

GESTIÓN DE CALIDAD APLICADA A UN PROGRAMA EXTRAHOSPITALARIO

Milton Sbarbaro¹
Alicia Nantes²

Recibido: 16 de julio de 2012.

Aceptado: 3 de noviembre de 2012.

Resumen

“La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud”³. Los objetivos dependen de las políticas llevadas adelante por los gobiernos y son una decisión consciente de las estrategias públicas a priorizar de acuerdo a razones políticas, éticas o económicas.

En el presente trabajo se pretende analizar las dificultades por las que aún hoy transita nuestro Sistema de Salud, para llevar adelante la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), planteada por la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (OPS – OMS), para desarrollar los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS) y así lograr servicios de salud más accesibles y eficientes. Para ello se analizará el funcionamiento de un programa de salud, desarrollado en el Primer Nivel de Atención (Programa Aduana), que se encuentra enmarcado en el Área de Niñez y Adolescencia de la Administración de Servicios de Salud del Estado dependiente del Ministerio de Salud Pública (ASSE-MSP). Se reflexionará sobre qué tan cerca se está, en dicho programa, de alcanzar los objetivos de salud definidos para su población de referencia, por la Red de Atención del Primer Nivel, Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP – ASSE), y cuáles son las dificultades que aún enfrenta el mismo, enfocado fundamentalmente en los aspectos referidos al recurso humano y los sistemas de registros.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Enfermería, Recursos humanos, Sistemas de información.

¹ Licenciado Enfermero. Esp. en Gestión de Servicios de Salud. Prof. Adj. Cátedra de Administración. Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Uruguay. miltonsbarbaro@gmail.com.

² Licenciada Enfermera. Especialista en Gestión de los Servicios de Salud. Cátedra de Administración- Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. alicia.nantes@gmail.com.

³ OPS/OMS. Salud en las Américas. Vol. I, Cap. IV Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. Washington: 2007:314.

QUALITY MANAGEMENT APPLIED TO AN OUTPATIENT PROGRAM

Abstract⁴

"Health is a prerequisite for achieving the objectives of social politics designed to achieve national goals of economic growth and welfare, including social development and health." These targets depend on the politics carried out by governments and are a conscious decision to prioritize public strategies according to political reasons, ethical or economic.

The present paper tries to analyze the difficulties that still travel our health system, to carry forward the initiative of Integrated Networks of Health Services (RIDSS), planed by the Pan American Health Organization - World Health Organization (PAHO - WHO) to develop health systems based on Primary Health Care (PHC), and thus to obtain health services more accessible and efficient.

This will review the operation of a health program, developed in the First Level of Care (Program Aduana), which is framed in the Area of Child and Adolescent Services Administration of Health under the Ministry of Public Health (ASSE-MSP). We will reflect how close this program is from achieving its health objectives defined for the reference population, by Network First Level Care, Health Services Administration of the State (RAP -ASSE), and what are the difficulties they still face, focusing fundamentally on matters relating to human resources and the records systems.

Key words: Primary Health Care, Nursing, Human Resources, Information Systems.

GESTÃO DA QUALIDADE APLICADA A UM PROGRAMA AMBULATORIAL

Resumo⁵

"A saúde é um pré-requisito para a consecução dos objectivos das políticas sociais destinadas a alcançar os objetivos nacionais de crescimento econômico e bem-estar, incluindo o desenvolvimento social e saúde." Estes objectivos dependem das políticas levadas a cabo por governos e são uma decisão consciente para priorizar estratégias públicas de acordo com razões políticas, éticas ou econômicas.

No presente trabalho é analisar as dificuldades que ainda viaja nosso sistema de saúde, para levar adiante a iniciativa de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), levantados pela Organização Pan Americana de Saúde - Organização Mundial da Saúde (OPS - OMS) para desenvolver sistemas de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde (APS) e, assim, obter serviços de saúde mais acessíveis e eficientes. Isto irá rever o funcionamento de um programa de saúde, desenvolvido no primeiro nível do Programa de Cuidados (Programa Aduana), que está enquadrado na Área da Criança e do Adolescente Administração de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde Pública (ASSE-MSP).

Vamos refletir sobre o quão próximo está, neste programa, para alcançar os objetivos definidos para a saúde da população de referência, por Rede de Cuidados de Primeiro Nível, Serviços de Saúde Administração do Estado (RAP - ASSE), e que as dificuldades que ainda enfrentam o mesmo, com foco em questões relacionadas fundamentalmente com recursos humanos e sistemas de registros.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, Recursos Humanos, Sistemas de Informação.

⁴ Traducción realizada por los autores.

⁵ Traducción realizada por los autores

Introducción

El recientemente creado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay, ha planteado por Ley el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país, asegurando la equidad de las prestaciones y la accesibilidad a servicios integrales de salud de los mismos (Ley 18211, artículo 3); aún hoy quedan grupos poblacionales que no acceden, o acceden tarde y en forma no equitativa a dichos servicios. Y siempre son las poblaciones más vulnerables las relegadas en el acceso a prestaciones integrales de salud, y en particular son los niños de esa franja poblacional, quienes se ven más violentados por el sistema, casi relegados del derecho a la protección de la salud que reza la Ley.

“El crecimiento y desarrollo de la infancia involucra etapas fundamentales para la expresión adecuada del potencial de cada ser humano. Al nacer, las personas poseemos 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, el padre, la familia y el entorno, y actividades de prevención de patologías específicas de demostrada eficacia (Ej.: vacunas), y no sólo la asistencia a la enfermedad ya constituida”⁶. Así encabeza el Ministerio de Salud Pública (MSP) la Guía para las intervenciones en el Primer Nivel de Atención, poniendo el énfasis en el desarrollo de estrategias a éste nivel para que éste enunciado se transforme en una realidad del Sistema Nacional Integrado de Salud.

H. Villar (2005), en su libro *Descentralización en Salud. Sistemas Departamentales de Atención*, plantea que la descentralización y el desarrollo local constituyen instrumentos

idóneos para los procesos de democratización y de mayor participación y justicia social así como para asegurar accesibilidad y lograr equidad, eficacia y eficiencia en la gestión, lo cual es recogido en la Ley del SNIS; pero este autor va más allá y plantea que para el desarrollo de éstas políticas en el primer nivel de atención es fundamental desarrollar los equipos de salud (conformados por médicos y licenciados en enfermería), con una estructura básica de apoyo.

