





Atención de Salud en el Medio Rural 2014 - 2015

Área Programática: Salud Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

El presente resumen ejecutivo fue elaborado por la División de Análisis y Evaluación de Políticas Públicas de AGEV - OPP. El mismo recoge las principales conclusiones del informe final de la Evaluación de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) realizada por Fernando Pintos, Gustavo Robaina y Beatriz Cópola (2015) con el acompañamiento técnico de AGEV, a cargo de Henry Trujillo y Nora Gesto, e incorpora además el análisis de información complementaria surgida a partir del proceso de evaluación.

Si bien las Evaluaciones DID utilizan fundamentalmente información existente, en esta evaluación la información ha sido complementada con visitas de campo y entrevistas a integrantes de la intervención.

La evaluación comprendió el período 2009 - 2013 y se desarrolló entre fines de 2014 y comienzo de 2015.

Cabe destacar que la evaluación externa fue posible gracias a la apertura de las autoridades y equipos técnicos responsables de la intervención, que brindaron el acceso a la información disponible, así como su activa colaboración en las diferentes etapas del proceso de evaluación. Agradecemos especialmente la participación de las contrapartes de la evaluación: María Miralles, Silvia Melgar, Graciela García, Rosario Berterretche, Álvaro Martínez y Ariel Pisano.

Las citas textuales extraídas del informe DID son identificadas por medio del uso de comillas.

Presidencia de la República

Tabaré Vázquez
Presidente

Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Álvaro García
Director

Martín Dibarbouré

Subdirector

Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión

Lucía Wainer
Directora

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
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 resúmenes ejecutivos son elaborados por AGEV en base a los resultados de las evaluaciones DID realizadas por evaluadores externos a la administración.

Los contenidos del documento no reflejan necesariamente la posición de las instituciones participantes.

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 (AGEV-OPP)
Torre Ejecutiva Sur – Liniers 1324 – 5to. Piso
Montevideo, Uruguay
Tel.(+598-2) 150 int. 8001
Correo electrónico: contacto@agev.opp.gub.uy
Sitio web: www.opp.gub.uy/hacemos/presupuesto/agev
Primera Edición, abril de 2016
Diseño: Cuareim diseño editorial
Fotos: Cedidas por Presidencia de la República Oriental del Uruguay y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Corrección: Belén Panzera
Coordinación editorial: Carolina Piñeyro
ISSN: 2301-1475
Imprenta: Gráfica Mosca
Depósito legal:



INTRODUCCIÓN

Las evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) son una herramienta destinada a contribuir con 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.

Las Evaluaciones DID tienen el propósito de brindar insumos técnicos para identificar oportunidades de mejora en cuanto al diseño y la implementación de la intervención pública evaluada, facilitando así el aprendizaje organizacional, impulsando acciones de mejora de los servicios públicos y apoyando el proceso de toma de decisiones.

Las Evaluaciones DID se diferencian de otros tipos de evaluación (evaluaciones de impacto, análisis organizacionales, evaluaciones de eficiencia, de detección de buenas prácticas, etc.). En un plazo de seis meses, utilizando principalmente información existente comple-

mentada con visitas de campo y entrevistas a integrantes de la intervención, las evaluaciones DID, identifican fortalezas y oportunidades de mejora 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.

1. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La intervención *Atención de salud en el medio rural* tiene como finalidad contribuir a la mejora de la calidad de vida en el medio rural y localidades menores a 5.000 habitantes, y tiene como propósito la mejora de la situación de salud de la población rural. Es llevada a cabo por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Se trata de una intervención de alcance nacional que tiene como foco la atención primaria de salud, incluyendo las estrategias de prevención y promoción. Las Redes de Atención Primaria (RAP) de cada departamento se consideran las unidades responsables de la intervención. Actualmente, la intervención es llevada a cabo a partir de 379 unidades asistenciales (UA), de las cuales 49 son consideradas policlínicas¹, cubriendo 470 localidades o parajes rurales de todo el país.

Dado que los servicios públicos de atención de salud en el medio rural han existido a lo largo de décadas, no puede señalarse un momento preciso de creación de la intervención. Sin embargo, para la evaluación DID se ha tomado como inicio del período de referencia el año 2010, dado que en ese momento se producen dos hitos: la redacción del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) del Ministerio de Salud Pública (MSP), y la creación (o constitución como Unidades Ejecutoras) de las RAP departamentales a través de la ley presupuestal 18719.

La evaluación DID dio cuenta de la gestión y desempeño de la intervención en todo el territorio nacional, aunque para algunos aspectos se profundizó en la gestión y desempeño de la intervención en los departamentos de Río Negro y Florida. Cabe destacar que el trabajo contó con el apoyo de autoridades de ASSE y equipos técnicos, especialmente de la regional Oeste y de las RAP de Río Negro y Florida.

1.1. Objetivos

El objetivo principal de la *Atención de salud en el medio rural* es que “población residente en localidades de menos de 5000 habitantes y población rural dispersa, usuarios de ASSE o de instituciones con convenio con ASSE, mejoren su situación de salud a través del acceso

¹ - Aunque no existe una definición formal de cada término, se entiende que las policlínicas corresponden a las unidades que se encuentran en localidades de 3000 habitantes y más, mientras que en localidades con menor población se ubican puestos o rondas.

a atención integral y continua, y a acciones de promoción, prevención y educación en salud”.

