



Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (SERENAR) 2014 - 2015

**Área Programática: Salud
Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) |
Cátedra de Neuropediatría, Facultad de Medicina UdelaR**

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 Evaluación de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) realizada conjuntamente por integrantes de dicha División, a cargo de Juan Manuel Lanza, y por los evaluadores externos Victoria Prieto y Oliver Socas (2015) con el acompañamiento técnico de AGEV, a cargo de Ruy Blanco. El resumen 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 entrevistas a madres y padres de niños beneficiarios, visitas de campo y entrevistas a integrantes de la intervención.

La evaluación comprendió el período 2009 - 2013 y se desarrolló durante el primer semestre del año 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: Sandra Berta, Cristina Scavone, Dione Carrasco y Silvia Melgar.

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 pública Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (SERENAR) es un programa especializado e interdisciplinario dedicado al seguimiento de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE con factores de riesgo biológico y/o social. Estos factores han sido definidos por la intervención como determinantes de posibles alteraciones en el neurodesarrollo infantil. La intervención apunta a mejorar la prevención, detección y atención temprana de trastornos en el desarrollo infantil y de discapacidades psicológicas, neurológicas y sensoriales de los niños nacidos en ASSE.

Su propósito es *“disminuir la prevalencia de alteraciones del neurodesarrollo en niños/as de 0 a 6 años con riesgo psiconeurosensorial (usuarios de ASSE) a través de la prevención primaria, captación precoz, atención oportuna y énfasis en la estimulación precoz”*.

La intervención se origina en el año 2006 y se vincula a la cátedra de Neuropediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Contó inicialmente con la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)¹. A partir del año 2007 pasa a la órbita de ASSE siendo desde entonces co-ejecutado entre la cátedra de Neuropediatría (Facultad de Medicina, UdelaR) y ASSE.

El ámbito de acción territorial de la intervención es la totalidad del territorio nacional² y su ejecución se extiende en un período inicial de 3 años (desde mayo de 2006 a abril de 2009), luego del cual sigue funcionando hasta la fecha con recursos presupuestales de ASSE en modalidad de co-ejecución.

1.1. Objetivos

El objetivo principal que persigue SERENAR es disminuir la prevalencia de alteraciones del neurodesarrollo

¹ - La formulación del proyecto mediante acuerdo de cooperación MSP-AECID previó comprender el período entre mayo 2006 y abril 2009 (36 meses).

² - En su origen el programa contaba con cinco Unidades de Atención Temprana (UAT), de las cuales tres se ubicaban en Montevideo (una en el CHPR, y las otras dos en las policlínicas de ASSE de los barrios de la Unión y Cerro), una en Tacuarembó y otra en Salto. A éstas se han incorporado cuatro más: Colonia, Durazno, Maldonado, y Treinta y Tres. A pesar de que se trata de un programa de alcance nacional, la cobertura territorial de SERENAR se restringe a los departamentos con UAT, y en algunos casos a los departamentos limítrofes.

en niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE con factores de riesgo psiconeurosensorial. La intervención apunta a mejorar la prevención, detección y atención temprana de trastornos en el desarrollo infantil y de discapacidades psicológicas, neurológicas y sensoriales en niños usuarios de ASSE, quienes provienen mayoritariamente de entornos socioeconómicos desfavorecidos.

La intervención parte de la premisa que la prevención, detección y atención oportuna de estos trastornos evita o disminuye el deterioro de las capacidades futuras de los niños, y que esto sólo tiene lugar en la medida en que los recién nacidos con algún factor de riesgo son captados y seguidos de forma oportuna y adecuada.

El programa prevé en su diseño tres servicios definidos de la siguiente manera: i) captación precoz y atención oportuna especializada e interdisciplinaria dirigida a niños en situación de riesgo psiconeurosensorial; (ii) prevención de situaciones de riesgo psiconeurosensorial en niños a partir de beneficiarios actuales (*prevención primaria*); iii) Unidades de Atención Temprana (UAT) en óptimo funcionamiento para brindar los servicios de SERENAR³.

1.2. Población potencial, objetivo y beneficiaria

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 atención⁴.

En el caso de SERENAR su población potencial comprende al conjunto de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE, quienes presentan al menos uno de los factores de riesgo biológico (principalmente, prematuridad, bajo peso al nacer, recién nacidos con riesgo neurológico, malformaciones) y/o social (embarazos no deseados, embarazos adolescentes, alcoholismo y adicciones en madre y padre, maltratos, pobreza extrema) definidos por la intervención, y que padecen alteraciones en el neurodesarrollo o tienen alta probabilidad de padecerlas. A su vez, estos niños suelen pertenecer a hogares de condiciones socioeconómicas desfavorables y con altos niveles de vulnerabilidad social, además de presentar dificultades para acceder a servicios públicos de salud materno in-

³ - Este tercer componente de la intervención no es un servicio en sí sino que es condición necesaria para la prestación de los servicios de salud que lleva adelante SERENAR.

⁴ - AGEV (2014) "Notas técnicas para evaluación de intervenciones públicas".

Cuadro 1. Población potencial de SERENAR. 2013

	Población	Vulnerabilidad	Vulnerabilidad social	Vulnerabilidad biológica
Niños 0-6, total país	328.425 (a)			
Niños 0-6, ASSE	114.316 (b)			
Prevalencia vulnerabilidad 0-6 total país (%)		22,2%(c)	20,7%	2,7%
Prevalencia vulnerabilidad 0-6 ASSE (%)		33,9%(d)	32,7%	2,9%
Vulnerables 0-6 total país		72.910*	67.984	8.867
Vulnerables 0-6 ASSE		38.753**	37.381	3.315

Fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR. Elaboración propia en base a: Padrón de usuarios ASSE de 0-6 años; CNV 2007-2013, MSP; Estimaciones y proyecciones de población. Revisión 2013, INE (2014).

(*)Nota: La cifra de población vulnerable de 0-6 años se obtiene como producto de las celdas "a" y "c".

(**)Nota: La cifra de población vulnerable de 0-6 años se obtiene como producto de las celdas "b" y "d".

fantil. Para estimar la cifra de población potencial dentro del grupo de beneficiarios ASSE, el equipo evaluador ha procesado la información del registro de nacimientos disponible en el Certificado de Nacido Vivo (CNV) para los años comprendidos entre 2007 y 2013. De esta forma se ha caracterizado a la población recién nacida entre 2007 y 2013 con alguno de los factores de riesgo social o biológico definidos por la intervención como rasgos de riesgo psiconeurosensorial.

Para dicha estimación se construyó un indicador de vulnerabilidad que tiene en cuenta cinco variables: i) peso al nacer, ii) edad gestacional, iii) resultados del APGAR⁵ al minuto y a los cinco minutos del nacimiento, iv) número de controles prenatales, y v) edad de la madre. Las tres primeras variables aportan información sobre riesgos de orden biológico (*vulnerabilidad biológica*), mientras que las dos últimas informan sobre riesgos de orden social (*vulnerabilidad social*).

5 - La puntuación de Apgar (la primera prueba para evaluar a un recién nacido) se lleva a cabo en la sala de parto inmediatamente después del nacimiento. Esta prueba permite saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido y determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia. Se evalúan 5 factores: aspecto (color de la piel), pulso (frecuencia cardíaca), irritabilidad (respuesta refleja), actividad y tono muscular, respiración (ritmo y esfuerzo respiratorio). La puntuación que puede obtener un recién nacido oscila entre 0 y 10.

