



Programa Aduana

2012 - 2013

Área Programática: Salud
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)
Área de Niñez y Adolescencia

El presente resumen ejecutivo está basado en el informe de la evaluación de Diseño, Implementación y Desempeño elaborado por Baudean, Buencristiano & Echeverría, durante el año 2013. Las citas textuales extraídas del referido informe son identificadas por medio del uso de comillas y letra cursiva.

Por AGEV la contraparte de los evaluadores externos estuvo a cargo de María Noel Cascudo.

Se agradece la colaboración durante el proceso de evaluación de: Dra. Beatriz Silva (Presidenta del Directorio de ASSE), Dra. Alicia Ferreira (Gerencia General), Dra. Gabriela Medina y Dra. Silvia Melgar (Dirección Asistencial), Dra. Ana Sollazzo, Dra. Rosario Berterretche, Dr. Pablo De Santa Ana, Ec. Natalia Patisson (Dirección Desarrollo Institucional), Dra. Estela Nogueira (Ex Dirección Sistemas de Información), el equipo del Área de Niñez y Adolescencia (Dra. Dione Carrasco, A.E. Flavia Moreira), así como también el aporte del consultor internacional Dr. José Luis Díaz Roselló.

Presidencia de la República

José Mujica
Presidente

Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Gabriel Frugoni
Director

Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV)

Janet López
Directora

División Análisis y Evaluación de Políticas Públicas

Juan Pablo Móttola
Director

María Noel Cascudo
Juan Manuel Lanza
Federico Ott
Juan Manuel Regules
Nora Gesto
Ruy Blanco
Soledad Canto
Analía Mariño
Fernando Salas
Henry Trujillo

Agradecimiento: a todo el equipo interdisciplinario de la Dirección de Gestión y Evaluación, que participó en el proceso de elaboración del producto obtenido y contribuyó con esta publicación.

Los resultados de las evaluaciones DID corresponden a análisis realizados por evaluadores externos a la administración y los resúmenes ejecutivos son elaborados por AGEV en base a los mismos.

Nota: es preocupación de la institución el uso de un lenguaje que no discrimine entre hombres y mujeres. Sin embargo, con el fin de no dificultar la lectura al utilizar en español "o/a" para marcar la existencia de ambos sexos, se hace uso del masculino genérico clásico, conviniendo que todas las menciones en dicho género representan a hombres y mujeres.

Datos de la publicación

Dirección de Gestión y Evaluación
Torre Ejecutiva Sur – Liniers 1324 – 5to. Piso
Montevideo, Uruguay
Tel.(+598-2) 150 int. 8005 / 8001
Correo electrónico: contacto@agev.opp.gub.uy
Sitio web: www.agev.opp.gub.uy
Primera Edición, octubre de 2014

Diseño: www.beleza.com.uy

Fotos: Ceditas por Presidencia de la República Oriental del Uruguay y Programa Uruguay Crece Contigo de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Corrección: Eduardo De León, Fernando Errandonea, Olga Beltrand y Daniel Rótulo

Coordinación editorial: Carolina Piñeyro

ISSN: 2301-1475

Esta publicación se terminó de imprimir en IMPRENTA BOSCANIA SRL en el mes de octubre de 2014.

Depósito legal: 363875

Introducción

Las evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) son una herramienta destinada a contribuir a la mejora continua de los servicios públicos.

En este sentido la Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV) de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), que tiene entre sus cometidos promover prácticas e instrumentos que contribuyan a la gestión por resultados en la Administración Pública, impulsa el desarrollo de las evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño. Estas evaluaciones tienen como objetivo aportar insumos técnicos para el análisis de intervenciones públicas, facilitando el aprendizaje organizacional destinado a impulsar acciones de mejora de los servicios públicos y apoyar el proceso de toma de decisiones.

En un plazo de seis meses las evaluaciones DID identifican fortalezas y oportunidades de mejora de las intervenciones, que condicionan la posibilidad de generar los resultados esperados, optimizando tiempo y recursos.

Dichas evaluaciones tienen la característica de ser complementarias al seguimiento que realizan las instituciones. El monitoreo informa sobre los avances o progresos, mientras que la evaluación se orienta a conocer las razones que pueden llevar a alcanzar un determinado desempeño.

El principal beneficio de la evaluación es permitir a las autoridades tomar decisiones con un mayor nivel de información y un conocimiento más profundo acerca del desempeño de las intervenciones públicas a su cargo.

El presente material, que compila los resúmenes ejecutivos de las evaluaciones DID y una síntesis de las principales acciones de mejora acordadas, contribuye a uno de los objetivos de la Dirección de Gestión y Evaluación de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto: promover el análisis, la evaluación y el monitoreo de las políticas públicas y el uso de herramientas de planificación y presupuestación para la mejora continua de los servicios, la optimización del gasto, la transparencia y la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

► DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

(I) OBJETIVOS

La intervención Programa Aduana es llevada adelante por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Su propósito es lograr que niños y niñas entre 0 y 3 años usuarios/as de ASSE mejoren su crecimiento y desarrollo integral, brindando prestaciones adecuadas según nivel de riesgo a través de la identificación, captación, el seguimiento y control por parte del equipo de salud.

...lograr que niños y niñas entre 0 y 3 años usuarios/as de ASSE mejoren su crecimiento y desarrollo integral, brindando prestaciones adecuadas según nivel de riesgo a través de la identificación, captación, el seguimiento y control por parte del equipo de salud.