1.2. Población potencial, objetivo y beneficiaria

La población potencial es aquella que presenta la necesidad y/o problema que justifica la intervención y que, por ende, podría ser atendida por ella². En este caso, está compuesta por toda la población rural, entendiendo por tal a las personas que residen en localidades menores a 5000 habitantes, y población rural dispersa. Según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2011, esta población está formada por 510.072 personas, lo que constituye un 15,5% de la población total del país. Dentro de ésta, la población rural dispersa constituye el 5,3%. El informe de evaluación destaca que existe una “tendencia sostenida y decreciente” de la cantidad de personas que vive en ese medio, así como una alta masculinización en las edades del ciclo productivo más activo y una leve feminización en las edades más avanzadas. Además, la proporción de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas es mayor en la población rural que en la urbana.

Por otra parte, la población objetivo es aquella que la intervención tiene planeado atender en un período determinado de tiempo, pudiendo corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella³.

En la intervención *Atención de salud en el medio rural*, los evaluadores definen la población objetivo “como el total de población potencial menos la población que se atiende por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros Privados”. Dado que no se cuenta con información censal para su cuantificación, se usaron datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH), lo que permitió estimarla en un 45,7% del total de la población rural en 2013. Es importante señalar que en esta población se incluyen las personas con derechos en Sanidad Policial y Militar, que en el interior tiene cobertura de salud a través de ASSE, así como personas cubiertas por otros efectores públicos de salud.

Finalmente, la población beneficiaria de la intervención corresponde a la población efectivamente atendida y se define, en este caso, como la cantidad de usuarios

² - AGEV-OPP (2014) “Notas técnicas para la evaluación de intervenciones públicas”.

³ - AGEV-OPP (2014) “Notas técnicas para evaluación de intervenciones públicas”.

Tabla 1: Distribución de la población potencial de la *Atención de salud en medio rural* por departamento. 2011.

Departamento	Pob. Localidades menores a 5000 hab. (a)	Población rural dispersa (b)	Población potencial (Subtotal a + b)	Población total del departamento	Porcentaje de Pob. Pot. en el Departamento
Montevideo	-	14.027	14.027	1.318.755	1,1
Artigas	16.996	3.524	20.520	73.377	28,0
Canelones	89.896	48.219	138.115	520.173	26,6
Cerro Largo	12.328	5.936	18.264	84.698	21,6
Colonia	17.440	11.471	28.911	123.203	23,5
Durazno	10.589	4.951	15.540	57.084	27,2
Flores	1.553	2.068	3.621	25.050	14,5
Florida	18.177	9.101	27.278	67.047	40,7
Lavalleja	9.181	6.070	15.251	58.815	25,9
Maldonado	26.378	5.159	31.537	164.298	19,2
Paysandú	18.714	4.364	23.078	113.107	20,4
Río negro	8.391	5.212	13.603	54.765	24,8
Rivera	18.152	7.602	25.754	103.473	24,9
Rocha	13.659	4.146	17.805	68.088	26,1
Salto	13.001	7.849	20.850	124.861	16,7
San José	17.815	16.471	34.286	108.304	31,7
Soriano	16.834	6.612	23.446	82.594	28,4
Tacuarembó	12.651	9.660	22.311	90.051	24,8
Treinta y Tres	12.703	3.172	15.875	48.134	33,0
Total	334.458	175.614	510.072	3.285.877	15,5

Fuente: elaborado por AGEV-OPP en base a microdatos, Censo 2011, INE.

registrados en el Padrón de usuarios de ASSE, con residencia en localidades menores a 5000 habitantes. Esta cantidad fue estimada por AGEV en 135.594 personas en diciembre de 2013. Esta cifra constituye una aproximación válida pero tiene limitaciones derivadas, entre otras cosas, de que la identificación de usuarios rurales debe hacerse a partir de registros administrativos que no se encuentran actualizados⁴.

4 - La identificación de los usuarios rurales en el padrón de usuarios de ASSE debe hacerse a partir de la localidad de residencia. Las limitaciones surgen por varios motivos: el registro de la residencia no se encuentra actualizado y, por tanto, la persona podría haberse mudado; el usuario puede declarar una residencia distinta a la real por diversas causas; y finalmente puede haber dudas sobre cómo calificar ciertas localidades (por ejemplo, balnearios).

1.3. Recursos asignados

La intervención *Atención de Salud en el medio rural* contribuye a los programas presupuestales 440 Atención integral de la Salud y 442 Promoción en salud, del Área programática Salud (13). Al tratarse de una intervención que no cuenta con una estructura administrativa diferenciada, sus recursos provienen de los asignados por cada RAP y no son fácilmente identificables. Además, existen fondos que provienen de recursos de afectación especial, como lo son las remuneraciones de los recursos humanos provistos por la Comisión de Apoyo de ASSE. A esto deben agregarse los contratados por otros

organismos, como las Intendencias Departamentales, que se realizan para cumplir funciones en ASSE. Debido a lo expuesto, se torna particularmente difícil realizar un costeo exacto.

De todos modos, la evaluación realizó estimaciones en base a los recursos humanos asignados en policlínicas y puestos rurales de Río Negro y Florida. Según esa estimación, el presupuesto ejecutado para la salud en medios rurales en el año 2013 alcanzó más de 14 millones de pesos en Río Negro y más de 37 millones en Florida.