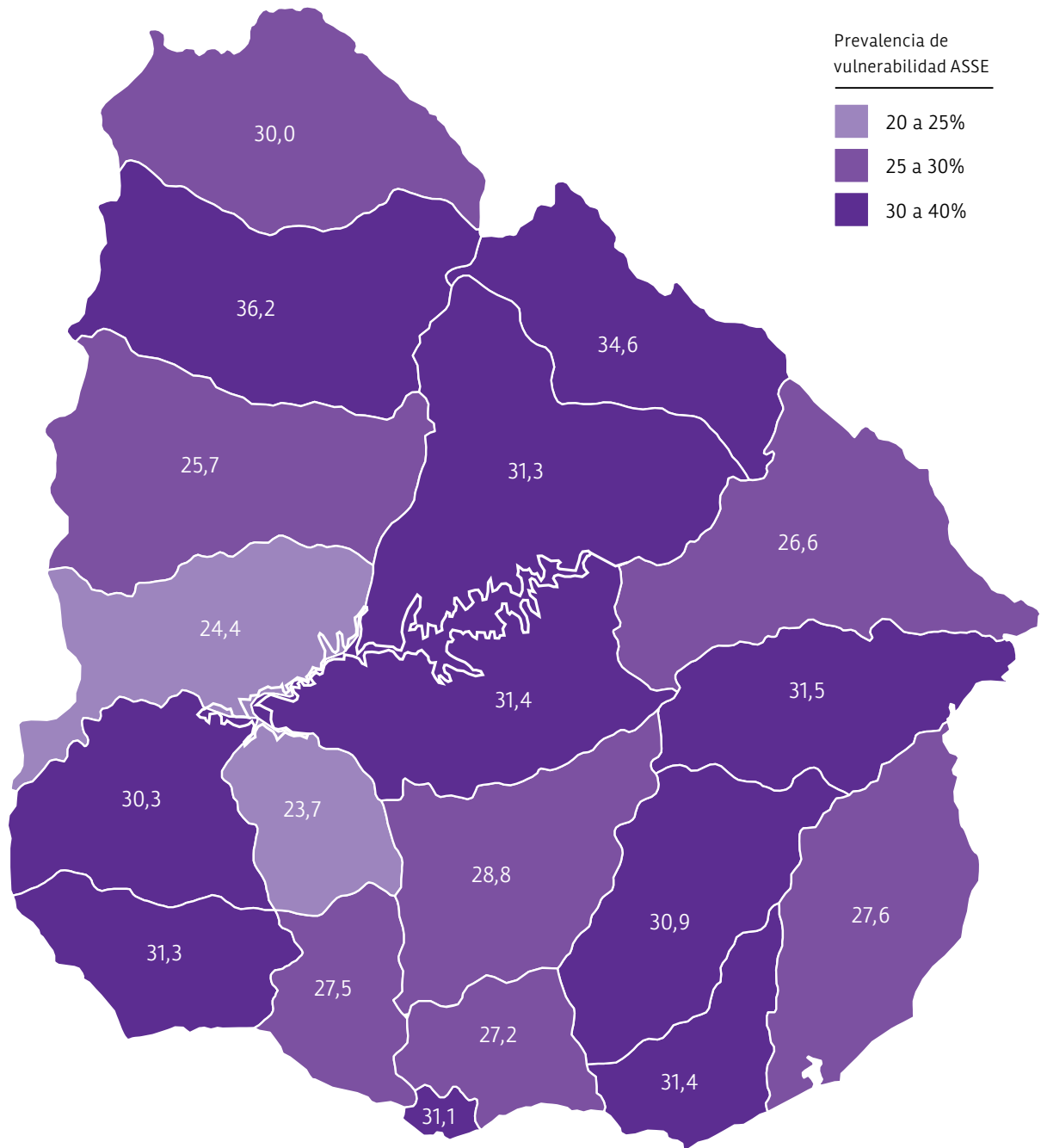
La población potencial de SERENAR es un subconjunto de los usuarios de ASSE de 0 a 6 años de edad (para el año 2013, este subconjunto se encuentra conformado por 114.316 niños).

Para el año 2013, la población potencial estimada de SERENAR fue de 38.753 niños de 0 a 6 años usuarios ASSE con perfil de vulnerabilidad biológica y/o social⁶ (cuadro 1).

La distribución territorial de la prevalencia de vulnerabilidad social y biológica por departamentos muestra que la misma supera el 30% de los nacimientos ocurridos en establecimientos ASSE en 2013 en 10 de los 19 departamentos, destacándose entre ellos Salto y Rivera (mapa 1).

6 - La distinción entre vulnerabilidad social y biológica muestra que el principal componente del riesgo es atribuible a variables sociales, ya que el índice de vulnerabilidad social tiene valores muy próximos al de vulnerabilidad total. En otras palabras, la mayor concentración de la población potencial de SERENAR se encuentra dentro de la población que nace en contexto de vulnerabilidad social. Si bien la prevalencia del riesgo biológico es muy inferior, éste es el indicador más importante a efectos de la intervención.

Mapa 1. Prevalencia de vulnerabilidad biológica y social en recién nacidos por departamento de residencia de la madre. Nacimientos ocurridos en establecimientos de ASSE. 2013.



Fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR. Elaboración propia en base a estadísticas del Certificado de Nacido Vivo, 2013, MSP.

Cuadro 2. Beneficiarios Efectivos de SERENAR. 2009–2013

	2009	2010	2011	2012	2013	% de variación 2009–2013(*)
Componente 1 Beneficiarios ingresados(**)	812	907	829	728	1.108	36,5
Componente 2 (Prevención Primaria)	s/d***	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Componente 3 (UATs en óptimo funcionamiento)	n/a****	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Total de Beneficiarios	1.337	2.183	2.466	2.245	2.404	79,8

Fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR. Elaboración propia en base a datos proporcionados por la intervención.

(*) Este valor expresa la variación en el número de beneficiarios entre 2009 y 2013.

(**) Esta cifra incluye exclusivamente a los casos de primer diagnóstico e ingreso. Téngase en cuenta que el componente 1 incluye además de la captación, la atención temprana, el seguimiento y la evaluación.

(***) Sin dato.

(****) No aplica

Dentro de la población potencial de 0 a 6 años con perfil de riesgo biológico y social interesa distinguir el subgrupo de edad de 0 a 2 años, pues entre estas edades es el momento de ingreso a la intervención. Para el año 2013, el grupo de usuarios ASSE de 0 a 2 años con vulnerabilidad biológica y social se estima en 15.255 niños del total de 38.753 niños que conforman la población potencial de la intervención.

Por último, para el servicio de prevención primaria, también son parte de la población potencial las madres de niños que sean beneficiarios actuales del programa. Este servicio se enfoca en evitar la aparición de factores de riesgo en próximos embarazos, y así lograr que nuevos hijos de dichas madres no padezcan alteraciones en el desarrollo. Debido a carencias del sistema informático del registro de beneficiarios de SERENAR en la evaluación no se pudo cuantificar con precisión dicho grupo poblacional de este servicio de prevención primaria.

Por otra parte, la población objetivo es aquella que la intervención tiene planeado atender en un período dado de tiempo, pudiendo corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella⁷.

Si bien la población objetivo coincide con la definida para la población potencial y la previsión de la intervención es atender al conjunto de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE que presenten al menos uno de los facto-

res de riesgo identificados, en la actualidad el alcance geográfico de los servicios de SERENAR representa una restricción.

Las nueve UAT que funcionan al momento tienen presencia en siete de los diecinueve departamentos del país. Ello supone que si bien la población objetivo la constituyen la totalidad de usuarios de ASSE en el tramo de edad de 0 a 6 años que presenten algún factor de riesgo, la cobertura geográfica actual del servicio de SERENAR no abarca todo el territorio nacional. Siguiendo este criterio, la población objetivo se restringirá del total nacional de 38.753 niños a aquellos residentes en los departamentos de: Montevideo, Salto, Durazno, Colonia, Maldonado, Tacuarembó y Treinta y Tres. De esta manera, la población objetivo de SERENAR para el año 2013 se estima en 18.358 niños.

Finalmente, la población beneficiaria de la intervención corresponde a la población efectivamente atendida. La misma se estima en 2.404 niños de 0 a 6 años atendidos por la intervención en 2013⁸. Dicha cifra de beneficiarios incluye pacientes que ingresaron en 2013 así como también pacientes que ingresaron en años previos y que se encuentran en etapa de control y seguimiento.

⁸ – La cifra de beneficiarios corresponde a una estimación realizada a partir del promedio de la tasa de uso del servicio (consultas/beneficiarios) de la UAT del Cerro para el año 2014. Se asume que la tasa de uso del servicio de esta UAT (3,5 consultas promedio por beneficiario) es aplicable al período 2009–2013 para el conjunto de las unidades de atención (fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR).

⁷ – AGEV–OPP (2014) “Notas técnicas para evaluación de intervenciones públicas”.

El promedio de beneficiarios de la intervención en el período analizado en la evaluación DID es de 2.127 niños atendidos anualmente, mostrando una evolución creciente en el período (de 1.337 niños en 2009 a 2.404 niños en 2013) (ver cuadro 2).

1.3. Recursos asignados

La intervención SERENAR contribuye al programa presupuestal 440 Atención integral de la Salud del Área programática Salud (AP13). Los recursos presupuestales iniciales fueron asignados por el MSP y contó con un financiamiento inicial de AECID. Una vez que la intervención pasa a la órbita de ASSE se nutre de fondos provenientes de dicho organismo.