El Programa Aduana fue creado en el Área Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1971. Comienza a operar en forma piloto en 1974, conducido por el Dr. Alfredo Ramón-Guerra (1904-1996). A partir de 1976 la intervención comienza a funcionar en forma permanente, siendo un sistema de referencia de recién nacidos desde el Hospital hacia el primer nivel de atención. La finalidad original de la intervención era incidir en la disminución de la tasa de mortalidad infantil. Para ello actuaba desde el Nivel Hospitalario, identificando a los niños, derivándolos adecuadamente a la policlínica más cercana a su domicilio y prestando el servicio de suministrar recomendaciones a las madres sobre el tratamiento del recién nacido. La intervención estaba focalizada en el primer año de vida del niño y en el departamento de Montevideo. La población objetivo y la territorialidad se

amplió en los últimos años (de 0 a 3 años y cobertura en todo el país).

Previo a la ley que reforma el Sistema de Salud en 2007 (N° 18.211), la intervención fue definida como prioritaria por el MSP en las políticas de niñez y se propone fortalecerla a nivel público e implementarla a nivel privado (Dirección General de la Salud, 2006). A partir de 2006, se implementa en todos los prestadores del sistema de salud en Montevideo y desde el 2008 se extiende paulatinamente al interior del país (comenzando por Paysandú, Salto y Maldonado).

La evaluación externa DID tomó como referencia el período 2008-2012 y se desarrolló entre los meses de febrero y julio del 2013. Cabe destacar, que la evaluación externa fue posible por la apertura de las autoridades y equipos técnicos responsables de la intervención, que brindaron todo el acceso a la información disponible así como su disposición y colaboración en las diferentes etapas del proceso de evaluación externa.

(II) POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

La población que potencialmente¹ puede acceder al Programa Aduana está conformada por todos los niños y niñas entre 0 y 3 años que forman parte del padrón de usuarios de ASSE. Ningún otro atributo se emplea para definir la población potencial de la intervención. Por su parte, no hay criterios de focalización adicionales ya que todos los usuarios de ASSE en las edades comprendidas son objetivo de la intervención. En el caso del Programa Aduana, la población objetivo coincide con la población potencial. Es importante distinguir la población objetivo de los beneficiarios efectivos

¹ La población potencial corresponde a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la intervención y por ende pudiera ser elegible para su atención.

Cuadro 1. Cambios recientes experimentados por la intervención en población objetivo y alcance territorial.

Período	Población	Territorio
Hasta 2007	0 a 1 año	MVD
2008	0 a 1 año	MVD / Interior (3 deptos.*)
2009	0 a 2 años	MVD / Interior (3 deptos.*)
2011	0 a 3 años	TOTAL URUGUAY

*Paysandú, Salto y Maldonado

Fuente: informe Evaluación DID Programa Aduana.

de la intervención que son aquellos que constituyen la población efectivamente atendida por la intervención (AGEV, 2012b, 5).

En este sentido, a partir de 2009 la población objetivo se extendió a niños de 1 año a 2 años de edad y desde 2011 la intervención tuvo como objetivo la población de 0 a 3 años. Concomitantemente desde 2008 se comenzó a implementar en el interior del país. Inicialmente se realizaba en Paysandú, Salto y Maldonado. A partir de 2011 se extendió a todo el interior, por lo que hoy se ha constituido en una intervención de alcance nacional.

En el año 2012 la población potencial ascendió a 44.493 niños.

(III) RECURSOS ASIGNADOS

El Programa Aduana está contenido en el Área Programática Salud (AP 13). Durante el año 2012 el presupuesto total de la intervención fue de \$U 70.651.510² el cual representa el 0,48% del total asignado a las unidades ejecutoras³ donde se encuentra la intervención y un 0,39% del programa presupuestal 440 – *Atención Integral de la Salud*, en el cual se inscribe.

Desde el punto de vista financiero, el Programa Aduana en principio tuvo sus recursos asignados por el MSP hasta el año 2007, ya que en dicho Ministerio se encontraba la Dirección Nacional de Salud (DINASA) que tenía la gestión de la intervención a su cargo. Desde el año 2008 a la fecha se financia con los fondos provenientes de ASSE.

Los créditos presupuestales, en referencia a los gastos de funcionamiento en general, surgen de dos tipos de financiamiento: Rentas Generales y Recursos con Afectación Especial. En general, siempre se obtuvieron los créditos por Rentas Generales hasta que en el año 2008 se crea la Ley N° 18.131 del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la intervención comenzó a recibir créditos por Recursos con Afectación Especial.

² Presupuesto estimado según lo indica el Informe de Evaluación DID: Programa Aduana (2013).

³ Las unidades ejecutoras donde se encuentra son, por ejemplo, el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital Saint Bois o Departamental de Canelones.

(IV) ESTRATEGIA GENERAL Y ESTRUCTURA DE COMPONENTES/ SUBCOMPONENTES

Para el logro de su propósito principal consistente en mejorar el crecimiento y desarrollo integral de los niños entre 0 y 3 años usuarios/as de ASSE, el Programa Aduana se propone realizar un seguimiento activo de los niños que permita la realización de los controles pediátricos correspondientes.

Este servicio está agrupado en un componente y tres subcomponentes como lo indica el Cuadro 2:

En cuanto a las principales características del servicio prestado por el Programa Aduana (su componente principal) se relacionan con el cumplimiento de la cantidad de controles pediátricos adecuados según el tramo de edad del niño (ver Cuadro 3). Esto se encuentra enmarcado en las pautas de control de niños sanos del Programa de Niñez del MSP. Para dicho cometido, se cuenta con diferentes herramientas: la tarjeta de seguimiento, carné de salud del niño y la Guía Nacional para la Vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años.