Por otra parte, y en base a la estimación teórica del costo de las unidades asistenciales rurales⁵, el gasto total de la intervención en todo el país se calculó en unos 378 millones de pesos, lo que equivale al 36% del total ejecutado por todas las RAP en 2013. Los evaluadores advierten que dado el carácter mixto de la financiación de la salud en medios rurales, y la ausencia de una identificación precisa del destino de los gastos, las estimaciones realizadas deben considerarse como un primer paso hacia la concreción de estudios más detallados.

1.4. Estrategia general y servicios de la intervención

Para alcanzar una mejor comprensión de la *Atención de salud en el medio rural*, se comenzará por (i) describir la necesidad que se busca satisfacer o problema que da origen a la intervención, y luego (ii) plantear la estrategia general propuesta para superar ese problema inicial. Finalmente, (iii) describir los servicios y/o acciones más concretas que se prestan mediante la descripción de su Matriz de Objetivos (MO)⁶.

⁵ - Para determinar la estimación teórica se definió el perfil de los equipos profesionales y personal de apoyo de una policlínica y un puesto de salud rural típicos, en base a lo observado por los evaluadores en Río Negro y Florida. Se les asignó una estructura horaria y niveles salariales promedio. Con esos supuestos se calculó el costo anual en recursos humanos, a los que se le sumó el porcentaje de gastos de funcionamiento reportado por las RAP de Río Negro y Florida. Las cifras obtenidas para la policlínica tipo y el puesto rural tipo fueron multiplicadas por las cantidades de policlínicas y puestos reportados en documentos de ASSE.

⁶ - La Matriz de Objetivos (MO) es un recurso metodológico para explicitar la teoría del cambio de la intervención. Es decir, qué realiza la intervención para alcanzar sus resultados esperados. Por tanto, la MO contiene (i) los resultados y/o efectos que se espera lograr a nivel de la población objetivo, (ii) las condiciones que se buscan generar para alcanzar esos resultados y/o efectos a partir de los servicios prestados (vinculado a la idea de "productos") y (iii) la forma en que se conoce el logro tanto a nivel de los resultados y/o efectos esperados como de las condiciones que se buscan generar (relacionado con la idea de indicadores observables -cualitativos y/o cuantitativos-).

Problema que da origen a la intervención

El problema que la intervención debe enfrentar es el déficit en materia de calidad de vida y de la situación de salud de sus beneficiarios. Los principales factores que pueden afectar negativamente la situación de salud incluyen los problemas de accesibilidad a los servicios, la inadecuación del modelo tradicional (cuyo énfasis se encuentra en lo curativo) y los factores socioculturales propios del contexto.

Estrategia general

Para lograr su propósito, la intervención se propone asegurar la presencia de equipos de salud en localidades de menos de 5.000 habitantes y zonas rurales dispersas, de forma que brinden atención integral a la salud y aseguren la continuidad del proceso. Entre sus principales características puede destacarse que el servicio se ajusta a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) e intenta seguir las pautas establecidas por el PNSR en cuanto a densidad de establecimientos, perfil de equipos e instalaciones requeridas.

Asegurar la disponibilidad de servicios en el territorio permite solucionar el problema de acceso. También se están ensayando otras estrategias, como la inclusión de agentes comunitarios de salud o el uso de la telemedicina, que han tenido experiencias piloto en los departamentos de Tacuarembó y Cerro Largo.

Para lograr la integralidad y continuidad de la atención se requiere, además, transformar el paradigma de intervención en el medio rural, pasando de un modelo que actúa sobre las enfermedades ya existentes a otro de carácter preventivo, con base de actuación territorial y modelo comunitario de relación personal-usuario.

Servicios brindados por la intervención

Para desarrollar esta estrategia y alcanzar los resultados esperados, la intervención define un componente único, que tiene por objetivo que los equipos de salud en localidades con menos de 5000 habitantes y zonas rurales dispersas, brinden atención integral a la salud y aseguren la continuidad del proceso. Para esto, se busca ofrecer acceso a prestaciones integrales a través de consultas en policlínica, puestos, rondas y visitas domiciliarias (subcomponente 3). Las policlínicas brindan asistencia ambulatoria todo el año en cuanto a medicina general, pediatría y ginecología, y coordinan la asistencia a nivel de puestos. También se realiza atención integral a colectivos a través de visitas a escuelas, centros de trabajo y otros (subcomponente 5), y se llevan adelante acciones intersectoriales y con participación



comunitaria para fortalecer el abordaje integral de la problemática rural (subcomponente 6).

Un aspecto relevante de los servicios de atención es el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia (subcomponente 4).

El proceso en su conjunto requiere de la formación de equipos interdisciplinarios constituidos y capacitados para la atención integral (subcomponente 1) y de recur-

sos materiales, insumos y soporte logístico (subcomponente 2). Este último subcomponente incluye la infraestructura edilicia, el equipamiento y el transporte.

El siguiente cuadro, que deriva de la Matriz de Objetivos, resume la teoría de la intervención en cuanto a qué realidad se propone modificar (Fin y Propósito) y cuáles son las herramientas que se proponen para lograrlo (componente y subcomponentes).

Cuadro 1. Resumen de la intervención *Atención de salud en el medio rural*.