La intervención no tiene un presupuesto propio registrado a nivel contable, por lo cual en la evaluación DID se lo estimó para el año 2013. Dicha estimación se realizó en base a la información disponible sobre el rubro “remuneraciones del personal”, bajo el supuesto que en SERENAR se da la misma distribución del presupuesto que en las unidades ejecutoras donde existen UAT: i) remuneraciones 62,18%; ii) funcionamiento 34,54%; iii) inversiones 3,28%.

El rubro “remuneraciones del personal” en 2013 asciende a \$U11.310.000; \$U6.535.270 para el rubro “funcionamiento”; y finalmente, \$U620.605⁹ para el rubro “inversiones”.

De esta manera se estima el presupuesto de SERENAR para el año 2013 en \$U18.465.875, lo que representa un 0,06% del programa presupuestal 440 Atención integral de la Salud en el cual se enmarca, y un 0,34% del total del presupuesto de las unidades ejecutoras donde existen UAT.

El costo medio estimado por unidad de atención temprana correspondiente al año 2013 es del orden de \$U2.051.764. Esto totaliza un costo medio mensual por UAT para el año 2013 del orden de \$U170.980.

1.4. Estrategia general y servicios de la intervención

Para alcanzar una mejor comprensión de SERENAR, en primer lugar (i) se describe el problema que da origen a

⁹ - Cabe acotar que del presupuesto actual de SERENAR el único rubro que efectivamente se está ejecutando es el de remuneraciones del personal. Los recursos para funcionamiento e inversiones, luego del financiamiento inicial de AECID, son prácticamente nulos al día de hoy.

la intervención (esto es, las necesidades que se buscan satisfacer a partir de sus acciones), en segundo lugar (ii) se plantea la estrategia general propuesta para superar el problema inicial, y luego (iii) se describen los servicios y/o acciones prestados. Al final de este apartado (iv) se incluye un resumen de la Matriz de Objetivos (MO)¹⁰ del programa que permite visualizar esquemáticamente la estructura general de la intervención.

Problema que da origen a la intervención

El problema que da origen a la intervención es la existencia de una cantidad significativa de recién nacidos con riesgo en su desarrollo que no son detectados ni seguidos adecuadamente¹¹.

En el inicio de la intervención se constató una tardía captación de recién nacidos de alto riesgo en su neurodesarrollo y un bajo nivel de seguimiento de los casos detectados. Esto produce una alta prevalencia de trastornos que podrían ser evitados, y genera un deterioro del capital humano a mediano y largo plazo, además de profundizar la situación de exclusión social de estos niños.

De esta manera, se fundamenta la necesidad de asistir a esta población de recién nacidos con riesgo neurológico¹² y abordar el conjunto de factores causales identificados al momento del diagnóstico por los responsables

¹⁰ - 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 los resultados esperados. Por tanto, la MO contiene: (i) los resultados y/o efectos que se espera lograr a nivel de los recién nacidos y niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE que presentan al menos un factor de riesgo biológico y/o social definido por la intervención (en este caso, orientados a disminuir la prevalencia de alteraciones en el neurodesarrollo en base a detección temprana y oportuna, captación precoz, y seguimiento adecuado de pacientes que presenten tales riesgos o bien que ya padecen alteraciones en su desarrollo), (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-).

¹¹ - El origen de la intervención tiene lugar en el Servicio integrado de Neuropediatría del CHPR en los años 2001 y 2002, en la asistencia a recién nacidos y niños de 0 a 6 años usuarios del sistema público de salud de nuestro país, pertenecientes a hogares de contexto socioeconómico desfavorable, con alta presencia de factores de riesgo biológicos y sociales, y que padecen alteraciones en el desarrollo ya consolidadas y muy difíciles de revertir.

¹² - La intervención ha operacionalizado el riesgo en el desarrollo infantil en un conjunto de factores de riesgo clasificados en dos grandes tipos: biológico y psicosocial. Los primeros incluyen principalmente: asfixia perinatal, prematuridad, bajo peso gestacional, puntuaciones APGAR insuficientes, recién nacidos con malformaciones severas del sistema nervioso central, disfunción neurológica persistente. Los segundos incluyen: embarazo no deseado, madres adolescentes, situación de extrema pobreza, situación conflictiva en el núcleo familiar, alcoholismo y otras adicciones de madre y/o padre.

de la intervención. Estos factores son: i) aquellos vinculados con el contexto social (pobreza e indigencia, exclusión social y territorial), y ii) aquellos referidos a un funcionamiento inadecuado del sistema de los servicios de salud pública dirigidos a primera infancia (inexistencia de servicios especializados, dispersión y problemas de organización de los servicios públicos de salud, y falta de formación de los profesionales de los servicios de salud materno infantil).

Estrategia general

La estrategia general de la intervención responde al objetivo de mejorar la prevención, detección y atención temprana de las alteraciones en el neurodesarrollo en niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE nacidos en situación de riesgo psiconeurosensorial.

Dicha estrategia general se materializa en la creación y fortalecimiento institucional de Unidades de Atención

Temprana y su descentralización, a nivel del territorio nacional, en la red de servicios asistenciales del Primer Nivel de Atención de ASSE.

La estrategia propuesta se basa en cuatro pilares principales:

i) Prevención. La prevención de trastornos en el neurodesarrollo solo tiene lugar en la medida en que los recién nacidos de alto riesgo sean captados precozmente y seguidos de manera oportuna y adecuada mediante un servicio especializado e interdisciplinario.

Adicionalmente, la intervención ha definido un servicio específico como parte de su estrategia, que implica desarrollar actividades de *prevención primaria* mediante la sensibilización de la población en edad fértil. Este servicio está dirigido a las madres de beneficiarios actuales con alteraciones en el neurodesarrollo con el fin de evitar potenciales alteraciones en embarazos posteriores.



ii) Detección precoz y atención oportuna. La detección precoz y atención temprana y oportuna minimizan la probabilidad de padecer alteraciones en el desarrollo, o, en caso de ya tenerlas, aumenta la probabilidad de revertirlas o de atenuar su avance. Para ello la intervención propone el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia¹³ de recién nacidos de alto riesgo en el neurodesarrollo con instrumentos y roles adecuados.

Ello incluye: (a) mejorar el sistema de captación y derivación temprana y oportuna entre los distintos agentes de derivación¹⁴ y las UAT; b) fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de la población objetivo.

iii) Seguimiento adecuado en la población tratada¹⁵.

Tanto la calidad técnica del seguimiento, como el cumplimiento en la asistencia a los controles programados por parte de los beneficiarios, son claves para que la intervención obtenga mejores resultados. Estos dos elementos aumentan las probabilidades de recuperar las situaciones que generaron el factor de riesgo y eventualmente la alteración detectada en el desarrollo.

Para ello se ha definido un protocolo de seguimiento de acuerdo a la edad del beneficiario, los factores de riesgo presentados y la gravedad del mismo, y/o al tipo de alteración tratada.

iv) Fortalecimiento de recursos humanos. Un aspecto central de la estrategia es mejorar los niveles de formación, habilidad y competencia de los recursos humanos involucrados en SERENAR. Ello comprende a los equipos multidisciplinarios especializados que trabajan en las UAT, a los equipos de salud que trabajan en maternidades, a los equipos del Primer Nivel de Atención y a otros agentes de derivación. El objetivo de este pilar de la estrategia es capacitar en identificación y clasificación de riesgo biológico y social, diagnóstico inicial de beneficiarios, captación y derivación, tratamiento, seguimiento y evaluación.

¹³ - La referencia es el procedimiento de derivar un paciente de primer nivel de atención a otros niveles. La contrarreferencia es el procedimiento de informar/documentar el intercambio con el paciente (sea cual sea el nivel en el cual haya interactuado el paciente). Fuente: Informe de Evaluación DID. Programa Aduana.

¹⁴ - Los agentes de derivación del programa SERENAR incluyen a: maternidades de la red de atención de ASSE, servicios de pediatría, médicos de familia, Programa Aduana, Programa Uruguay Crece Contigo, Plan CAIF.

¹⁵ - Para el seguimiento de beneficiarios se propone el trabajo articulado con instituciones y programas de la red de protección social a la infancia tales como UCC, CAIF, Programa Aduana y toda la red territorial de MIDES e INAU.