Cuadro 2. Resumen de la intervención Programa Aduana

Fin	La mejora en la calidad de vida e igualdad de oportunidades, promoviendo el adecuado crecimiento y desarrollo infantil y disminuyendo los índices de morbimortalidad infantil.
Propósito	Lograr que niños y niñas entre 0 y 3 años usuarios/as de ASSE mejoren su crecimiento y desarrollo integral, brindando prestaciones adecuadas según nivel de riesgo a través de la identificación, captación, el seguimiento y control por parte del equipo de salud.
Componentes	
Control y seguimiento	Identificar, clasificar de acuerdo a riesgo del recién nacido, derivar, captar y realizar un seguimiento activo para asegurar el cumplimiento en los controles de salud por el equipo del programa.
Subcomponentes	
1.1 Clasificación, derivación y captación	Niños y niñas entre 0 y 3 años reciben un adecuado proceso de referencia ⁴ a través de una correcta identificación, clasificación de riesgo, derivación y captación.
1.2 Controles.	Niños y niñas entre 0 y 3 años reciben el número de controles adecuado para su edad.
1.3 Seguimiento.	Niños y niñas entre 0 y 3 años que no concurren a una visita programada son identificados y luego llamados o visitados.

Fuente: extraído del Informe Evaluación DID Programa Aduana.

⁴ La referencia es el procedimiento de derivar un paciente del primer nivel de atención a otros niveles. La contra-referencia es el procedimiento de informar / documentar qué se hizo con el paciente (sea cual sea el nivel con el cual haya interactuado el paciente). Estos procedimientos de derivación e información permiten, si funcionaran adecuadamente, un tratamiento del paciente en el cual la información pueda ser usada oportunamente (no importando el nivel que es responsable de la atención del paciente).

Cuadro 3. Cantidad de controles para niños entre 0 y 3 años según Meta Asistencial 1⁵

Población	Controles (cantidad)	Comentario
0 a 1 año	10	2 controles pediátricos 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
2° año de vida	4	1 control pediátrico por trimestre
3er año de vida	3	1 control pediátrico cada 4 meses

Fuente: informe Evaluación DID Programa Aduana

La secuencia de implementación del Programa Aduana, se enmarca en procesos de referencia → contra referencia → seguimiento activo, en diferentes niveles de atención (sea primer, segundo o tercer nivel de atención). Desde 2011 la implementación de esta secuencia se realiza a través de la articulación de tres niveles organizacionales: (i) nivel central de ASSE, (ii) hospitales y (iii) nivel descentralizado.

(i) **Nivel central.** Conformado por el Área de Niñez y Adolescencia de ASSE, con visión país, con acceso al Sistema de Gestión Asistencial (SGA) que es un sistema de información nacional que también desarrolla funciones de supervisión, procesamiento de la información y asesoramiento a los otros niveles de la intervención. Actualmente el Área de Niñez y Adolescencia depende jerárquicamente de la Gerencia Asistencial.

(ii) **Nivel hospitalario.** Conformado por el dispositivo de derivación de los recién nacidos y niños menores de 3 años, depende de la Dirección Hospitalaria correspondiente.

(iii) **Nivel descentralizado.** Depende de la Red de Atención Primaria de cada departamento y de la División Salud de la Intendencia Departamental. Dicha red está conformada por Centros de Salud con sus efectores periféricos (policlínicas y consultorios).

Desde 2011 el Programa Aduana se incorporó al nivel central de ASSE incluyendo un área de coordinación que opera desde allí. Previamente la implementación del programa se hacía sin una coordinación central, aunque la tradición de trabajo fijaba que el equipo del Programa Aduana del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), oficiaba como referente (al menos mientras la intervención se ejecutaba sólo en Montevideo).

Por las características del servicio que presta la intervención y por la organización del mismo (articulación de tres niveles organizacionales) se trata de una intervención que interactúa con organismos con diversa organización e inclusive visiones diferentes de la relación población objetivo-equipo de salud.

⁵ "El componente meta, que viene incrementando su porcentaje en el valor total de la cuota, resulta de la evaluación de la "performance" institucional a través de la definición de un conjunto de indicadores vinculados a objetivos sanitarios establecidos por el MSP. Dicho componente pretende medir el esfuerzo institucional en el cambio del modelo de atención, y por tanto los indicadores que lo componen, en principio buscan ese objetivo". Ver: "Instructivo de Metas Asistenciales Meta 1 julio 2010". Disponible en: http://www.msp.gub.uy/categoria-junasa_164_1_1.html

En el caso del subcomponente 1.1 - Clasificación, derivación y captación; se produce mediante la articulación de actividades entre Hospitales y la Red de Atención Primaria. La identificación, clasificación de riesgo inicial y derivación adecuada es realizada en Hospitales (CHPR y Hospital de Clínicas) por el equipo Aduana constituido en los mismos.

La captación se realiza a nivel descentralizado. Una vez que llegan los niños derivados al Centro de Salud, se prevé que los equipos Aduana se encarguen de coordinar la visita domiciliaria integral. Cuando el niño efectivamente es llevado a consulta y se le realiza el primer control, este momento es considerado como la captación del niño. Asimismo, también se considera al niño en condición de captado cuando la visita domiciliaria integral es realizada por un Médico de Familia o Pediatra.