Fin	Contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de la población rural desde un enfoque integral, a través de la generación de espacios de vida dignos, habitables y saludables, con acceso universal a servicios de salud de calidad en toda la población rural del país, mediante la plena participación de todos los involucrados en el proceso y generando espacios de articulación interinstitucional e intersectorial a nivel nacional-local-territorial, contribuyendo a la generación de conocimiento sobre el medio rural Uruguayo (Plan Nacional de Salud Rural).
Propósito	Población residente en localidades de menos de 5000 habitantes y población rural dispersa, usuarios de ASSE o de instituciones con convenio con ASSE, mejoran su situación de salud a través del acceso a la atención integral y continua, y a acciones de promoción, prevención y educación en salud.
Componentes	Equipos de salud en localidades de menos de 5000 habitantes y zonas rurales dispersas, brindan atención integral a la salud y aseguran la continuidad del proceso.
Subcomponentes	1) Equipos interdisciplinarios constituidos y capacitados para la atención integral en área rural.
	2) Recursos materiales, insumos y soporte logístico disponible.
	3) Brindar acceso a prestaciones integrales a través de consultas en polí-clínica, puestos, rondas y visitas domiciliarias.
	4) Sistema de referencia y contra referencia instalado y en funcionamiento.
	5) Atención integral a colectivos a través de visitas a escuelas, centros de trabajo y otros.
	6) Acciones intersectoriales y participación comunitaria (coordinaciones interinstitucionales) para fortalecer el abordaje integral de la problemática rural.

Fuente: Informe de evaluación DID. Elaboración en base a la Matriz de Objetivos para la evaluación.

2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

A efectos de facilitar la comunicación de los resultados de la evaluación, los mismos se presentarán en relación a las principales dimensiones de análisis abordadas por la evaluación DID, a saber: (i) aspectos de Diseño; (ii) aspectos de Implementación y (iii) aspectos de Desempeño.

2.1. Diseño

En primer lugar, a nivel de la consistencia de los objetivos de la intervención con la política global y/o sectorial en la que se enmarca la intervención, la evaluación concluye que la intervención plantea objetivos que son congruentes con las definiciones generales de ASSE y con las políticas sociales instrumentadas desde 2005, las que han buscado reducir la desigualdad en el acceso a derechos básicos. Desde el punto de vista organizacional, la intervención está alineada con el marco normativo que constituyó a ASSE como un servicio descentralizado (Ley No. 18.161) y como parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En ese marco, la intervención ha puesto énfasis en el cambio del modelo de atención, específicamente en la atención primaria de salud y el énfasis en la promoción y prevención.

En segundo lugar, la evaluación señala, respecto a la delimitación del problema, que en líneas generales las fundamentaciones en las que se basa la intervención tienen reconocimiento internacional y recogen una importante acumulación de conocimiento, tanto a nivel de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como en la propia historia del MSP. Además, el Plan Nacional de Salud Rural del MSP ha incluido en su documento un diagnóstico general y lineamientos de trabajo que encuadran a la intervención. Sin embargo, los evaluadores no pudieron identificar estudios específicos sobre perfiles epidemiológicos regionales o departamentales que permitan desarrollar estrategias territorializadas de atención de salud en el medio rural.

En tercer lugar, los evaluadores señalan que la estrategia planteada es adecuada, pero no han logrado identificar “acciones continuas y planificadas de sensibilización en el nuevo modelo que se propone, hacia el personal como hacia la población, salvo algunas que logran articularse con actores locales (escuelas, liceos)

o directamente con vecinos, y predominantemente desde una lógica informativa”. No se especifica a nivel de diseño una batería de acciones que programe la implementación del cambio cultural. Así, los resultados en este aspecto sean, probablemente, limitados.

Por otra parte, la incorporación de agentes comunitarios de salud y el uso de telemedicina pueden ser entendidas como acciones complementarias a la estrategia actual. En los pilotos, los agentes comunitarios han realizado acciones de promoción de salud, mientras que la telemedicina puede contribuir a solucionar las necesidades de personal altamente especializado que, como se destaca más adelante, es una restricción a la que se enfrenta la intervención.

En relación a los instrumentos para el seguimiento y la evaluación, los evaluadores entienden que los indicadores seleccionados para la Matriz de Objetivos constituyen un buen punto de partida, aunque es necesario complementarlos con otros que permitan la comparabilidad con metas institucionales y estándares internacionales. Los sistemas de información de ASSE no tienen todavía procesos adecuados de generación y procesamiento de la información, en especial en lo que refiere a la intervención *Atención de salud en el medio rural*.

2.2. Implementación

En cuanto a la estructura organizacional y sus funciones, los evaluadores realizan, en primer lugar, consideraciones sobre el entorno institucional de la intervención. Destacan que “la estrategia global implica una desconcentración y reasignación de funciones hacia el nivel de RAP, con transferencia de recursos para la gestión, pero no se trata de una descentralización completa pues no se verifican las condiciones de transferencia de potestades que ésta supone”. Los evaluadores señalan que, si bien ésta limitación está fundamentada en que se trata de un período de transformación, en el futuro podría limitar el empoderamiento de los actores que participan a nivel de RAP o de policlínicas, lo que consideran inadecuado.

Sin embargo, se evalúa positivamente la generación de una estructura administrativa como las RAP, ya que consolida institucionalmente el primer nivel de atención. También se considera acertado el proceso de instalación de coordinación a nivel regional, ya que mejora la colaboración y cooperación entre distintas unidades ejecutoras en el uso de los recursos instalados en el

territorio. De todos modos, se señala la existencia de riesgos, ya que dicha coordinación no posee potestades formales para distribuir los recursos institucionales, y depende del acuerdo de los directores de las unidades ejecutoras.

