estos indicadores no evalúan la calidad del Programa de atención a la Salud. Parece que los indicadores deberían medir además el resultado de un proceso de planificación sanitaria para identificar los principales problemas de salud de acuerdo a criterios como magnitud e importancia, en relación a intervenciones demostradamente efectivas.

Debe mencionarse además que estos incentivos operan fundamentalmente a nivel de los efectores privados y apenas se vienen aplicando a los proveedores públicos que asisten a las poblaciones socioeconómicas más comprometidas. Tal vez estos incentivos hayan generado brechas aún más profundas en el acceso a las prestaciones entre unos y otros proveedores.

Más allá de estas consideraciones compartimos la idea de que son una herramienta innovadora, potente para incentivar las buenas prácticas con el objetivo de mejorar la calidad de atención y contribuir en la mejora de los problemas de salud prioritarios, por lo que sería necesario alinearlas a las contempladas por el Programa de Atención de Salud de la Niñez para aunar esfuerzos desde las políticas estatales y las normativas exigidas a los prestadores.

El problema de estos indicadores es que en definitiva se transformaron en lo que las instituciones sanitarias se esfuerzan por medir y alcanzar para obtener los ingresos económicos previstos por su cumplimiento, sin tener una evaluación integral de lo que estos esfuerzos generan realmente en los resultados sanitarios de la población infantil.

Creemos que los indicadores de la meta no son suficientes para evaluar el resultado en la salud de los/as niños/as, por lo que es necesario utilizar un modelo integral de evaluación de calidad no solo de la meta, sino del Programa de Salud de la Niñez. Por

diversas razones los resultados de las reformas pueden diferir de las intenciones que tienen las políticas implementadas y en el contexto de las estrategias nacionales, un reto importante es seleccionar un conjunto básico de indicadores que permitan vigilar de forma objetiva y efectiva el progreso hacia los objetivos sanitarios más importantes.

Este conjunto de indicadores deberá responder a las necesidades de información para el monitoreo del progreso del desempeño en el SNIS. Es importante aclarar que estos indicadores cuantitativos seleccionados son indicativos de la realidad, es decir que son marcadores y no pretenden describir todo lo que está ocurriendo.

También es cierto que los últimos años las autoridades han ido incorporando, quitado o profundizando indicadores, pero sin alcanzar un nivel de evaluación de calidad, que realmente determine la mejora o no en los indicadores sanitarios de los niños; en otras palabras la medición del nivel del éxito alcanzado en la población infantil.

La O.M.S propone la evaluación como una práctica usada para juzgar el potencial efecto de una política o programa sobre una población particularmente vulnerable. Debe considerarse que solo a través de ella podrán tomarse decisiones fundadas, eficaces, eficientes y efectivas.

Con respecto a los indicadores propuestos para evaluar el resultado de la aplicación del Programa en el marco de la meta prestacional, el resultado del nacimiento, crecimiento, desarrollo y situación de morbilidad-mortalidad del/a niño/a, dependen de la interacción de factores como por ejemplo, los maternos.

Por esta razón se consideró preciso trabajar sobre algunas variables maternas como indica la bibliografía, aquellas que pueden incidir en los resultados sanitarios del/a niño/a. En el presente estudio la edad materna se ubicó en un lapso entre 16 y 43 años, con una media de 27. El 73% de la población se encontró en el tramo entre 20 y 34

años, mientras que el 14% fueron mayores de 35 años y el 13% fueron menores de 20 años. Hay que considerar que los cambios culturales de la sociedad han impactado en las prioridades que hoy la mujer asume dentro de la sociedad. Con mayor frecuencia los resultados demuestran que viene creciendo la edad promedio de las mujeres al ser madres por primera vez. Tal vez una causa pueda ser el incremento de ellas en la educación terciaria y estudios de posgrado, lo que determina la decisión de postergar la maternidad por los estudios y aspectos laborales.

En ese sentido, la edad materna es un indicador importante en el completo desarrollo normal del embarazo y las consecuencias del parto. Tal es así, que para el caso de las adolescentes y las mujeres adultas mayores de 35 años los estudios indican un incremento en la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto que redundan en consecuencias negativas sobre el recién nacido, por lo que son consideradas como un factor de riesgo. En la población de estudio la edad materna no fue una condicionante en el estado de salud de los niños, debido a que la mayoría de ellas se encontraban en el grupo etareo que no pertenecía a los extremos y de los análisis estadísticos no se desprenden relaciones significativas.

A estos datos debemos agregar que casi la mitad de las mujeres eran madres por primera vez y la sumatoria entre las mujeres con primera y segunda gesta constituía más del 75%, esta variable tampoco fue un factor que determinara en el/la niño/a una consecuencia en su situación de salud. Si bien en poblaciones donde el número de gestas mayor genera un incremento en las posibilidades de presentar complicaciones, no fue el caso de nuestra población.

Esto coincide con los datos del censo, ya que la tasa de fecundidad viene en descenso los últimos años, lo que genera un impacto en la estructura demográfica del país, en

donde ya la población adulta representa un número que viene en crecimiento, constituyendo un problema social, ya que la velocidad de recambio se enlentece, con las repercusiones que esto implica para las futuras generaciones.

Hay resultados sobre estas variables, generalmente basados en estudios de poblaciones de nuestros hospitales públicos que, por ser numéricamente muy importantes, conducen al conocimiento de lo que ocurre en el nivel socio-económico que acude a esos hospitales y alimentan la información de los organismos nacionales de registros y estadísticas, pero que no tienen de repente el mismo comportamiento de la población que es asistida en los centros privados de nuestro sistema de salud; aún luego de la implementación del SNIS.

Esto aún constituye un reto para el SNIS y sus principios, ya que en el informe de desempeño de prestadores de 2015, desde el Área Economía de la Salud de DIGESA se advierte que la población de A.S.S.E tiene menores niveles de ingresos económicos y educativos; éstas y otras razones advierten del incumplimiento aún en muchos de los principios del Sistema.

Junto a la edad, el nivel de instrucción materna puede significar una variable que determina algunas condiciones en la salud del niño. En esta población casi la mitad de las madres tenían un equivalente a haber culminado el primer ciclo de enseñanza media, seguida por aquellas que con un 18,7% presentaban terciaria incompleta, 16,5% estudios secundarios completos, un 9,5% estudios primarios completos, 8,5% terciaria completa y el 0,4% primaria incompleta

Los estudios que se refieren a la relación que pueda existir entre los años educativos aprobados y el impacto de eso sobre el cuidado del/a niño/a, refieren a que cuanto mayor es la formación educativa materna, mayor probabilidad de ejercer un mejor

cuidado del/a niño/a. En ese sentido, en la población de estudio también se demuestra que el nivel de instrucción materna tuvo una relación estadística significativa con el resultado de salud del niño, ya que a menor nivel de instrucción mayor probabilidad de tener que reconsultar por problemas de salud del/a niño/a.

La educación podría influir en la comprensión de las necesidades y cuidados del/a niño/a. Además de ser una oportunidad de crecimiento personal que impacta en diferentes ámbitos como el laboral y a su vez éste ejerce un impacto sobre las posibilidades económicas de ofertas laborales que determinen una mejora en las condiciones de vida familiar. Determinan no solo la posibilidad de satisfacer necesidades básicas sino también de autorrealización, y recursos que repercuten profundamente en otros aspectos del entorno familiar.