En esa misma línea, en el 49° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizado en Washington en octubre de 2009 se aprobó la Resolución CD49.R22, sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la Atención Primaria de Salud (APS), para lograr servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. La OPS plantea que para que la estrategia RISS funcione se debe presentar un territorio y una población definidas, un primer nivel de atención multidisciplinario, que sirva de puerta de entrada al sistema, centrando la atención en el individuo, la familia y la comunidad. Asimismo debe presentar un sistema de gobernanza único, con participación social y acción intersectorial; debe presentar entre otros un sistema de gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, una gestión basada en resultados, con recursos humanos suficientes y valorados por la red y con un sistema de información integrada que vincule toda la red; y sumado a esto debe tener recursos financieros adecuados, con incentivos financieros alineados a las metas planteadas para la red.

⁶ González M, Chirigliano G, Bastos M, Foren M, Harretche AM, Spalter E. Control periódico del niño y niña hasta los 14 años. Guía de intervenciones en el primer nivel de atención. Uruguay: Ministerio de Salud Pública, Facultad de Medicina, Intendencia Municipal de Montevideo, 2001.

Síntesis Diagnóstica del Programa Aduana⁷

Componente Central

El Programa Aduana surge en el año 1971 como un subprograma del programa Materno Infantil del MSP que comienza a funcionar en el año 1974 en los hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell (CHPR). El mismo consistía en la utilización de un sistema de referencia de los recién nacidos a los que se derivaba al alta de los mismos a 4 centros de salud y 10 servicios del Consejo del Niño (hoy Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay -INAU), ésta actividad era desarrollada por personal de enfermería de los servicios.

A partir de ese momento y hasta la fecha se han realizado una serie de modificaciones, incorporando recursos específicos, nuevos campos de trabajo y pautas de referencia y contra referencia con el CHPR, con el objetivo fundamental de lograr la captación, control de salud y seguimiento de los recién nacidos y niños hasta los 3 años de vida (a partir del año 2011).

Estas cuatro décadas de trabajo han dejado rasgos que caracterizan al programa, como lo son el enfoque preventivo, la coordinación intra e inter institucional, dejando actualmente una estructura que permite identificar tres componentes:

a).- un componente Central constituido por el equipo ubicado en la sede central de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo.

b).- un componente hospitalario, donde se capta al recién nacido en las maternidades

(Hospital Pereira Rossell y Hospital de Clínicas fundamentalmente), contándose con 1 Licenciado en Enfermería, 2 Auxiliares de Enfermería y 2 Auxiliares en Registros Médicos para el desarrollo de las actividades en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, mientras que en el Hospital de Clínicas⁸ no hay funcionario referente para la tarea.

c).- un componente periférico, constituido por los efectores en el Primer Nivel de Atención (Centros de Salud de la RAP, policlínicas Municipales, Médicos de Familia y policlínicas barriales autogestionadas). En donde el recurso humano asignado por la RAP para el Programa es de 90 Médicos Peditras, 65 Médicos de Familia y 20 Enfermeros (entre licenciados y auxiliares).

Conjuntamente con este desarrollo se fue generando un sistema de registro de información hasta contar en la actualidad con un sistema de información a nivel nacional, que conecta en red a los Centros de Salud, policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), las diferentes Maternidades y la Central de la RAP; sistema al que se accede desde cualquier servicio de salud a nivel nacional (que tenga un computador), y en forma descentralizada, a través de una clave personal obteniendo los datos on-line con una actualización diaria de los mismos a nivel hospitalario. Asimismo, se tiende a desarrollar la visita domiciliaria como herramienta de gran valor, que “posibilita el acercamiento hacia el usuario, su familia y su hábitat por parte del equipo de salud”⁹

⁷ Los datos para la realización de la síntesis diagnóstica del Programa Aduana, fueron aportados en entrevistas personales, por la responsable del Área de Niñez y Adolescencia (dependiente de la Dirección de Desarrollo Institucional), ASSE-MSP; la responsable del Programa en el Centro Hospitalario Pereira Rossell; la Dirección del Servicio descentralizado (Centro de salud) y de la responsable del Programa Aduana en dicho servicio. Además de datos obtenidos, entre otros documentos, de diagnósticos realizados por Internos de la Facultad de Enfermería trabajando en dicho programa.

⁸ Hospital de la Universidad de la República,

⁹ RAP – ASSE. Programa Aduana. Montevideo: Informe 2011: 5.

Componente hospitalario

Centro Hospitalario Pereira Rossell

En éste servicio se produce el mayor número de nacimientos del país (aproximadamente 600 nacimientos por mes), por lo que se transforma en el principal componente de referencia del Programa.

Allí se realiza el ingreso al sistema informatizado, de los nacimientos que se producen en el CHPR, el Hospital de Clínicas, Hospital Policial, Unidad de Perinatología (ex Sanatorio Canzani) del Banco de Previsión Social (BPS) y de los “partos en ciudad”. Para ello desarrollaron un sistema de “censos diarios”, que le permiten la obtención del dato y su ingreso al sistema de forma diaria, o en su defecto con una demora de 24 horas, realizando una cobertura de los 365 días del año, las 24 horas. A su vez presentan un listado de referentes por Servicios del componente periférico (policlínicas).

Desde allí se realiza la derivación a los diferentes Centros de Salud, al alta del recién nacido, a través de un sistema de geo referencia según el domicilio brindado por la madre.

Componente periférico

Policlínica La Cruz de Carrasco¹⁰

Este centro es un servicio de Primer Nivel de Atención, el cual depende de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Ministerio de Salud Pública, y de quién dependen las policlínicas “Ricardo Yanicelli”, Carrasco Norte, UTE, La Virgen y la policlínica del asentamiento Acosta y Lara, además de cinco consultorios periféricos a cargo de médicos de familia.

Según el modelo de clasificación de unidades asistenciales de ASSE (Decreto 460/2001 del Poder Ejecutivo), el Centro de salud de La Cruz de Carrasco, Unidad Ejecutora N° 02, es clasificado dentro del grupo de servicios de

Nivel de Gestión 3 . El objetivo para éste nivel de gestión, es “dar respuesta en forma programada a la mayor parte de las necesidades de salud de la población de su área de responsabilidad directa, con acciones fundamentalmente de promoción y prevención, diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación de la salud en los casos de patologías comunes no complicadas. Puede constituirse en la puerta de entrada del usuario a la red asistencial de ASSE”¹¹.