Servicios brindados por la intervención

Para desarrollar dicha estrategia y alcanzar los resultados esperados, la intervención propone en su diseño la prestación de tres servicios:

- Captación precoz y atención oportuna especializada e interdisciplinaria dirigida a niños en situación de riesgo psiconeurosensorial.

Este servicio apunta a la captación temprana y atención oportuna de niños en situación de riesgo psiconeurosensorial para obtener un diagnóstico inicial precoz que minimice el daño futuro que los mismos pudieran sufrir por la ausencia de atención adecuada y a tiempo. La captación e ingreso al programa es entre los 0 y 2 años de edad. La atención temprana abarca hasta los 6 años de edad, con margen de extender dicho umbral de atención a criterio de los profesionales actuantes. El ciclo general de este servicio comienza con la derivación oportuna y adecuada de pacientes (desde los agentes de derivación), su captación temprana y debido registro en el sistema informático de SERENAR. A continuación se realiza un diagnóstico inicial por parte de todo el equipo de profesionales y técnicos en cada UAT, y se realizan las propuestas de tratamiento y evaluación específicas. Finalmente, se realiza un seguimiento efectivo de los pacientes tratados mediante un plan de controles programados a lo largo de la trayectoria de cada paciente en la intervención.

- Prevención de situaciones de riesgo psiconeurosensorial en niños a partir de beneficiarios actuales (Prevención Primaria).

Este servicio apunta a prevenir situaciones de riesgo psiconeurosensorial en niños de madres que hayan tenido con anterioridad hijos con alteraciones en el neurodesarrollo. En este sentido, la identificación adecuada de estas madres y su seguimiento es fundamental a la hora de lograr diagnósticos precoces de futuros hijos con posibles trastornos de este tipo.

- Unidades de Atención Temprana en óptimo funcionamiento para brindar los servicios de SERENAR.

Este servicio refiere a la creación, puesta a punto y mantenimiento de las UAT en las siguientes dimensiones:

- i) Constituir los equipos multidisciplinarios especializados necesarios para llevar adelante los servicios detallados.

ii) Contar con el número suficiente de unidades de atención temprana y con los espacios físicos adecuados para este tipo de intervenciones. Adicionalmente, se espera poder acondicionar y mantener las UAT en un estado de conservación material que permita su uso óptimo a lo largo del tiempo.

iii) Asegurar los recursos, equipamiento, materiales e insumos médicos y no médicos adecuados para la atención especializada a brindarse en SERENAR.

El siguiente cuadro 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 (Componentes).

Cuadro 3. Resumen de la intervención SERENAR.

Fin	Contribuir al adecuado desarrollo de la infancia uruguaya en términos psiconeurosensoriales, y así mejorar las capacidades y oportunidades futuras de esta población.
Propósito	Disminuye la prevalencia de alteraciones del neurodesarrollo en niños/as de 0 a 6 años con riesgo psiconeurosensorial (usuarios de ASSE) a través de la prevención primaria, captación precoz, atención oportuna y énfasis en la estimulación precoz.
Componente 1: Captación precoz y atención oportuna especializada e interdisciplinaria dirigida a niños en situación de riesgo psiconeurosensorial.	<ul style="list-style-type: none"> • Captación. • Diagnóstico inicial. • Propuestas de tratamiento y evaluación. • Seguimiento del beneficiario.
Componente 2: Prevención Primaria	Prevención de situaciones de riesgo psiconeurosensorial en niños a partir de beneficiarios actuales.
Componente 3: Unidades de Atención Temprana en óptimo funcionamiento para brindar los servicios de SERENAR.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de especialistas constituidos. • Espacios físicos adecuados. • Recursos materiales, equipamiento, insumos.

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

2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Para facilitar su presentación, los resultados de la evaluación de SERENAR serán presentados siguiendo las tres principales dimensiones del análisis realizado: (i) aspectos de Diseño, (ii) aspectos de Implementación y (iii) aspectos de Desempeño.

2.1 Diseño

En primer lugar, se constata consistencia entre los objetivos de la intervención y los objetivos estratégicos del inciso ASSE, en particular con el objetivo de *“fortalecimiento del Primer Nivel de Atención”*. Estos objetivos se enmarcan en el modelo de atención impulsado desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y sus principios de accesibilidad, continuidad asistencial, integralidad y calidad de los servicios de salud.

A su vez, la intervención es consistente con los objetivos de promoción de un adecuado desarrollo infantil temprano que se impulsa desde la cátedra de Neuropediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Con respecto al marco de política pública en el que se inscribe SERENAR, el propósito de la intervención está en clara consistencia con el objetivo del programa rector de salud de la niñez del MSP¹⁶: *“Lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente del país desde su nacimiento hasta los 14 años (...)”*.

En segundo lugar, la identificación y delimitación del problema, asociado a la prevalencia de riesgo psiconeurosensorial en menores de hasta 6 años que podrían mejorar su bienestar y desempeño biológico, emocional y social a través del diagnóstico temprano de patologías de orden neuropediátrico, es correcta y ha sido documentada con precisión en los documentos de formulación del proyecto con apoyo de AECID y aquellos que ha elaborado la intervención en el curso de su existencia. La intervención ha identificado, de manera acertada, que la prevalencia de este tipo de riesgos es elevada y que su magnitud es mayor entre los beneficiarios de ASSE. Ello

¹⁶ - El programa rector referido es el Programa Nacional de Salud de la Niñez del MSP. En particular, SERENAR sigue los lineamientos especificados en las guías elaboradas por MSP para el seguimiento del recién nacido de muy bajo peso al nacer y para la vigilancia del desarrollo del niño y niña menores de 5 años.

es consecuente con la estrategia de dirigir los esfuerzos de atención a la población que se atiende en la órbita del sector público.

La intervención también ha diagnosticado acertadamente que este problema tiene sus orígenes en los siguientes factores causales: i) accesibilidad deficiente a servicios públicos de salud en primera infancia, ii) baja formación de profesionales vinculados con la salud materno-infantil en cuanto a la detección oportuna de riesgo en el desarrollo infantil temprano, y iii) deficiencias en la organización de los servicios de salud (centralización, dispersión en varios subsistemas, horarios de atención).

En tercer lugar, con relación a la caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo de la intervención, la evaluación señala que las mismas son coincidentes. Los criterios de demarcación (ser usuario de ASSE de 0 a 6 años y presentar al menos un factor de riesgo biológico o social) son claros a pesar de no haber sido cuantificados con anterioridad a la evaluación DID. A su vez, debe destacarse que, pese a no existir una restricción explícita de atención a niños que cumplan con esos criterios, el despliegue territorial limitado de la intervención (que cuenta con nueve UAT en solo siete departamentos) implica que muchos niños eventualmente no recibirán atención en caso de requerirla.

En cuarto lugar, la intervención propone acertadamente a nivel de diseño cuatro pilares de estrategia: i) prevención, ii) detección oportuna y atención temprana, iii) seguimiento mediante programación de controles de acuerdo a la edad del niño y al tipo de alteración detectada, y iv) fortalecimiento de la formación y competencias de los recursos humanos que se desempeñan en el programa, así como de otros agentes que trabajan en el área de servicios de salud materno-infantil.

Como estrategia para materializar sus servicios, SERENAR definió la creación y fortalecimiento de unidades de atención temprana como espacios especializados para la captación, atención temprana y seguimiento de niños en situación de riesgo psiconeurosensorial. Esta estrategia se entiende adecuada en tanto permite que la atención especializada en el desarrollo infantil tenga un espacio físico específico dentro de la red asistencial de ASSE y cuente, en cada unidad, con los recursos humanos y materiales asignados específicamente a SERENAR para atender esta demanda.

También se entienden adecuadas las estrategias adicionales referidas a: i) incrementar el grado de conocimiento, sensibilización y compromiso sobre el problema en el que interviene SERENAR tanto a nivel de autoridades rectoras de la política de salud como de los propios profesionales de la salud y otros agentes afines a su área de actuación, ii) comprometer e involucrar activamente a las familias en el proceso de seguimiento de los niños tratados y controlados, y iii) generar ámbitos de articulación con otras instituciones que se ocupan de paliar las situaciones que propician mayor prevalencia de los factores de riesgo biológico y social.

En quinto lugar, respecto al diseño de los procesos de producción y provisión de los servicios, el ciclo general de la intervención se encuentra adecuadamente diseñado. La secuencia lógica de sus procesos es consistente con la estrategia general de la intervención y da cuenta de los requerimientos para abordar el problema a resolver.