En el caso del subcomponente 1.2.- Controles, los controles se realizan a nivel descentralizado en policlínicas y consultorios de los diferentes Centros de Salud que forman cada Red de Atención Primaria (RAP).

Por último, en el caso del subcomponente 1.3 - Seguimiento, el mismo también se realiza a nivel descentralizado y lo efectúa el personal de policlínicas y consultorios de los diferentes Centros de Salud que forman cada RAP.

Desde 2012 la intervención comenzó un proceso de "reperfilamiento" mediante el cual se pretende reorientar sus objetivos y la organización del Programa Aduana de forma integral.

➤ RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

(I) DISEÑO

En primer lugar, la estrategia de la intervención resulta adecuada en términos generales para superar el problema identificado. En este sentido, es consistente y está acorde con los objetivos de política impulsados en materia de salud pública. Asimismo, la estrategia general propuesta por la intervención pasa por favorecer la continuidad en la atención en salud del beneficiario en los distintos niveles de ASSE.

Desde el punto de vista del macro diseño de la intervención, la misma aborda un problema de salud relevante con un diseño que se ajusta a los criterios de la reforma del sistema plasmada en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En segundo lugar, la definición del problema que aborda la intervención ha tenido una evolución histórica muy específica. En dicho transcurso el problema pasó de la disminución de la mortalidad infantil⁶ al crecimiento y desarrollo integral de los niños⁷. La evaluación externa valoró como muy positivo que la actual propuesta de reperfilamiento incorpore la noción de desarrollo integral, así como la noción amplia de contexto familiar (idealmente más que asociado a acciones). El objeto a tratar por parte de la intervención es el crecimiento y desarrollo integral de los niños de 0 a 3 años. Para ello es necesario que reciban prestaciones de salud adecuadas a su nivel de riesgo y asistir a los controles de salud fijados por pauta. Otro elemento a tener en cuenta, es modificar los con-

⁶ En la actualidad mortalidad infantil (fallecimientos de niños menores a un año entre los niños nacidos vivos) varía fundamentalmente en función de los cambios en la mortalidad neonatal (fallecimientos de niños en los primeros 28 días de vida entre los niños nacidos vivos) más que en mortalidad post neonatal (fallecimientos de niños entre un mes y un año de vida, entre los niños nacidos vivos). El tratamiento de la misma depende fuertemente de las condiciones de atención del embarazo (por ejemplo para evitar bajo peso al nacer o la prematuridad) y de la atención en el Hospital una vez nacido el niño.

⁷ Definido como la adecuada maduración del niño en las áreas motora, social, lenguaje y coordinación.

tenidos de los controles pediátricos en relación a las variables que definen al desarrollo integral (seguimiento a nivel psico-social, cognitivo y motriz).

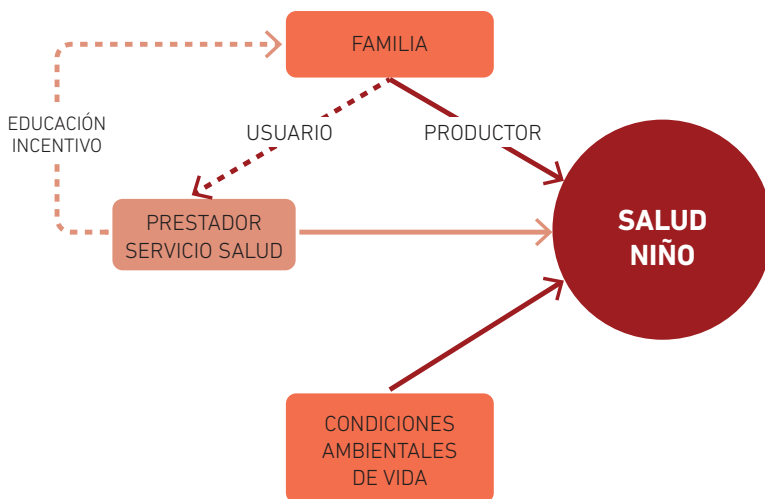
Sin embargo, en la identificación del problema que se hace a nivel de diseño, "se han dejado de lado algunos factores que se hace a nivel de diseño que son altamente relevantes para que la cadena causal propuesta funcione fluidamente"... "En la conceptualización de la intervención tiende a privilegiarse el rol del sistema de salud y de los equipos de salud por encima del rol de las familias en la salud infantil. Estudios recientes entienden que el rol de la familia es importante y lo es en dos aspectos: como productor (a través de múltiples decisiones) de la salud de los niños y como usuario del servicio de salud que produce una demanda (y con ella genera respuestas)"⁸.

En tercer lugar, desde el punto de vista de la lógica interna de los objetivos propuestos, los componentes y subcomponentes identificados son necesarios para el logro del propósito. El *fin* (disminuir la morbimortalidad), el *propósito* (crecimiento adecuado y desarrollo integral) y el *componente* (cumplir con los controles adecuados) cuentan con relación de causalidad. Sin embargo, pese a que es sabido que hay relaciones entre estos fenómenos, no es fácil determinar cuál es el grado influencia de cada uno en el siguiente en la cadena causal: controles → crecimiento y desarrollo integral → morbimortalidad. Asimismo, dado que los factores familiares inciden en adecuados controles pediátricos (asistir al centro de salud "depende de los padres y/o adultos referentes de los niños") la evaluación externa plantea que sean contemplados por dos caminos posibles: (i) actuar para

cambiar los comportamientos de los padres y (ii) abordar las consecuencias de la no concurrencia a los controles pediátricos.