Al respecto de la intervención en sí, la evaluación señala aspectos de la organización que muestran oportunidades de mejora. En particular, se señala que la intervención carece de una *estructura de gestión* a nivel de policlínica que esté diferenciada de la prestación del servicio de salud y de las decisiones a nivel de dirección de RAP. También se entiende que la gestión de la información y la comunicación no está adecuadamente jerarquizada, en especial en lo que refiere a la estructura de gestión de la información institucional, y la cantidad y calificación de recursos humanos destinados a tal fin.

En lo referente a la dotación de recursos humanos a nivel nacional, debe tenerse en cuenta que existe una concentración de profesionales de la salud en Montevideo y demás departamentos del sur del país.

Entre otros elementos explicativos, se señalan aspectos vinculados a la concentración de la actividad académica en la capital (con escasos espacios de formación de posgrado y carreras de docencia en el interior del país), la existencia de estereotipos del profesional radicado en el interior como alguien escasamente formado y con poca capacidad resolutoria, dificultades para el acceso al mercado de trabajo (que se entiende como más cerrado que en la capital), la sensación de soledad en la práctica y la falta de respaldo para el desempeño profesional, así como dificultades en el acceso a vivienda, bienes culturales y educación para los hijos⁷.

Sin embargo, la dotación global (tanto urbana como rural) de personal de salud de ASSE parece suficiente, tomando como criterio la meta regional propuesta por la OPS de 25 por diez mil, como se observa en la tabla 2⁸.

La información disponible no está desagregada para el medio rural, pero datos provenientes de otras fuentes – Censo de Efectores de Primer Nivel Rurales, e información administrativa– hacen pensar que no existe un

⁷ – Levin, R; Toledo, A y Romero, M (2012): “Investigación cualitativa sobre facilitadores y obstáculos socio culturales para la radicación de los profesionales médicos en el interior del país”. Facultad de Medicina/ Depto de Medicina Preventiva y Social/ Unidad de Sociología de la Salud. Informe final de investigación. Proyecto financiado por ANII. Noviembre 2012.

⁸ – Nuñez, Sergio: Los desafíos de Toronto. Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015. Uruguay. División Recursos Humanos del SNIS. DT 01/13.

déficit grave de personal para la prestación de servicios básicos de salud. En términos generales, se considera que se cuenta con el personal básico (entendido como médico y auxiliar de enfermería) para conformar los equipos de salud. Por ejemplo, se encuentra una densidad de 18 médicos cada 10.000 usuarios de ASSE en medio rural⁹, lo que se aproxima a los estándares regionales mencionados antes (véase nota 10). Además, los datos sugieren que existe personal auxiliar de enfermería en cantidades aceptables. Sin embargo, la inequidad en la distribución territorial de los recursos humanos probablemente se hace sentir en la carencia (o al menos disponibilidad heterogénea) de profesionales especializados. Entre los factores que pueden explicar esas variaciones, los evaluadores señalan las diferentes capacidades en cada departamento para garantizar la permanencia de los profesionales en el medio rural, en especial en lo que refiere a personal altamente especializado.

A su vez, existen problemas con la normativa que determina la forma de contratación de ASSE en cuanto a los perfiles profesionales, que resulta rígida en exceso.

En otros aspectos, se observan situaciones a mejorar en relación a la gestión de medicamentos. Los evaluadores señalan debilidades en los procedimientos. Un ejemplo claro es la ausencia de un protocolo para la solicitud y asignación de los medicamentos, lo que aumenta el costo de transacción del proceso y se apoya en las capacidades individuales de los profesionales a cargo de la unidad asistencial que debe solicitarse y que es necesario para cada centro.

Respecto a la coordinación con intervenciones y/o instituciones relacionadas, la evaluación sostiene que ha sido posible observar un buen funcionamiento de los convenios y arreglos no formalizados de cooperación público-privado o público-público, así como una participación activa en espacios interinstitucionales a nivel rural.

Sin embargo, existe una situación sin resolver originada por la demanda de servicios de personas que tienen cobertura en otros efectores de salud (militares, policías, afiliados de IAMC).

Este problema se da en todo el territorio, pero podría ser más significativo en el medio rural, ya que muchas lo-

⁹ – La densidad se estimó a partir de la existencia de una cápita diferenciada para usuarios rurales. En el año 2013, 358 médicos cobraron cápitales de usuarios rurales (aunque 186 de éstos cobraron también cápitales de usuarios urbanos).

Tabla 2: Personal de salud de ASSE y densidad de recursos humanos de salud por diez mil usuarios, por departamento. Diciembre, 2013.

Departamento	Personal de salud (1)	Tasa por diez mil usuarios (2)
Artigas	130	26,1
Canelones	339	20,4
Cerro Largo	138	29,5
Colonia	257	54,2
Durazno	116	41,5
Flores	50	38,0
Florida	150	45,8
Lavalleja	118	45,5
Maldonado	208	39,8
Montevideo	2466	76,2
Paysandú	203	32,5
Río negro	120	33,0
Rivera	135	25,6
Rocha	138	39,5
Salto	196	27,3
San José	114	27,7
Soriano	141	38,2
Tacuarembó	161	28,3
Treinta y tres	111	42,8
Total general	5291	43,9

(1) Incluye solo médicos generales y especialistas, licenciados en enfermería y parteras.