Sin embargo, la evaluación DID identificó las siguientes limitaciones en etapas centrales del ciclo de servicios:

i) El proceso de derivación, captación e ingreso al programa presenta dificultades asociadas a cierto desconocimiento sobre la existencia de SERENAR en algunos agentes de derivación, y sobre cuándo aplica la derivación al programa y cuándo no. También se reconocen dificultades en coordinación, comunicación entre agentes o en aspectos logísticos. La principal dificultad encontrada en este punto es la escasa derivación realizada por los pediatras de la red asistencial de ASSE.

ii) El proceso de registro de beneficiarios en el sistema informático del programa¹⁷ y la carga de datos de seguimiento de pacientes presenta dificultades asociadas a la falta de datos básicos de perfil de los pacientes y su seguimiento, problemas de duplicación de datos, subregistro de información de los controles realizados y otros datos requeridos para evaluar el desempeño del programa en términos de eficacia, eficiencia y calidad.

¹⁷ - Cabe acotar que luego del financiamiento inicial de AECID (2006-2009) con el cual, entre otras actividades, se diseñó el sistema informático de registro de beneficiarios del programa y de gestión de controles de seguimiento, la intervención no ha contado con recursos para el adecuado mantenimiento del programa informático, o eventualmente ajustes al mismo.



iii) El proceso de re-captación de pacientes¹⁸ no se encuentra debidamente previsto. Esta actividad se hace con dificultades y de manera dispar entre unidades, dependiendo exclusivamente del esfuerzo personal del propio equipo de especialistas que atiende en cada unidad.

Finalmente, con relación a la planificación, el monitoreo y la evaluación, se constató que las actividades de planificación son insuficientes debido a que no se observan prácticas regulares de fijar planes, objetivos y metas que se compartan desde la coordinación con cada equipo de las diferentes UAT. No obstante, sí se observa un importante esfuerzo en planificar la prestación del servicio en cuanto a la distribución de especialistas por unidad, la organización de horarios de atención en los servicios, el plan de consultas y controles, ateneos y la devolución de informes grupales a pacientes.

En cuanto al monitoreo y evaluación, las limitaciones del sistema informático de SERENAR condicionan todo tipo de actividad al respecto.

Siguiendo lo expresado en el informe de evaluación DID: “Las UAT son centros no digitales, donde la carga de la información y su tratamiento se hacen en soporte físico (papel) y manual (por los propios especialistas). En muchos centros no están dotados de internet ni computadoras, y en los que sí lo tienen, no tienen acceso web o cliente-servidor, por lo que existen duplicidades en los registros, además de que los pacientes SERENAR no se encuentran debidamente identificados del total de pacientes de los servicios de Neuropediatria, y los médicos no ingresan la historia clínica del paciente/parte médico de la consulta al momento de la misma”.

Un punto importante a resolver en cuanto al sistema de información de SERENAR es su interacción con el resto de los sistemas de información y bases de datos de ASSE a nivel central. Este aspecto ya viene siendo trabajado a nivel del área de Sistemas de Información de ASSE en conjunto con la coordinación del programa con el fin de que SERENAR utilice los sistemas de información de ASSE (SIEMBRA-Historia Clínica Electrónica, Sistema de Información Perinatal) y pueda contar con reportes específicos a sus necesidades de información para monitoreo y evaluación.

¹⁸ - La re-captación implica que, ante ausencias de los pacientes a las consultas programadas, las unidades de atención se contacten activamente con los usuarios y reprogramen las consultas. Es deseable que este proceso lo realice personal de perfil administrativo, pero la intervención no dispone de dicho perfil en ninguna de las unidades de atención.

En líneas generales, los indicadores propuestos y diseñados por la intervención son pertinentes y adecuados a los objetivos a nivel de propósito y servicios. Sin embargo, se recomienda generar las condiciones adecuadas en cuanto al registro de datos básicos del programa, su procesamiento y subsiguiente sistematización de reportes para la toma de decisiones.

2.2. Implementación

En primer lugar, en relación a la estructura organizacional y funciones de la intervención, se entiende como una limitación la provisionalidad en la institucionalidad que tiene la intervención dentro del organigrama de ASSE. Los servicios de SERENAR se brindan a través de unidades de atención temprana insertas dentro de diferentes Unidades Ejecutoras de ASSE (hospitales y centros de salud), pero aún no tiene una ubicación institucional en el nivel central del organismo.

Esta situación conlleva a un desconocimiento de la coordinación del programa sobre cómo poder gestionar funcionalmente ante ASSE. Aún no están formalizados los canales de comunicación entre la coordinación de SERENAR y las gerencias de RRHH, Financiera, Asistencial y Sistemas de Información de ASSE. Esta posición institucional incierta no le permite disponer de recursos propios para sus diversas necesidades y requerimientos de funcionamiento.

En cuanto a funciones, las descripciones de responsabilidades y tareas en los cargos de coordinación y especialistas del programa están definidas adecuadamente en los términos de referencia elaborados por la intervención.

En segundo lugar, respecto a la dotación y perfil del personal de la intervención, se constatan algunas restricciones que podrían estar afectando el cumplimiento del propósito: i) la dotación insuficiente y dispar de recursos humanos entre unidades en cuanto a la variedad y cantidad de especialistas, y a la carga horaria semanal por especialidad, ii) las funciones compartidas entre SERENAR, otros servicios dentro de ASSE y las tareas de investigación/docencia en el ámbito universitario, y iii) la dificultad para cubrir algunas especialidades en el interior del país. Estas limitaciones se han constatado, en mayor o menor medida, en las diferentes UAT visitadas en el proceso de evaluación.

Adicionalmente se ha observado que, más allá de la carga horaria que tienen asignadas los médicos en los

servicios de SERENAR, se ha constatado que en ocasiones los profesionales dedican más horas a atender a los niños de lo que se les retribuye formalmente. Ello puede tener como consecuencia que los médicos no trabajen a gusto en ocasiones, lo que eventualmente puede traer aparejado una merma en su desempeño profesional y eventuales deserciones.

Los cargos de varios médicos de la intervención son provisorios y a término. Este factor, junto con los sueldos poco competitivos en relación al sector privado y la realización de horas extra no remuneradas, implican la posibilidad de pérdida de estos recursos humanos en forma creciente con consecuencias inmediatas en el servicio diario y dificultades a mediano plazo para la contratación de personal altamente calificado.

En tercer lugar, con relación a los mecanismos de coordinación interna, aunque el programa incluye la función de coordinación general, los mismos son poco efectivos en la práctica ya que no se realizan actividades periódicas de coordinación y seguimiento¹⁹ desde el rol central hacia las unidades de atención en el territorio.

En relación a los mecanismos de coordinación externa con las instituciones intermediarias y agentes de derivación, los mismos responden al propósito del programa y han funcionado conforme a los requisitos mínimos de funcionamiento. No obstante, a partir de las entrevistas realizadas en la evaluación DID se observa la necesidad de una mayor colaboración en la derivación a SERENAR por parte de los pediatras de ASSE.

Adicionalmente, vale la pena destacar que hay dos programas de importancia sustantiva para SERENAR como fuentes de captación y derivación: el Programa Uruguay Crece Contigo (UCC) y el Programa Aduana. Sin embargo, de las entrevistas realizadas surge que ambos programas tienen una participación marginal respecto a otras fuentes de derivación, como ser CAIF, que es la institución citada por los entrevistados como la de mayor vínculo con la intervención.

Finalmente, en cuanto a las funciones de evaluación y seguimiento, las mismas resultan insuficientes, debido, principalmente, a las dificultades ya señaladas del sis-

19 – En las entrevistas a los especialistas, dicha función de coordinación fue señalada como una cuestión clave para el desarrollo adecuado del programa y sus servicios. Actividades como los encuentros anuales entre todos los equipos de las UATs realizados inicialmente (hoy en día discontinuados) para compartir conocimientos y experiencias sobre la prestación de servicios, son altamente valoradas por los técnicos entrevistados. Fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR.

tema informático de registro de beneficiarios. Los responsables de la intervención son conscientes de ello y es prioridad mejorar este aspecto a corto plazo. Para ello ya se está trabajando entre la coordinación del programa y el área de Sistemas de Información de ASSE.