Finalmente, en cuanto a los indicadores diseñados por la intervención son pertinentes y adecuados a los objetivos del componente y subcomponentes. No obstante, la información con la que la intervención cuenta para gestionarlos está contenida en un sistema de información (SGA), que tiene las siguientes características: no cuenta con interoperabilidad con otros sistemas afines; convive con multiplicidad de registros en formato papel que no han sido centralizados ni sistematizados y además no produce informes con la información referente al monitoreo de los indicadores definidos. Estas características producen el siguiente efecto: la información carece de pertinencia, oportunidad y calidad suficientes para el proceso de toma de decisiones.

Cuadro 4. Influencias en el estado de salud de los niños



Fuente: elaborado con base en el trabajo de Wagstaff et al. (2004)

⁸ Wagstaff, Adam et al. (2004): *Child Health: Reaching the Poor*. En: *American Journal Of Public Health* 94 (5), 726 -736. La literatura contemporánea en materia de psicología aplicada a la política pública confirma la importancia del trabajo en la modificación de comportamientos para cumplir con los objetivos de los programas públicos. (Miller, Dale T.; Prentice, Deborah A. 2013. *Psychological levers of behavior change*. En Shafir, Eldar (editor), *The Behavioral foundations of public policy*. Princeton University Press, Princeton.)

(II) IMPLEMENTACIÓN

En primer lugar, la estructura organizacional está integrada por una Coordinación Nacional a nivel central de ASSE y es implementada a través de múltiples unidades (centros de salud policlínicas, consultorios, etc.) en el territorio nacional, que reportan directamente a las autoridades de 1º y 2º nivel de atención y actúan con relativa autonomía. La evaluación externa concluyó que las principales fortalezas de esta estructura organizacional son las siguientes: a) permite la ejecución de la intervención en una vasta red de centros asistenciales en todo el país (cobertura nacional) y b) refleja una larga tradición de auto organización que poseen el 1º y 2º nivel de atención para la implementación de la intervención. No obstante, en la medida que los prestadores últimos del servicio no dependen directamente del Área de Niñez y Adolescencia, se introducen limitaciones para la gestión, a saber: a) existencia de dificultades para asegurar la unicidad y homogeneización en la prestación de los servicios y b) falta de una adecuada comunicación y vinculación entre niveles a los efectos de unificar criterios técnicos y lograr una implementación homogénea del servicio.

En segundo lugar, los mecanismos de coordinación internos se encuentran desarrollados con varios niveles jerárquicos (derivación, referencia, contra referencia) a través del SGA, contacto telefónico y fax. Si bien se realizan esfuerzos importantes de coordinación entre los diferentes niveles, aún tiene una baja incidencia para, por ejemplo, unificar adecuadamente criterios técnicos y lograr una ejecución homogénea del servicio (entre el primer nivel de atención y el nivel hospitalario).

En lo que respecta a los mecanismos de coordinación externos, los mismos se realizan de forma horizontal con varias

instituciones públicas que abordan a la misma población objetivo (Uruguay Crece Contigo, Cercanías, Jóvenes en Red, Intendencias, Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social, Plan CAIF, organizaciones de la sociedad civil, entre otras). Dichos mecanismos se encuentran en proceso de profundización, hecho este que constituye un punto positivo.

En tercer lugar, en cuanto a los recursos humanos afectados a la intervención, no se conoce con exactitud de forma global la cantidad de personal afectado y la carga que cada funcionario le dedica al Programa Aduana. Existe alta rotación del personal lo cual afecta el rendimiento de los equipos de Programa. En el caso de la Coordinación Nacional del Área de Niñez y Adolescencia realiza las coordinaciones y planificación con los diferentes niveles de atención pero no cuenta con el rol de autoridad correspondiente en términos de estructura organizacional. En cambio, la evaluación externa mostró que las funciones definidas de los niveles involucrados son adecuadas para implementar la estrategia de la intervención.

En cuanto a los perfiles de cargo la intervención no cuenta con una descripción de perfil formal específico para el responsable del Programa Aduana en cada Centro Asistencial, al tratarse de un tipo de tarea específica en cuanto al contacto con el beneficiario (visitas domiciliarias, contactos con la madre en las entrevistas en el Centro de Salud o por vía telefónica, consejería en el control pediátrico), se hace necesario contar con dicha descripción e implementarla.

En cuarto lugar, en cuanto a la organización del servicio, no se poseen procedimientos y guías de actuación estandarizados, lo cual genera que la ejecución del servicio sea disímil en los diferentes niveles de ASSE. Asimismo, en la evaluación externa se



detectaron Centros de Salud que no son lo suficientemente atractivos en cuanto a los horarios fijados para los controles pediátricos de los niños y accesibilidad a los turnos (números) de las consultas.

En quinto lugar, las tareas de planificación, monitoreo y evaluación externa, son impulsadas por el Área de Niñez y Adolescencia. La planificación de actividades está centralizada y se considera que es adecuada para el desempeño de la intervención. En cuanto al monitoreo y evaluación externa, se cuenta con limitaciones importantes a nivel de sistemas de información (SGA), por lo que no es posible realizar un monitoreo en tiempo real para la evaluación externa y toma de decisiones adecuada.