También los niveles educativos se relacionaron con el tipo de parto; específicamente quedó demostrado que a medida que las madres tenían un nivel educativo superior, mayor era la probabilidad de finalizar su embarazo con una cesárea, por lo que podría decirse que la decisión pasa más por cuestiones “culturales” que por las necesidades médicas de tener que resolver un problema.

El estudio encontró que las cesáreas representan más del 52% de los tipos de parto; si bien en la sociedad la consideración de la cesárea como primera opción parece ir tomando cada vez mayor fuerza, también podría existir de parte de las políticas establecidas, los organismos reguladores y los propios profesionales una responsabilidad de evitarlas en su justa medida.

La bibliografía al respecto determina que la necesidad de finalizar los embarazos con cesáreas no debería superar el 15% dentro de los tipos de partos, si bien es un número que fue considerado arbitrariamente por la OMS desde 1985, se entiende que sólo

deberían de suceder en aquellos casos en que la salud del niño o la madre corren riesgo. Debería entenderse que naturalmente el proceso anestésico-quirúrgico condiciona el resultado final del recién nacido y la madre, incrementándose de esa manera los riesgos para ambos.

El resto de los partos estuvo constituido en un 44,7% por parto vaginal y el 2,5% con fórceps. Este último valor se asemeja a los resultados encontrados en el estudio de Salud, nutrición y desarrollo de la primera infancia donde el 2,4% de los partos se realizaron con fórceps. Las madres de mayor nivel educativo, las que residen en Montevideo y los extremos etarios tenían más probabilidades de que sea necesario recurrir a esta técnica.

En este mismo estudio, las mujeres con menor nivel educativo y las que pertenecen al estrato de hogares pobres tienen chances significativamente mayores de tener a sus hijos por parto vaginal.

El Uruguay en los últimos años ha presentado un aumento considerable en las tasas de cesárea; para el año 2013 este indicador se ubicaba en un valor superior a 40% en el interior del país, según datos oficiales del SINADI, valor que se ubica muy por debajo de lo encontrado en la población de estudio.

En 7 años el descenso del porcentaje de parto espontáneo fue superior al 10%, y entre los nacimientos ocurridos entre las 20 y 36 semanas de gestación, la cesárea de elección prácticamente se duplicó.

En el presente estudio existió una relación significativa estadística entre la edad gestacional y el tipo de parto, donde se demuestra que los niños con edad gestacional menor a 36 semanas tienen más posibilidades de nacer por cesárea. La indicación de cesárea no debería plantearse antes de las 39 semanas completas a menos que sea

médicamente indicado ya que tienen probabilidades más altas de resultados subóptimos en su salud.

Los recién nacidos prematuros tienen un mayor riesgo de incapacidad, lo que representa un problema para las familias y el sistema de salud. La prematurez constituye uno de los criterios de riesgo que establece JUNASA, para aplicar las visitas domiciliarias; es la segunda causa de muerte después de las neumonías en niños menores de 5 años.

En la presente investigación los valores de prematurez indican un valor de 6,7%, que se número que se ubica por debajo de los valores nacionales (8,8%), pero el dato que se desprende del estudio es que no estos niños son los que tienen mayor probabilidad de nacer por cesárea, ingresar a CTI, tener problemas de bajo peso, por lo que indirectamente esta condición podría influir sobre el estado de salud del/a niño/a durante su primer año de vida.

Los programas de prevención de la prematurez deben enfatizar la identificación precoz de las mujeres con embarazos de alto riesgo, educación concerniente a las causas de prematuridad, diagnóstico precoz y tratamiento de la amenaza de parto prematuro. Una de las herramientas en las que se puede pensar es en la visita domiciliaria, ya que ha demostrado a lo largo de los años los resultados positivos que ejerce en materia de salud de la población.

Con respecto al sexo de los R.N, los niños representaron el 50,4% de la población total, mientras que el 49,6% fueron niñas. Se puede decir que el estudio presentó las mismas características que indica la población de niños de 0 a 4 años del país, donde hay una leve mayoría de niños del sexo masculino frente a las niñas. Así como lo indica la bibliografía no se dieron casos significativos estadísticamente con la variable sexo en relación a la salud del/a niño/a.

Sin embargo esta variable (sexo) es una de las consideradas para calcular los valores de las capitas, diferenciando el valor que percibe el prestador de acuerdo a la edad y el sexo. Según los datos de FONASA 2015, el valor de pago por un niño menor de 1 año era de \$5075,71, mientras que para las niñas era de \$4335,89. Esto implica ya desde el nacimiento una desigualdad de género, dado que la justificación de esta diferencia económica no es muy clara de parte de las autoridades encargadas de realizar los cálculos.

Las capitas, metas asistenciales, tasas moderadoras y sobrecuotas de inversión representan el 90,5% de los ingresos operativos del sector IAMC y están reguladas por el Poder Ejecutivo, por lo que son las herramientas financieras más potentes para los efectores, y sobre lo que éstos se esfuerzan por fundamentar y alcanzar a la hora de las discusiones para establecer sus precios.

Como se mencionó antes, el 6,7% fueron niños/as con menos de 36 semanas de gestación al momento de nacer, más del 90% se encontraron entre las semanas 36 y 40, mientras que el 2,5% tenía más de 40 semanas. El mínimo fue de 28 semanas y la media se ubicó en las 37 semanas, es decir que no existieron casos extremadamente prematuros según la clasificación de O.M.S.

Resultados similares al estudio del estudio de Balsa y Triunfo llevado a cabo en Uruguay en 2014, donde un 7% de los niños había nacido con menos de 37 semanas de gestación.

Así como lo indica el informe de Acción Global sobre nacimientos prematuros de Naciones Unidas de 2012 que da cuenta del aumento de los nacimientos prematuros en casi todos los países. Uruguay tenía en 2010 una tasa que oscilaba entre el 10 y el 15%, por lo que el nuestro estudio este valor se encuentra por debajo del indicado.

También existe según la bibliografía consultada un mayor riesgo de incapacidad, que representa un impacto para las familias y la sociedad. En la presente investigación pudo verse que para la variable desarrollo valorado a través de la meta, por test que aplica el pediatra en su consulta, el 10,5% de la población presentó un desarrollo motor inadecuado, el 8% inadecuado en el área coordinación, un 4% en las áreas social y de lenguaje.

A su vez del análisis inferencial realizado se desprende que existe una relación entre el tipo de parto y el desarrollo del área motora, podría decirse en este sentido que los/as niños/as que nacen por cesárea tienen mayor probabilidad de presentar un desarrollo inadecuado a los 4 meses de vida en el área motora, considerando además que en este estudio los niños con menos edad gestacional al nacer, tenían probabilidades de haberlo hecho por cesárea.

Investigaciones recientes han confirmado que los primeros cinco años son determinantes para el cerebro, los tres primeros son los más críticos para definir la arquitectura cerebral y repercuten directamente sobre las capacidades de aprendizaje.