2.3. Desempeño

En primer lugar se analiza el aporte de la intervención en cuanto al logro del propósito y de sus principales servicios a través de indicadores básicos que se pudieron relevar a tales efectos. En segundo lugar se analiza la cobertura efectiva que viene alcanzando el programa, y en tercer lugar se presentan algunos resultados a nivel del desempeño financiero, fundamentalmente referido a la eficiencia del programa.

2.3.1. Desempeño a nivel de propósito y servicios

El resultado a nivel de propósito que SERENAR pretende lograr con sus servicios es la disminución de la tasa de prevalencia de alteraciones en el neurodesarrollo en niños de 0 a 6 años (usuarios de ASSE) con riesgo psiconeurosensorial. Resulta difícil evaluar el desempeño de la intervención a nivel de propósito a partir de la información disponible, pues únicamente se cuenta con un proxy de indicador de propósito²⁰ desagregado en dos indicadores. Los mismos buscan mostrar una relación de magnitud entre la población beneficiaria de SERENAR²¹ y i) niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE residentes en aquellos departamentos donde existen UAT, y ii) niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE en todo el país.

En la evolución de estos indicadores para el quinquenio analizado no se observan cambios significativos. Como puede verse en el Cuadro 4, el primer indicador oscila en el entorno del 4%, mientras que el segundo indicador se muestra constante entorno al 2%. Por lo tanto no es posible ser concluyente sobre la eficacia alcanzada por la intervención a nivel del propósito de reducción de la prevalencia de alteraciones en el neurodesarrollo en la población usuaria de ASSE de 0 a 6 años con riesgo psiconeurosensorial.

20 – El indicador ideal de propósito sería la variación en la tasa de prevalencia de alteraciones en el neurodesarrollo en niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE, expresada como: Cantidad de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE con alteraciones en el neurodesarrollo/Total de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE.

21 – Se asume que todos los ingresos al programa son casos con alteraciones en el neurodesarrollo.

Cuadro 4. Evolución anual de la población beneficiaria de SERENAR dentro de usuarios ASSE de 0 a 6 años de edad. Total País y en departamentos donde hay UAT (en %).

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
i) (Total de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE con factor de riesgo psiconeurosensorial captados por el programa/Total de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE residentes en departamentos donde funcionan unidades SERENAR en año t)*100	s/d	3,79	4,28	3,90	4,17
ii) (Total de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE con factor de riesgo psiconeurosensorial captados por el programa/Total de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE residentes en todo el país en año t)*100	s/d	1,91	2,16	1,96	2,10

Fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR. Elaboración propia en base a información de beneficiarios de SERENAR y padrón de usuarios ASSE de 0-6 años.

En relación al desempeño a nivel de los servicios, se lograron diferentes niveles de avance que se resumen a continuación.

Con relación al servicio 1 (captación y atención temprana especializada), se describen y analizan en primer lugar la evolución interanual en la cantidad de pacientes captados (ingresos) y la cantidad de consultas agendadas por UAT.

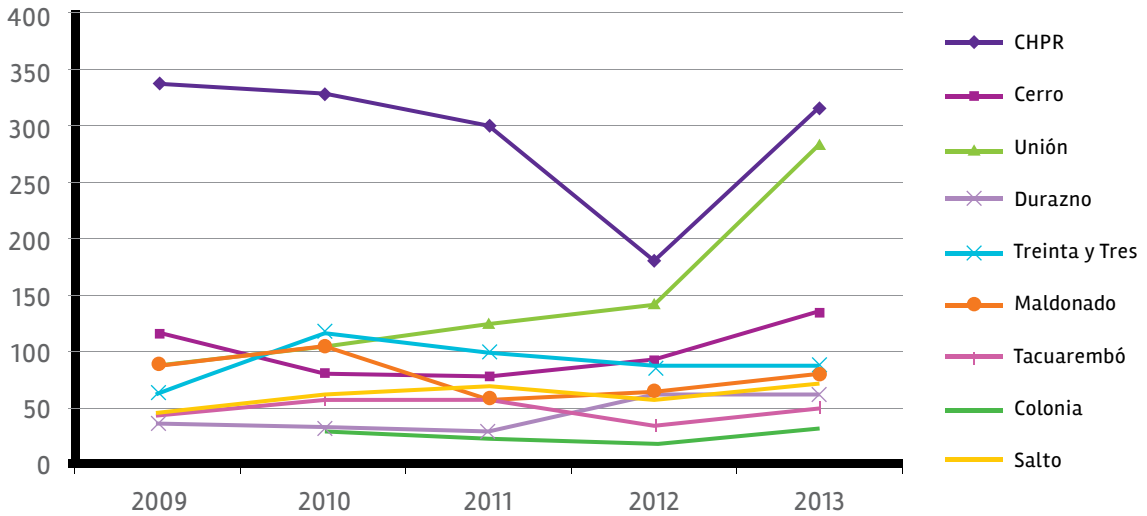
Con relación a los pacientes ingresados (ver gráfico 1), en la UAT del CHPR hay una estabilidad en el mediano plazo en el entorno de los 330 ingresos, salvo una caída notoria en el año 2012 a 180 ingresos. En el caso de la UAT de Unión se observa un crecimiento constante en todo el período, destacándose el incremento de 2013 en el cual se duplican los ingresos. En la UAT de Durazno existe estabilidad en los pacientes ingresados hasta 2011, mientras que a partir del año 2012 los mismos se duplican. Finalmente, en las restantes UAT no se observan variaciones significativas en el período considerado.

En relación a las consultas anuales agendadas por UAT (ver gráfico 2) se destaca, en primer lugar, el caso de la UAT del CHPR donde se ve un sostenido incremento de las consultas agendadas hasta el año 2011, sin embargo, a partir de 2012 puede verse una caída abrupta en las mismas. Esto puede atribuirse en gran medida a los pro-

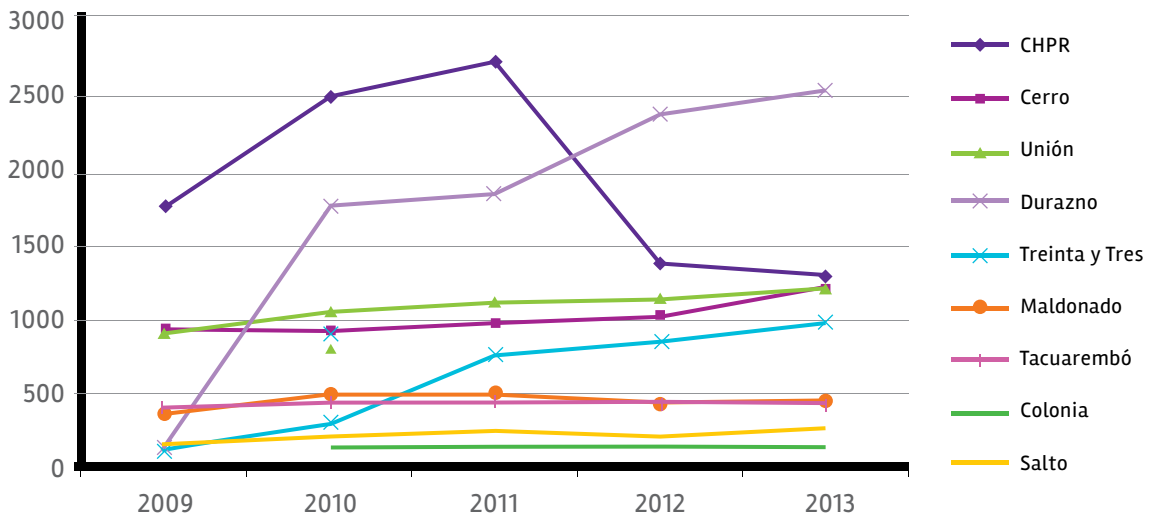
blemas de registro asociados a las dificultades del sistema informático. En el caso de Durazno, se observa un crecimiento constante en todo el período. En la UAT de Treinta y Tres se registra un aumento en todo el período, destacándose un incremento en el año 2012 donde casi se triplican las consultas agendadas. Finalmente, en las restantes UAT no se observan variaciones significativas en el período considerado.