(2) Estimación propia según datos del Padrón de usuarios de ASSE. Abril, 2014. No incluye usuarios sin datos de residencia.

Fuente: elaboración propia en base a datos aportados por Gerencia de RRHH de ASSE y Padrón de usuarios de ASSE.

calidades no cuentan con servicios de esos prestadores y la atención de primer nivel queda a cargo de las unidades asistenciales de ASSE. En algunos departamentos los convenios cubren esta situación, pero no se han generalizado.

Los mecanismos de consulta y participación ciudadana están mayoritariamente concentrados en la consulta: diagnósticos participativos, reuniones en principio periódicas con comisiones locales de apoyo, foros de usua-

rios, etc. Tanto la participación social y la intersectorialidad en el medio rural presentan grados variables de desarrollo, y parece depender del liderazgo ejercido por actores locales, entre los que se incluyen funcionarios de la intervención.

En referencia a los procesos de producción y provisión del servicio, la evaluación señala en especial que no se observa un proceso estructurado para la contra referencia. En su opinión, "el paciente referido no cuenta con

seguimiento en ninguno de los tres niveles de atención, salvo que el mismo retorne al punto de partida y presente al médico de la unidad asistencial los estudios hechos en el segundo y tercer nivel”.

Finalmente, sobre las actividades de planificación, monitoreo y evaluación, se presenta a nivel de coordinación regional planes anuales que incluyen metas de gestión. Sin embargo, no se observan mecanismos de recolección y sistematización de información a nivel de las RAP que permita la comparación entre ellas. Estas tampoco tienen un sistema de registro que permita diferenciar entre urbano y rural, y no se pudo apreciar planificación a nivel de las unidades asistenciales que orienten el trabajo del año.

A pesar de ello, se han podido verificar instancias de diagnóstico participativo o actividades organizadas central o regionalmente, que reúnen a directores de RAP y/o técnicos convocados para la planificación.

ASSE trabaja actualmente para la consolidación de sistemas de información que permitan organizar la importante masa de datos que se genera de continuo. Sin embargo, el sistema de indicadores de la intervención tiene aún un carácter *ad hoc*, que no los incluye en un sistema global.

2.3. Desempeño

En primer lugar se analiza el aporte de la intervención al logro del propósito, así como los servicios producidos. En segundo lugar se analiza la cobertura que ha alcanzado; y en tercer lugar se presentan algunos indicadores referidos al desempeño financiero.

No se han encontrado brechas relevantes en la situación de salud para el medio rural en comparación con el medio urbano en cuanto a nivel agregado. Aunque esto no necesariamente es un resultado directo de la intervención, sugiere que no existen situaciones negativas que requieran soluciones inmediatas.

Esta interpretación se fundamenta en que los indicadores de propósito de la intervención no muestran diferencias significativas entre los datos para el área urbana con relación al área rural (tabla 3). Sin embargo, se necesitaría información más precisa para confirmar esta interpretación, ya que, como se señaló antes (nota 6, página 4), el dato de la localidad de residencia en algunas de las bases utilizadas puede no estar actualizado.

En segundo lugar se presenta el desempeño de la intervención vinculado con sus servicios. Como se señaló antes, la cantidad de recursos disponibles por las unidades asistenciales no es uniforme. Según datos del Censo de Efectores de Primer Nivel Rurales, al menos dos tercios de las unidades definidas como policlínicas cuentan con el material y los insumos adecuados de acuerdo a criterios acordados en la formulación de la Matriz de Objetivos y en comunicaciones con técnicos. Aún con un tercio de unidades que presenten alguna carencia, los evaluadores consideran que se trata de un nivel aceptable teniendo en cuenta las heterogeneidades territoriales, pero señalan que la identificación de las unidades con carencias sería el paso natural para reducir la brecha existente.

Pese a eso, la cantidad de unidades asistenciales se considera adecuada. La tabla 4 muestra que las localidades de 1000 habitantes o más están prácticamente cubiertas por las unidades asistenciales de ASSE. Este juicio debería confirmarse con estudios de accesibilidad de las localidades que no tienen una unidad asistencial propia.

No se cuenta con información que permita evaluar el desempeño del sistema de referencia y contra referencia, con independencia de lo señalado arriba respecto a su diseño e implementación.

Con respecto a la cobertura de la intervención, durante el proceso de evaluación se llegaron a estimar niveles entre 60% y 80% de la población objetivo. Esta variación debe atribuirse a la calidad de la información disponible, y no a fallas de cobertura. Como se señaló anteriormente, es posible que estas cifras se expliquen por problemas de registro del padrón. Sería necesario confirmarlas precisando la información del padrón y ajustando las estimaciones de la población objetivo realizadas en base a la Encuesta Continua de Hogares. Por el momento no es posible realizar juicios sobre este punto.

La asignación de los recursos sigue un criterio histórico, de forma que las unidades ejecutoras gestionan año a año el mismo presupuesto. Existe consenso en la necesidad de avanzar en un presupuesto en base a otros criterios.

Con relación a los aspectos financieros, la evaluación subraya que la prestación de servicios de salud en el medio rural demanda un volumen de recursos de infraestructura y logística superior que en el medio urbano. Esto probablemente explica un mayor gasto re-

Tabla 3: Comparación de indicadores de propósito seleccionados en los medios urbano y rural. 2013.