Si analizamos esta condición con lo encontrado respecto al apgar se ve que al minuto de nacido que el 7,4% obtuvo un apgar menor o igual a 7, y a los cinco minutos este valor cambio a 0.7% de la población de RN.

La vulnerabilidad de la salud de los lactantes y niños/as pequeños/as hace que la evaluación del crecimiento sea indicador “centinela” de las evaluaciones de salud y el desarrollo socioeconómico de las comunidades en las que viven.

Se debe considerar que se trata de una población que presentó en su mayoría pesos al nacer entre los 2500 y 4000 grs, y una talla para la cual el valor de la media se ubicó en los 50 cm. La media del peso fue de 3263 grs, similar al resultado del estudio de Balsa y

Triunfo sobre una muestra de 306971 nacimientos, donde el peso promedio era de 3239 grs. En este estudio el 7% obtuvo un bajo peso al nacer, mientras que en nuestra investigación fue de 9,6%.

Cerca de la mitad de los niños se encontraban en el percentil peso-edad al nacer de 50-85, en cambio el 14,4% en percentiles menores al 15, y específicamente el 8% en el percentil por debajo del 3. Se prevé que solo el 3% de la población objetivo esté por debajo, lo que indicaría más del doble de ese “ideal” en la población de estudio. El peso al año de vida se mantuvo en valores “normales”, excepto por un porcentaje menor donde aún no alcanzaban los percentiles 50 para la edad-peso. El aumento de peso es el indicador más fiable de que un/a niño/a está sano/a y creciendo adecuadamente.

No hay que olvidar que el bajo peso es un indicador que aproxima las posibilidades de sufrir complicaciones de salud en el/la niño/a. La malnutrición determina bajo peso, retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal.

Quedó demostrado en este estudio mediante los resultados obtenidos en el análisis bivariado que los/as niños/as que debieron ingresar al CTI al nacer, luego son los que más dificultades tienen durante su primer año de vida para alcanzar percentiles de peso-edad normales.

Como se sabe el bajo peso al nacer es un indicador clave para el análisis de la mortalidad infantil, resume en parte la historia social y de salud de la madre. Debe recordarse que la nutrición deficiente en todas las fases del crecimiento tiene efectos perjudiciales a largo plazo sobre el desarrollo intelectual del/a niño/a.

El Uruguay en comparación con países de similar estructura social y demográfica podría tener mejores resultados de desempeño en este campo, considerando además que las políticas en inversión que ha realizado el Estado en materia de salud y que el gasto per

cápita en salud se ha incrementado, restaría analizar exhaustivamente el impacto que ello ha generado en términos de salud de la población.

Los percentiles de peso-edad al año de vida del/a niño/a también presentaron en esta población una relación con la necesidad de consultar por enfermedad, ya que el peso es una variable que inciden en esta condición.

Además existió una relación significativa estadística entre el peso al nacer y la reconsulta por enfermedad en el servicio de emergencia, lo que podría indicar que los niños de bajo peso luego tienen mayor probabilidad de reconsultar por enfermedad. Por lo que el peso es una de las variables que se relaciona con los eventos de enfermedad del niño desde su nacimiento y en el primer año de vida.

Por esta razón no solo las políticas públicas deben ir encaminadas a mejorar la salud de los/as niños/as, sino que también será necesario pensar en cuáles son los determinantes de la misma y actuar sobre ellas a través de planes concretos en las distintas asignaturas. Las sociedades que cuentan con políticas y programas para el desarrollo de la primera infancia son aquellas en donde se invierten casi el 2% del PBI.

Según datos de la OMS de 2014, Uruguay en el año 2000 destinaba un 11,2% del PBI a la salud, mientras que en 2012 fue de 9%, habría que desglosar cuanta de esta cantidad es que se destina a los programas para la infancia. El gasto en salud aumento un 40% y el gasto público un 66%. Resulta interesante luego de años de implementación de la reforma analizar si este esfuerzo económico ha sido eficaz en aumentar intervenciones de demostrada efectividad, y en mejorar la salud. Luego podría decirse que tan efectiva es la inversión o en que decisiones habría que centrarse para que los resultados en materia de salud acompañaran la inversión.

Los economistas advierten que invertir en la primera infancia es la inversión más poderosa para un país, con retribuciones en el transcurso de la vida mucho mayores al importe de la inversión inicial. Los estudios al respecto muestran que por cada dólar invertido en las mejoras de la situación de la infancia, pueden producirse hasta 17 veces más en beneficio de la sociedad en las cuatro décadas futuras.

Al mencionar la necesidad de ingresar al CTI al nacer, en este caso un poco más del 10% de los niños debieron internarse en el tercer nivel. También esto determinó una relación estadística significativa con la posibilidad de internación durante el primer año de vida.

Así como el ingreso de los/as niños/as a CTI al nacer se relacionó estadísticamente con el peso, también debemos decir que existió una relación exacta ($F^{***}:000$) con la LME. Esto podría significar que los niños que ingresaron a CTI son los que luego tienen más probabilidades de no continuar con LME. Indirectamente esto también podría ser una variable que afecta al peso del/a niño/a.

Frente a la situación que se encuentra en esta población, podría decirse que habría que trabajar en los servicios de salud de nivel terciario a donde ingresaron al nacer, para tratar de conservar la lactancia materna ya que contribuiría de manera positiva en la salud del/a niño/a en su salud como quedó demostrado en esta investigación, ya que luego son los que tienen mayor probabilidad de consultar y reingresar a la hospitalización.

Se supone que en esta condición de vulnerabilidad y fragilidad del/a RN la lactancia debiera ser una estrategia que debería implementarse antes que cualquier otra actividad, ya que contribuye en el sistema inmunitario del/a RN y por tanto impone una condición favorable en la salud de ellos/as.

El total de días generados por estos/as niños/as en los servicios de internación de tercer nivel al nacer fue de 275. Si se analiza no sólo el impacto de lo que esto genera en la salud futura del/a niño/a y las repercusiones en su familia, sino también el costo económico que esto representó para este efector, se vería cuánto dinero se debe destinar para paliar las deficiencias que podría existir en otros niveles de atención o tal vez tenga que ver con el cumplimiento de las normas vigentes para el control de las embarazadas, guías y protocolos, por lo que sería un elemento a evaluar.

Al considerar el valor promedio del día/cama según datos del Ministerio de Economía y Finanzas de enero 2016, se podría decir que el costo total de esta realidad estaría cercano a \$U 9.075.000 sin incluir los impuestos.

Habría que profundizar más acerca de las causas que llevaron al ingreso de esta población a esta unidad, dado que del análisis exhaustivo podrían derivarse ajustes en los procesos anteriores que permitieran obtener mejores resultados de salud en los/as niños/as R.N. Si bien el país tiene un número importante de programas que tratan de trabajar las variables que inciden sobre ello, habrá que evaluar cuan eficientes han sido en su aplicación.

En este sentido también aquellos niños que requirieron internación en el tercer nivel al nacer guardan una relación con la lactancia materna exclusiva, lo que podría indicar que son luego los que más probabilidades tienen de no continuar con la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida.