Un tercer indicador es la “evolución anual de la captación (en %) del programa SERENAR entre la población de niños de 0 a 2 años usuarios de ASSE con riesgo y/o alteraciones en el neurodesarrollo”. Dicho indicador ha sido desagregado en dos indicadores. Éstos buscan mostrar una relación de magnitud entre la población con factor de riesgo psiconeurosensorial ingresada a SERENAR en edades de 0 a 2 años y i) niños de 0 a 2 años usuarios de ASSE residentes en aquellos departamentos donde existen UAT y que presenten riesgo en el neurodesarrollo y ii) niños de 0 a 2 años usuarios de ASSE en todo el país y que también presenten riesgo en el neurodesarrollo.

Como puede apreciarse en el cuadro 5, el nivel de captación en relación a los niños de 0 a 2 años usuarios de ASSE residentes en departamentos donde funcionan las UAT no alcanza al 25% incluso en el año 2010, donde registra su mayor nivel (23,4%). Esta cifra resulta insuficiente si se considera que la aspiración teórica de la

Gráfico 1. Pacientes captados (ingresos) por UAT anualmente.

Fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR.

Gráfico 2. Consultas agendadas por UAT anualmente.

Fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR.

intervención es captar al 100% de la población objetivo en edad de ingresar al programa. En cuanto a la evolución del indicador en el período analizado, cabe destacar el descenso significativo de la tasa de captación en el año 2012 (10,4%).

Con relación al nivel de captación a nivel nacional, el comportamiento observado es el mismo que en el indicador anterior. En 2010, el total de niños ingresados

a SERENAR en edades de 0 a 2 años en relación al total de niños de 0 a 2 años usuarios de ASSE en todo el país y que también presenten riesgo en el neurodesarrollo, no alcanzó el 12% (valor máximo del período). Aquí también resulta insuficiente el desempeño alcanzado si se considera que la meta teórica es llegar al 100% de captación. Al igual que en el primer indicador, se observa un importante descenso de captación en el año 2012 (5,4%). La evolución de estos indicadores puede atribuirse en

Cuadro 5. Evolución anual de la población captada (ingresos) de SERENAR dentro de usuarios ASSE de 0 a 2 años con riesgo en el neurodesarrollo. Total País y en departamentos donde hay UAT (en %).

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
i) Cantidad de niños de 0 a 2 años usuarios de ASSE con factor de riesgo psiconeurosensorial captados por el programa/Cantidad de niños de 0 a 2 años usuarios de ASSE (residentes en departamentos donde funcionan unidades SERENAR) con riesgo en el neurodesarrollo.	s/d	23,4	21,8	10,4	13,7
ii) Cantidad de niños de 0 a 2 años usuarios de ASSE con factor de riesgo psiconeurosensorial captados por el programa/Cantidad de niños de 0 a 2 años usuarios de ASSE (residentes en todo el país) con riesgo en el neurodesarrollo.	s/d	11,8	10,5	5,4	7,6

Fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR. Elaboración propia en base a información de beneficiarios de SERENAR y padrón de usuarios ASSE de 0 a 2 años.

cierta medida a: i) el aumento de la prevalencia de la vulnerabilidad biológica y social al nacer de 23,3% a 29,8% entre 2011 y 2012; ii) el aumento significativo de la cantidad de niños usuarios de ASSE, particularmente de 0 a 2 años (de 34.201 niños en 2011 a 44.493 niños en 2012). El hecho de que la intervención no haya podido visualizar en tiempo real estos cambios, o bien que habiéndolo hecho no haya tenido capacidad y recursos suficientes para actuar en consecuencia, puede estar en la base de la explicación del desempeño observado en los niveles de captación.

Con relación al servicio 2 (Prevención Primaria) se ha definido el siguiente indicador: porcentaje de nuevos nacimientos de hijos sin factores de riesgo en el neurodesarrollo entre el total de madres atendidas con hijo beneficiario de SERENAR. Para dicho indicador no se contó con datos disponibles al momento de la realización de la evaluación.

Finalmente, con relación al servicio 3 (UAT en óptimo funcionamiento para brindar los servicios de SERENAR), tampoco se dispone de datos cuantificados para ninguno de los indicadores definidos.

2.3.2. Cobertura

El análisis de cobertura relaciona la cantidad de beneficiarios efectivamente atendidos y la población potencial y objetivo de la intervención. Habiendo determinado que la población potencial es de 38.753 niños y que la población objetivo se restringe a 18.358 niños, se presentará el

cuadro relativo a la cobertura de beneficiarios efectivos en relación a ambas poblaciones.

Como puede observarse en el cuadro 6, la relación beneficiarios/población potencial es de 6,2%, mientras que la relación beneficiarios/población objetivo es de 13,1%. El hecho de contar con datos estimados para los tres factores²² con los que se calcula la cobertura hace difícil determinar un juicio certero sobre la misma. Sin embargo, en una intervención que aspira a alcanzar una cobertura del 100% de la población objetivo, es clara la brecha que hoy existe para la consecución de esta meta.

2.3.3. Desempeño financiero

El programa no es financiado mediante asignación específica cierta, sino que el monto destinado para cubrir el sueldo de los funcionarios, funcionamiento e inversiones se engloba dentro del programa presupuestal 440 –Atención Integral de Salud–, Inciso 29 –ASSE–; y por último a nivel de Unidades Ejecutoras.

En relación a la eficiencia alcanzada por la intervención, a partir de la evaluación DID se definieron y cuantificaron dos indicadores de eficiencia.

El primero es el gasto promedio por unidad de producto y se calculó como la relación entre el total del presupuesto anual de la intervención (\$U18.465.875) y el total de consultas agendadas anualmente (8.415), ambos da-

²² - Los tres factores referidos para el cálculo de cobertura son: i) cantidad de beneficiarios, ii) población potencial, y iii) población objetivo.

Cuadro 6. Cobertura: Beneficiarios efectivos/Población potencial y objetivo. 2013

Año	Población Potencial	Población objetivo	Beneficiarios Efectivos	% de Beneficiarios respecto a Población Potencial	% de Beneficiarios respecto a Población Objetivo
2013	38.753	18.358	2.404	6,2	13,1

Fuente: Informe de Evaluación DID de SERENAR.

tos para el año 2013. Esto da como resultado un gasto medio por unidad de producto (consulta agendada) de \$U2.194. Para tomar como referencia, este costo medio de consulta de SERENAR en 2013 es menor al del costo de consulta de policlínica en las UE donde existen UATS (para el año 2013, tiene un valor de \$U2.762).

Un segundo indicador de eficiencia es el gasto promedio por beneficiario efectivamente atendido por la intervención en el año 2013. Dicho indicador se calculó como la relación entre el total del presupuesto anual de la intervención (\$U18.465.875) y el total de beneficiarios efectivamente atendidos (2.404) en el año 2013 y asciende a \$U7.681 anuales (\$U640 mensuales).

Finalmente, la ejecución presupuestal es del 100% tanto en términos globales como al analizar cada rubro que compone el presupuesto de SERENAR en el año 2013.

3. PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para facilitar su presentación, las principales conclusiones y recomendaciones que surgen de la evaluación se agruparán en relación a: i) aspectos de Diseño, ii) aspectos de Implementación, y iii) aspectos de Desempeño.

3.1. Diseño

El diseño de la intervención es adecuado y sus objetivos a nivel de finalidad, propósito y servicios son consistentes con los objetivos estratégicos a mayor nivel del AP Salud (en particular, de la atención integral en salud dirigida a primera infancia). Sin embargo, se observa la necesidad de contar con un servicio específico dirigido a las familias de los niños atendidos y la necesidad de mejorar el diseño (y la gestión) de la re-captación de usuarios. Al respecto se recomienda, por un lado, elabo-

rar un protocolo de intervención e interacción con las familias que incluya actividades específicas tales como reuniones de padres o visitas a hogares de beneficiarios, y por otro, y en pos de mejorar el subproceso de re-captación de usuarios, se sugiere incorporar el perfil administrativo para realizar esta tarea específicamente, así como ajustar mecanismos de coordinación más fluidos con agentes de la red de protección social en primera infancia.

La intervención identifica con precisión el problema que aspira resolver: la elevada prevalencia de riesgo psiconeurosensorial en la primera infancia, principalmente en la órbita de ASSE. Sin embargo, el diseño no ha incluido un diagnóstico preciso que cuantifique y georeferencie la población potencial y objetivo, y la prevalencia de factores de riesgo biológico y social definidos por la intervención. Para ello, la evaluación recomienda realizar un estudio anual de la población en riesgo y su distribución territorial y socioeconómica a partir de fuentes continuas, como los registros de nacimientos (Certificado de Nacido Vivo electrónico) y fuentes esporádicas, como la reciente Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (INE, 2015).