Propósito: Población residente en localidades de menos de 5000 habitantes y población rural dispersa, usuarios de ASSE o de instituciones con convenio con ASSE, mejoran su situación de salud a través del acceso a la atención integral y continua, y a acciones de promoción, prevención y educación en salud				
Indicador	Rural	Urbano	Desconocido	Total
Prematuros (< 37 semanas de gestación) (*)	8,5%	9,1%	11,1%	9,1%
Bajo peso al nacer (< 2500 gs.) (*)	7,8%	8,2%	9,5%	8,2%
Letalidad intrahospitalaria por Tumores o Neoplasias (**)	6,5%	9,2%	33,2%	10,8%
Letalidad intrahospitalaria por Enfermedades del Sistema Circulatorio (**)	7,3%	6,3%	27,0%	8,3%

Fuente: elaboración propia en base a Certificado Nacido Vivo, usuarios de ASSE (*) y base de Egresos hospitalarios de ASSE (**).

Tabla 4: Cantidad y proporción de localidades con al menos una UA de primer nivel, por tamaño de localidad. 2014. Interior del país sin considerar Montevideo ni Canelones.

Tamaño de la localidad (*)	Total sin Montevideo y Canelones		
	No tiene UA	Al menos una UA	Total
Menores de 1000 h	178	194	372
	47,8%	52,2%	100,0%
de 1000 a 2999 h	10	54	64
	15,6%	84,4%	100,0%
3000 a 4900 h	1	12	13
	7,7%	92,3%	100,0%
Total	189	260	449
	42,1%	57,9%	100,0%

* No incluye zonas con población rural dispersa.

Fuente: elaboración propia en base a la Tabla Maestra de unidades asistenciales de ASSE.

lativo de la atención de salud en el medio rural en el presupuesto general de las RAP. Al estimar el total de recursos asignados a la salud en el medio rural en Florida y Río Negro, (punto 1.3, página 4), se encontró que en ambos casos las cifras representan alrededor del 50% del presupuesto ejecutado de las RAP correspondientes, aunque la población rural en cada departamento es de alrededor de un tercio del total.

Por otra parte, a partir de tales cifras se ha podido estimar el costo por beneficiario y por consulta para los casos de Río Negro y Florida para el año 2013 –ver Tabla 5–, encontrándose resultados diferentes en cada uno. Los evaluadores señalan que estas diferencias se deban probablemente a características propias del servicio en cada departamento y no a diferencias de eficiencia, lo que parece confirmar la existencia de heterogeneidad

Tabla 5. Estimación del gasto promedio del servicio por Beneficiario y por consulta en Río Negro y Florida. Pesos uruguayos 2013.

Departamento	Gasto por beneficiario	Gasto por consulta
Río Negro	2809	504
Florida	3921	704

Fuente: Informe de Evaluación DID. Elaboración en base a datos proporcionados por RAP.

en el servicio, no atribuible a la necesidad de adaptarlo a las características del entorno.

En cambio, sí fue posible establecer que el gasto en las policlínicas de los departamentos estudiados estuvo siempre por debajo de la estimación teórica realizada en función de los criterios establecidos por el PNSR, los que podrían ser demasiado exigentes para las posibilidades de ASSE.

En cuanto a la recuperación de costos, existe una cantidad no determinada de usuarios de efectores privados en el medio rural que en realidad reciben atención de ASSE (durante la evaluación no fue posible su cuantificación). Solamente en algunos departamentos existen convenios que permiten recuperar los gastos. Por otra parte, aunque existe un registro centralizado de los convenios firmados tanto con privados como con instituciones públicas, a nivel rural se dan acuerdos de hecho y, en la medida que no se cuenta con una adecuada cuantificación, se limita la recuperación por parte de ASSE de los recursos equivalentes a esas prestaciones.

3. PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para facilitar la presentación de las principales recomendaciones que surgen de la evaluación, estas se agruparán en relación a los aspectos de Diseño, Implementación y Desempeño.

En general, los evaluadores recomiendan la continuidad de la intervención, señalando la conveniencia de realizar ajustes en materia de gestión, sistemas de información y estímulos para la captación y mantenimiento de recursos humanos.

3.1. Diseño

La intervención se encuentra alineada con los objetivos de políticas públicas en salud, y es llevada a cabo con una estrategia adecuada. A nivel de diseño, puede señalarse una oportunidad de mejora en la generación de información específica de base local, departamental o regional, a fin de fortalecer la planificación y la asignación de recursos humanos especializados en el territorio. Se recomienda, por lo tanto, llevar a cabo estudios específicos que investiguen perfiles epidemiológicos y sociales regionales o departamentales para desarrollar estrategias territorializadas de atención primaria de salud en el medio rural. A su vez, se recomienda definir un sistema de metas específicas según contingentes de población priorizados e incluir un sistema de registro adecuado para su medición. Adicionalmente, se propone establecer prioridades para adecuar las características de los servicios (infraestructura, equipamiento y perfil del equipo técnico) al entorno, y actualizar información del Censo de efectores de Salud Rural para identificar unidades con carencias de equipo o personal.