Finalmente, en cuanto al proceso de reperfilamiento, el informe de evaluación indica que: a) implica una mirada integral de la intervención apuntando a reformular puntos nodales de la misma como ser: orientación de la intervención, organización, registro y uso de información y aspectos asistenciales; b) en lo relativo a orientación, abordaje y organización el reperfilamiento hace un análisis adecuado de los principales problemas de la intervención: dedicar más tiempo al usuario, abordaje interinstitucional, definición de riesgos, de procedimientos para la ejecución de la intervención (de manera de homogeneizar el servicio) y

de responsabilidades. El hecho de que se ejecuten acciones en cuanto a los aspectos detectados por la intervención a través del proceso de reperfilamiento, es un elemento positivo, teniendo en cuenta el problema de desempeño que ha sido identificado en la misma.

(III) DESEMPEÑO

Dentro de las limitaciones que ofrece la información disponible, la evaluación externa sostiene que *“el Programa Aduana forma parte de un conjunto de programas de política pública que están generando cambios positivos en las condiciones de vida de la primera infancia”*. Sin embargo, es muy difícil indicar cuál es la contribución con la información disponible, del Programa Aduana o cuánto mejoraría el indicador de crecimiento integral de los niños mejorando la gestión del mismo, ya que no se conocen con precisión el peso relativo de su influencia en los indicadores del propósito o resultados esperados en términos de mejora de su crecimiento y desarrollo integral.

En relación al desempeño de la intervención en la prestación de su principal servicio, el nivel más satisfactorio se alcanza en captación de los recién nacidos (83%) para el año 2012, siendo el indicador que está más cerca del cumplimiento de la Meta Asistencial prevista (100%). En ese año, fueron captados 36.930 niños (según estimaciones basadas en información de ASSE y Metas Asistenciales).

En relación a los niños menores de un año adecuadamente controlados, la evolución en los últimos años ha sido positiva. Entre 2011 y 2012 se mejoró de forma importante los niveles de controles pediátricos adecuados pasándose del 45% al 63%.

Por su parte, el porcentaje de niños menores de 2 años adecuadamente

controlados se ha mantenido constante a lo largo de los años 2011 y 2012 (43% y 44% respectivamente). En lo que respecta a los niños adecuadamente controlados, menores de 3 años, el guarismo desciende de 51% en el año 2011 a 38% en el año 2012, manteniéndose por debajo de la meta prevista (70%). En el Cuadro 5 se muestran esos datos.

Con respecto a los factores internos hay un conjunto de elementos que están afectando los resultados y cuyo abordaje será decisivo para mejorar los indicadores de desempeño. Entre otros factores, se pueden destacar: (a) planificación y coordinación⁹; (b) procedimientos de trabajo estandarizados que orienten las tareas y permitan una evaluación externa del desempeño de los equipos; (c) gestión de recursos humanos¹⁰. Entre los factores positivos que es necesario fortalecer se destacan: (i) equipo de Aduana liderado por personal con vocación para la tarea; (ii) mayor permanencia del personal que ejecuta o que está asociado a la intervención; (iii) disponibilidad de espacio propio para el equipo Aduana; (iv) tener salida a celulares dado que la población beneficiaria en muchos casos no tiene residencia fija y usa celulares para su comunicación.

El principal factor externo a la intervención que contribuye a estos resultados es el comportamiento de los padres y/o adultos responsables en relación a los controles pediátricos. Otro elemento externo tiene que ver con la efectividad de los incentivos que se reciben desde la autoridad sanitaria vinculado a las Metas Asistenciales.

Asimismo, la evaluación externa realizó un costeo de consulta por

control pediátrico, el cual incluye: remuneraciones de los recursos humanos involucrados (pediatra, auxiliar de enfermería y administrativo), medicamentos e insumos, gastos indirectos (OSE, UTE, ANTEL, vigilancia, entre otros), costo de ecografía de cadera y visitas domiciliarias, esto arrojó un costo por consulta de \$U 246 en el año 2012.

► PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En términos generales, la evaluación externa concluyó que el reperfilamiento del Programa Aduana iniciado por ASSE, potencia las fortalezas y atiende las oportunidades de mejora detectadas para la atención de los niños entre 0 y 3 años. A continuación se presentan conclusiones y recomendaciones a nivel de Diseño e Implementación.

(I) DISEÑO

En primer lugar, la intervención se encuentra alineada a los objetivos de Área Programática de Salud y de la ENIA (Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia), sin embargo los contenidos de los controles pediátricos no cuentan con las variables de crecimiento y desarrollo integral de los niños. A su vez, a nivel de diseño no se cuenta con la integración de factores asociados al entorno familiar, generando conciencia en cuanto a la importancia de la realización de los controles pediátricos adecuados y de forma oportuna. De esta forma se recomienda: (i) mantener la definición de “desarrollo integral” (nivel psico social, cognitivo y motriz);

⁹ Por ejemplo: (i) La no disposición de datos de gestión a tiempo no permite identificar problemas y tomar acciones para resolverlos; (ii) Los datos están indicando que hay una priorización (seguramente no deseada ni planificada) en los niños más pequeños (primer año de vida); (iii) Es probable que los niños más pequeños sean una prioridad porque ha sido el target tradicional de la intervención.

¹⁰ Por ejemplo: alta rotación de personal lo cual afecta el rendimiento de los equipos Aduana. Otro problema persistente en todos los niveles de atención, es la cantidad de tiempo que el personal permanece certificado.