La estrategia de la intervención es adecuada para contribuir a resolver el problema que le da origen, pues contempla los factores causales que se pretenden abordar a través de la creación y el fortalecimiento de las unidades de atención temprana. A pesar de ello, se observan limitaciones en dos aspectos específicos: i) la preocupación por la inclusión activa de las familias en el seguimiento del niño no se traduce en actividades concretas de los servicios brindados a sus beneficiarios, y ii) no se reconocen actividades específicas que apunten al fortalecimiento de los recursos humanos de la intervención. En este sentido se recomienda, por un lado, articular con el área social de ASSE para apoyar a los equipos de atención en las unidades SERENAR en la identificación del riesgo social, captación y seguimiento de niños y familias vulnerables. Adicionalmente, en cuanto a la estrategia de fortalecimiento de recursos humanos, se



recomienda que se retomen los encuentros anuales entre todos los especialistas de las distintas UAT y que se realicen intercambios de experiencias en los servicios. También sería importante gestionar recursos para actividades de formación y capacitación del personal (asistencia a cursos de actualización permanente, seminarios, simposios o estancias de formación).

3.2. Implementación

Tras el pasaje de SERENAR desde MSP-AECID a la órbita de ASSE, la intervención no ha alcanzado la institucio-

nalización suficiente a nivel del organismo y con otros agentes del sistema sociosanitario dirigido a primera infancia. Su ubicación en el organigrama de ASSE no está formalizada, como tampoco son fluidos los canales institucionales entre la coordinación del programa y las gerencias, mandos medios y directores de UE a nivel de ASSE.

Para dar cuenta de esta oportunidad de mejora a nivel institucional se sugiere definir un proceso de institucionalización de SERENAR en ASSE. Esto implica decidir sobre las siguientes cuestiones principales: i) forma-



lización de la ubicación institucional de SERENAR en el organigrama de ASSE; ii) formalización de los roles a cumplir por ASSE y por la Cátedra de Neuropediatría de Facultad de Medicina (UdelaR) en temas de diseño y de implementación; iii) formalización de los procesos de apoyo que SERENAR recibe de las diferentes áreas de ASSE con el fin de mejorar las debilidades que desde hace un tiempo existen en la gestión del programa; iv) difusión del programa, su propósito, servicios y principales resultados alcanzados a nivel de las gerencias, mandos medios y directores de UE en ASSE, a nivel de la Cátedra de Neuropediatría y su ámbito universitario, y a

nivel del MSP (Programa Nacional de Salud de la Niñez) y de otros agentes con los que SERENAR interactúa; v) asignación efectiva de recursos financieros para rubros de funcionamiento e inversiones.

Se observa una dotación insuficiente y dispar de recursos humanos entre las UAT. Existe disparidad de horas de especialistas entre las unidades de atención y se constatan dificultades para cubrir algunas especialidades en el interior del país.

Para ello se recomienda definir los requerimientos de personal y la composición y carga horaria de especialistas por UAT, de acuerdo a criterios de necesidad del servicio en el territorio, cantidad y perfil de pacientes a atender.

Asociado al punto anterior, existe una importante heterogeneidad en los vínculos contractuales del personal de la intervención. Adicionalmente, se ha observado cierto grado de insatisfacción por parte del personal médico y no médico de la intervención en lo que refiere a niveles salariales, incentivos y compensaciones. A su vez, no existe una planificación adecuada de capacitaciones, y la comunicación interna es insuficiente.

Para abordar tales aspectos de mejora se propone: i) revisar los aspectos contractuales de vinculación del personal con ASSE y UdelaR, tendiendo a la presupuestación del total de la planilla de funcionarios, ii) trabajar en el aspecto motivacional de los recursos humanos de la intervención en base a mejores condiciones laborales, capacitación permanente, mejor comunicación y coordinación interna, y (iii) otorgar mayor visibilidad al programa y sus resultados.

Si bien el programa prevé la figura de la coordinación interna central, dicho rol en la práctica es poco efectivo. No se realizan actividades periódicas de intercambio y seguimiento entre la función de coordinación y los equipos técnicos de las UAT.

Si bien la coordinación externa cumple con los requerimientos básicos de funcionamiento, se destaca la necesidad de una mayor colaboración en la derivación de pacientes por parte del Programa Aduana, los pediatras de ASSE, así como también se recomienda reforzar el vínculo con UCC.

Se recomienda generar dos instancias de coordinación interna: i) con los referentes de cada UAT, de periodicidad mensual, y ii) con los equipos de todas las UAT, de

periodicidad anual. Estas instancias sirven para transmitir y unificar lineamientos y prácticas de trabajo comunes, realizar actividades formativas, supervisar procesos de atención a pacientes, y tomar decisiones sobre aspectos de gestión de los servicios.

Con relación a la coordinación externa, se recomienda capitalizar la experiencia en estos años de la mesa interinstitucional de primera infancia y buscar en la misma un mayor posicionamiento de SERENAR.

3.3 Desempeño

En primer lugar, cabe afirmar que no es posible ser concluyente sobre la eficacia del propósito de la intervención (reducción de la prevalencia de alteraciones de neurodesarrollo en niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE) pues no se cuenta con un sistema apropiado de indicadores ni con los datos precisos para ello. Se recomienda trabajar en el diseño de indicadores de eficacia y calidad, y en la mejora del sistema de registro de información.

Se aprecia cierta dificultad para alcanzar el número ideal de consultas diarias por UAT. En promedio, se realizan 5,4 consultas diarias con relación a las 8 consultas diarias definidas teóricamente por la coordinación de la intervención. Para ello se recomienda analizar la relación entre el número de pacientes, consultas programadas por año y especialistas por UAT, con el objetivo de lograr una relación más equilibrada acorde a cada UAT, y no a un modelo teórico absoluto. Ello posibilitaría una mejor racionalización en la distribución de las horas de especialistas en cada UAT de acuerdo a la cantidad de pacientes, perfiles e intensidad de tratamientos y seguimientos a realizar según UAT, tasas de uso del servicio, tiempo medio previsto de permanencia en el programa, entre otros factores.

En cuanto a la cobertura del programa, la misma es relativamente baja con relación a la población objetivo (19,6%) y a la población potencial (6,4%). Para mejorar este aspecto, se propone profundizar en la mejora de mecanismos de derivación de pacientes al programa, y así favorecer la captación precoz. Para mejorar el sistema de derivación, se propone trabajar intensamente en fortalecer el vínculo entre SERENAR y Programa Aduana, Pediatras de ASSE y su red de maternidades en todo el país. A su vez, se recomienda fortalecer los canales institucionales de comunicación con agentes de derivación clave dependientes de otros ministerios e instituciones, tales como UCC y el Plan CAIF.

Finalmente, respecto al desempeño financiero de SERENAR, la principal conclusión es que, una vez finalizado el financiamiento inicial de AECID, la intervención no ha contado con recursos genuinos destinados a los rubros de funcionamiento e inversiones. Esto condiciona la calidad e intensidad en la prestación de los servicios y la realización de ciertas actividades que se entienden necesarias, pero que no se realizan por falta de recursos. Para mejorar en este aspecto se sugiere: i) elaborar un presupuesto anual de la intervención, ii) destinar una cantidad específica del presupuesto de ASSE a nivel central para los gastos generales del programa, y iii) presentar anualmente a cada director de UE donde funcione una UAT un informe de resultados y su presupuesto anual de la UAT, a fin de solicitar formalmente el destino de recursos presupuestales para el adecuado funcionamiento de las unidades, especialmente en los rubros de funcionamiento e inversiones.

En términos de eficiencia, el gasto medio por unidad de producto (consulta agendada) para el año 2013 es de \$U2.194. Dicha cifra parece razonable en tanto el servicio de la intervención es de alta especialización y multidisciplinario. Esto se corrobora comparando dicha cifra con el costo medio de consulta de policlínica en las UE donde existen UAT para el año 2013 (\$U2.762). Adicionalmente, el gasto medio por beneficiario (paciente atendido) para el año 2013 es de \$U7.681, lo cual indica un costo mensual por beneficiario atendido de \$U640.

Si bien para la evaluación DID se pudo estimar el costo medio por producto y por beneficiario, se recomienda de todos modos definir un conjunto de indicadores de eficacia, eficiencia, productividad y calidad del gasto de la intervención. A su vez, se recomienda medir anualmente dichos indicadores a nivel global y por UAT.

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