Desde siempre los estudios han demostrado la importancia que tiene la lactancia materna sobre la salud del niño. Cuando comenzaron las metas prestacionales, los efectores debían acreditar en esta materia, además de que existía un indicador con un valor bastante elevado al que debían llegar para alcanzar el pago de la misma.

Durante los últimos años, este indicador ya no forma parte de la meta, pero sin embargo en esta investigación se demuestra la influencia que esta variable tiene sobre la salud de los niños, en su primer año de vida. Actualmente el valor de este indicador en este prestador ha descendido al 58%, cuando había alcanzado valores cercanos al 100% para acceder al pago. Este valor está por debajo del encontrado en el estudio sobre Salud, Nutrición y Desarrollo en la primera infancia en Uruguay cuyo promedio para los niños de esa población alcanzaba el 67,6% hasta los seis meses de vida.

Por esta razón sería necesario considerar que la lactancia materna debería constituir una de las razones por las cuales los efectores deberían esforzarse en mantener ya que constituye una estrategia de salud pública esencial que debería ser evaluada y monitoreada en forma constante. Esto es así, tanto que en la presente investigación se encontró una relación estadística significativa para los/as niños/as que reingresaban a la internación y la LME, donde los/las niños/as que no recibieron LME tendrían más probabilidades de tener que sufrir reinternaciones que los que sí la habían recibido.

Habría que considerar en constituir la como la intervención de prevención más eficaz para reducir la morbi-mortalidad infantil; sería una de las variables que contribuiría de manera fundamental para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En esta población el 83% de los niños debió consultar por algún problema de salud durante su primer año de vida, y de ese valor el 97% lo hizo en el servicio de emergencia, mientras que el 2,4% en el domicilio.

Uno de los indicadores empleados para evaluar calidad refiere a las consultas en los servicios de urgencia, ya que demostrarían la necesidad de resolver los problemas en otro nivel de atención y no saturar estos servicios. Esto podría advertir que aún las consultas en domicilio son casi inexistentes, podría ser una cuestión cultural o habría

que profundizar sobre esta situación para encontrar una explicación ya que tampoco coincide con el modelo impulsado por la reforma.

En el estudio que dio seguimiento a más de 1100 parejas de madre e hijo en Memphis, Tennessee, durante dos décadas, donde en promedio, el programa con fondos públicos costó unos 9,000 dólares por familia durante los 2.5 años de inscripción, el rendimiento en ahorros por hospitalizaciones y otros servicios de atención médica no necesarios fueron de alrededor de 5.70 dólares por cada dólar gastado.

Esta más que demostrado la repercusión que la implementación de un programa de visitas a cargo del profesional de enfermería tiene sobre los resultados de la salud del/a niño/a y por tanto directamente en la disminución de los costos que esta representa. Sólo comparemos el gasto de día/cama con el gasto de un RR enfermero profesional; estas son razones más que fundadas para impulsar a las autoridades a comprender que el trabajo que realiza enfermería en las visitas domiciliarias es fundamental para la concreción de mejores resultados de salud infantil.

Por otro lado, diremos que no solo interesa conocer cuántos niños/as han debido consultar por algún problema de salud, sino también medir la eficacia de los procesos asistenciales que se dan en el efector. La reconsulta es un buen indicador para medir esta situación. En la presente investigación el 28,5% de los/as niños/as debió reconsultar, entendiendo la reconsulta como aquella que se realiza antes de los 10 días de diferencia con la anterior.

Los mayores esfuerzos de Salud Pública no solo deben estar centrados en diseñar e implementar las políticas y programas sino que deberán recordar que el objetivo de ello

debería ser la mejora de la salud de las poblaciones; por lo que el seguimiento de ellos debería ser riguroso.

Desde el Área Economía de la Salud de DIGESA se informaba en 2015 que en el sector de las IAMC las horas médicas en un 55,6% se destinaban al ambulatorio y el 22% se incrementaron en el primer nivel. Para el caso de enfermería, la mayor parte de las horas (55%) se destinaban al segundo nivel. En Montevideo la distribución por niveles determinaba que aumentaron 37% las horas contratadas en sanatorios y un 45% en CTI; en el interior se mantiene incambiada la distribución por nivel asistencial. Esto último demuestra una incongruencia con el modelo de atención planteado para el cambio de modelo, considerando que el profesional de enfermería está capacitado para su desempeño en el primer nivel de atención.

Esto amerita un análisis más profundo de las formas que se cumple con las estrategias de OPS, OMS y UNICEF respecto al abordaje y la prestación de la asistencia del/a niño/a en los servicios de primer nivel de atención respecto a las enfermedades prevalentes de la infancia.

A su vez la edad de la reconsulta se ubicó con un mínimo de 10 días y un máximo de 359 días. El promedio de veces en que debieron consultar en el servicio de emergencias durante ese primer año fue de 3,38. El 33,7% consultó más de tres veces. El 19,4% lo hizo una única vez, en contraposición el 3,5 lo hizo más de 10 veces. En la aplicación de la prueba de Chi² entre la reconsulta y la internación se evidenció que los/as niños/as que reconsultaron por problemas de salud son los que tienen más probabilidades de llegar a la internación como era de esperarse. El valor de F obtenido $F^{*** (000)}$ da cuenta de una relación de dependencia exacta entre una y otra variable.

También surge una relación estadística significativa entre la reconsulta y el nivel de internación requerido, por lo que podría indicarse que el /la niño/a que requiere reconsultar por enfermedad tiene mayor probabilidad de necesitar un mayor nivel de atención para resolver su problema de salud, lo que determina la necesidad de mejorar la eficiencia de los procesos y actuaciones de los niveles inferiores de atención.

Los diagnósticos más frecuentes en las consultas realizadas fueron los del sistema respiratorios, seguidos por los del sistema digestivo. A su vez dentro de los problemas respiratorios la IRA, y la bronquiolitis fueron los más frecuentes. Esta situación se asemeja a la que se revela en el estudio de la Facultad de Medicina de 2016, del Departamento de Educación Médica, referido a que los niños menores de 5 años contraen enfermedades respiratorias aguda y diarrea lo que influye negativamente en la salud en forma temprana o permanente; por algo constituyen los problemas de salud incluidos en la estrategia AIEPI.

Estas enfermedades junto con otras son las principales causas de morbilidad y por lo tanto de consulta y hospitalización, pero lo más importante es que constituyen un problema reconocido como evitable.

La internación es una variable que advierte de una condición negativa en la salud del/a niño/a que requiere el ingreso para su resolución en los niveles de atención más complejos. De la población de estudio que consultó por problemas de salud, el 31,7% debió ingresar a internación. De este grupo el 67,4% debió hacerlo en un segundo nivel, mientras que el 18% lo hizo en internación domiciliaria y el 14,6% en un tercer nivel de atención.

A su vez, los niños que debieron ingresar generaron en el año 126 internaciones, donde la media de internación fue de 1,5 durante ese primer año de vida. Estos resultados están

por encima de los estudios en Argentina donde el porcentaje de internados fue de 11,8% sobre 1435 pacientes, pero más cercanos a los realizados en los países desarrollados donde representan un 25%.