El Centro cuenta con una estructura funcional mínima a cargo de una dirección con encargados de área, y con una cartera de servicios compuesta por radiología, laboratorio, farmacia, vacunaciones, archivos médicos, salud mental, medicina general o familiar, pediatría, ginecología, odontología, asistencia social, cardiología, dermatología, nefrología, fisioterapia, endocrinología, otorrinolaringología, enfermería y nutrición; a su vez se plantea el trabajo en los programas prioritarios de Salud de la Mujer y Género, Salud del Adolescente, Programa Aduana, y el Programa del Adulto y Adulto Mayor.

Para cubrir éstos servicios y programas se cuenta a la fecha actual con los siguientes recursos humanos: 3 Licenciados en Enfermería, 6 Auxiliares de Enfermería, 1 Radiólogo, 1 Químico Farmacéutico y 3 Auxiliares de Farmacia, 5 Auxiliares de Registros Médicos, 2 Odontólogos, 2 psiquiatras, 1 Administrativo, 4 Asistentes Sociales, 3 médicos generales (formando parte de un equipo con Internos y residentes en Medicina Familiar), 5 médicos pediatras, 3 Ginecólogos, 2 Parteras, 2 internas de partera, 1 Cardiólogo, 1 Dermatólogo, 1 Nefrólogo, 1 Fisioterapeuta, 1 Endocrinólogo, 1 ORL, 1 Nutricionista, 1 chofer y 5 Auxiliares de Servicio.

¹⁰ La Cruz de Carrasco es un barrio de Montevideo, capital de Uruguay.

¹¹ MSP – ASSE. Planificación de la Red Asistencial de ASSE. Montevideo: 2004: 69,71, 74.

Los servicios de referencia de 2do. Nivel de Atención para el Centro de Salud son el Centro Hospitalario Pereira Rossell, y el Hospital de Clínicas, para las referencias de embarazadas y niños y el Hospital Pasteur¹² para los usuarios adultos. En el año 2004, la población total de Montevideo era de 1.325.968 habitantes, de los cuáles los menores de 3 años ascendían a 69.859¹³ que representa un 5,27% del total. Según el censo de 1996 del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población de la zona de referencia del centro de salud de La Cruz de Carrasco, ascendía a 77.600 habitantes, por lo que habría una población promedio de 4090 niños menores de 3 años. Según datos de ASSE de mayo del 2005, la población que se atiende en el centro es de 19.932 usuarios, en su mayoría población joven, entre 0 a 24 años. La población infantil representa el 31,8% (6.338 niños) del total. El Programa Aduana en el Centro de Salud es llevado adelante por 2 Internas de la Licenciatura en Enfermería, y 2 Auxiliares de Enfermería, con la referencia de un Licenciado en Enfermería sin horas directas asignadas al programa; a su vez existe un Auxiliar de Enfermería con la responsabilidad de ingresar los datos al sistema informático. También se cuenta con 5 Pediatras y un Licenciado en Fisioterapia respiratoria con 3 horas semanales dedicadas al programa y dos Asistentes Sociales. A su vez se cuenta con vehículo los días lunes y martes de 10 a 14 horas para la realización de las visitas domiciliarias, pero éste en ese horario no se encuentra en forma exclusiva para dicha actividad.

Los sistemas de información con los que se trabaja en el programa son la historia clínica unificada, donde se registran los datos tanto del niño como de la madre y su composición familiar; en ella el registro de la valoración e indicaciones es por parte del médico Pediatra, registrando Enfermería solamente los datos antropométricos; en el carné del niño el registro lo realiza Enfermería; el certificado esquema de vacunación es registrado por la vacunadora; y el sistema informático es actualizado por un Auxiliar de Enfermería, solamente con los datos de los niños que se controlan en el Centro de Salud, pero no con los controlados en las policlínicas periféricas, por no contar con un equipo informático para ello, por lo que existe un subregistro llevando a duplicar acciones en cuanto a la captación de los mismos o duplicación de las visitas domiciliarias.

De los datos obtenidos de los informes de los Internos de Enfermería que trabajan en el programa (sólo se pudieron obtener datos referentes a niños con edades entre 0-12 meses de edad), se desprende de los indicadores básicos del programa que aún existe un 32% de niños que se captan tardíamente, ya sea para el primer control, como en su seguimiento luego de haber tenido su primer control en el centro; asimismo el 58.7% de los niños no se encuentran con la alimentación acorde para su edad, notándose una mayor dificultad en la alimentación a través del pecho directo exclusivo (16.8% aproximadamente); en cuanto a las inmunizaciones se refleja que un 9% aún presenta deficiencias en su realización, mientras que cerca del 40% de la población no concurre a los controles de salud en tiempo y forma.

¹² Centro hospitalario público, de adultos, del Ministerio de Salud Pública.

¹³ Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) – Censo de Uruguay, Fase I. 2001.

| Riesgo | Edad (meses) | Captación Tardía (%) | Alimentación NO acorde (%) | CEV NO vigente (%) | Control NO acorde (%) |
|---|-----------------|----------------------|----------------------------|--------------------|-----------------------|
| 1 | 0 – 1 (0%) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 – 6 (25%) | 0 | 33 % | 0 | 33 % |
| 1 | 6 – 12 (75%) | 11 % | 22 % | 11 % | 11 % |
| Subtotal R1 | | 11 % | 55 % | 11 % | 44 % |
| 2 | 0 – 1 (18%) | 13 % | 20% | 3% | 7% |
| 2 | 1 – 6 (30%) | 19 % | 8 % | 4 % | 12 % |
| 2 | 6 – 12 (52%) | 18 % | 42 % | 4 % | 26 % |
| Subtotal R2 | | 50 % | 70% | 11 % | 45% |
| 3 | 0 – 1 (22%) | 15% | 10 % | 0 | 10 % |
| 3 | 1 – 6 (21%) | 11 % | 7 % | 3 % | 10 % |
| 3 | 6 – 12 (57%) | 9 % | 34 % | 2 % | 10% |
| Subtotal R3 | | 35 % | 51 % | 5 % | 30 % |
| TOTALES | | 32 % | 58.7 % | 9 % | 39.7 % |
| Fuente: Internos de Enfermería - Diagnósticos de salud. Tabla de elaboración propia | | | | | |

Análisis

Uruguay ha presentado una tendencia descendente en su tasa de mortalidad infantil (TMI), recordemos que el país, estableció dentro de los Objetivos del Milenio (ODM), lograr una TMI de 6.9‰ para el año 2015.