Los evaluadores subrayan que la Reforma de la salud, con el consecuente fortalecimiento del primer nivel de atención, representa un cambio paradigmático en el modelo de atención de salud. Sin embargo, este proceso implica profundas transformaciones en la cultura organizacional de la institución y de los recursos humanos que lo lleven adelante. Sugieren que se requiere de acciones de capacitación y sensibilización, y que, aunque el modelo prevé un componente de promoción, este no está claramente diseñado. Por esta razón se recomienda diseñar una estrategia de promoción y prevención que incluya planes de sensibilización en el nuevo modelo, con la perspectiva de un cambio a nivel de prácticas de los usuarios y funcionarios. Se recomienda, a su vez, incluir la evaluación en el diseño de la estrategia.

Adicionalmente, conviene analizar la posibilidad de utilizar las estrategias alternativas que se han ensayado (especialmente la telemedicina) para paliar problemas de acceso a la atención especializada.



3.2. Implementación

Se destaca que la intervención posee un diseño institucional relativamente sencillo que permite llevar a cabo las funciones de dirección, coordinación y ejecución. Pese a ello, se encuentran aspectos a fortalecer en la gestión en el territorio nacional (policlínicas y puestos rurales). Se recomienda, entonces, formalizar y generalizar un nivel de gestión en las policlínicas rurales diferenciándolo de la prestación asistencial (es decir, que la gestión no esté unida a la prestación directa del servi-

cio). En este mismo sentido, se encuentra que la coordinación regional implementada en 2013 permite optimizar recursos en el territorio, pero los acuerdos que allí se generan carecen de una interfase administrativa que los instrumente. Debido a esto se sugiere analizar la conveniencia de generar una estructura administrativa que formalice el nivel de coordinación regional delimitando autoridad, funciones y mecanismos de toma de decisiones con las RAP a los efectos de profundizar el proceso de descentralización.

La asignación de recursos, basada en el criterio histórico, lleva a la reproducción de inequidades e ineficiencia en el uso de los recursos ya que no permite adaptarlo a características que puedan ser contingentes. Para superar esto, los evaluadores recomiendan analizar la extensión de la experiencia piloto del nuevo modelo de asignación presupuestal de la región este como forma alternativa de dinámica institucional, y protocolizar criterios uniformes para la asignación de personal y recursos materiales en cada policlínica rural en función de variables objetivas como cantidad de usuarios, consultas, perfil epidemiológico, etc., en consonancia con la realización de estudios epidemiológicos y de distribución de recursos realizadas en el apartado de diseño.

Asimismo, los evaluadores recomiendan identificar la distribución de recursos de traslado y transporte (incluyendo transporte de emergencia y medicamentos), y desarrollar mecanismos para su gestión. Esto incluye el análisis de la complementación con otras instituciones, como las intendencias.

Con relación a los recursos humanos, los datos indican que no todas las especialidades están cubiertas en todas las policlínicas rurales, y que existe una alta variabilidad en la asignación de las horas en cada unidad asistencial. La solución a esta restricción implica desarrollar estrategias intersectoriales e interinstitucionales que promuevan la presencia de recursos humanos en el medio rural, o que faciliten el acceso a ellos.

La evaluación encuentra debilidades en los sistemas de monitoreo y evaluación, haciéndose necesario desarrollar instrumentos para medir efectivamente y de manera continua los resultados de la intervención. Para eso se recomienda establecer un sistema de registro que permita la medición de resultados, con indicadores que se puedan abrir a nivel de localidad tanto en la asistencia como en la promoción, así como jerarquizar la gestión de información y comunicación, y mejorar la información del recorrido del paciente a nivel de la contra referencia. Otro elemento refiere a la existencia de demanda de población que no cuenta en el medio rural con los servicios del efector al que está vinculado, como se señaló antes. Se recomienda generalizar convenios que especifiquen claramente las contrapartidas que esos efectores de salud aportarán por la atención de sus usuarios por ASSE en el medio rural.

Finalmente, se destaca que la intervención cuenta con un alto nivel de legitimidad y una red de confianza local e interinstitucional (convenios de complementariedad,

relaciones con las Intendencias, acuerdos operativos a nivel de RIEPS) que favorecen la gobernanza del sistema. Se recomienda llevar a cabo acciones de fortalecimiento de las organizaciones que trabajan con ASSE, y sistematizar y socializar los aprendizajes que se han realizado en materia de participación ciudadana.

3.3. Desempeño

En cuanto a los indicadores de desempeño de la intervención, se destaca que no se evidencian diferencias significativas en la información disponible entre los datos de salud para el área urbana en relación al área rural. Al mismo tiempo, la intervención parece ofrecer servicios de forma suficiente, aunque existe evidencia de heterogeneidad en la prestación y dificultades para la provisión de personal especializado.

Sin embargo, se señala que es necesario continuar los esfuerzos por mejorar las bases informacionales de ASSE que permitan generar conocimiento específico sobre el medio rural. Se propone diseñar una matriz de indicadores asociadas a metas de resultado que permita apertura por departamento y medio rural y/o urbano.

También se señala que el déficit de información desagregada para los gastos urbanos y rurales hizo que solo fuera posible estimar un presupuesto aproximado para el año 2013 del total del componente a nivel nacional. Se recomienda realizar estudios que den información precisa sobre los costos efectivos de la intervención tanto a nivel global como a nivel regional y local.

Dirección de Gestión y Evaluación
Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión
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 8001
contacto@agev.opp.gub.uy
www.opp.gub.uy/hacemos/presupuesto/agev