Es preciso considerar que uno de los factores que incide en el porcentaje de internaciones es la edad de los pacientes (a menor edad mayor probabilidad de requerir internación) dada la vulnerabilidad de los RN y lactantes.

La bibliografía consulta aclara que los ingresos hospitalarios de los/as niños/as tienden a crecer en algunos países y a disminuir en otros. Las tendencias apuntan a una reducción de la tasa media, mayor proporción de ingresos de corta duración, el pase a asistencia domiciliaria, pero en contraposición existe un incremento de reingresos.

A pesar de ello, estudios acerca de la internación innecesaria en pediatría refieren que entre el 18% y el 25% de las internaciones pediátricas serían innecesarias, y que más del 20% de los ingresos podrían evitarse.

Es cierto que para llegar a concluir al respecto sería necesario conocer los contextos en donde ese/a niño/a vive o las condiciones de cantidad y calidad de los recursos del primer nivel de atención, entendida como el primer escalón de asistencia. Un estudio en España reveló que los motivos más frecuentes de internación inadecuada fueron los relacionados con problemas organizacionales, el estilo de prácticas médicas y pautas médicas conservadoras, además de estar pendientes de pruebas diagnósticas que podrían realizarse de forma ambulatoria.

Por ello requiere de un análisis no solo desde el punto de vista de lo que implica en la salud del niño, en su familia, sino también en los efectores y el sistema. Puede dar cuenta de la necesidad de evaluar los procesos, la aplicación de las guías pediátricas

actuales, de los objetivos del propio Programa de Atención a la Salud del Niño y de los protocolos disponibles.

Desde un punto de vista económico también implica un costo, que de acuerdo al número de días generados que en estos/as niños/as fue de 362 días en el año, se podría aproximar a un costo total de \$9.774.000 sin impuestos, de acuerdo a los últimos pliegos presentados en el Ministerio de Economía y Finanzas en 2016. Podría llevar a la reflexión acerca si los servicios consumen RR sin aportar beneficios o son situaciones realmente justificadas, lo que quedará para análisis en instancias futuras.

Con respecto a las tasas de hospitalización por diagnóstico, son importantes indicadores de la calidad de vida y de eficiencia del primer nivel de atención. Permitiría monitorizar el alcance de estos indicadores sanitarios dentro del programa. Estudios que han utilizado estos indicadores han permitido acciones y políticas públicas capaces de evitar o por lo menos minimizar las hospitalizaciones de los/as niños/as. Podría indicar una inadecuación de la asistencia en este grupo etareo, así como de sus condiciones de vida y salud.

En este mismo orden los motivos de hospitalización fueron semejantes a los motivos de consulta, cosa que era de esperar, ya que constituyen los problemas prevalentes de salud de esta población; es decir que los problemas respiratorios representaron más del 67% de los ingresos, destacándose la bronquiolitis, IRA, y las N.A. En los estudios consultados las enfermedades respiratorias representaron cerca del 55% del total de las internaciones.

Son patologías que tal vez podrían evitarse con medidas de atención básica, señalando la necesidad de intensificar las acciones preconizadas por el Programa dirigidas a la salud del/a niño/a por tratarse de patologías que poseen condiciones sensibles a la APS,

o sea, que representan un conjunto de problemas que con una efectiva acción desde ese nivel podrían disminuir el riesgo de internación. Estudios demuestran que actividades de promoción, prevención, tratamiento precoz, control y acompañamiento son capaces de reducir las internaciones causadas por estas patologías.

Los programas basados en visita domiciliaria que tienen evaluaciones de efectividad, han demostrado que esta estrategia produce efectos positivos y significativos durante la gestación, en el desarrollo infantil, en la relación entre padres e hijos y en el entorno de los/as niños/as. Según la investigación de Rosalynde Lowe en Inglaterra en 2007 se comprobó también que las visitas intensivas a familias vulnerables realizadas por profesionales, principalmente enfermeras entrenadas, son 50% más exitosas que las realizadas por otros técnicos.

Estos resultados debieran alertar a los actores y autoridades para accionar mecanismos de análisis ya que varios estudios demuestran que las altas tasas de internación por estas enfermedades sensibles a medidas desde el primer nivel de atención están asociadas a deficiencias en este nivel. Se hace indispensable evaluar el trabajo y las medidas en la atención primaria ya que podrían disminuir el riesgo de las internaciones, de lo contrario se hará difícil mejorar el estado de salud de los/as niños/as.

También debemos mencionar que el indicador de reingresos es utilizado como indicador de calidad asistencial, aunque no existe una definición unificada de ello. Los resultados de este estudio dan cuenta que de los/as niños/as que requirieron internación, el 16,3% debió reingresar y los motivos continuaron siendo en su mayoría las patologías respiratorias. Se podría decir que estos valores indicarían una falla en la atención recibida en el ingreso anterior.

En países de América también las causas de reingresos son la neumonía, y otras afecciones respiratorias.

Por otro lado es necesario medir los promedios de hospitalización para los niños. En ese sentido los estudios actuales en países de América del Sur dan cuenta que los valores se acercan a 3-4 días, con el valor agregado que significa la pronta re inserción al ambiente del/a niño/a. Aunque hay variaciones al respecto, la estancia media ha seguido una tendencia descendente en las últimas décadas en general, pero es previsible que aumente con el nivel de complejidad de las patologías presente.

Sucede algo similar en los países desarrollados donde el número de camas como la estadía han descendido en los últimos años para pediatría. La estancia media se ubicaba en 4,5 días.

Así como se veía que la LME tenía una relación estadística significativa con el ingreso a CTI de los/as niños/as al nacer, también surge una relación con el reingreso a la internación, por lo que podría decirse que en este grupo de niños/as, aquellos que no recibieron LME tienen mayor probabilidad de reingresar a la internación que los que recibieron LME. Es decir que estamos en condiciones de decir que la LME es una variable que condiciona la salud del/a niño/a. Ya hemos mencionado los beneficios que la LME tiene sobre la salud del/a niño/a y las consecuencias de no cumplir con esta estrategia ampliamente difundida y comprobada.

En la presente investigación estas nuevas internaciones generaron 86 días más de internación, con una media de 5,4 días por niño/as lo que representa un número mayor al que prevé la bibliografía. En términos económicos podrían ser aproximadamente \$2.322.000 sin impuestos, que sumados a los anteriores costos de días/camas se podría decir que el valor de internación en esta población fue de \$18.851.322 sin impuestos.

Desde el punto de vista de los gestores, la calidad con que se brinda un servicio no puede separarse de la eficiencia, ya que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los RR disponibles, el alcance de los servicios será menor al posible.

Es evidente que el modelo de hospitalización infantil ha cambiado influenciado por los avances tecnológicos, las expectativas de salud de los padres, la amplia variación de tendencias. La decisión de ingresar a un/a niño/a para recibir cuidados o realizar pruebas diagnósticas debería de ser cuidadosamente valorada, ya que no se considera inocua y genera gastos que podrían ser útiles para otras situaciones.