En el año 2004 la TMI alcanzó valores de 13,2‰, mientras que en el año 2009 dicha tasa descendió a 9.6‰, cumpliéndose la meta propuesta por el país para ese año (llevar la TMI a un dígito).

En el año 2010 se mantuvo y potenció la tendencia a la reducción de la tasa, alcanzando el valor de 7.71‰ lo que correspondió a 364 niños fallecidos menores de 1 año de vida, es decir 96 menos que en 2009 y ya cinco años antes muy cerca de la meta de los ODM.

Dentro de la mortalidad infantil existe una diferencia entre la mortalidad neonatal, la mortalidad pos neonatal, la cuál es más dependiente de los factores ambientales y sanitarios, y representan en nuestro país un 48% de los fallecidos en el 2010.

De estas causas, más del 50% pueden ser prevenibles si se continúan desarrollando los compromisos asumidos en las conferencias internacionales, referentes al primer nivel de atención, según normas de OPS - OMS.

Para el Gobierno “está claro que la reducción de la TMI adquiere su proceso más fuerte desde 2008 en los últimos tres años cuando adquirieron relevancia la propia reforma de la salud, la reforma tributaria, los cambios en asignaciones familiares y en los regímenes de protección social. Es decir es el resultado de las reformas estructurales de nuestro modelo de desarrollo”¹⁴.

En el año 2005 la TMI fue de 12,7 por cada mil nacidos vivos; cae de 29,4‰ en 1985 a 12,7‰ en 2005, ésta reducción de 56,8% se debe al descenso de la mortalidad que se registraba en los servicios públicos de salud.

Entre 1986 y 2001 la tasa de mortalidad desciende un 44,3% en Montevideo, mientras que en el resto del país desciende un 53,9%. Existen importantes diferencias en los niveles de la TMI entre los diferentes departamentos del país; en Montevideo se verifican diferencias entre sus barrios, según las condiciones diferenciales de bienestar, infraestructura y de acceso a servicios públicos. Si bien enfocarse en los indicadores de morbi-mortalidad en la niñez es importante y necesario, no es suficiente; estudios publicados por M. Setaro (2008) en cuadernos de la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) denominados Políticas de Salud Para la Infancia y la Adolescencia, muestran que los principales problemas de salud de la población infantil y adolescente se posicionan cada vez más en el crecimiento y el correcto desarrollo. Es importante además tomar en cuenta para cualquier planteo de trabajo con la población de referencia, que existe el fenómeno conocido como infantilización de la pobreza, presente en Uruguay desde hace años, con una alta cobertura parcial y pública de asistencia para dicha población. En resumen, si bien se puede decir que el país viene mejorando de manera sostenida en la mejora de este indicador (TMI pos neonatal); la publicación de M. Setaro (2008) muestra que aún existen importantes asimetrías, según niveles socioeconómicos y zonas de residencia y que a su vez, “la comparación internacional nos 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 que el nuestro”¹⁵.

¹⁴ MSP. Informe Especial. La reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en Uruguay. Montevideo: 2010:9.

¹⁵ Setaro M, Colas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Cuadernos de Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia (ENIA). Montevideo: 2008.

Según datos extraídos de la publicación Políticas de Salud en Cuadernos de la ENIA (Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia) la población infantil entre 0 y 5 años presenta como característica peculiar que un alto porcentaje relativo de la misma posee cobertura parcial (7.8% en 2006 y 8.2% en 2007).

Esta publicación continúa afirmando que tenemos que aproximadamente uno de cada diez niños menores de 6 años tiene algún tipo de problema de acceso a los servicios de salud, lo que constituye un dato que tiene importantes implicancias para el diseño de políticas de salud.

En los datos recabados del Programa Aduana en el Centro de Salud de La Cruz de Carrasco, se muestra además que cerca de un 40% de éstos usuarios no están controlados en tiempo y forma, con un ingreso tardío al sistema de más del 30%; por lo que se desprende que aún queda mucho por hacer en cuanto a la equidad y accesibilidad a los servicios de salud.

Por ello y para contribuir al logro de los ODM, es indispensable según refiere H. Villar (2005), desarrollar el modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS), para poder dar respuesta sistémicamente a las necesidades de salud de la población. Para el desarrollo de los SILOS, es necesario tener en cuenta factores como razón demográfica (cantidad, densidad y distribución de la población), características geográficas, sistemas de comunicación, perfil epidemiológico de la población, demandas y necesidades de atención, y cantidad, distribución y complejidad de los servicios de atención a la salud; esta conceptualización que realiza Villar (2005) se complementa y refuerza con la estrategia RISS de OPS-OMS, en cuanto a la necesidad de incorporar ciertos elementos fundamentales para que el sistema basado en la APS funcione.

Para que ésta estrategia (RISS) funcione deberá siempre y en todo caso, estar respaldado por una política de Estado que impulse las RISS como estrategia fundamental para lograr servicios de salud

más accesibles e integrales¹⁶.

A nivel normativo el SNIS ha desarrollado diferentes estrategias para que la autoridad sanitaria tenga una política proactiva de salud. En éste sentido la Ley 18211 define el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), estableciendo las prestaciones y programas de salud prioritarios, uno de ellos es el de la Niñez y Adolescencia, estableciendo a través de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) el mecanismo de las Cuotas de Salud y las Metas Asistenciales con el objetivo de lograr un impacto positivo sobre la salud de éste grupo poblacional.

A través de éstas estructuras se definen los costos de atención para los servicios, en el cuál el grupo de mayor costo de atención se concentra en los tramos de niños menores de 4 años; “un prestador de salud recibe por un recién nacido entre \$U 2.400 - \$U 2.833 (pesos uruguayos) mensuales, que es casi el triple de lo que recibiría por un adulto varón de 47 años”¹⁷.

Por otro lado la Meta Asistencial está dirigida a establecer nuevos incentivos económicos para los prestadores de salud del SNIS, que se suma a la Cuota Salud, ya que se entiende que ésta no es suficiente para elevar el desempeño asistencial. “En la primera etapa de la reforma el MSP ha definido que las metas deben estar focalizadas en el cumplimiento de actividades de Salud Materno Infantil, que se deducen de los Programas Prioritarios de Salud que ha definido la Dirección General de Salud (DIGESA). En el cuadro siguiente se muestra una selección de las metas que impactan directamente en la salud de los niños.