Cuadro 5. Desempeño de la intervención. Años 2011-2012

	2011	2012	Meta 2012 (JUNASA 2012a)
Total niños 0 a 3 años correctamente controlados	46 %	49 %	----
Captación de Recién Nacidos (RN)	81%	83 %	100 %
Niños menores de 1 año correctamente controlados	45 %	63 %	88 %
Niños menores de 2 años correctamente controlados	43 %	44 %	70 %
Niños menores de 3 años correctamente controlados	51%	38 %	70 %
Visita domiciliaria para RN de Riesgo	70 %	63 %	100 %

Fuente: informe de Evaluación DID Programa Aduana / Metas Asistenciales

(ii) incorporar este concepto a los contenidos de los controles pediátricos registrados; (iii) incorporar acciones dirigidas a los adultos responsables a efectos de sensibilizar e informar sobre la importancia de controles pediátricos oportunos.

En segundo lugar, en cuanto a los sistemas de información, el Programa Aduana no cuenta con indicadores oportunos y de calidad para el seguimiento de la gestión y por ende para la toma de decisiones. Se recomienda: (i) diseñar un sistema de información que esté reorientado a contemplar las necesidades de información de los agentes decisores de la intervención; (ii) implementar el nuevo sistema informático en todo el país; (iii) capacitar a todo el personal; (iv) evaluar el funcionamiento del sistema y detectar oportunidades de mejora en su implementación.

En tercer lugar, en cuanto a la gestión de información, la misma no es lo suficientemente oportuna como para generar los correctivos correspondientes y poder alcanzar los objetivos que se propone la intervención. La intervención no dispone de un sistema de indicadores para la gestión. Se recomienda definir un conjunto de indicadores, que permita la

adecuada toma de decisiones por parte de las autoridades y realizar seguimiento de los mismos, considerando entre otros, por ejemplo: a) porcentaje de crecimiento y desarrollo infantil; b) cobertura de controles adecuados en salud; c) porcentaje de niños derivados de la maternidad.

(II) IMPLEMENTACIÓN

El primer punto destacado en la organización es la manera en que se coordina la ejecución de la intervención en la estructura de ASSE. Se trata de una estructura organizacional con coordinación central y alta autonomía en cuanto a la prestación del servicio en el primer nivel y en el nivel hospitalario. Se recomienda, en el mediano plazo, generar mecanismos de coordinación eficaces entre la Coordinación Nacional del Área de Niñez y Adolescencia y los diferentes niveles (primer nivel, hospitalario): (i) definiendo e implementando la frecuencia de la realización de reuniones periódicas con los equipos de los tres niveles; (ii) acordando la gestión de los recursos con los diferentes responsables de los Centros de Salud.

En segundo lugar, en lo que respecta a la organización del servicio, no

se encuentran estandarizados los contenidos de los controles pediátricos relativos al desarrollo integral. Para tener una actuación uniforme en lo que respecta al cuidado de los niños. Con el objetivo de superar este aspecto, se recomienda: (i) disponer de un programa de acción homogéneo para actuar sobre los problemas detectados, (ii) elaborar, validar y aprobar un documento con las competencias del Área de Niñez y Adolescencia, como responsabilidad rectora del Programa Aduana; (iii) validar y difundir la clasificación de riesgos definida; (iv) continuar con la elaboración y aprobación del Manual de Procedimientos operativo para los equipos del Programa Aduana; (v) capacitar al personal del Programa Aduana en cuanto a las prácticas de trabajo; (vi) implementar un sistema de monitoreo y evaluación externa para el cumplimiento de las prácticas y detección de apartamientos.

En tercer lugar, para el Programa Aduana es fundamental contar con redes de comunicación y coordinación con otros programas que aborden a la misma población. En este sentido, la intervención se encuentra realizando esfuerzos para llevar a cabo dicha coordinación. Se recomienda continuar con la planificación y coordinación conjunta con programas como Uruguay Crece Contigo, entre otros.

En cuarto lugar, en cuanto a la organización de los recursos humanos, los mismos deben contar con aptitudes humanas y técnicas para desempeñarse eficazmente en la intervención. En este sentido, se recomienda: (i) elaborar un perfil para las personas que se encargan de realizar la entrevista inicial (principalmente en las maternidades), y visita domiciliaria (considerando: responsabilidades y tareas, habilidades que debe tener relativas al puesto en particular -trato con el usuario, consejería

a diferentes niveles-); (ii) capacitar a los referentes de aduana en el perfil de cargo definido; (iii) realizar tareas de monitoreo y evaluación externa del cumplimiento de la visita domiciliaria integral.

En quinto lugar, la evaluación externa detectó Centros de Salud que no son lo suficientemente atractivos ya que cuentan con condiciones adversas de atención vinculadas a: horarios inadecuados (6 a 12), problemas en el acceso a números, tiempos de espera y escasa difusión de la existencia de números reservados para madres. Se recomienda promover cambios en algunas condiciones de atención en los Centros de Salud: (i) adecuar los horarios de atención a los de las madres (teniendo en cuenta por ejemplo los turnos de la escuela), (ii) difundir mecanismos de acceso a números y números especiales (que la madre tenga la certeza de que será atendida si va al Centro de Salud), (iii) disminuir los tiempos de espera.

Finalmente, en lo que respecta a recursos materiales, no existe una delimitación precisa de los recursos materiales que se necesitan para la ejecución del programa. En este sentido se recomienda: (i) determinar qué recursos hacen falta, dónde se necesitan y gestionar su asignación; (ii) contar con una estimación del costo del servicio brindado en forma periódica del servicio brindado.