Sería necesario trabajar para unificar los criterios de ingreso y de alta temprana que tal vez suponga mejorar la coordinación entre servicios para asegurar los cuidados y la valoración de los entornos sociales y familiares deficitarios. Planificar el alta, disminuir los tiempos de resultados, mejorar la coordinación y distribución de RR, podría contribuir para mejorar la eficiencia, disminuir los costos, sin disminuir la calidad de los cuidados.

Con respecto a la TMI de esta población que se ubicó en 3×1000 , muy por debajo del promedio nacional ubicado en $7,5 \times 1000$ según datos transmitidos por el Ministro Basso, pero al disgregarla en tasa de mortalidad posneontal el resultado publicado indica un valor de $3,7 \times 1000$, número similar al de la presente investigación.

En este caso se trató de un fallecimiento a los 358 días de vida, la causa fue la septicemia, coincidiendo con el estudio de indicadores hospitalarios donde la tasa de mortalidad fue de $3,8 \times 1000$, considerada también baja en comparación con países de América del Sur y de acuerdo a la clasificación de las principales causas de muerte hospitalaria de 2011 la denominación otras septicemias de acuerdo al CIE10

representaron el mayor porcentaje con un 23,1%. La mortalidad hospitalaria es un reflejo de la efectividad y calidad de atención.

Estos resultados permiten preguntarnos si no será necesario trabajar otros aspectos de la asistencia de los/as niños/as, de las exigencias de evaluar el Programa de Salud de la Niñez en cuestiones no tan sólo de cantidad sino de calidad de los cuidados prestados y de esta manera entender el impacto o no de la incorporación de las metas prestacionales en la salud de los/as niños/as.

Aún debemos colocar los temas y objetivos de investigaciones vinculados a la salud pública en un primer lugar en las agendas públicas de investigación, la construcción de espacios de debate productivo para la generación de conocimiento que permita impulsar las acciones que podrían mejorar el estado de salud de nuestros/as niños/as.

Un plan de gestión adecuado para facilitar la vigilancia de calidad y la evaluación de la efectividad del Programa se ha demostrado que mejoran los resultados obtenidos en los/as niños/as. Los mejores resultados son aquellos en donde se aprovechan los RR y las redes existentes, giran en torno a la creación y mantenimiento de relaciones entre familia, sociedad y efectores del sistema sanitario.

CAPITULO VI

6.1. CONCLUSIONES

Se espera que el estudio contribuya a la comprensión de la importancia de la evaluación y acompañamiento de las acciones del Primer Nivel de Atención, siendo fundamental contar con los RR necesarios en cantidad y calidad para responder a las necesidades de cuidados de esta población vulnerable. El profesional de enfermería puede ejercer un papel fundamental en la prevención de estas ocurrencias, en la administración y ejecución de los programas si desde las autoridades se entiende la necesidad de incluirlos desde el momento que se diseñan los Programas.

Las variables incluidas en la meta de niño permiten monitorizar las acciones necesarias en la pauta, pero no permiten evaluar la calidad técnica aplicada en el Programa de Salud del Niño. No serían las variables más significativas, según estos resultados, para permitir observar la condición del estado de salud del/a niño/a durante su primer año. Por lo tanto la medición adecuada para mejorar la calidad de los programas constituye un valor fundamental considerando que de la información que se tenga dependerán las decisiones que se tomen.

Los indicadores brindan información cuantitativa que permite detectar los espacios con alta probabilidad de problemas en atención. La determinación y evaluación de cada problema deberá ser objeto de investigación específica profunda, agregando un enfoque cualitativo.

Aún con una población que cumple en gran porcentaje con los indicadores de la meta, se presentan porcentajes altos de consultismo por enfermedad en el servicio de emergencia, así como de internación y reingresos, lo que determina la necesidad de analizar más profundamente las estructuras y procesos de atención de los servicios.

Tanto los motivos de consulta, como los de ingreso a la hospitalización dan cuenta de patologías que constituyen problemas reconocidos como evitables y dan cuenta de una condición negativa en la salud infantil, a pesar de la intensa difusión de estrategias, protocolos y guías de atención disponibles.

La necesidad de reconsultar así como los reingresos son variables que determinan una condición de no calidad para cualquier servicio de salud, por lo que los prestadores, los gestores y el propio sistema deberán de pensar cómo trabajar para disminuirlas.

Los gastos generados a través de las internaciones podrían destinarse a mejorar las acciones del primer nivel de atención para optimizar sus resultados y mejorar las condiciones de salud de los/as niños/as. Habrá que determinar cuánto del presupuesto en salud que destina el país realmente se traduce en acciones destinadas a mejorar la salud infantil y de qué manera se implementan.

CAPITULO VII

7.1. RECOMENDACIONES

Las autoridades sanitarias deberán prestar mayor atención a variables como niveles de atención materna, el incremento en las cesáreas, la prematurez, el bajo peso al nacer y la LME, las cuales se relacionan con los eventos de enfermedad del/a niño/a durante su primer año de vida. Muchas de ellas deberían constituirse como indicadores de seguimiento de la meta de niño, en los casos donde los efectores puedan tener una influencia, ya que éstos hacen sus mayores esfuerzos por alcanzar los resultados establecidos por JUNASA para obtener el pago por meta cumplida.

La visita domiciliaria de enfermería profesional representa una fortaleza del sistema de salud, por lo que es imperativa la toma de decisiones e implementación de acciones que promuevan el mejoramiento y aumento de los alcances que tiene en el abordaje de la población a nivel familiar y comunitario.

Deberá transformarse en “la estrategia” que permita el seguimiento, control y la promoción de salud, así como la prevención de enfermedades, trabajando en el propio entorno familiar.

Debemos asegurarnos de que las palabras de la Dra. Margaret Chan en su alocución ante la conferencia del CIE 2015 sean escuchadas por las autoridades, dada la complejidad de los desafíos para la salud que se presentan, nadie podría ignorar el aporte que pueden realizar los enfermeros profesionales. Se ha demostrado que los enfermeros con atención domiciliaria de pacientes, incluidos los de edad avanzada, han reducido el número de reinternaciones y visitas a salas de emergencia. Todo ello, por supuesto, baja los costos, pero además mejora la calidad de vida de los pacientes.

La profesión de la enfermería puede transformar la organización de los servicios de salud y la manera en que estos se prestan.

La figura del profesional de enfermería representa el primer contacto entre los individuos, familia y comunidad, dado que es quien brinda asistencia sanitaria esencial a un costo que la comunidad y el país puedan soportar y con un impacto ya demostrado en la salud del/a niño/a. En este sentido, el profesional de enfermería puede ejercer un papel fundamental en la prevención de estas ocurrencias y particularmente en la gestión de los programas asistenciales, dado el perfil de competencias para el cual fue formado a nivel de la enseñanza superior.

Sería beneficioso que desde las autoridades se entendiera la necesidad de incluirlos en todo el ciclo asistencial, desde el diseño hasta la ejecución de los programas y su retroalimentación, de manera de asegurar la mejora continua.

La salud infantil debe constituirse en el tema central de las propuestas políticas estatales a través de acciones coordinadas entre los efectores, la implementación de políticas, pautas y criterios comunes, considerando además que constituyen los ODM. De esta manera podrán encontrarse resultados de mayor impacto y utilización más eficiente de RR disponibles, que deberán incrementarse en función de la situación de salud identificada.