¹⁶ OPS-OMS. RISS Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en la Américas. Washington: mayo 2010.

¹⁷ Setaro M, Colas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Cuadernos de la ENIA Montevideo: 2008:25.

METAS Asistenciales del SNIS:

- Generalización del Programa Aduana a todos los efectores del SNIS.
- Al menos 8 controles de salud al año en primer año de vida.
- Plan Ampliado de Inmunización primer año de vida (100%).
- Promoción de la Lactancia Materna según pauta.
- Ecografía de Cadera de niño antes de cumplir 4 meses (100%).

Elaborado por M. Setaro en base a MSP-DIGESA (2007).

Este esquema de definiciones a nivel normativo, debería ser un incentivo más para desarrollar la estrategia de APS; pero como se ve en los resultados, el trabajo en el primer nivel de atención no depende solamente de una reorientación presupuestal, sino de un convencimiento y compromiso de las autoridades, permitiendo la participación de la comunidad en la definición de las políticas de salud; y desarrollando el equipo básico de salud para el primer nivel de atención, definido internacionalmente y propuesto por la Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE - MSP) para ASSE, en la cual se plantea para el nivel operativo un equipo de enfermería conformado por licenciados y auxiliares de enfermería, debiéndose incorporar internos y residentes de enfermería según norma internacional, y orientando al cumplimiento del estándar regional de un médico-un enfermero profesional en el primer nivel de atención.

Esta opinión se refuerza con los resultados de la investigación desarrollada en España, relacionada al trabajo enfermero en APS, de la cual surge que “el 96,3% de los pacientes afirma que su familia valora positivamente el trabajo y el apoyo que recibe del profesional de enfermería que lo atiende. Cifra coincidente con la propia opinión del paciente. Además, un 69,1% afirma que el trato recibido es “excelente”, y un 96,6% considera que la atención domiciliar de enfermería contribuye a mejorar su situación

de salud”¹⁸

A su vez es importante, para avanzar en el cuidado de salud a la población, mirarnos y compararnos con los sistemas de salud en los cuales el desarrollo del primer nivel de atención funciona y es reconocido internacionalmente, dando respuestas a las necesidades de salud de las poblaciones, reorientando los sistemas hacia la prevención con los beneficios para el sistema en cuanto a disminución de costos; logrando tener poblaciones más sanas con un sistema planificado que no actúa en reacción, sino que define sus estrategias en base al estudio demográfico de la población, las características geográficas y los sistemas de comunicación presentes, y el perfil epidemiológico de las comunidades, sumado a las demandas y necesidades de atención en relación a la cantidad, distribución y complejidad de los servicios de atención a la salud, tal cual lo plantean H. Villar y C. Ferreira en su libro *Descentralización en Salud* (2005).

Por ejemplo la República de Cuba, uno de los países reconocidos por su desarrollo en APS que le permite tener excelentes resultados en relación a la muy baja TMI, lo ha logrado reorientando el sistema de salud hacia la Atención Primaria, desarrollando y fortaleciendo, como pilar fundamental para ese trabajo, al equipo de salud básico conformado por el médico y la enfermera de la familia.

Según lo expresado por el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, en su documento *Políticas, Estrategias y Programas* (1998), el programa del médico y la enfermera de la familia, se ratifica como el eje del actual desarrollo estratégico, orientándose el resto de las estrategias a partir y en función de ella.

¹⁸ Fuente Isaz Gallego C. Enfermería en Investigación. Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería. Visita Domiciliaria Programada de Enfermería a Personas Mayores de 65 años. Madrid: 2002:43.

Ese modelo de atención (APS), siguen diciendo, es la mayor fortaleza y potencialidad que tiene nuestro sistema de salud. Podemos afirmar que por su existencia, a su filosofía, a sus bases teóricas y a lo que ha podido proporcionarle al sistema se han logrado mantener los indicadores de salud y satisfacer las necesidades de la población y constituir un pilar básico de la salud pública cubana.

La OPS, en su documento sobre RISS, plantea que la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades de las poblaciones está vinculada directamente al número, distribución y competencias del recurso humano, que lo caracteriza como el capital más importante de la red. Asimismo plantea que para el desarrollo de la estrategia RISS, se necesita de políticas nacionales de formación y gestión del recurso humano. Es decir que la accesibilidad de la población a los servicios de salud está limitada por las políticas en recursos humanos llevadas adelante por los hacedores de políticas y gestores del sistema de salud.

Decíamos que los incentivos económicos que el sistema había generado para los prestadores de salud por sí sólo no resolvían el trabajo de la asistencia en los servicios de salud, por lo que deberían de conformarse los equipos de salud planteados y reconocerlos como tales desde las responsabilidades hasta las retribuciones. En éste sentido desde el gobierno central se deberían plantear cambios para eliminar las diferencias dentro del equipo de salud, desde el uso de vocabularios que generan diferencias (médicos y trabajadores no médicos), hasta la igualdad en los incentivos salariales, sin priorizar a un integrante del equipo en desmedro del resto, y pretender luego que funcionen sin diferencias en el sistema.

Como se ve en los datos oficiales, la política salarial es muy dispar, cuestión que no ayuda a fortalecer la unidad necesaria para la acción, haciendo creer (en el discurso) que todos los integrantes tienen la misma importancia, pero que no se muestra al momento de reconocer dicho trabajo.

Es así que si bien “ASSE ha aumentado los salarios pagados entre 2004 y 2007 de 2.370 millones de pesos a 4.070 millones de pesos, con un aumento de 70% de los recursos destinados a salarios; el aumento de los salarios de los trabajadores no médicos que en términos reales al final del período de gobierno crecerá 40%, el salario médico mínimo se ha multiplicado por 3 y terminará multiplicado por 6 al final del periodo de gobierno”¹⁹, manteniendo y profundizando las diferencias dentro del equipo de salud con un aumento salarial para los no médicos del 40% y para los médicos del 300% proyectado al 600% al final del período de gobierno.

Además si bien, como se plantea en varios documentos públicos, existen equipos de salud funcionando en el primer nivel de atención, los mismos no tienen la integración básica planteada, con la ausencia de enfermería profesional, y con responsabilidades muy limitadas de los integrantes no médicos del equipo, trabajando aún hoy con un peso muy fuerte del esquema histórico y caduco, medico- hegemónico.