➤ ACUERDO DE MEJORA

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

A continuación se presenta una síntesis de las principales acciones de mejora acordadas entre la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Administración de Servicios de Salud del Estado relativas a la intervención Programa Aduana. El objetivo de los acuerdos de mejora es contribuir al fortalecimiento de las intervenciones públicas a través de la identificación e instrumentación de acciones de mejora que optimicen su diseño, implementación y/o desempeño.

Estas acciones fueron identificadas por los equipos técnicos de AGEV y de la intervención evaluada a partir de las conclusiones y recomendaciones resultantes del proceso de evaluación DID. El proceso dio lugar a la celebración del Acuerdo de Mejora entre ambos organismos.

Diseño

- Continuar el "Reperfilamiento" del Programa Aduana actualmente en proceso por parte de ASSE, para concretar los cambios propuestos a nivel del diseño e implementación.
- Profundizar la incorporación del enfoque de "Desarrollo Integral" del niño en los controles pediátricos considerando contenidos o aspectos psicosociales, cognitivos y motrices que ayuden a mejorar la calidad de la atención en salud, alineados con las principales tendencias en prevención a nivel internacional.
- Incluir e implementar el concepto de servicios de calidad en la atención de la primera infancia en ASSE en las guías, protocolos y/o instructivos de circulación interna. Capacitar en el uso de las Guías de Práctica Clínica al personal del equipo asistencial haciendo hincapié en la calidad y en el contenido del control pediátrico.
- Validar y difundir la clasificación de riesgos en niños de cero a tres años, incorporarla en el Manual de Procedimientos, realizar la capacitación a los equipos del Programa Aduana, realizar el seguimiento y evaluación de la puesta en práctica de la nueva clasificación.
- Sensibilizar e informar a las familias con niños menores de tres años y población en general sobre buenas prácticas en salud y la importancia de la concurrencia a los controles pediátricos en la primera infancia mediante el diseño, coordinación y articulación de campañas de difusión masiva con diferentes organismos (por ejemplo: MSP, ANTEL).
- Elaborar material de difusión sobre las recomendaciones en el cuidado de la salud de las madres y recién nacidos, distribuidos en las maternidades, centros de salud o salas de encuentro, que contribuyan a la sensibilización sobre la importancia de los cuidados y controles en salud.
- Implementar y evaluar un nuevo sistema de información con cobertura a nivel nacional que facilite la continuidad asistencial y el seguimiento del servicio (por ejemplo: cobertura de controles) para la toma de decisiones sobre el mismo. Capacitar en el uso del sistema a los equipos del Programa Aduana y realizar el seguimiento y evaluación a partir de la información proveniente del nuevo sistema.
- Potenciar la entrevista inicial y las visitas domiciliarias elaborando un perfil para las personas que se encargan de realizar las mismas (considerando: responsabilidades y tareas; habilidades que debe tener relativas al puesto en particular), capacitando al equipo asistencial para su puesta en práctica y evaluando los resultados de la misma.
- Realizar el monitoreo y evaluación del cumplimiento de la visita domiciliaria integral.

Implementación

- Generar mecanismos de coordinación eficaces entre la Coordinación Nacional del Área de Niñez y Adolescencia y los diferentes niveles de atención (por ejemplo considerar: la definición e implementación de reuniones periódicas con los equipos de los tres niveles de atención y acordar la gestión de los recursos humanos con los diferentes responsables de los Centros de Salud).
- Planificar y efectivizar reuniones frecuentes con los equipos del Programa Aduana en los diferentes niveles de atención para coordinar acciones conjuntas que colaboren en brindar un servicio homogéneo.
- Elaborar un informe periódico de detección de necesidades para la prestación de servicios del Programa Aduana por cada Centro de Salud que sea elevado a la Gerencia Asistencial.
- Establecer mecanismos formales de comunicación entre el Área de Niñez y Adolescencia y los responsables de los Centros de Salud, ante la ausencia de personal y/o rotación del mismo.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional a través de convenios (por ejemplo con: CAIF, INAU, MIDES, MSP, UCC, INDA, IM) para la implementación de acciones en conjunto para la Primera Infancia.
- Profundizar los mecanismos por los cuales se confirman los datos con respecto al control pediátrico en relación a las prestaciones que brindan INDA y AFAM para favorecer la concurrencia a los controles pediátricos.
- Continuar la elaboración y validación de un Manual de Procedimientos. Aprobarlo, difundirlo y capacitar a los equipos del Programa Aduana en cuanto a las prácticas de trabajo, que permitan dar homogeneidad al servicio y tener un control sobre la implementación del mismo.
- Implementar una encuesta de satisfacción de usuarios (familias con niños menores de tres años) y realizar un estudio sobre los factores que inciden en la concurrencia a los controles pediátricos que brinden elementos para mejorar el servicio (mecanismos de captación, controles pediátricos, visitas domiciliarias integrales).



JOSÉ ARTIGAS
UNIÓN DE LOS PUEBLOS LIBRES
BICENTENARIO.UY



PRESIDENCIA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
Oficina de Planeamiento y Presupuesto



**Dirección de Gestión y Evaluación
Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Presidencia de la República Oriental del Uruguay**

Torre Ejecutiva Sur – Liniers 1324 – 5to. Piso
Montevideo, Uruguay
Tel. (+598-2) 150 int. 8005 / 8001
contacto@agev.opp.gub.uy
www.agev.opp.gub.uy