CAPITULO VIII

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Federación Médica del Interior. Sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales: antecedentes, situación actual y proyección. [Internet]. 2012. p. 14.
Disponible en:
http://www.femi.com.uy/archivos_v/Antecedentes%20y%20proyeccion%20del%20pago%20por%20metas.pdf [consulta: 10 may 2015].
- 2) Balsa AI, Triunfo P. La reforma de la salud en Uruguay: impacto en el acceso a servicios perinatales y en la salud del recién nacido. [Internet]. 2014. p. 2. Disponible en:
http://www.bcu.gub.uy/Comunicaciones/Jornadas%20de%20Economia/t_balsa_ana_2014_2599.pdf [consulta: 10 may 2015].
- 3) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro: metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. 2010. p. 28.
Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma%20%282%29.pdf [consulta: 12 may 2015].
- 4) Setaro M, Koolhaas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. [Internet]. 2008. p. 40. Disponible en:
<http://baseddp.mec.gub.uy/Documentos/Bibliodigi/ENIA%%202-%20Políticas%20de%20salud.pdf> [consulta: 01 may 2015].
- 5) Morales Medina SE. Aspectos introductorios a la evaluación del sector salud. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/evaluacion-programas-salud/evaluacion-programas-salud.pdf> [consulta: 03 jul 2015].
- 6) Federación Médica del Interior. Sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales: antecedentes, situación actual y proyección. Op. Cit. p. 21.
- 7) Organización Mundial de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud. [Internet]. 2000. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se9.pdf [consulta: 001 may 2015].
- 8) Bertucci G, Calderón JM, Fernández A, Ferreira B. Sistema de salud en Uruguay: análisis crítico. [Internet]. 2012. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos-pdf5/sistema-salud-uruguay-analisis-critico/sistema-salud-uruguay-analisis-critico.shtml#ixzz3WSIEOSjY> [consulta: 01 jul 2015].
- 9) Organización Panamericana de la Salud. La transformación de la gestión de los hospitales en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2001.

- 10) Organización Panamericana de la Salud. La salud y los objetivos de desarrollo del milenio. [Internet]. 2005. Disponible en: http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf [consulta: 02 jul 2015].
- 11) Passarello E. Calidad total y auditoría en servicios de salud. [Internet]. 1996. Disponible en: <http://es.slideshare.net/marcosmangione/passarello-espedito-calidad-total-servicios-de-salud> [consulta: 14 may 2015].
- 12) Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la promoción de la salud; principios y perspectivas. Washington: OPS; 2007.
- 13) Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.
- 14) Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2004; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&tlng=es [consulta: 14 may 2015].
- 15) González Ramos RM, Fernández Pratts M, González Longoria MC, Castro Bernal C, Vaillard Jiménez E, Lezama Flores G, et al. La calidad de la atención en salud. Suplemento Oral [Internet] 2008; (1): 3-20. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf> [consulta: 03 may 2015].
- 16) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Escuela de Gobierno en Salud Pública. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/observatoriorh.org.centro/files/webfiles/2014/venc.centro/doc_marco_EGSP_2013.pdf [consulta: 19 may 2015].
- 17) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro: metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Op. Cit. p. 36.
- 18) Setaro M, Koolhaas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Op. Cit. p. 6.
- 19) Ibid. p. 15.
- 20) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Cooperación de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud con la República Oriental del Uruguay. 2012-2015. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=407&Itemid=241 [consulta: 13 may 2015].
- 21) Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del censo de población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690> [consulta: 03 may 2015].
- 22) Organización Panamericana de la Salud. Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la región de América Latina. [Internet]. 2008. Disponible en:

http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Extension-Esquemas_Protecc_Social_Poblacion_MNI.pdf [consulta: 03 jun 2015].

23) Naranjo M. Evaluación de programas de salud: comunidad y salud. [Internet]. 2006; 4(2): 34-7. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005&lng=es [consulta: 12 jun 2015].

24) Organización Mundial de la Salud. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. [Internet]. 2012. Disponible en:

http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf [consulta: 4 jun 2015].

25) México. Secretaria de Salud de México. Programa de acción en materia de evaluación de desempeño 2001-2006. [Internet]. 2002. Disponible en:

http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pamed_2001-2006/pamed_2001-2006.pdf [consulta: 21 jun 2015].

26) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Cooperación de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud con la República Oriental del Uruguay. 2012-2015. [Op. Cit. p. 7.

27) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Área Economía de la Salud. Desempeño de los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud 2010- 2014. [Internet]. 2015 Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Desempe%C3%B1o%20Sectorial%202010-%202014_versi%C3%B3n%20final.pdf [consulta: 23 may 2015].

28) López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. Planificación sanitaria. Rev SEMERGEN Medicina de Familia [Internet] 2003; 29(5): 244-54. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-planificacion-sanitaria-i-S1138359303741872> [consulta: 01 may 2015].

29) Naranjo M. Evaluación de programas de salud: comunidad y salud. Op. Cit. p 34.

30) Organización Mundial de la Salud. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud. [Internet]. 2011. Disponible en:

http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf [consulta: 01 jun 2015].

31) Pabón Lasso H. Evaluación de los servicios de salud: conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. 2a. ed. Bogotá: Universidad del Valle; 1985.

- 32) Lam Díaz R, Hernández Ramírez P. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet] 2008; 24(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892008000200009&script=sci_arttext [consulta: 05 may 2015].
- 33) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro: metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Op. Cit. p. 88.
- 34) Setaro M, Koolhaas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Op. Cit. p. 21.
- 35) Villar H. Gestión de servicios de salud. Op. Cit. p. 54.
- 36) Ibid. p. 76.
- 37) Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Op. Cit.
- 38) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Epidemiología. Mortalidad infantil Uruguay 1998-2015: mortalidad infantil según sub-componente y causa. Uruguay: 1998-2015. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/estad%C3%ADsticas-de-mortalidad> [consulta: 11 may 2015].
- 39) Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Observatorio de derecho de la infancia y adolescencia en Uruguay. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.unicef.org/uruguay/spanish/observatorio-2012-web20121030.pdf> [consulta: 07 abr 2015].
- 40) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Tasa de mortalidad infantil neo precoz, neo partía y pos neo por departamento de residencia materna. Uruguay: 1984-2015: estadísticas de mortalidad. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/estad%C3%ADsticas-de-mortalidad> [consulta: 22 abr 2015].
- 41) Uruguay con el índice más bajo de mortalidad infantil de la historia. El País [Internet] 2016 marzo 7. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/uruguay-indice-mas-mortalidad-infantil.html> [consulta: 19 abr 2016].
- 42) Risquez A, Urbina Medina H, Ponce A. Indicadores hospitalarios 2011-2012: Hospital de Niños JM de los Ríos de Caracas, Venezuela. Arch Venez Puer Ped [Internet] 2014; 77(4): 162-9. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000400002&lng=es [consulta: 02 abr 2015].
- 43) Organización Mundial de la Salud. Nacidos demasiado pronto: informe de acción global sobre nacimientos prematuros. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born_too_soon_execsum_es.pdf [consulta: 01 may 2015].