Fuentelsaz (2002) , en su investigación en APS desarrollada en el Sistema Nacional de Salud de España, plantea que “un análisis del perfil de los profesionales sanitarios que realizan estas visitas (domiciliarias) revela que la enfermería presenta un rol predominante en cuanto a los niveles de actividad;” y continúa diciendo que “cabe destacar que la actividad que se registra en la mayoría de los estudios revisados es la realización de curas, la educación para la salud y valoración del paciente”,²⁰ reforzando la importancia de la enfermería profesional en el cuidado de la salud en las comunidades,

¹⁹ Setaro M, Colas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Cuadernos de la ENIA. Montevideo: 2008: 30.

²⁰ Fuentelsaz Gallego C. Enfermería en Investigación. Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería. Visita Domiciliaria Programada de Enfermería a Personas Mayores de 65 años. Madrid: 2002:42.

como un integrante del equipo básico de salud.

M. Setaro en Cuadernos del ENIA (2008) plantea que para lograr disminuir la TMI es necesario desarrollar acciones para un mejor control de la embarazada y un seguimiento de la madre y del niño posterior al parto (Arroyo *et al.* 2007),²¹ lo que implica necesariamente el trabajo por programas, eliminando de éste nivel la espontaneidad en el cuidado.

En el programa en análisis, esta situación hace que no se pueda trabajar por programas, tal cual lo definen las estrategias en APS, ya que el personal con formación en programas (enfermero profesional) no se encuentra en el equipo con horas destinadas para dicho trabajo. A su vez como se muestra en los diferentes diagnósticos, no se cuenta con la infraestructura básica para el desarrollo de las actividades planteadas como fundamentales (visitas domiciliarias y registros entre otros) en éste nivel, ya que no hay la suficiente cantidad de horas vehículo tal cual lo necesita éste programa para cubrir la extensa zona de referencia que presenta el Centro de Salud, sumado a que no está conectado con las policlínicas periféricas, duplicando algunos procesos y por ende los costos.

H. Villar (2005) define claramente ésta problemática como factor fundamental a resolver, si se pretende tener una atención de calidad en el Primer Nivel de Atención, planteando que “el tema de fortalecer el primer nivel de atención no se resuelve nombrando equipos de médicos que carecen de una estructura básica de apoyo. No se resuelve con un par de consultorios y algunos equipos elementales, donde ni siquiera trabajan licenciados en enfermería, que constituyen un pilar básico para cualquier programa de atención del primer nivel bien organizado. El riesgo de proceder de esa manera es reforzar la opinión de “atención de segunda” y de que la verdadera atención, la

que resuelve los problemas, está en los hospitales”²²

Otro aspecto a tener en cuenta para el mejoramiento del programa es el relacionado al sistema de información, ya que como plantea tanto la responsable del Programa Aduana del CHPR, como la responsable operativa del Programa en el Centro de Salud, “*existen dificultades en el registro de datos en el Sistema.*”

Es urgente hacer conciencia que para lograr el cambio de modelo asistencial, centrándolo en el usuario, se hace necesario cambiar la perspectiva hacia una gestión de la información y el conocimiento.

Villar (2005) plantea en ese sentido, la necesidad de que éstos sistemas locales (SILOS), posean una capacidad administrativa, como actividad desarrollada con criterio científico, que satisfaga algunos requisitos mínimos, entre los que se encuentra “*la existencia de un sistema de información que permita recolectar datos sobre situación de salud y prestación de servicios, que incorpore el análisis epidemiológico y administrativo de esa información y que utilice el análisis de sistema para el proceso de gestión.*”²³

Los sistemas de información nos permiten desarrollar la calidad de los cuidados con la mayor eficiencia y eficacia, logrando los objetivos del servicio al menor costo para la sociedad; según Casas (2007) “*en un hospital con bajo nivel de información cuantitativa, los juicios se basan en las percepciones y las opiniones de los individuos presuntamente más preparados para emitirlos. Muchas de las opiniones extendidas sobre los servicios hospitalarios no tienen otra base que el sentido común de los profesionales del sector,*

²¹ Setaro M, Colas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Cuadernos de la ENIA Montevideo: 2008:34.

²² Villar H, Ferreira C. Descentralización en salud: sistemas departamentales de atención. Ed. Tradinco; Montevideo: 2005:62.

²³ Villar H. Comisión Nacional Asesora de Enfermería. Normativa de Enfermería para el SNIS. Montevideo: junio 2010:40.

y en algunos casos al disponer de información objetiva no se sostienen.”

El manejo eficiente de la información permite no sólo abatir los costos del cuidado, sino y fundamentalmente el uso racional de los recursos, “de acuerdo con Testa (1995), “...no se puede admitir en la misma forma el supuesto de utilidad válido para la actividad específicamente económica”, lo cual implica que el cálculo de costos no tiene como objetivo la búsqueda de la rentabilidad económica, sino la optimización del uso de los recursos desde el punto de vista social”²⁴

Por lo cual la importancia del manejo de las herramientas para la gestión de los sistemas de información radica en mantener la continuidad de los cuidados en todo el proceso asistencial, y en mejorar los costos asistenciales, aportando a la mejora de la calidad del Servicio.

Para ello se hace necesario que todos los involucrados en el proceso asistencial (integrantes del equipo de salud), registren en la historia clínica, pero en el Programa Aduana se encuentra una dificultad en el registro del sistema informático, relacionada con que la persona que lleva adelante los registros en el sistema, no está vinculada a la asistencia directa, agravado con el hecho de que existen lugares en donde directamente no se lleva adelante el registro en el mismo. A su vez en cuanto a los registros en la historia clínica surge que los mismos son incompletos por no registrar en las mismas los profesionales de enfermería, lo que provoca que no exista un continuo en los planteos clínicos y seguimiento del cuidado de los usuarios.

El sistema de información de la RISS, según

²⁴ Vargas González V. Hernández C. Sistemas de Información de Costos Para la Gestión Hospitalaria. Revista de Ciencias Sociales. Venezuela: 2009:717,718. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182009000400012&nrm=iso&tlng=pt [consulta: 27 de octubre 2012].

lo planteado por OPS, debe generar una base de datos que esté disponible para todos los componentes del sistema, vinculando en red a las diferentes unidades territoriales. Debería de brindar información para retroalimentar la red en relación a la demanda y utilización de los servicios, información clínica y de satisfacción de los usuarios e información económica, que permitan aportar para el logro de una atención integral, un cuidado apropiado y una organización y gestión óptimas.