- 44) Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Organización Mundial de la Salud. Para la vida. [Internet]. 2010. p. 24. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Facts_for_Life-Book_SP_04062010.pdf [consulta: 19 jun 2015].
- 45) Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay. [Internet]. 2015. p. 38. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=7be3f504-ebb9-4427-bb5d-cb4d9f242a7b&groupId=10181 [consulta: 04 abr 2015].
- 46) Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013: una mina de información sobre la salud pública. [Internet]. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf [consulta: 01 may 2015].
- 47) Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay. Op. Cit. p. 74.
- 48) Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. [Internet]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1 [consulta: 19 abr 2015].
- 49) Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Pobreza infantil en América Latina y el Caribe. [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.unicef.org/honduras/Pobreza_infantil_America_Latina_Caribe_2010.pdf [consulta: 06 abr 2015].
- 50) Roba Stuart O. Medición de la pobreza infantil en Uruguay. [Internet]. 2013. Disponible en: www.rau.edu.uy/ei/ciip/DT/Pobreza_infantil_Uruguay_DTI_P.pdf [consulta: 03 jun 2015].
- 51) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro: metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Op. Cit.
- 52) Setaro M, Koolhaas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Op Cit. p. 23.
- 53) México. Secretaria de Salud de México. Programa de acción en materia de evaluación de desempeño 2001-2006. Op. Cit. p. 51.
- 54) Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay. Op. Cit. p. 52.
- 55) Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Internet]. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua= [consulta: 03 may 2015].
- 56) Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Para la vida. Op Cit. p. 49.
- 57) Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay. Op. Cit. p. 79.

- 58) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Guía de intervenciones en el primer nivel de atención: control periódico del niño y la niña hasta los 14 años. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Pediatria/Control%20Periodico%20del%20Nino%20y%20Nina%20hasta%20los%2014%20anos.doc> [consulta: 05 may 2015].
- 59) Garza C, Onís M de. Justificación para la elaboración de una nueva referencia internacional del crecimiento. Food and Nutrition Bulletin [Internet] 2004; 25(1): 5-14. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/JustificacionMGRS.pdf?ua=1> [consulta: 05 may 2015].
- 60) Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Medicina. Departamento de Educación Médica. Estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Pediatria/index_aiepi.htm [consulta: 03 feb 2016].
- 61) Bilkis MD, Vásquez M, González Favre C, Vasicek M, Díaz S, Zambrano J, et al. Estudio multicéntrico de la urgencia pediátrica. Arch Argent Pediatr [Internet] 2006; 104(4): 301-8. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000400005&lng=es [consulta: 19 abr 2016].
- 62) Fuente D de la, Martínez A, González I, Peiro S. ¿Es necesario hospitalizar a tantos niños durante tantos días?: la hospitalización innecesaria en pediatría. An Pediatr Esp [Internet] 1999; 50(4): 373-8. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-4-9.pdf> [consulta: 24 abr 2016].
- 63) Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva. Análisis del estado de situación de la pediatría intensiva y neonatología en nuestro país: búsqueda de propuestas y soluciones. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.sunpi.org/descargas/FUTURO_DE_LA_ESPECIALIDAD.pdf [consulta: 24 ago 2015].
- 64) Uruguay. Ministerio de Economía y Finanzas. Llamado N° 16/2013 - Contratación de Servicios de C.T.I. (niños, recién nacidos y adultos) para pacientes de A.S.S.E., Hospital de Clínicas, Hospital Militar y Hospital Policial. [Internet]. 2013. Disponible en: www.mef.gub.uy/innovaportal/file/9334/9/autorizacion-cd-llamado-n-16-2013_enero_2016.xls [consulta: 07 feb 2016].
- 65) Oliveira Rosseto R de, Costa JR da, Mathias Freitas TA de. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. Rev Latino Am Enfermagem [Internet] 2012; 20(1): 135-42. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100018&script=sci_arttext&tlng=pt [consulta: 01 jun 2015].
- 66) Ase I, Buriyovich J. La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva [Internet] 2009; 5(1): 27-47. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-

[82652009000100003&lng=es](#) [consulta: 03 jul 2015].

- 67) Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Op. Cit.
- 68) Chancusing Martínez MI. Estudio de las causas que conducen al reingreso del recién nacido a la sala de neonatología del Hospital General de Latacunga, en el primer semestre del 2013 [tesis] [Internet]. 2014. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8346/1/Chanc%C3%BAsig%20Mart%C3%ADnez,%20Mar%C3%ADa%20Isabel.pdf> [consulta: 01 abr 2015].
- 69) Rodríguez JI. El niño hospitalizado: problemas frecuentes: la hospitalización pediátrica. [Internet]. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/pediatriaHosp/HospitalizacionPediatica.html> [consulta: 29 jun 2015].
- 70) Ramos J, Montiano J, Hernández R, García J. Situación de pediatría hospitalaria en España: informe de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO) An Pediatr [Internet] 2014; 81(5): 326-8. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/situacion-pediatria-hospitalaria-espana-informe/articulo/S1695403314000307/> [consulta: 29 jun 2015].
- 71) Rodríguez JI. El niño hospitalizado: problemas frecuentes: la hospitalización pediátrica. Op. Cit.
- 72) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Valor cuota salud enero 2015. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/valor-cuota-salud-enero-2015-0> [consulta: 19 jun 2015].
- 73) Balsa AI, Triunfo P. La reforma de la salud en Uruguay: impacto en el acceso a servicios perinatales y en la salud del recién nacido. Op. Cit. p. 7.
- 74) Federación Médica del Interior. Sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales: antecedentes, situación actual y proyección. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.femi.com.uy/archivos_v/Antecedentes%20y%20proyeccion%20del%20pago%20por%20metas.pdf [consulta: 23 abr 2015].
- 75) Ibid. p. 16.
- 76) Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Op. Cit.
- 77) Federación Médica del Interior. Sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales: antecedentes, situación actual y proyección. Op. Cit. p. 32.
- 78) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 5^a. ed. México: Mc Graw Hill; 2010

CAPITULO IX

9.1. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Montevideo, 18 de noviembre del 2015

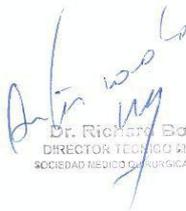
Sociedad Médico Quirúrgica de Salto (SMQS)
Dirección Técnica Médica, Dr. Richard Boucq.

Quien suscribe, en carácter de tutor de la Lic. Andrea Princisgh, solicita autorización para realizar el estudio de investigación titulado : "Efectividad del Programa de Atención a la niñez, en un efector privado del SNIS" , en el marco de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud que desarrolla nuestra Facultad.

Consideramos que el mismo puede aportar al beneficio de vuestra organización asistencial al mismo tiempo de resolver un requisito académico.

Quedamos a la espera de respuesta favorable, asegurando la confidencialidad de la información relevada y la devolución de los resultados obtenidos.

Saluda atte.:


Dr. Richard Boucq
DIRECTOR TÉCNICO MÉDICO
SOCIEDAD MÉDICO QUIRÚRGICA DE SALTO


Prof. Mag. Alicia Cabrera
Dirección Cátedra de Administración