Conclusiones

En primer lugar, como muestran las experiencias internacionales, plantear la certeza de que se puede seguir avanzando en la disminución de la TMI, si se realizan ajustes en las estrategias del Programa Aduana, trabajando desde el Primer Nivel de Atención, apuntando a la disminución de la TMI pos neonatal.

Para aportar al logro de esa meta se plantea analizar dos grandes áreas, una relacionada con el recurso humano, que incluye los aspectos de carácter normativo y tácticos operativos vinculados a definiciones del equipo básico de salud en el primer nivel de atención y los aspectos remunerativos de los trabajadores del sector; y otra área de análisis concerniente a la gestión de los sistemas de información.

En relación con la primera área de análisis, se desprende que si bien se ha avanzado mucho en el marco normativo general, aún queda por resolver el aspecto operativo, con normas que faciliten la incorporación de personal a los equipos de salud. Hoy aunque no esté normalizado el Equipo Básico de Salud, se podría fortalecer la estrategia de APS, incrementado la cantidad de otros profesionales en el actual e incompleto equipo de salud interdisciplinario.

Es necesario desarrollar los Equipos Básicos de Salud tal cual lo expresado y fundamentado por la CONAE, asumiendo un compromiso del órgano Rector en salud del país (MSP), en relación fundamentalmente a la conformación de dicho equipo para el trabajo en el Primer Nivel de Atención; incorporando a enfermería profesional al frente de los programas de salud, mostrando que realmente se está convencido de un cambio en el sistema de atención de salud para atender con eficiencia los problemas de salud de la población.

En éste punto es importante referirnos al concepto manejado por A. Donabedián²⁵ en relación a la calidad de la atención médica expresando que es la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente, en función de lo alcanzable, de acuerdo a los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo a los valores sociales imperantes”; ya que para lograr mejorar la calidad en la atención debemos plantearnos la necesidad de incrementar los recursos para la atención a la salud. Hoy se está desarrollando una política de RRHH basada en la no calidad, por no tener en cuenta las experiencias e investigaciones internacionales relacionadas con el costo beneficio de incorporar otros profesionales al equipo de salud.

H. Villar (2005) plantea que el problema de la calidad no es ni más ni menos que la respuesta que el equipo de salud brinda a la percepción que tiene el usuario de la excelencia de los servicios recibidos, en ese sentido, la investigación de Fuentelsaz (2002), reveló que el 96,3% de las familias de los usuarios valora positivamente el trabajo del enfermero profesional, que un 69,1% afirma que el trato recibido es “excelente” y un 96,6% considera que la atención domiciliaria de enfermería profesional contribuye a mejorar su situación de salud; por lo que, para que el usuario perciba una calidad de excelencia en relación con los servicios recibidos, se debería profundizar en la conformación de los equipos de salud.

En la integración de los equipos de atención primaria (EAP), si bien varía en los países de la región, se ha visto un común denominador en aquellos con un sistema de salud exitoso, basado en la APS, ese común denominador es el equipo médico-enfermera profesional, al que se le agregan, según las particularidades de cada sistema, otros profesionales.

Estos elementos refuerzan el carácter

²⁵ Donabedian A. La calidad en los servicios sanitarios. Disponible en: www.uninet.edu/neurocon/congreso/1/.../asistencia-7.html [consulta: 16 de junio de 2012].

imprescindible de la conformación de los Equipos Básicos de Salud para aportar a la equidad de accesibilidad a los servicios de salud.

Conjuntamente con ello se debería ir avanzando en la disminución de la brecha salarial entre los integrantes de dicho equipo, ya que esto no ayuda a fortalecer el trabajo interdisciplinario, cambiando el perfil histórico de sistema médico-hegemónico hacia la concepción verdadera de trabajo interdisciplinario en el primer nivel, que permita el acceso equitativo a servicios esenciales a toda la población. El segundo aspecto disgregado para el análisis hace referencia a la necesaria capacitación del personal asistencial, para el manejo de los sistemas de información, que arrojen datos fidedignos para la mejora en la gestión de los servicios de la red.

Es importante pensar éste sistema de información georeferenciada, como forma de contribuir a la accesibilidad física de los usuarios a los sistemas de salud, ya que si se utilizara en las policlínicas periféricas se podría, tener los datos actualizados de los niños para planificar las políticas de salud locales. Para ello además de tener que contar con mayor dotación de personal, es necesario instalar el sistema en dichas policlínicas, ya que al día de hoy no existe ni siquiera un computador en las policlínicas satélite.

Referencias bibliográficas

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Políticas, Estrategias y Programas. 1998. Disponible en: http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html [consulta: 25 de junio de 2012].

Cuba. Programa Nacional Materno Infantil. Disponible en: <http://cuba.nutrinet.org/servicios/noticias-articulos/articulos-recomendados/423-programa-nacional-materno-infantil> [consulta: 25 de junio de 2012]

Donabedian A. *La calidad en los servicios sanitarios*. Disponible en: www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/.../asistencia-7.html [consulta: 16 de junio de 2012]

Espíndola F, Leal G. Reseña sobre la evolución de la pobreza y la indigencia en los barrios de Montevideo: período 1999-2006. Observatorio Montevideo de Inclusión Social. Tercer Informe de Coyuntura Social. Disponible en: http://intgis.montevideo.gub.uy/sit/data/otros_doc_y_proy/ie_Informe_Observatorio_Set_2007.pdf [consulta: 27 de junio de 2012].

Fuentelsaz Gallego C. *Enfermería en Investigación*. Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería. Visita Domiciliaria Programada de Enfermería a Personas Mayores de 65 años. Madrid: 2002.

Giachetto G. Mortalidad infantil en Uruguay: una mirada crítica. Arch. Pediatr. Urug. [Internet] 20. 81(3): 139-40. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842010000300001&Ing=es [consulta 23 de junio de 2012].

Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS-OMS; 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: 4).

Organización Panamericana de la Salud. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. En su: Fortalecimiento de sistemas de salud: unidad de desarrollo de políticas y sistemas de salud. p. 314-405. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf> [consulta: 24 de junio de 2012].

Organización Panamericana de la Salud. Perfil de sistemas de salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington: OPS; 2009. Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Material/Perfil%20de%20Salud%20Uruguay.pdf> [consulta: 24 de junio de 2012].

Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington: OPS; 2007. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf [consulta: 26 de junio de 2012].

Santana Espinosa MC. Revolución y salud del niño en Cuba. Rev. Cub. Salud Pública 2009; 35(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_1_09/spu08109.htm [consulta: 27 de junio de 2012]

Setaro M, Colas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Montevideo: MIDES; 2008. Disponible en: http://www.enia.org.uy/pdf/Politicicas_de_salud.pdf [consulta: 20 de junio de 2012]

Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18211 de 5 de diciembre de 2007. Uruguay. Disponible en: <http://200.40.229.134/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> [consulta: 20 de junio de 2012]

Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2004, Fase I. Datos Montevideo. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/fase1new/montevideo/divulgacion_montevideo.asp#cuadros [consulta: 25 de junio de 2012]

Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay en cifras 2010. Disponible en:

<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2010/uruguay%20en%20cifras%202010.asp>

[consulta: 25 de junio de 2012]

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Control periódico del niño y niña hasta los 14 años. Guía de intervenciones en el primer nivel de atención. Disponible en:

<http://www.pereirarossell.gub.uy/images/pdf/1-Programa.pdf> [consulta: 26 de junio de 2012]

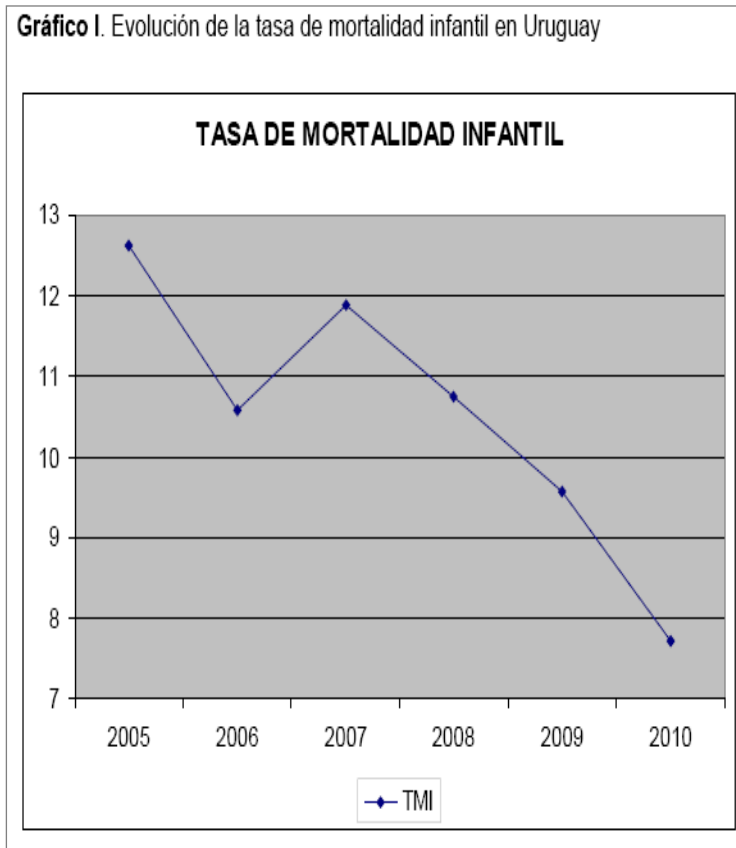
Uruguay. Ministerio de Salud Pública. La Reducción de la tasa de mortalidad infantil (TMI) en Uruguay. 2010. Disponible en: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4973,20424 [consulta: 23 de junio de 2012].

Vargas González V, Hernández C. Sistemas de información de costos para la gestión hospitalaria. Revista de Ciencias Sociales (Venezuela) 2009; 15(4):716-26. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182009000400012&nrm=iso&tlng=pt [consulta: 27 de junio de 2012]

Villar H, Ferreira C. Descentralización en salud: sistemas departamentales de atención. Editorial Tradinco; Montevideo: 2005.

ANEXO 1: Evolución de la tasa de mortalidad infantil en Uruguay

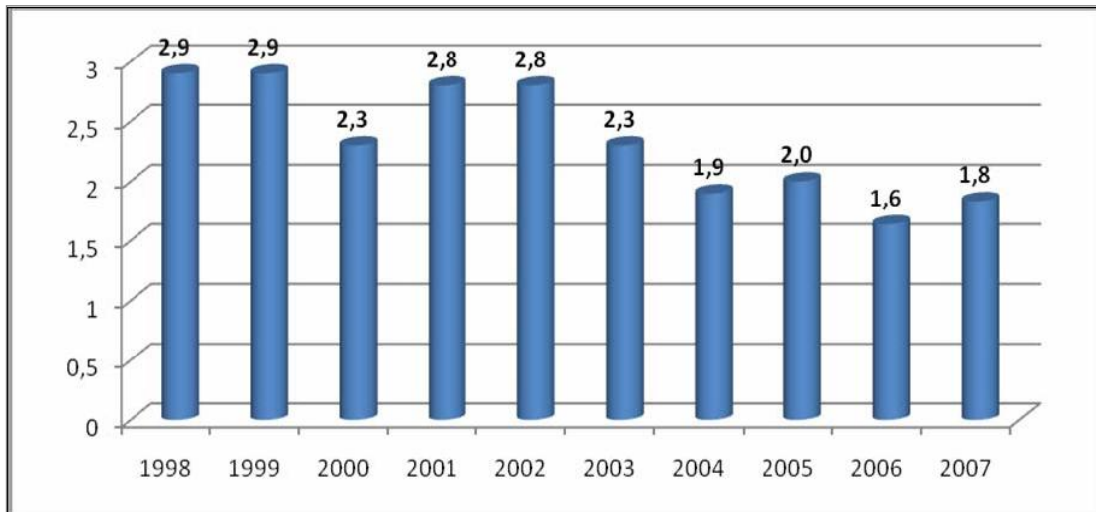


ANEXO 2: Principales causas de la mortalidad infantil

| Causa | FA | FR |
|---------------------------------|----|-----|
| Síntomas y signos mal definidos | 67 | 39% |
| Malformaciones congénitas | 36 | 21% |
| Infecciones | 16 | 9% |
| Trastornos respiratorios | 13 | 7% |

Fuente. Base de datos Unidad Información en Salud MSP

ANEXO 3: Acceso a servicios de salud de niños de entre 0 y 3 años



Fuente: Publicación Políticas de Salud en Cuadernos de la ENIA (Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia)