



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



**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES DE 0 A 5  
AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN REINGRESOS  
EN EL PERIODO 2004-2012, EN UN CENTRO DE  
REFERENCIA NACIONAL**

**Autor:**  
Annalet Viera Obal

**Tutor:**  
Prof. Mg. Josefina Verde

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

**Montevideo, 2018**



Estudio descriptivo de pacientes de 0 a 5 años de edad que presentan reingresos en el periodo 2004 – 2012, en un centro de referencia nacional.

Annalet Viera Obal

Tesis para la obtención del título de Magister en Gestión de Servicios de Salud en el marco del Programa de la Maestría  
Gestión de Servicios de Salud

Tutora de Tesis Prof. Mg. Josefina Verde

Facultad de Enfermería  
Universidad de la República

Montevideo, diciembre de 2018.

## Ficha catalográfica

## Listado de cuadros, gráficos, ilustraciones y tablas

N° ilustración	Nombre	Página
1	Modelo interactivo de los determinantes del desarrollo integral del niño.	44
2	Factores de riesgo de R hospitalario	46

N° cuadro	Nombre	Página
1	Variables socio demográficas	64
2	Variables clínico-epidemiológicas	65
3	Variables de contexto	65
4	Clasificación de las variables atendiendo al objetivo de estudio	67

N° tabla	Nombre	Página
1	Distribución del sexo en la población	67
2	Distribución de la población según edad	68
3	Distribución de la población según procedencia	69
4	Distribución de la población según tipo de R	70
5	Distribución de los días de estancia según número de R	70
6	Intervalos de tiempo entre reingresos	71
7	Distribución de las categorías diagnósticas de los R	72
8	Distribución del estado nutricional de la población	73
9	Distribución de la población según vigencia del CEV	74
10	Distribución de la alimentación en el primer año de vida	75
11	Distribución de la edad gestacional de los niños con R	75
12	Distribución de la edad gestacional agrupada	76
13	Distribución del peso al nacer	77
14	Distribución de las categorías diagnósticas al nacer	78
15	Distribución de la edad de la madre	79
16	Distribución del nivel de estudio de la madre	80
17	Tipo de familia	80
18	Distribución del número de integrantes de la familia	81
19	Distribución del material de las paredes de la vivienda	82
20	Distribución del material del techo de la vivienda	83
21	Distribución del agua potable en el interior de la vivienda	83
22	Distribución de la luz eléctrica en el interior de la vivienda	84
23	Distribución de la red sanitaria en el interior de la vivienda	85
24	Distribución de la práctica de colecho	85
25	Distribución de la práctica de cohabitación	86
26	Distribución del contexto de contaminante: manipulación productos químicos	87
27	Distribución del contexto de contaminante: curtiembre	87



28	Distribución del contexto de contaminante: basurales	88
29	Distribución del contexto de contaminante: chatarrería	89
30	Distribución del contexto de contaminante: metalúrgica	89
31	Distribución del contexto: red de saneamiento	90
32	Distribución del hábito tabáquico en la familia	90
33	Distribución de la patología índice en el R temprano	91
34	Distribución de la patología índice en el R relacionado	112
35	Distribución del número de R según patologías	112
36	Distribución de la patología respiratoria según número de R	113
37	Distribución de la patología diarrea según tipo de R	113
38	Distribución de la patología convulsión según tipo de R	114
39	Distribución de los R según procedencia	114
40	Distribución de los R según tiempo de estada	115
41	Distribución de la patología índice según tiempo de estada	116

N° grafico	Nombre	Página
1	Distribución de la población según sexo	68
2	Distribución de la edad en la población	68
3	Distribución de la población según procedencia	69
4	Distribución de la población según tipo de R	70
5	Distribución de los días de estancia según número de R	71
6	Intervalos de tiempo entre reingresos	71
7	Distribución de las categorías diagnósticas de los R	72
8	Distribución del estado nutricional de la población	73
9	Distribución de la población según vigencia del CEV	74
10	Distribución de la alimentación en el primer año de vida	75
11	Distribución de la edad gestacional de los niños con R	76
12	Distribución de la edad gestacional agrupada	77
13	Distribución del peso al nacer	77
14	Distribución de las categorías diagnósticas al nacer	78
15	Distribución de la edad de la madre	79
16	Distribución del nivel de estudio de la madre	80
17	Tipo de familia	81
18	Distribución del número de integrantes de la familia	81
19	Distribución del material de las paredes de la vivienda	82
20	Distribución del material del techo de la vivienda	83
21	Distribución del agua potable en el interior de la vivienda	84
22	Distribución de la luz eléctrica en el interior de la vivienda	84
23	Distribución de la red sanitaria en el interior de la vivienda	85
24	Distribución de la práctica de colecho	86
25	Distribución de la práctica de cohabitación	86
26	Distribución del contexto de contaminante: manipulación productos químicos	87
27	Distribución del contexto de contaminante: curtiembre	88
28	Distribución del contexto de contaminante: basurales	88

29	Distribución del contexto de contaminante: chatarrería	89
30	Distribución del contexto de contaminante: metalúrgica	89
31	Distribución del contexto: red de saneamiento	90
32	Distribución del hábito tabáquico en la familia	90
33	Distribución del número de R según patologías	91
34	Distribución de la patología respiratoria según número de R	113
35	Distribución de la patología diarrea según tipo de R	113
36	Distribución de la patología convulsión según tipo de R	114
37	Distribución de los R según procedencia	114
38	Distribución de los R según tiempo de estada	115
39	Distribución de la patología índice según tiempo de estada	116

## **Lista de abreviaturas y siglas**

ANOVA. Analysis Of Variance  
APS. Atención Primaria en Salud  
ASSE. Administración de los Servicios de Salud del Estado  
BIREME. Biblioteca Regional de Medicina  
BPN. Bajo peso al nacer  
CEV. Certificado Esquema de Vacunación  
CCT. Control de calidad total  
CIE. Clasificación Internacional de Enfermedades  
DOCUMED. Documentación Médica  
EBPN. Extremo bajo peso al nacer  
ECH. Encuestas Continuas de Hogares  
FESP. Funciones esenciales de salud pública  
FONASA. Fondo Nacional de Salud  
GDR. Grupos de Diagnósticos Relacionados  
HAVA. Hipertrofia Amigdalina Vegetaciones Adenoideas  
HC. Historia Clínica  
HTA. Hipertensión arterial  
INE. Instituto Nacional de Estadística  
JUNASA. Junta Nacional de Salud  
MBPN. Muy bajo peso al nacer  
EBPN. Extremo bajo peso al nacer  
MSP. Ministerio de Salud Pública  
NLM. National Library of Medicine  
NLM/ MEDLINE. National Library of Medicine. Medicine Online  
ODM. Objetivos de Desarrollo del Milenio  
OMS. Organización Mundial de la Salud  
OPS. Organización Panamericana de la Salud  
PEG. Pequeño para la edad gestacional  
PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
R. Reingreso  
RAE. Real Academia Española  
RAP. Red de Atención Primaria  
RE. Reingreso evitable  
RN. Recién Nacido  
RP. Reingreso programado  
RR. Reingreso relacionado  
RT. Reingreso temprano  
SNIS. Sistema Nacional Integrado de Salud  
UCIN-CI. Unidad de Cuidados Intensivos- Cuidados Intermedios  
VIH/SIDA. Virus Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida

## Resumen

**Introducción:** El presente estudio se realizó con la finalidad de caracterizar a los niños de 0 a 5 años de edad, que se asistieron en un centro pediátrico de referencia nacional en el período 2004-2012 y que presentaron reingresos hospitalarios.

**Material y Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con datos históricos. Se llevó a cabo un estudio documental de historias clínicas del archivo central de un hospital pediátrico de segundo y tercer nivel, ubicado en la ciudad de Montevideo. El valor que adquirió la  $n$  del estudio fue de 289, de los cuales se analizaron los datos clínicos como los eventos personales y familiares que acompañaron los reingresos.

Las unidades de análisis fueron los niños de 0 a 5 años que presentaron reingresos reiterados. Las unidades de observación fueron las historias clínicas del archivo central hospitalario, a través del cual, se realiza una categorización de la población y la identificación de los factores contextuales de los usuarios; calculándose las tasas de comorbilidades, antecedentes personales y de contexto. **Resultados:** Se identifica que el 64 % de los reingresos se asociaron a eventos relacionados con el episodio índice y correspondieron a patologías de origen respiratorio según la CIE. La edad promedio de los R es de un (1) año y tres (3) meses y la edad con mayor incidencia es de dos (2) años y veinticuatro (24) días. El 60% corresponden al sexo femenino; y la procedencia recae en 67% en Montevideo. El 38% viven en hogares monoparentales, cuyo jefe de familia es la madre; el 46% de ellas no ha completado primaria y 32% son adolescentes (entre 15 y 18 años).

**Palabras clave:** reingreso hospitalario, factores asociados, gestión hospitalaria



## **Abstract**

**Introduction:** This study was conducted in order to identify the most common risk factors associated with readmission to children of 0-5 years of age who attended a pediatric center of national reference in the period it is 2004 2012; whether or not justified.

**Objectives:** To identify the most common risk factors associated with hospital readmission in the population of 0-5 years are witnessing at Children's National Reference Center in the period 2004-2012.

**Material and Methods:** A descriptive, cross-sectional study with historical data. It was conducted in a pediatric hospital of second and third level, located in the City of Montevideo. The analysis units were the children of 0-5 years old all with repeated readmissions. The observation units were hospital medical records central files. A characterization of the population and then identifying the individual and contextual factors of risk that users performed; Readmission rates, comorbidities, personal history and context were calculated.

We identify that the 64% of the readmission was associated to events that have been related to the index event and correspond to respiratory pathologies, according to CIE. The average age of the R is one (1) year and three (3) months and the biggest incidence rate is at the age of two (2) years and twenty-four (24) days. The 60% of this number are females, and 67% where born in Montevideo. We identify that 38% lives in a one parent family, where the family leader is a mom; the 46% of them couldn't finish their school studies and 32% of them are teenage mothers (between 15 and 18 years); 18% of this hasn't got a job and a 19% of them works as a maid.

**Conclusions:** A significant relationship between readmissions and factors comply with the instructions at discharge and on the context of children was identified.

**Key words:** readmission, associated factors, hospital management

## Índice

Listado de cuadros, gráficos, ilustraciones y tablas.....	4
Lista de abreviaturas y siglas.....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	12
<b>1.1 Problema de estudio</b> .....	15
<b>1.2 Objetivos</b> .....	16
Objetivos generales.....	16
Objetivos específicos.....	16
<b>1.3 Antecedentes temáticos</b> .....	16
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	19
<b>2.1 El análisis organizacional de los servicios de salud desde la teoría de la administración científica</b> .....	19
<b>2.2 Enfoques de la ciencia de la administración</b> .....	19
<b>2.3 El análisis organizacional de los servicios de salud desde la teoría general de sistemas</b> .....	21
<b>2.4 Sistemas de salud y sistemas de servicios de salud</b> .....	22
<b>2.5 El análisis organizacional de los servicios de salud en la perspectiva de la gestión de la calidad total</b> .....	23
<b>2.6 La gestión o control de calidad total (CCT)</b> .....	24
<b>2.7 Hacia un análisis integral de la organización de los servicios de salud</b> .....	26
<b>2.8 Funciones esenciales en salud pública (FESP)</b> .....	28
<b>2.9 Evaluación de la calidad en salud</b> .....	29
<b>2.10 Los indicadores como unidad de medida</b> .....	31
<b>2.11 El reingreso hospitalario como posible predictor de calidad asistencial</b> .....	32
<b>2.12 Importancia del reingreso en la estructura socio epidemiológica de la infancia en el Uruguay</b> .....	37
<b>2.13 Sociología de la salud</b> .....	37
<b>2.14 Determinantes sociales de la salud</b> .....	40
<b>2.15 Factores de riesgo</b> .....	44
<b>2.16 Familia como factor determinante de la salud y bienestar infantil</b> .....	46
<b>3. MARCO CONTEXTUAL</b> .....	55
<b>3.1 Contexto inmediato</b> .....	55
<b>3.2 Sistema Nacional Integrado de Salud</b> .....	56
<b>4. TRAYECTORIA METODOLÓGICA</b> .....	60
<b>4.1 Acerca del diseño</b> .....	60
<b>4.2 Fuentes de información</b> .....	61

<b>Criterios de inclusión:</b> .....	61
<b>4.3 Aspectos éticos</b> .....	62
<b>4.4 Limitaciones del estudio</b> .....	62
<b>4.5 Metodología aplicada de acuerdo a los objetivos específicos</b> .....	63
<b>4.6 Análisis y procesamiento de datos</b> .....	65
<b>4.7 Presentación de resultados</b> .....	65
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	89
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	93
<b>7. SUGERENCIAS</b> .....	94
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	96
<b>9. ANEXOS</b> .....	102

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2012 fallecieron 6,6 millones de menores de cinco años, pero la mayoría de ellos podrían sobrevivir y crecer si tuvieran acceso a intervenciones simples y de bajo costo (OPS, 2013).

La muerte de un niño es una tragedia; al sufrimiento de la familia hay que añadir el potencial humano perdido. La Organización Mundial de la Salud (OMS) está mejorando la salud infantil ayudando a los países a prestar una atención sanitaria integrada y eficaz que va desde el embarazo sano al parto y a la prestación de atención sanitaria de calidad al niño hasta los cinco años.

La inversión en sistemas de salud sólidos es fundamental para la prestación de esta atención preventiva. (OPS, 2013)

De la misma manera la OPS (2008) sostiene que uno de los desafíos que el sector salud está enfrentando en América Latina y el Caribe, es la reducción de la inequidad, referente al acceso a los servicios sanitarios, así como la cobertura y calidad de los mismos.

*“ La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural». Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.” (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008)*

Dentro del estudio de la calidad de los servicios, el reingreso hospitalario se contempla como índice de calidad asistencial hospitalaria desde los años 60, habiendo sido considerado como uno de los estándares de calidad de los centros asistenciales, aunque se ha señalado que no debe ser estimado como un resultado final, en el sentido de que evitar el reingreso no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios.

La tasa de reingreso puede ser uno de los índices de calidad asistencial, estando influenciada por múltiples factores (factores clínicos, factores derivados del hospital y factores contextuales del propio paciente).

Desde el año 1999 se percibe un incremento en el número de lactantes que reingresan al Hospital Pediátrico de referencia nacional, luego de haber sido dados de alta.



Existen dificultades para cuantificar el fenómeno y analizar la tendencia del mismo pues no existe información específica del número de reingresos dentro del total de los ingresos al hospital.

Este hecho adquiere importancia, fundamentalmente, por las repercusiones negativas que tiene la hospitalización sobre el desarrollo psico emocional del niño, así como los peligros potenciales que de ésta se pueden derivar, tales como adquisición de infecciones hospitalarias, reacciones adversas a medicamentos, alteraciones en el crecimiento y desarrollo; y las repercusiones socio económicas en todo el núcleo familiar.

Según un estudio realizado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos (2008) del Hospital Sta. M<sup>a</sup> de Lleida en España, se informa que el 20% de los pacientes ingresados en hospitales presentan reacciones adversas a fármacos. (Navarro y col., 2008)

Lógicamente en niños que ingresan en forma repetida en un hospital las posibilidades de presentar alguna de estas consecuencias negativas derivadas de la hospitalización aumentan.

Los escasos estudios encontrados sobre el tema a nivel nacional, hacen necesario avanzar en investigaciones al respecto, dado:

- los importantes recursos financieros que insumen los reingresos para la institución y la familia,
- el impacto psico emocional para el niño y su familia,
- el impacto en el crecimiento y desarrollo infantil,
- el riesgo de contraer infecciones sobre-agregadas,
- la pérdida de jornadas laborales de los padres,
- el impacto familiar producido por la internación de un miembro de la familia,
- el balance costo - beneficio negativo para la sociedad,
- la imagen institucional como prestadora de servicios,
- los niveles de satisfacción del cliente externo e interno,
- la posibilidad de identificar factores de riesgo asociados a los reingresos e implementar medidas asistenciales sanitarias y/ o sociales como mecanismo para reducirlos,
- los avances a nivel internacional en el estudio de la temática.

En Uruguay, no existe en forma sistematizada la tasa de reingreso hospitalario comunicada. La información es muy variable, en cuanto a la patología causante, la consideración de reingreso temprano, la terminología empleada y no se encontraron datos sobre su utilidad como índice de calidad asistencial. A pesar de esto, el conocimiento del reingreso en servicios determinados, como el área pediátrica, puede servir como indicador de calidad local, dado que una tasa alta de reingreso en determinados contextos y con determinadas patologías podría identificar problemas en la asistencia prestada. Además, pueden existir diferencias entre el reingreso programado y aquellos no programados, por lo que estos últimos son los que debieran ser utilizados como índice de calidad. Así, se ha señalado la utilidad de dividir el reingreso según sea debido a complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento planeado o enfermedad nueva.

Por lo antes mencionado, un estudio que contribuya al conocimiento de los motivos por los cuales algunos niños ingresan en forma repetida en un hospital puede aportar al establecimiento de políticas de prevención de los mismos, detectando precozmente a los niños y familias de riesgo, avanzar en el estado del arte del fenómeno, reducir costos financieros institucionales, contribuir al bienestar de las familias, disminuir efectos adversos intrahospitalarios, evitar obstáculos en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, realizar aportes a la gestión hospitalaria, entre otros.

Según estudios publicados en España, en el Hospital de Navarra, Pamplona (Alonso Martínez, J. L.; Llorente Díez, B. et al; 2001) podría prevenirse en un 39% la ocurrencia de los reingresos si se dieran ciertos determinantes en el sistema de salud. En la investigación dirigida por Jiménez Puente, J. A. (2000) en la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga, se manifiesta la potencial “*evitabilidad*” de los reingresos; encontrando resultados donde el 19% de los reingresos hospitalarios en 6 meses y el 24% en 1 mes, se atribuyeron a situaciones evitables.

En el marco del ejercicio profesional, luego de observar durante años las cifras de niños que reingresan a los servicios pediátricos; considerando las oportunidades perdidas para reforzar aspectos preventivos y la ausencia de evidencia científica al respecto se plantea el presente estudio de corte cuantitativo.

El mismo pretende identificar los factores asociados a los reingresos hospitalarios en los usuarios de 0 a 5 años provenientes del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario de referencia nacional en la materia, ubicado en el departamento de Montevideo.

La investigación se ha orientado desde la perspectiva de la Gestión de *Calidad*, tomando dichos reingresos como indicadores técnicos de procesos de la misma. El estudio de los reingresos hospitalarios como indicador de calidad de la prestación es una herramienta válida, que tiene dos puntos fundamentales de interés:

- i) la existencia de un grupo de usuarios, caracterizable genéricamente, que presentan patologías crónicas o agudas; los cuales mantienen un patrón de ingresos hospitalarios múltiples, en el que la identificación y el control adecuado, intra y extra hospitalario, podría evitar (o demorar) el reingreso, y
- ii) la posible utilidad de las tasas de reingreso hospitalario como indicador de efectividad de la atención hospitalaria, que permitiría evaluar problemas, tales como, el alta prematura y otros aspectos de la calidad asistencial.

La plausibilidad de la relación entre calidad asistencial y reingresos, así como la accesibilidad de su cálculo en las bases de datos de altas hospitalarias, han hecho que la tasa de reingresos sea propuesta como un indicador de calidad.

Los reingresos tienen la ventaja, en términos cuantitativos, de ser más frecuentes que otros resultados clínicos como la mortalidad hospitalaria.

En términos cualitativos presentan una riqueza de importancia capital, pero escasamente abordada para su estudio en nuestro medio. El fenómeno del reingreso reúne un trasfondo social, cultural, histórico y económico, que aparece como escasamente percibido por la comunidad sanitaria. De estos factores surgen situaciones que pueden convertirse en factores de riesgo que contribuyen al reingreso.

El estudio se enmarca dentro del ámbito de la gestión hospitalaria, con enfoque epidemiológico, brindando los fundamentos para una propuesta de programa a desarrollarse en el primer nivel de atención.

En la selección del tema se observaron criterios de factibilidad, conveniencia, utilidad teórica, relevancia social y aspectos éticos.

### **1.1 Problema de estudio**

¿Cuáles son las características de los niños de 0 a 5 años de edad, que reingresaron al centro pediátrico de referencia nacional en el período 2004-2012 y qué tipología de reingreso presentan?

## **1.2 Objetivos**

### **Objetivos generales**

- \* Describir las características de pacientes que reingresaron en el período 2004 a 2012 en un hospital pediátrico público de referencia nacional.
- \* Establecer la tipología de reingreso que presenta la población de estudio.

### **Objetivos específicos**

- \* Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio.
- \* Determinar las condiciones clínicas, epidemiológicas y contextuales de los niños que reingresaron en el período mencionado.
- \* Identificar los tipos de reingreso que presenta la población.

## **1.3 Antecedentes temáticos**

De la extensa revisión bibliográfica realizada se ha obtenido la evidencia que en España existe una tendencia creciente de los reingresos hospitalarios, ya que según la Encuesta de Morbilidad hospitalaria se informa que desde 1995 a 2001 aumentaron de 15.9% al 19.7%.

De los 764 documentos indizados por la National Library of Medicine (NLM) en el repertorio MEDLINE (1993-2007) bajo el descriptor Patient Readmission se han encontrado trabajos publicados en España, dirigidos a aspectos financieros relacionados al reingreso hospitalario, así como a intervenciones directas para evitarlos, denominadas Programas de Gestión de Enfermedades, en adultos.

La revisión realizada en el repertorio Índice Médico Español (1997-2006) bajo el descriptor Reingreso/s ha permitido el acceso a 9 publicaciones, tratándose todos de estudios descriptivos, en población de adultos mayores con enfermedades crónicas.

En la búsqueda realizada en la Base de Datos DOCUMED (Base de Datos de Documentación Médica Española) (1994-2004) se encontraron 7 estudios al respecto.

Ninguno de los anteriormente mencionados hace referencia a servicios de pediatría.

Se realizó una revisión de la Base de Datos Cochrane (Bireme), cuyos resultados se orientan hacia aspectos fundamentalmente económico - financieros. Se encontraron



seis revisiones completas sobre intervenciones en domicilio por parte del equipo de salud (enfermeras) en niños portadores de patología respiratoria, lo cual disminuía drásticamente los reingresos hospitalarios.

En la base de datos Scielo Public Health se encontraron en el período correspondiente a 2001-2008, 300 artículos relacionados, ninguno con referencia a servicios pediátricos.

Se revisó la base de datos de la Revista Española de Salud Pública, teniendo acceso a 277 artículos relacionados a los reingresos hospitalarios, relacionados a servicios de medicina interna en adultos.

Se revisaron 320 tesis doctorales (2000-2008) de la base de datos Cibernetia, encontrándose dos trabajos relacionados, pero no pediátricos.

En el repositorio de la base de datos europea National Library of Medicine (NLM), se encontraron 149.014 artículos con el descriptor Patient Readmission de los cuales 9 eran referentes a complicaciones quirúrgicas en la población pediátrica. De los mencionados trabajos 3 hacían referencia a las complicaciones post-operatorias de los pacientes poli traumatizados, 4 a tumores ginecológicos y 2 a malformaciones (atresia esofágica y fistula anal).

En una investigación, realizada en los 43 hospitales incluidos en el Sistema de Información de Salud Pediátrica en Estados Unidos, entre 2008 y 2011, cuyo objetivo fue caracterizar las tasas de reingreso, e identificar los factores y los costos asociados con la readmisión entre los niños previamente hospitalizados por neumonía, obtuvo como resultados que, aproximadamente el 8% de los niños con neumonía experimenta un reingreso dentro de los 30 días posteriores a la primera hospitalización; los niños de 1 año de edad y los que padecen condiciones médicas crónicas están en mayor riesgo de readmisión.

Otro estudio realizado en Oakland y publicado en 2013 en el Journal of Pediatric Nursing, informa que los investigadores encontraron que la tasa global de readmisión en pediatría fue de 6,5%; 39% fueron a los 7 días y el 62% dentro de los 14 días posteriores a la primera hospitalización. Entre los niños readmitidos, el 35% tenía una enfermedad crónica y el 30% tienen dos o más condiciones crónicas. Diez diagnósticos representaron el 30% de todos los reingresos hospitalarios pediátricos. Las tasas de reingreso para los 10 primeros diagnósticos fueron: anemia / neutropenia (23%); derivación ventricular (18%) anemia de células falciformes (17%);

convulsiones o gastroenteritis (7%); infecciones del tracto respiratorio superior (6%); neumonía, apendicetomía, o bronquiolitis (5%) y el asma (3%).

Una revisión realizada por Shannon y publicada en 2013, sobre 26 trabajos que investigaron reingresos hospitalarios en pediatría, concluye que los hallazgos de la revisión tienen implicaciones para la práctica de enfermería. Informa que las enfermeras deben ser conscientes de la relevancia del abordaje de este tema y deben ser participantes activas en la creación e implementación de intervenciones que asisten a la cuestión, desarrollando planes educativos con los niños y sus familias y coordinando servicios de atención, como una estrategia para reducir los reingresos.

En la generalidad de los casos se hace especial hincapié en la necesidad de continuar investigando, así como en la influencia de la asistencia en Consulta Externa, Atención Primaria y el apoyo de los servicios sociales, buscando una mejor coordinación entre la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria para intentar disminuir los reingresos hospitalarios.

Según la Sociedad Española de Urgencias de pediatría, en su publicación “*Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria*” (Barcelona, 2001) hacen referencia a las Readmisiones a las 72 horas, cuya justificación es la posibilidad de detectar los pacientes en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones. La fórmula para su cálculo es la siguiente:

$$\frac{\text{Nº de pacientes readmitidos en un intervalo de 72 horas}}{\text{Desde el alta de urgencias}} \times 100$$
$$\frac{\text{Nº de pacientes readmitidos en un intervalo de 72 horas}}{\text{Nº de pacientes atendidos en urgencias}} \times 100$$

Entendiéndose por Readmisión: paciente que vuelve a urgencias por cualquier motivo, y ha sido atendido previamente en un intervalo de 72 horas.

Se trata de un indicador de resultado. La fuente de datos es la Documentación Clínica.

El estándar esperado es inferior al 7%.

El indicador se debe utilizar como señal de alarma, sin que el incumplimiento, indique una mala praxis en todos los casos. Resultados superiores al estándar deben servir para revisar las causas de los retornos, al contemplar los reingresos programados o no.

También se hace la clasificación de las Readmisiones que requieren ingreso, cuyo estándar es del 15%.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 El análisis organizacional de los servicios de salud desde la teoría de la administración científica**

Para el estudio de los reingresos hospitalarios se realizará un encuadre teórico desde la ciencia de la administración para lograr una mejor comprensión del fenómeno. Se hará énfasis en elementos de la organización de los servicios y de la calidad y su evaluación. También se respaldará teóricamente el estudio con un acercamiento a factores contextuales macro y micro del individuo y la familia.

El proceso de organización de los servicios de salud, ya sea en las unidades de gestión nacional, regional y local, así como al interior de los propios establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos de salud), exige el conocimiento de la ciencia de la administración, sobre todo, de una de sus funciones importantes como lo es la organización.

### **2.2 Enfoques de la ciencia de la administración**

La teoría general de la administración acepta en su proceso evolutivo, la existencia de diferentes enfoques de la ciencia de la administración, los que han surgido coincidentemente con el desarrollo de la sociedad.

1. Enfoque científico y clásico de la administración: Se fundamenta en el trabajo operativo, en el estudio de tiempos y movimientos, en la fragmentación de las tareas y especialización del trabajador. Busca la máxima eficiencia contra el ocio y desperdicio de tiempo. En correspondencia, ofrece incentivos salariales y premios.
2. Enfoque humanístico de la administración: La prioridad es la preocupación por el hombre y el grupo social. Surge de la teoría de las relaciones humanas, que tiene que ver con el desarrollo de las ciencias sociales especialmente la psicología, (teorías motivacionales).
3. Enfoque neoclásico: Llamada también escuela operacional o del proceso administrativo, utiliza conceptos válidos y relevantes del enfoque clásico, eliminando sus distorsiones. Trata por ejemplo de resolver el tema centralización versus descentralización.

4. Enfoque estructuralista: Se preocupa fundamentalmente por su racionalidad, es decir por la relación entre los medios, los recursos utilizados y los objetivos que deben ser alcanzados por la organización burocrática.

5. Enfoque del comportamiento: Se relaciona con las ciencias del comportamiento en la búsqueda de soluciones democráticas y flexibles a los problemas organizacionales. Se relaciona con el enfoque del comportamiento originado en las ciencias de la conducta, en especial la psicología organizacional. En este enfoque predomina aún el énfasis en las personas

6. Enfoque sistémico: Se contrapone al microsistema del enfoque cerrado, se sustenta en los parámetros de: entrada (insumo), proceso, salida (producto), retroalimentación y ambiente. Las organizaciones son consideradas sistemas abiertos, que hacen parte de una sociedad mayor constituida por partes menores que guardan relación entre sí, donde la organización necesita alcanzar una homeostasis o estado de equilibrio.

7. Enfoque contingencial: No existe una forma única y exclusiva que sea mejor para organizar con el propósito de alcanzar los objetivos que son diversos. La estructura de una organización y su funcionamiento son dependientes de su interrelación con el ambiente externo.

En relación a la organización, es la función administrativa que consiste en agrupar las actividades necesarias para realizar lo que se planeó. Dividir el trabajo, crear e interrelacionar las distintas unidades organizativas, constituyen parte de la función de la administración que se conoce con el nombre de organización (Carnota, 1985).

Enunciamos los siguientes tipos de organización:

a) Organización formal, la misma se basa en una división del trabajo racional, mediante la diferenciación e integración de los participantes, de acuerdo con algún criterio establecido por aquellos que manejan el proceso de toma de decisiones. Es la organización planeada, la que está en el papel, generalmente aprobada por la dirección y explicada a todos a través de manuales de organización, de descripción de cargos, organigramas, reglas, procedimientos, etc. Es la organización formalizada oficialmente.

b) Organización informal, es la que emerge espontáneamente y naturalmente entre las personas que ocupan posiciones en la organización formal. Se forman por surgimiento de amistad, grupos informales no señalados en el organigrama; está constituida por interacciones y relaciones sociales entre las personas situadas en ciertas posiciones de la organización formal.



La organización surge a partir de las relaciones en interacciones impuestas por la organización formal para el desempeño de los cargos.

### **2.3 El análisis organizacional de los servicios de salud desde la teoría general de sistemas**

A mediados del pasado siglo (1951 - 1968) el biólogo alemán Ludwing von Bertalanffy publico varias obras en las que expone la teoría general de los sistemas. En sus libros Bertalanffy demuestra la posibilidad de su teoría en la física, en la biología y en las ciencias sociales y señala:

- 1) Existe una nítida tendencia hacia la integración de las diversas ciencias naturales y sociales, II) esta integración parece orientarse hacia una teoría de los sistemas, III) esta teoría de los sistemas puede ser una manera de estudiar más ampliamente los campos no físicos del conocimiento científico, especialmente las ciencias sociales, IV) esa teoría de los sistemas, al desarrollar principios unificadores, que atraviesan verticalmente los universos particulares de las diversas ciencias involucradas, nos aproxima al objetito de la unidad de la ciencia, V) esto nos puede llevar a una integración muy necesaria en la educación científica.
- 2) Por su parte, un sistema es: a) Un conjunto de elementos (que son las partes u órganos componentes del sistema), b) dinámicamente relacionados, esto es, en interacción (formando una red de comunicaciones en razón de la interacción entre los elementos), c) que desarrollan un actividad (que es la operación o proceso del sistema), d) para alcanzar un objetivo o propósito (que es la propia finalidad del sistema), e) operando sobre datos/energía/materia ( que son los insumos o entradas de recursos para que el sistema opere), f) tomados del medio ambiente que circunda el sistema (y con el cual el sistema interactúa dinámicamente), g) en una referencia de tiempo dada (que constituye el ciclo de actividad del sistema), h) para proporcionar información/energía/materia (que son el producto o los resultados de la actividad del sistema).

El enfoque de sistema abierto concibe el sistema social como una dinámica relación integrada con su ambiente, que recibe varios insumos, que los transforma de diversas formas y que exporta los productos. El sistema recibe insumos en forma de materiales, energía e información y evita el proceso de entropía típico de los sistemas cerrados. El sistema no es solamente abierto en relación con su medio ambiente, sino

consigo mismo o internamente, lo que hace que las interacciones entre componentes lo afecten como un todo. El sistema abierto se adapta a su ambiente cambiando la estructura y los procesos de sus componentes internos (Chiavenato, 1986).

#### **2.4 Sistemas de salud y sistemas de servicios de salud**

El Sistema de Salud es continente del Sistema de Servicios de Salud. El Sistema de Salud es el conjunto coordinado de acciones interactuantes del Estado y la sociedad, en la preservación de la salud del capital humano considerando su acceso a capacidades, oportunidades y factores condicionantes y determinantes de una vida saludable. Contempla la intervención multisectorial en la producción de la salud.

El Sistema de Servicios de Salud es el conjunto coordinado e interactuante de acciones de prestación de servicios de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población. Contempla un ámbito circunscrito a la prestación de servicios de salud en el proceso salud-enfermedad (Barquin, 1980).

La III Reunión Especial de Ministros de Salud de América Latina en 1972 fue una de las expresiones políticas de mayor relevancia en las Américas en el último siglo. Se destacó la necesidad de la intervención del Estado para garantizar la salud como derecho inalienable de todos los individuos, emergiendo planes para la creación de los sistemas nacionales de salud, que coordinen las distintas instituciones, programas o fórmulas de financiamiento. Quedó establecida la responsabilidad del Estado de la organización comprensiva de los servicios de salud, siendo necesario crear estructuras que faciliten la articulación de los componentes públicos, privados y profesionales del sistema de salud. Roemer (1980) señala que la meta de salud como bienestar físico, mental y social, implica medidas en campos mucho más vastos que los servicios de salud técnicos. Si se busca sinceramente esta meta, es necesario emprende reformas en todos los aspectos de la vida social en beneficio de la salud.

La epidemiología en su relación con el sistema organizativo de atención sanitaria, permite identificar tres elementos clásicos de acción en la atención (Historia Natural de la Enfermedad): curativo, restaurador, y preventivo. Los elementos restauradores incluyen los centros de salud, hospitales, servicios de ambulancias, entre otros; los curativos comprenden los medicamentos y los profesionales en salud, entre otros; los sistemas (servicios de salud) cuentan con elementos preventivos muy limitados.

Las cuantiosas sumas invertidas en restaurar y curar resultarían más efectivas si fueran reservadas para la prevención de las enfermedades. Resultaría muy ventajoso promover los puntos positivos de la salud referidos a estilos de vida, medio ambiente y biología humana.

## **2.5 El análisis organizacional de los servicios de salud en la perspectiva de la gestión de la calidad total**

La calidad en salud puede considerarse un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención a la salud y en la sociedad. Por lo tanto, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio apropiado.

Donabedian define la calidad en salud como “una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes” (Donabedian, 1980)

Es necesario considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría. El mencionado autor, al respecto especifica que “la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos, el primero, como la atención técnica que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo como la relación interpersonal, que es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente” (Donabedian, A. 1980)

Se deduce que la calidad implica varias dimensiones, las cuales son la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional, donde la dimensión técnica adquiere un rol relevante, ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente.

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. El

modelo entonces propuesto por Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados. (Donabedian, 1985)

Otra de las dimensiones que se toman en cuenta para evaluar la calidad es la dimensión de la seguridad: se busca que al tratar un paciente se consiga mayor beneficio que riesgo para él mismo; por tanto, en las medidas de calidad respectivas se debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros. En la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, se considera importante la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo muy importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación del mismo. La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, ya que al mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, al hacer uso innecesario o inadecuado de servicios se generan aumentos que no aumentan la calidad.

Al enfocar el fenómeno “reingreso” como tema de estudio se está haciendo referencia a la seguridad, la oportunidad y continuidad de la atención y los costos que éste representa para la familia y el estado.

## **2.6 La gestión o control de calidad total (CCT)**

Haciendo referencia a Passos Nogueira (1997), la transición para esta fase superior se da a través de un doble movimiento de difusión de responsabilidades por la calidad para el conjunto de los dirigentes y trabajadores de la unidad, simultáneamente con la adopción de métodos participativos que permitan, a los distintos departamentos o sectores organizacionales, tanto planificar, acompañar y corregir los rumbos de las acciones pro-calidad, así como solucionar los problemas asociados con el mal desempeño y la baja productividad. Desde el punto de vista del ejercicio de las funciones internas de poder, lo que marca la superioridad de esta etapa es el hecho de que la alta dirección de la unidad adquiere así la tarea de desplegar una fuerte movilización interna de recursos (humanos y materiales) que pasan a ser concentrados en el objetivo de obtener un giro en favor de la calidad,



tanto en la cultura institucional como en los métodos concretos de trabajo. La calidad, consecuentemente, pasa a ser controlada sistemáticamente por el conjunto de la empresa y, por lo tanto, deja de ser solamente una atribución de los especialistas y las áreas departamentales. De ahí emerge, como tarea colectiva, una orientación al perfeccionamiento continuo de los productos y al aumento de la satisfacción de la clientela. Se usa el adjetivo total para expresar que el control o gestión de calidad se extiende a la totalidad de la empresa (company- wide, como prefieren los japoneses) y no porque, en una mala lectura de la expresión traducida exista un concepto subyacente de calidad total.

Calidad como resultado: Significa que la calidad no es más algo presupuesto en los agentes, debido a su alto nivel de formación o de calificación, sino algo que los involucrados en los actos de salud estarán constantemente preocupados por obtener y perfeccionar para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. Por lo tanto, se admite, al contrario del axioma flexneriano, que la preparación científica del cuerpo de profesionales y el atributo high-tech de los equipamientos usados no garantizan ipso Facto la calidad del acto. Las respuestas a una larga lista de cuestiones tal vez sea la mejor manera de inferir si determinada unidad de salud está o no en el camino de la calidad:

- ü ¿Existe algún canal de expresión establecido para que los usuarios evalúen los servicios y sugieran cambios?
- ü ¿Los médicos y demás trabajadores están atentos a esa "voz del usuario"?
- ü ¿Saben los médicos cuál es la contribución específica que dan los demás agentes y categorías profesionales para restablecer la salud de "sus pacientes"?
- ü ¿Saben los trabajadores auxiliares de su importancia en la misión colectiva de "salvar vidas"?
- ü ¿Pueden los trabajadores describir quién sirve a quién en los miles de tareas y etapas internas e intermediarias necesarias para producir el servicio que el usuario finalmente consume en la forma de medidas de terapia y diagnóstico?  
¿Contribuyen los trabajadores a identificar causas de mal desempeño de los servicios y apuntan correcciones, luego adoptadas por la gerencia de la unidad?

Ü ¿La gerencia se preocupa en proveer condiciones de perfeccionamiento continuo a su personal?

La calidad como resultado puede igualmente ser juzgada bajo el aspecto de determinadas metas de carácter cuantitativo a ser alcanzadas. Por ejemplo, una meta para una unidad puede ser la de "disminuir la mortalidad hospitalaria a uno por mil". Siendo importante así subrayar que, como proceso y como producto "transparentes", la calidad no equivale a una mera intención. Hay ciertos efectos objetivos que se obtienen con base en el esfuerzo persistente y colectivo, que se inicia con la dirección superior y se extiende a toda la unidad.

## **2.7 Hacia un análisis integral de la organización de los servicios de salud**

La integralidad del análisis organizacional de los servicios de salud se constituye en una herramienta para que los gestores sanitarios dimensionen en su total complejidad los servicios de salud. La misma debe concebirse tomando en cuenta, (a) la unidad de análisis, es decir, la organización que se analizará, y (b) lo metodológico.

La unidad de análisis: Si bien se reconoce que los sistemas sociales son abiertos, para el análisis organizacional, es necesario precisar la delimitación de la unidad de análisis u organización, identificando las partes que la componen.

Teniendo en cuenta que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es un conjunto coordinado de organizaciones y acciones interactuantes del Estado y la sociedad, cuyo objetivo es la preservación de la salud del capital humano, considerando su acceso a capacidades, oportunidades y factores condicionantes y determinantes que reproducen una vida saludable, que admite la intervención multisectorial en la producción de la salud, la unidad de análisis excede el sistema de la atención sanitaria, relacionado con los hospitales, centros de salud, y redes de salud. Cuando el análisis este referido al sistema nacional de salud, esta unidad de análisis deberá incorporar en sus partes:

- Los análisis de las políticas nacionales de salud y de sus estrategias.
- Los análisis de otras políticas sociales – públicas que se relacionan con las de salud en torno a la producción social y al desarrollo humano.

- Los análisis de planes y programas nacionales de salud.
- Los análisis del o los sistemas de servicios de salud (sistema de atención sanitaria)

Lo metodológico: El análisis organizacional puede ser útil en el diseño y planificación de nuevas organizaciones en salud, o puede aplicarse cuando se requiera mejorar la organización, para el cumplimiento de su misión y objetivos. Cualquiera fuese la metodología a seguir en el análisis organizacional, el elemento principal e inicial del proceso es el de conocer la misión y objetivos de la organización, tomando en cuenta el contexto en el que está inserto, dado que todo sistema social, al ser abierto, está fuertemente influido por su entorno. En uso de la teoría de la administración científica, el método explorará las funciones de la administración (planificación, organización, dirección y control), así como los elementos que hacen a la división del trabajo y la departamentalización. Siguiendo la teoría general de sistemas el método explorará las organizaciones desde la perspectiva del insumo, el proceso y los resultados, que en el sector salud suelen identificarse también en términos de estructura, procesos y resultados (Donavedian, 1980). La planificación estratégica que en sí mismo incorpora a la gestión, aplicada al análisis organizacional, exige el estudio de los momentos de la planificación, más aún cuando en todos los casos, las organizaciones se reproducen en situaciones de poder compartido.

El análisis organizacional desde la óptica de la satisfacción del cliente, demanda a los analistas incorporar en su agenda técnica de trabajo, los conceptos y recursos instrumentales de la gestión de la calidad total. Tratándose del análisis organizacional de los servicios de salud, el uso de una, dos o más, o todas las teorías que fundamentan científicamente los procesos de análisis deben estar cruzadas por las funciones esenciales de salud pública (FESP).

Las FESP son el conjunto de acciones mínimas por las que deben responsabilizarse los Estados y sus sociedades para cumplir con el deber de los Estados de proteger la salud de sus pueblos, traducidas estas en el desempeño de los sistemas de salud.

## **2.8 Funciones esenciales en salud pública (FESP)**

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son procesos y movimientos que permiten un mejor desempeño de la gestión en salud pública. La importancia estratégica de las funciones esenciales de salud pública (tales como vigilancia, monitoreo y promoción de la salud) radica en la generación, por parte del sistema de salud, de una respuesta efectiva, eficiente y de calidad a intereses colectivos en materia de salud.

Las FESP describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", definió once (11) FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública.

FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

FESP 2. Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud

FESP 3. Promoción de la salud

FESP 4. Participación de los ciudadanos en la salud

FESP 5. Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.

FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.

FESP 10. Investigación en Salud Pública

FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Cada una de estas intervenciones se evidencia como altamente necesarias para contribuir a la mejora de las prestaciones desde los servicios en forma mancomunada con el primer nivel de atención. Desde que el fenómeno del reingreso hospitalario en pediatría tiene componentes que involucran a los servicios hospitalarios y a las prácticas desde el primer nivel de atención.

## **2.9 Evaluación de la calidad en salud**

En las instituciones prestadoras de servicios de salud se debe propender a que las acciones y programas de garantía de calidad se desarrollen en varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios. Se hace entonces necesario desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente; desde el punto de vista de los prestadores y usuarios del sistema. Para esto se deben establecer estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios del mismo.

Por lo tanto, la noción de calidad puede ser entendida como la aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades de los consumidores, o receptores del servicio, y puede ser ampliada con el concepto de calidad total, la cual se extiende a todos los factores, productos, servicios, a los procesos directivos y de producción, a los recursos técnicos y humanos.

La actual realidad económica, el crecimiento del gasto sanitario y el aumento de las expectativas de los ciudadanos para una atención sanitaria de calidad conllevan a un planteamiento del uso adecuado de los recursos que siempre, y en cualquier entorno, público o privado, son escasos.

En su práctica clínica diaria, todos los integrantes de una unidad sanitaria, inciden directa o indirectamente en la gestión institucional.

Los profesionales y no las estructuras son las que consiguen la satisfacción del usuario. Por lo cual, los gestores y los trabajadores de la salud, cada vez más, deben interesarse por el objetivo de mejorar la salud a través de un mejor servicio, para luego medir sus intervenciones.

En un escenario contemporáneo, podemos concebir la reformulación de las realidades organizacionales, con sus valores, creencias, prácticas tradicionales, métodos, instrumentos, que los miembros de los grupos sociales construyen para integrar los pensamientos y las acciones de sus miembros, y pueden apreciarse las nuevas concepciones acerca de los factores constitutivos de los procesos de salud y enfermedad.

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que, si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible. La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes. Calidad y eficiencia son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es obvia, pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada. La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la globalidad de la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector salud.

La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores. La falta de control y evaluación de la calidad y eficiencia en los servicios de salud se refleja a largo plazo en una disminución de las posibilidades reales para brindar todos los servicios sociales.

Por otro lado, la medición de conceptos abstractos como calidad y eficiencia de los servicios de salud, necesita de una operacionalización cuantitativa, por medio de indicadores, que permita comparaciones en el tiempo y en el espacio y la determinación de patrones que consientan la identificación de fallos o logros.

### **2.10 Los indicadores como unidad de medida**

Los indicadores son medidas usadas en el tiempo, para determinar el desempeño de funciones o procesos, para evaluar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. En el área de la salud se definen como valores cuantificables que pueden usarse en la evaluación de elementos de estructura, de proceso y de resultado de la atención en salud y proporcionan una imagen del estado de la calidad en una organización.

Pueden expresarse en tasas y porcentajes, por ejemplo, de las infecciones intrahospitalarias o de mortalidad; como también basarse en el seguimiento de eventos centinelas o eventos adversos, tales como reacciones a medicamentos, caídas de pacientes y manejo de errores. Los indicadores deben cumplir con características como la validez, objetividad, poder ajustarse por riesgo o severidad y ser extraídos de bases de datos, no deben ser muchos y deben seleccionarse por consenso, sobre los procesos críticos identificados como tales.

La evaluación por indicadores es un instrumento que se ha demostrado útil para que el proceso asistencial tenga en la calidad uno de sus componentes principales.

El indicador de calidad es la medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial.



Como lo define *Silva (1)*, de manera muy general, un indicador es “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo”. Precisamente, es lo que pretende el presente estudio, pues se necesitan *números* para medir *conceptos abstractos: calidad y eficiencia*.

Muchos de los indicadores conocidos de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios (la tasa de mortalidad, la de reingresos, la de infecciones entre otros) varían de acuerdo con la atención que se brinde, pero, como se esbozó antes, también dependen de la gravedad de los pacientes que han servido como unidades de análisis.

### **2.11 El reingreso hospitalario como posible predictor de calidad asistencial**

Dependiendo de la realidad socio sanitaria y cultural de los países es que se ha tomado el reingreso como posible indicador de calidad asistencial. De acuerdo a la literatura aún no existe un claro consenso al respecto.

De todas maneras, hay cuatro indicadores que, por su importancia, amplio uso y claro significado, se están utilizando a nivel internacional para tener un acercamiento a la realidad sanitaria de cada país, y son: la tasa de mortalidad, la tasa de reingreso, la tasa de complicaciones y el promedio de estadía. Los tres primeros se utilizan básicamente como indicadores de resultados que deben reflejar calidad de la atención prestada mientras que la estadía hospitalaria es un claro índice de eficiencia. (Silva, 1997)

Los reingresos hospitalarios presentan la ventaja de ser un fenómeno relativamente frecuente que se encuentra presente en todos los servicios. Como se mencionó, su estudio es realizado por diferentes motivos:

- Para identificar a los pacientes con un alto riesgo de reingresar, al objeto de implementar planes de cuidados específicos.
- Para estudiar la morbilidad, intentando describir la historia natural de una enfermedad.

- Para conocer su impacto económico.
- Por haber sido propuestos como un indicador de calidad, permitiendo la comparación de la efectividad de los hospitales o la evolución de la calidad de un hospital tras la introducción de cambios organizativos.
- Para el estudio de las relaciones con la duración de la asistencia y la facturación económica.

Una de las limitaciones del trabajo fue la ausencia de un consenso tanto a nivel nacional como internacional en la conceptualización del término “reingreso”.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2011), vigésima segunda edición, reingreso es, *v; m*, “*la acción y efecto de reingresar*”.

Como definición general, se denomina reingreso a aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado o no con el que justificó el primer ingreso. (Espinar Martínez, Rodríguez Cortés, 2013)

A la hora de definir el término, constatamos que en un mismo concepto se engloban problemas y situaciones diferentes. El reingreso puede ser programado o urgente, ser el resultado de un ingreso previo, tener origen en la descompensación de una enfermedad crónica de base, estar motivado por una enfermedad grave que requiere ingresos sucesivos o simplemente estar causado por un motivo diferente e independiente del ingreso previo.

Cuando hablamos de reingreso evitable, nos referimos a “aquel reingreso que se hubiera podido evitar con una mejoría en los cuidados prestados”. (Espinar Martínez, Rodríguez Cortés, 2013)

Según autores como Emilio Martínez Marco y Andrés Jesús Aranaz (2002), el reingreso es “...todo ingreso que se dé en los 30 días posteriores al alta hospitalaria, independientemente del diagnóstico, o, aquel ingreso después de 30 días por el mismo diagnóstico”

En estudios a nivel nacional se ha considerado la variable reingreso como el hecho de haber tenido una hospitalización previa, independientemente de la causa y del tiempo transcurrido (Ferrari, A.; Magnífico, G.; Mascaró, M.; 1995)

En el presente trabajo se dará como válido ésta última acepción, ya que de otro modo se perdería la significancia de los motivos tales como: los reingresos post quirúrgicos (infección, dehiscencia de sutura); niños que presentan estados de desnutrición.

El concepto de reingreso que manejan Ludke y Booth (1993) consideran que un paciente *reingresa* en un hospital si tiene que ser hospitalizado de nuevo, con el mismo diagnóstico, poco después de finalizada una primera hospitalización. Pero, no existe consenso al respecto ya que el tiempo que debe mediar entre un ingreso y otro para que este último se considere un “reingreso” no está absolutamente establecido. La mayoría de los autores consideran un período de un mes (30 o 31 días) aunque en algunos trabajos que abordan el reingreso éste se ha considerado en un período de 14 días (Lied, Kazandjian, Hohman; 1999). Si se da por sentado que, durante el período de hospitalización, en la mayoría de los pacientes debe mejorar de manera aceptable el proceso patológico que los llevó al ingreso y que el alta sólo debe decidirse cuando el paciente está en condiciones de ser atendido fuera del ámbito hospitalario, se puede considerar que un reingreso es, por lo menos en principio, un indicador de una falla en la atención recibida en el ingreso anterior. Como esta consideración no es ni puede ser absoluta, el reingreso se incorpora a un índice de los llamados *agregados* y la tasa de reingreso forma parte importante de los indicadores de calidad de la gestión hospitalaria. Regularmente se eliminan de las tasas de reingresos aquellos que se han producido de forma programada (para iniciar radioterapia o quimioterapia, para realizar una intervención quirúrgica pendiente, etc.). Aun así, la tasa de reingresos, como indicador de calidad de la atención, no ha sido siempre reconocida como obvia, principalmente porque el reingreso también está determinado por otros factores relacionados con el paciente que no dependen de la calidad de la atención y que son difíciles de concretar.

Thomas y Holloway en 1991 evalúan el reingreso temprano como “indicador en los estudios de calidad de la atención”. Su objetivo era arribar a conclusiones

mediante la respuesta a tres preguntas: ¿influye el destino del paciente (a su hogar o a otro centro de atención) sobre el reingreso? ¿El riesgo de reingreso es una función del tiempo de estadía del primer ingreso? ¿Difieren sistemáticamente las tasas de reingreso entre hospitales con distintas características como el porcentaje de ocupación? Concluyeron que el estudio proveía información adicional sobre la importancia de factores clínicos como determinantes del reingreso y señalaron la necesidad de estudiar más profundamente las relaciones entre la tasa de reingreso y la calidad de la atención. Según estos autores no se conocían aún cuestiones como: qué modelos deberían utilizarse para distintos tipos de pacientes o cuál era la contribución de la gravedad de la enfermedad al reingreso. Consideraron que para determinar la validez del reingreso como indicador de calidad eran necesarias 3 premisas:

1. Establecer modelos específicos para cada tipo de paciente.
2. Identificar aquellos pacientes cuyo riesgo de reingreso fuese bajo y aun así fueran reingresados en el hospital.
3. Utilizar criterios de expertos para establecer si el egreso prematuro se asociaba con el reingreso.

En 1993, Ludke y otros evaluaron la relación entre el reingreso y los indicadores de calidad de la atención hospitalaria en el ingreso anterior pero no obtienen resultados concluyentes. En 1999, Weissman y otros concluyeron que las tasas de reingreso no planificado estaban asociadas con problemas de calidad, aunque no constituían herramientas útiles para la comparación entre hospitales.

No obstante, la tasa de reingreso se considera aún un indicador de calidad de la atención y se promueve su uso con ajustes por otras variables (Thomas, 1999). Las variables que deben contemplarse para el ajuste de la tasa de reingreso son similares a las mencionadas para otros indicadores de resultados: la edad, el sexo, el diagnóstico principal y la gravedad de la enfermedad, ya que se evidenció una mayor probabilidad de reingreso asociada al sexo masculino, a una mayor edad, a determinados diagnósticos y al servicio de alta (García, Illa; 2000)

La tasa de reingreso ajustada que proponen Des Harnais y otros, (1991) es similar a la propuesta para la tasa de mortalidad. Reagrupan los casos en Grupos de

Diagnósticos Relacionados (GDR) y construyen tablas de contingencia de 2 entradas (2 X 3) con la edad de los pacientes en tres grupos y la presencia o no de enfermedades asociadas o complicaciones ocurridas durante el ingreso original.

Luego calculan la probabilidad de reingreso para cada celda de la tabla en cada grupo de GDR y ésta constituye la estimación de la tasa de reingreso normal que servirá como punto de comparación.

En los años 60 se realiza en los Estados Unidos uno de los primeros intentos por clasificar a los pacientes de modo que se obtuvieran grupos homogéneos en cuanto a costos hospitalarios; surgieron así los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR en español y DRG de Diagnostic Related Groups, en inglés) cuyo origen se relaciona con la necesidad de reducir los gastos que la atención hospitalaria provocaba en uno de los programas más importantes del país (MEDICARE). Se formaron entonces 470 GDR (conformados por un panel de expertos) basados en cinco aspectos del paciente: el diagnóstico principal, la intervención quirúrgica, la edad, las complicaciones y el motivo del alta

Como se mencionó anteriormente, en los últimos años se ha introducido el estudio del fenómeno *reingreso como indicador de la calidad técnica* brindada en los centros sanitarios. El mismo se ha convertido en un gran problema para la administración de los servicios, fundamentalmente los servicios psiquiátricos y los geriátricos; desconociéndose la realidad en los pediátricos. (Horn y Horn; 1986)

En relación a este último grupo etario, sabemos que los primeros años de vida son decisivos para sentar las bases de una buena salud individual y colectiva. La malnutrición, las infecciones, las malas condiciones de vivienda, la falta de agua potable y saneamiento, una inadecuada atención a la salud, son entre otros, factores que actúan mermando las posibilidades de quienes viven sometidos a los mismos.

La experiencia de los últimos años demuestra que las acciones de salud no deben planificarse y ejecutarse independientemente sino como un elemento incorporado al esfuerzo total de desarrollo y en forma coordinada con los demás sectores que impulsan el progreso económico y social.

## **2.12 Importancia del reingreso en la estructura socio epidemiológica de la infancia en el Uruguay**

La estructura demográfica del Uruguay hace que los niños, las niñas y los adolescentes deban ser considerados en forma prioritaria.

La población de 0 a 14 años ha disminuido paulatinamente en términos relativos desde el año 1963, donde representaba el 27.8% hasta el 23.86 % en la actualidad.

Los niños, las niñas y los adolescentes constituyen grupos de enorme importancia en Salud Pública, por la vulnerabilidad extrema que presentan a los factores ambientales desfavorables, a la pobreza y a las inadecuadas condiciones sanitarias. En ellos son más evidentes las graves desigualdades que existen en materia de salud, además porque la vida de cada niño tiene una trascendental importancia estratégica en el crecimiento y desarrollo del país.

En el presente trabajo se incluirán a los niños, niñas de 0 a 5 años de edad (Montero, L. 2001).

Está demostrado que las bases necesarias para conseguir una buena salud en la edad adulta se inician en las edades más tempranas del crecimiento y desarrollo.

El conocimiento de la situación de salud de la comunidad, así como de sus características demográficas es el punto de partida para conocer y entender el objetivo central hacia el cual se dirigen las acciones del sector.

Al desconocer aquellos factores que pueden constituirse en contribuyentes a las situaciones de reingreso, también se pierde una gran posibilidad de mejorar la gestión hospitalaria, destinada a una población tan vulnerable y dependiente como lo es la infancia.

## **2.13 Sociología de la salud**

Desde tiempos remotos, como lo marca la historia, el proceso salud enfermedad ha sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre se ha posicionado de diferente manera para entender la realidad que lo rodea. Es así que asistimos a

distintos enfoques en distintas épocas, y en cada una de ellas se puso el énfasis en aspectos mágicos, sobrenaturales, ecológicos o fisiológicos. Es decir, la salud como proceso vital del hombre no ha sido ajena a los cambios epistemológicos por los cuales ha atravesado la ciencia, lo que ha hecho que el concepto haya evolucionado o involucionado dependiendo de los paradigmas en los que en ocasiones nos ubicamos.

Hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es *“la capacidad (...) para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales”* (Mariano et al., 2001)

En el intento de captar la complejidad del proceso salud – enfermedad- atención se enfoca la tríada desde varios puntos de vista, uno de ellos es desde los derechos. Si bien todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí, sin lugar a dudas, la vida es el bien máspreciado de todo ser humano, y por ello no sorprende que el derecho a existir sea el primero y más básico de todos los derechos humanos reconocidos. También se reconoce el derecho a un estándar de vida adecuado y con relación a estos dos derechos, el derecho a la vida y el derecho a un estándar de vida adecuado, la Comunidad Internacional ha distinguido la salud como un bien jurídico autónomo, es decir, que merece una protección independiente de la que posibilita la protección indirecta a través de otros derechos. Por lo tanto, se ha establecido que: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”* Párrafo 1. Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Los criterios manejados para evaluar el derecho a la salud son la *disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad*. Estos elementos están interrelacionados y son esenciales para evaluar el respeto al cumplimiento del derecho a la salud en un contexto determinado según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007).

En relación a la disponibilidad la OMS estipula, entre otros aspectos, que el Estado deberá disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.



En relación a la accesibilidad la OMS establece que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos los grupos de población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, las personas mayores, las personas discapacitadas y las personas con VIH/SIDA. Además, la accesibilidad presenta pues cuatro dimensiones superpuestas: No discriminación. Accesibilidad física. Accesibilidad económica (asequibles). Acceso a la información.

En relación a la aceptabilidad, la OMS establece que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos con la ética, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género, además de estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

En relación a la calidad, la OMS declara, entre otros aspectos, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y ser de buena calidad. Ello requiere de personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.

Otra de las concepciones, o miradas sobre los procesos sanitarios, su evolución y sus métodos es la Concepción Sanitaria, que toma la salud como un estado positivo y colectivo, estudiando la transmisión social de la enfermedad, basándose en la prevención. Su historia se desprende de medidas profilácticas desde la antigüedad y desarrollando el método científico a partir del siglo XIX. Las orientaciones sobre las cuales se basa son la medicina preventiva y social y la salud pública.

También la Concepción Economista y económico social ve a la salud como condicionante de la productividad del factor humano. Midiendo el precio de la salud y el costo de la enfermedad.

La primera de éstas concepciones aparece a mediados del siglo XX en países industrializados y la otra después de la segunda guerra mundial, utilizando métodos de trabajo como el análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias a través de investigaciones científicas de la salud: epidemiológica, del método estadístico, antropológico, sociológico, económico político, economía de la salud, demográfico y psicológico.

La última concepción denominada Político Legal, cuyo sustento es la salud como derecho y obligación universal, teniendo reconocimiento legal y participación estatal, se basa en los derechos del hombre, contempla los sistemas de seguros sociales y de seguridad social. Las orientaciones que sustenta son los derechos fundamentales, la seguridad social de la asistencia sanitaria, y utiliza métodos de trabajo basados en la misma legislación de la seguridad social derivados de programas políticos.

#### **2.14 Determinantes sociales de la salud**

Como se mencionó en la introducción del presente trabajo, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En otras palabras, repercuten directamente en la salud.

Permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria), estructuran los comportamientos relacionados con la salud e interactúan mutuamente en la generación de salud.

En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas.

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones sociales, económicas y culturales de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social.

Existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente a través de la

implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales.

Durante la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuyo propósito fue generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoraran la salud y disminuyeran las inequidades sanitarias.

En agosto de 2008 esta Comisión publicó un informe con tres recomendaciones generales:

- mejorar las condiciones de vida cotidianas
- luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
- medición y análisis del problema.

En cuanto a mejorar las condiciones de vida cotidianas, según la OMS, a escala mundial, no menos de 200 millones de niños no se desarrollan plenamente. Ello tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto. Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias. La Comisión designada por la OMS sugiere:

- a. Que se establezca un mecanismo interinstitucional que garantice la coherencia de las políticas para el desarrollo de la primera infancia;
- b. Que se disponga de un paquete integral de programas de calidad para todos los niños, las madres y los dispensadores de atención;
- c. Que se ofrezca una enseñanza primaria y secundaria obligatoria de calidad a todos los niños.

En relación al acceso y la utilización de los servicios de salud, son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán. Cada año, más de 100 millones de personas se ven sumidas en la pobreza debido a que han de hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para sus familias. La Comisión designada por la OMS sostiene que debe:

Disponerse de sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud, con independencia de la capacidad de pago.

Más allá de las directrices políticas, de las instituciones sanitarias y su organización se encuentran “las conductas de salud”, que se encuentran vinculadas con los “Estilos de Vida”, los cuales pueden definirse como "el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona", pueden considerarse una forma de vivir, relacionándose directamente con los aspectos de la salud.

La influencia cultural que las personas o grupos recibimos se convierte en un elemento esencial para construir este estilo de vida. La cultura con sus valores y costumbres determinan de forma explícita o implícita, componentes que condicionan aspectos de salud y enfermedad, lo que en un primer momento puede parecer una enfermedad, luego puede implicar aspectos de salud.

O sea, que para conocer el estado de salud de los individuos es necesario estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura.

Las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona.

En esta perspectiva Weinstein (1978) hace un importante aporte al concebir la salud como "el conjunto de capacidades de un individuo o de un colectivo que permiten la expresión de la salud". Para este autor, la salud comprende las capacidades vitales de goce, de comunicación, de creatividad, de crítica y autocrítica, de autonomía y de solidaridad. Estas capacidades no están nunca aisladas, se implican recíprocamente, se entretajan y se afectan mutuamente, pero es precisamente la salud la que resulta ser el hilo conductor de resonancia e integración entre cada una de ellas.

Según el Informe Anual Mundial sobre el Desarrollo Humano (PNUD, 2010), el desarrollo humano es el proceso por el que una sociedad mejora las condiciones de vida de sus miembros a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno social en el que respeten los derechos humanos de todos ellos. También se considera como la cantidad de opciones que tiene un ser humano en su propio

medio, para ser o hacer lo que él desea ser o hacer. El Desarrollo Humano podría definirse también como una forma de medir la calidad de vida del ser humano en el medio en que se desenvuelve. (PNUD, 2010)

Otro modelo del desarrollo humano, como se representa en la siguiente figura tomada de Molina, Bedregal y Margozzini, (2001); donde se parte del concepto ecológico, a través del cual los ambientes (micro y macro sociales) y entornos interactúan. Dentro de esta visión, los ambientes y entornos están representados por el Estado, la comunidad y la familia y cada uno de ellos posee sus normas y valores; el Estado a través de formulación de políticas y marcos institucionales; la comunidad, mediante sus modelos de organización y participación; y las familias, en su papel trascendente de protección, cuidado y satisfacción de necesidades inmediatas de la niñez.

Ilustración n°1: Modelo Interactivo de los Determinantes del Desarrollo Integral del Niño



Molina H.; Bedregal P. & Margozzini P., 2001. Revisión sistemática sobre eficacia de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez. Santiago de Chile, Ediciones Terra Mía; 2002.

Resumiendo, el desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la concepción y envuelve aspectos que van desde el crecimiento físico, hasta la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida. (Benguigui, Figueiras, Neves de Souza, Ríos; 2011).

## 2.15 Factores de riesgo

La posibilidad de identificar aquellas características que pueden convertirse en facilitadores del reingreso exige por parte de los servicios una “estimación de riesgos”. En el presente trabajo se tomará el concepto del Enfoque de Riesgo como un método de abordaje a la atención de la salud de las personas, familias y comunidades. El daño se define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un perjuicio en su salud. Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas, familias y comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar y morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros. (Sarué et al, 1996)

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidado, que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo de presentar un daño, hasta un máximo necesario sólo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud. Esto supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos para proveerlos sean redistribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo a las necesidades de individuos o grupos y en función del principio de justicia distributiva, que exige dar más a aquellos que tienen más necesidad.

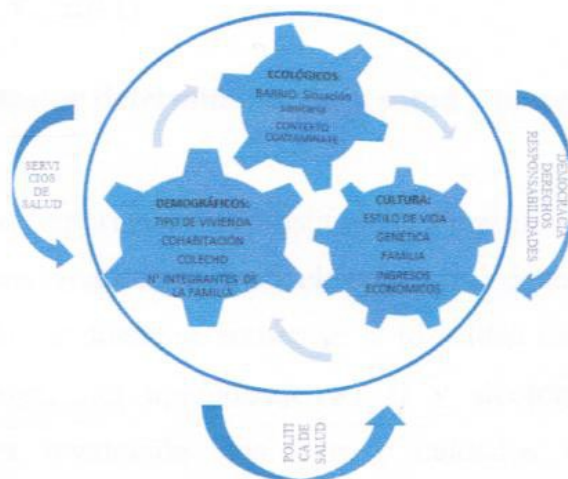
El enfoque de riesgo constituye un método de trabajo esencialmente preventivo. Puede considerarse como una estrategia que favorece el óptimo aprovechamiento de los recursos al permitir su adecuación a las necesidades.

Como se señaló anteriormente, no todos los individuos tienen el mismo riesgo de padecer los problemas. Por lo tanto, se logrará mayor impacto si en los subgrupos más afectados los problemas se controlan preferentemente en los individuos que tiene mayor riesgo de padecerlos (individuos de alto riesgo).

El concepto de riesgo está indisolublemente vinculado a un daño específico. Por lo tanto, deberá definirse claramente cuál es el daño al que se hace referencia y en función de ese daño se analizarán cuáles son los factores que se asocian. Es importante destacar que el concepto de riesgo es probabilístico y no determinístico. (Sarué et al, 1996)

Como se representa en la siguiente figura, los factores que inciden en la salud pueden agruparse en tres conjuntos que están interrelacionados: demográficos, ecológicos y del sistema social (incluye al sistema de salud).

Ilustración N° 2.- Factores de riesgo de reingreso hospitalario  
Adaptado de E. Layola y Col. (2006)



Los factores no son idénticos en todas las áreas y no son estáticos, sino que cambian desigualmente con el tiempo.

Hay factores y cadenas de factores favorables a la salud, llamados factores de salud o factores protectores, como por ejemplo la buena nutrición o estar bien inmunizado; otros son desfavorables a la salud -factores de riesgo- como por ejemplo la falta de control prenatal o falta de agua potable (Figueiras, A. C.; Neves de Souza, I. C.; Ríos, V.; Benguigui, Y.; 2011).

Estos elementos teóricos deben enmarcarse en la población infantil, la cual presenta características particulares, como ya se mencionó.

La mayoría de los estudios clasifica los riesgos de ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño como riesgos biológicos y riesgos ambientales. Los riesgos biológicos son eventos pre, peri y postnatales, que resultan en la probabilidad de daño en el desarrollo. Los riesgos biológicos pueden separarse de aquellos ya establecidos, refiriéndose a problemas médicos definidos, especialmente los de origen genético. Como ejemplo de riesgos establecidos estarían los errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos. Entre los riesgos biológicos estarían la prematurez, la hipoxia cerebral grave, el kernícterus, la meningitis, la encefalitis, etc.



Las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad, son consideradas como riesgos ambientales. Como ejemplos de estos estarían las malas condiciones de salud, la falta de recursos sociales y educacionales, la desintegración familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado, entre otros (Benguigui, Y.; 2011)

### **2.16 Familia como factor determinante de la salud y bienestar infantil**

Un acápite de particular importancia lo constituye la Familia y su evolución, dado que la misma es la agrupación humana más elemental que conecta a los individuos con la sociedad. Es el lugar donde se construye la identidad individual y social de las personas, es el lugar del aprendizaje social y psicológico del individuo. Constituye la primera institución que genera cuidados en situaciones de dependencia, donde generalmente es la mujer la que proporciona cuidados en forma invisible y continua.

Este traslado de responsabilidades del cuidado de la salud desde el estado a la familia, es necesario que se visibilice como problemática social, se establezcan políticas con enfoque de género que determinen correcciones de inequidades que proporcionan los estereotipos culturales tradicionales en el trabajo doméstico. Se observa la feminización en el cuidado informal como un paradigma de desventajas, esfuerzos, sacrificios relativos al género que conllevan a desigualdades innecesarias, evitables e injustas. La necesidad emergente de implementar estrategias desde todos los ámbitos: políticos, sociales, sanitarios y culturales para combatir la infantilización de la pobreza

Desde la perspectiva macro, la institución familiar, constituye uno de los más poderosos e importantes mecanismos de integración social. La pérdida del entramado entre familia, comunidad y escuela debilita aún más la evolución de la misma, y entorpece el enfrentamiento de los cambios sociales que la movilizan.

Por los cambios ocurridos en la formación y disolución de las familias y la inserción laboral de las mujeres, las bases del modelo “parsoniano” fueron seriamente cuestionadas, tornando inviable la existencia de un modelo único de familia.

Al lado de la familia nuclear “tradicional”, comenzaron a cobrar relevancia numérica y social, las familias monoparentales, las familias “reconstituidas o



ensambladas”, las familias extendidas y las familias integradas por miembros del mismo sexo. Paralelamente la creciente desinstitucionalización de la familia implicó que los vínculos familiares “de facto” le ganaran terreno a los lazos legales. Transformaciones que se deben tener presente a la hora de analizar el comportamiento del cuidado del niño porque el Uruguay no es ajeno a dichos cambios.

Es necesario recordar que la Convención Sobre los Derechos del Niño otorga a la familia el carácter de medio natural y la define como un grupo fundamental de la sociedad para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños. Asimismo, aboga por el reconocimiento y la aceptación de las diversas configuraciones y estructuras familiares asumiéndolas como aptas y capacitadas para la crianza y constitución de la identidad de los niños.

Son varios los cambios que enfrenta la familia en su crecimiento y evolución. Si bien parece indudable que subyacen procesos estructurales similares a los ocurridos en el mundo desarrollado –en particular el aumento de la participación femenina en el mercado laboral–, y que la globalización favoreció un proceso de difusión cultural, debemos ser cautos en interpretar estos cambios exclusivamente como el resultado de un nuevo empuje de la modernización. Lo que sí es seguro es que el cambio es irreversible y que asociado a otras transformaciones de la familia es un factor que influye directamente en el estado de salud de los más débiles. Las mismas se dan en el marco de una sociedad desigual y con niveles de pobreza que si no son crecientes, por lo menos están asentados, lo que determina mayores dificultades para enfrentar este cambio.

La fisonomía de las familias uruguayas se ha transformado en las últimos dos décadas, donde por un lado la formación y disolución de las uniones: casamientos descendieron a la mitad, duplicación de los divorcios, las uniones libres asumen un rol preponderante al igual que las uniones del mismo sexo; y por otro las tendencias demográficas, sociales y económicas con la profundización del envejecimiento (hogares unipersonales), feminización de los hogares como jefes de familia y proveedoras del sustento familiar.

La disolución de los matrimonios por razones biológicas viene cediendo lugar a factores vinculados a la expansión del divorcio o a la separación de hecho. Estos últimos afectan a sectores de edad cada vez más jóvenes a diferencia de las razones biológicas que impactan en las viudas e hijos



Lo más relevante de las uniones consensuales es que llamativamente el descenso del número de matrimonios institucionalizado no ha acarreado el descenso en la formación de nuevas familias, sino que se han des institucionalizado los vínculos conyugales (Encuesta Continua de Hogares, INE 2004- 20011) Los cortes transversales permiten constatar que durante la última década la opción por los vínculos de hecho, duplico la proporción de hombres y mujeres en unión consensual, respecto al total de personas en algún tipo de unión. Y que, si bien aumenta en todas las edades, la consensualidad es particularmente importante entre las generaciones más jóvenes (Datos de Encuestas Continuas de Hogares 2008 y 2011, ECH (INE).

Desde la sociología, el enfoque de la homogamia social constituye una de las perspectivas más importantes a través de las cuales se estudia la formación de uniones. Con este concepto se alude a la propensión de hombres y mujeres a unirse a un compañero que pertenece al mismo entorno social. De allí se deriva que el estudio del matrimonio, la familia y el parentesco tenga un papel fundamental en el análisis de la estructura social, dado que la homogamia constituye, desde este punto de vista, uno de los principales mecanismos que intervienen en la reproducción de las clases sociales, y en el caso de las familias carenciadas económica y educacionalmente contribuyen a preservar la pobreza.

La segregación de los lugares de sociabilidad y la distribución social de los gustos y las preferencias interiorizados (manifestación de lo que Bourdieu denomina “de clase”) constituyen los principales mecanismos que aseguran la homogamia social (Torrado, 2000). El primero supone que las modalidades de encuentro de las parejas involucren formas de sociabilidad estrechamente vinculadas con el medio social de pertenencia, lo que determina que la elección del cónyuge tenga lugar dentro de espacios o grupos social y culturalmente homogéneos. El segundo remite a la afinidad espontánea que aproxima a los individuos con hábitos o gustos similares, manifestación de sentidos y prácticas que de alguna manera objetiva no sólo la identidad individual sino también la identidad social.

El análisis de las uniones según el nivel de educación de ambos miembros de la pareja al inicio de la unión muestra que se estableció entre hombres y mujeres que tenían un nivel de educación similar (el 46% de las mujeres no termino primaria, al igual que los padres, que el 49% tampoco la completo)



Es importante precisar que la familia sufre su metamorfosis sin destruirse totalmente, ya que las rupturas conyugales traen aparejado el incremento de los hogares reconstituidos, dónde por lo menos uno de los hijos no es de ambos miembros de la pareja. Según los datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH), en 2010 el 51% de estos hogares tenía a la cabeza una persona divorciada o separada, y del total es una mujer en el 87% de los casos.

Esto es otra característica del cambio, hay un incremento de la movilidad de los individuos entre diferentes familias a lo largo de su ciclo de vida.

La revolución sexual ha cambiado sus componentes en su relativa secuencia predeterminada (iniciación sexual, nupcialidad y procreación) y adquirir cada vez mayor independencia, una respecto de la otra. Como consecuencia tenemos la madre soltera, en general madre adolescente, característica común a otros países de América Latina.

Los cambios pueden tener dos lecturas desde el punto de vista valorativo: por un lado, representan mayores opciones de libertad, independencia y realización personal para los integrantes de la familia; por otro conllevan problemas de integración familiar y social. Dichos cambios afectan directamente a los niños y adolescentes porque hay un aumento de la precariedad de las funciones sociales; un cambio en las concepciones para con las responsabilidades paternas, madres jóvenes que no cuentan con apoyo; todo esto sobre la base de un debilitamiento del capital social de la familia.

Cabe destacar que la información recabada en la ECH muestra un perfil de la mujer uruguaya diferenciado en dos patrones de comportamiento en lo que respecta a las transiciones familiares: las mujeres con mayor nivel educativo inician tarde su maternidad, generalmente con la sustentabilidad económica del mismo resuelta, y quienes poseen menor nivel educativo, se unen temprano e inician simultáneamente la maternidad, sin tener gran visibilidad de la solución económica. (Bucheli *et al.*, 2012).

La diferencia se refleja también en la mayor fecundidad de las personas que pertenecen a hogares pobres, ya que entre éstos suele haber mayor presencia de niños y adolescentes. También que el hogar extendido es un arreglo que tiene una relación evidente con la pobreza, pero lejos de una solución, hace que el índice de pobreza aumente, al no dar respuesta a ello.

Esta es otra característica al interior del hogar que Uruguay comparte con sus vecinos de América Latina, donde existe una larga tradición académica que analiza la conformación de hogares extendidos como estrategia para crear economías de escala y enfrentar las repetidas crisis económicas. Pero a diferencia del resto de los países de la región, en Uruguay la pobreza en estos hogares no es mayor si la jefatura es ejercida por una mujer. Este es un atributo que caracteriza al conjunto de los hogares uruguayos con jefa mujer, entre los que no se detectan mayores probabilidades de caer bajo la línea respecto a los hogares con jefe hombre.

La debilidad que enfrentan los hogares extendidos debe ser uno de los aspectos que los programas dirigidos a atender las familias en Uruguay hacen énfasis, dado que allí se concentran las mayores dificultades a enfrentar:

Bajo nivel educativo de sus jefes o jefas de hogar; feminización de los jefes de hogar altos niveles de hacinamiento y bajos niveles de bienestar; niños y adolescentes presentan mayores de niveles de rezago educativo; abandono prematuro del sistema educativo; número significativo de madres adolescentes. (Vigorito, 2003)

En relación a las prácticas de crianza, se debe tener presente el aumento constante de la tasa de participación femenina en el mercado laboral (según ECH, en las áreas urbanas asciende al 70% en las mujeres entre 25 y 59 años)

Si se considera que son las mujeres en estas edades quienes se ocupan principalmente del cuidado de los niños pequeños, de los enfermos, tanto pequeños como adultos mayores, las mujeres se enfrentan a una sobrecarga de trabajo creciente, y son las que en mayor medida deben resolver cotidianamente las tensiones entre “trabajo y familia”. La cobertura extendida de la enseñanza ha mejorado las oportunidades para compatibilizar la vida laboral y doméstica al recibir a niños de cuatro y cinco años, así como la extensión horaria del ciclo escolar.

Si bien esto es un aporte, lejos está de solucionar a través de las políticas públicas la asociación de familias extendidas, con jefes de hogar femenino que ingresan al mercado laboral (de poca remuneración económica, dado el bajo nivel de instrucción) deben responsabilizarse directamente del cuidado de los niños. De modo que otro de los desafíos que debe enfrentar el Estado uruguayo consiste en promover políticas que tiendan a romper con el esquema tradicional de los roles de



género, a partir del cual se entiende que el cuidado de los niños, de los ancianos y el trabajo doméstico en general, son responsabilidad femenina.

Para el logro de una mayor equidad de género, se debe fomentar el involucramiento de los hombres en la crianza de los niños, como forma de mejorar el bienestar de los mismos en un contexto de gran inestabilidad matrimonial. En Uruguay un alto nivel de incumplimiento en el pago de pensiones alimenticias por parte de los padres una vez que se produce la ruptura conyugal. El 58% de los hombres separados no transfiere dinero a sus hijos cuando deja de convivir con ellos (Bucheli, 2003). Si bien es necesario modificar el régimen legal de modo de lograr menores niveles de evasión, también es necesario crear las condiciones para que los padres participen más activamente en la crianza de sus hijos. En países donde se promueve la participación de los padres en el cuidado infantil desde el nacimiento, se ha encontrado que la voluntad de continuar sosteniendo financieramente a los hijos luego del divorcio, es sensiblemente mayor.

Atendiendo al alto nivel de divorcios que el país presenta, uno de los objetivos de las políticas debe ser asegurar el bienestar de los niños independientemente del tipo de familia en que se encuentren, las medidas tendientes a darle sustentabilidad tanto en el contacto entre padres e hijos como en la responsabilidad financiera frente a éstos deberían constituir un tema prioritario.

Asociado a ello, debemos decir que los programas orientados a la prevención de embarazos no deseados a través de la reciente Ley de Salud Sexual y Reproductiva brinda la posibilidad de una planificación familiar, teniendo los hijos que desee o pueda atender en condiciones de satisfacción vital, dado que son los niños más pobres los que sufren las peores consecuencias de los divorcios.

La vulnerabilidad económica de los niños es quizás uno de los aspectos más preocupantes en un contexto de creciente infantilización de la pobreza y de cambio familiar. No hay medios para evaluar cuál ha sido el papel jugado por los cambios en la familia en el aumento de la pobreza infantil, pero es razonable pensar que la inestabilidad familiar tiende a profundizar las desventajas de los pobres. La pérdida de un aportante (total o parcial) para los hogares pobres, que son además los que concentran mayor cantidad de niños, sumada a la pérdida de economías de escala, es probablemente determinante para la supervivencia de esos hogares. Por otro lado, las transferencias monetarias estatales hacia las familias con niños a través del régimen de asignaciones familiares, no tienen mayor impacto en la reducción de la



pobreza infantil, como se ha demostrado en un estudio (Vigorito, 2005), dada la magra cantidad aportada ni es tampoco una solución educativa, porque que no se exige como contrapartida la asiduidad escolar para su contribución.

Luego de lo expuesto podemos decir a modo de resumen que:

Los niveles de bienestar a que acceden la mayoría de los niños están asociados a su familia de origen, pero no hay igual cantidad de niños pobres que adultos pobres en igual perfil socio- económico porque los niños están “sobre- representados” en las familias pobres. Ello se explica por las pautas culturales de fecundidad de los sectores de más bajos ingresos, por la disminución de la tasa de natalidad en los hogares de mejores recursos y por la distribución por parte del Estado y del mercado de los bienes y recursos entre las diferentes generaciones, con un sesgo sistemático que premia a las generaciones maduras y a la tercera edad.

Todo ello es lo que determina la “infantilización de la pobreza.” Los niños constituyen una categoría de población con el más alto nivel de dependencia de los recursos familiares y es quien recibe directamente los efectos de las transformaciones que se producen en lo privado (familia) y en lo público (empleo, educación y otros).

La socialización de la infancia uruguaya está marcada por algunas tensiones que caracterizan el nuevo contexto social (la “triple coetaneidad”) que son la dimensión demográfica; la transformación del Estado; las tensiones de índole económico social vinculados a los cambios de mercado.

La dimensión demográfica está dada por la superposición del final de la primera transición demográfica (disminución de la tasa de fecundidad, aumento de las familias nucleares con mujeres jefas de hogar y la migración rural- urbana y el envejecimiento de la población) con el inicio de la segunda (debilitamiento del modelo de familia biparental y en unión legal; ingreso de la mujer al mercado laboral; postergación del casamiento; tenencia del primer hijo e incremento de hogares unipersonales)

En los hogares de más bajos ingresos se produce una combinación perversa de estas dos transiciones, por un lado, tienen la tasa de fecundidad más alta, pero por otro no han postergado la tenencia del primer hijo y no se han integrado al mercado laboral a la par que otros sectores de la sociedad, agudizando la inestabilidad familiar.

Transformación del Estado. En el año 2005, conviven dos grandes perfiles, uno dónde predominan las enfermedades crónicas (HTA, Diabetes) en la población



envejecida; y otro donde se sitúan quienes no pueden satisfacer las mínimas necesidades básicas (vivienda, educación, alimentación) y viven por debajo de la línea de pobreza. La estructura de riesgos de esos perfiles está asociada, por un lado, a los estilos de vida no saludables, y por otro, a las situaciones de exclusión social. Ambos requieren respuestas diferentes: hacer énfasis en la educación y promoción de la salud y tener la posibilidad de incorporar a grandes sectores de la población excluidos por factores económicos y culturales. La respuesta estratégica es el Sistema Nacional Integrado de Salud, que por su jerarquía e importancia dedicaremos un comentario en un apartado.

Cambios del mercado. Hay superposición del trabajo moderno formalizado, con el informal y precario. Simultáneamente hay una disminución del empleo estatal e industrial y se expande el empleo de servicios. Aparecen inseguridades laborales, desapareciendo la protección del trabajo formal. Es un escenario particularmente difícil para las familias con sobre representación infantil y para los adolescentes en su emancipación a la vida adulta.

Como se dijo: las múltiples transiciones superpuestas presentan la peor configuración para la futura integración y bienestar de los niños. Podemos afirmar que la combinación de dos o más variables, configuran lo que denominamos “niño frágil” desde el punto de vista de su contención bio- sico social. Las políticas públicas deben encaminar la solución a establecer cierto equilibrio en el bienestar de las generaciones, sin comprometer las mejores posiciones ya conquistadas en el reparto generacional. No hay estudios que relacionen el impacto de las mejorías económicas de los adultos mayores sobre la pobreza infantil, aunque la explicación de la pobreza infantil debería rastrearse en las dificultades para acceder al mercado de trabajo de sus padres y la baja remuneración que reciben.

Al momento de analizar los grandes desafíos que tiene que afrontar la población infantil, parecería que existe una carencia de abogacía por parte de los profesionales de la salud.

Cabría la pregunta de ¿dónde está el debate intelectual sobre los derechos de los niños y niñas a un adecuado nivel de salud?, ¿cuál es la responsabilidad individual del personal, instituciones infantiles, hospitales y departamentos para defender eficazmente a los niños, jóvenes y familias?, ¿cómo se puede aprovechar el poder intelectual de instituciones académicas para mejorar los conocimientos sobre la vida

de los niños y la salud y abrir nuevas vías para la enseñanza y capacitación multi-profesional?.

Hay argumentos que deben ponerse en orden para convencer de que los niños son realmente importantes. De este modo:

- Nada importa más a las familias que la salud, bienestar y el éxito de sus hijos.
- Los niños son el alma de la nación y son vitales para la supervivencia personal y nacional.

En algunas partes del mundo los gobiernos están preocupados por las implicaciones económicas que supone la disminución de la población de niños. Actualmente en Japón la población por encima de 70 años es mayor que la población por debajo de 10 años.

- La pobreza es la influencia más desfavorable en la vida y la salud de los niños, incluso en occidente.

Los efectos de la pobreza son destructivos e incluyen:

- Dificultad en el acceso a los servicios mayoritarios.
- Una de las mayores tasas de embarazo en adolescentes.
- Bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad infantil y admisiones de hospitales.
- Desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna en algunas comunidades, asociado con obesidad en la infancia tardía.
- Un fracaso a la hora de garantizar inmunización y salud dental adecuados.
- Un entorno físico de viviendas pobres, tabaquismo, contaminación, daño y crimen.
- Fracaso de una adecuada protección para los niños.
- Los logros en la educación proporcionada a los niños son pobres, en los casos en los que ha sido facilitada. La sociedad está fracasando a la hora de dar a estos niños las habilidades necesarias para ser adultos competentes y responsables.
- Finalmente, el impacto de la pobreza en la esperanza de vida es inaceptable.

Pero, ¿se preocupa alguien de la pobreza de los niños?

Debemos recordar que:

- Niños sanos se convierten en adultos sanos y muchas enfermedades de los adultos tienen sus raíces en la infancia. Barker (1998) argumenta, a partir de registros de peso al nacer y crecimiento temprano en la infancia, que enfermedades como la hipertensión arterial, infartos y otras enfermedades cardíacas tienen sus raíces en la nutrición que esas personas recibieron antes e inmediatamente después de nacer.



- La actual pandemia de obesidad que se está extendiendo en los países occidentales es el mejor ejemplo para explicar cómo los antecedentes en la infancia influyen en las enfermedades de los adultos. Los recursos sanitarios se verán pronto presionados por los efectos de la obesidad que están desarrollando actualmente niños a edad temprana.

Por consiguiente, hay razones poderosas que explican por qué los niños deberían ser el centro de acción de los gobiernos dándoles prioridad política y recursos adecuados.

### **3. MARCO CONTEXTUAL**

#### **3.1 Contexto inmediato**

El Centro Hospitalario de referencia nacional donde se realizó el estudio se constituye en el mayor servicio sanitario del país en lo que a atención materno - infantil se refiere.

Anualmente, en el sector pediátrico se reciben 53.005 consultas en emergencia, 7.789 en las policlínicas generales y de especialidades; 808 ingresos a CTI, 10.626 a cuidados moderados y 3.450 cirugías. En promedio allí nacen 6.340 niños al año (18 por día). Todo el hospital cuenta con un total de 500 camas y con 4.500 funcionarios. (ASSE, 2018)

El sector pediátrico del mencionado centro, cuenta con aproximadamente 350 camas, dispone de servicios de pediatría general, cirugía general y especialidades médicas y quirúrgicas para atender la demanda de la consulta externa, así como la internación. El centro cuenta también con un renovado Departamento de Emergencia Pediátrica y Unidades de Cuidados Intermedios e Intensivos.

En el Departamento de Emergencia, se ubica la Unidad de Reanimación y Estabilización, la misma cuenta con 4 camas, donde el promedio de estadía es de 1,1 día. Presenta un porcentaje de ocupación del 39.4% y una tasa de mortalidad del 2.71%.

Del total de la capacidad instalada destinada a la internación el 43% (150 camas) corresponden a pediatría general, organizadas en tres servicios.

En cuanto a la internación común, el promedio mensual de camas disponibles en cuidados moderados es de 159, el promedio de camas de la Unidad de Cuidados Intensivos – Cuidados Intermedios (UCIN-CI) es de 17,5. El promedio de estadía en pediatría general y cirugía es de 4,7 días, de 6.3 días en las especialidades y de 5.1 días en UCIN-CI. La tasa de mortalidad en la internación convencional es de 0.12% y en UCIN-CI es de 2,2%.

En cuanto a las causas más frecuentes de ingreso, están dadas por los siguientes diagnósticos: Infección respiratoria aguda baja (que incluye Bronquiolitis, Neumonitis y Neumonía) 13.8%, Accidentes (Traumatismos, heridas, quemaduras, otros) 8.9%, Convulsión febril 3.6%, Enfermedad diarreica aguda 3.2%, Fiebre sin foco 2%, Crisis asmática y broncoespasmo 1.8%, HAVA 1.8%, Hernia inguinal 1.7%, Maltrato infantil y trastornos de conducta 1.5% y Celulitis 1.4%.

La noticia destacada es que la mortalidad infantil en 2017 se ubica en 6,6 por mil.

### **3.2 Sistema Nacional Integrado de Salud**

Según datos del Censo de población y vivienda del año 2011 del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Uruguay tiene una población estimada de 3.286.314 habitantes, de los cuales 800.000 (26%) son niños y adolescentes. El 40% de esta población reside en el departamento de Montevideo.

En relación al análisis del crecimiento poblacional a nivel sub-nacional, solamente seis departamentos registran crecimiento total positivo en el período 2004-2011: Maldonado, Canelones, San José, Colonia, Salto y Río Negro. Los otros trece departamentos registran tasas de crecimiento negativas.

La composición de la población por sexo y edad es el resultado de la interacción de los componentes del crecimiento poblacional: mortalidad, natalidad y migración. Los resultados del Censo 2011 ratifican la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica. La pirámide de población muestra una disminución del porcentaje de niños menores de 10 años, fruto del descenso de la natalidad observado en los períodos intercensales.

Del total de la población de niños de nuestro país, el 42% pertenece a hogares con necesidades básicas insatisfechas. Para asegurar la cobertura sanitaria a la población se pone en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud. El mismo es el conjunto de servicios públicos y privados, organizados en redes por nivel de atención, en base a una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y con prioridad en el primer nivel de atención. Es una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno con políticas y normas generales, cuyos niveles de atención están definidos e interrelacionados, con niveles de administración intermedia y locales descentralizados. Su propósito esencial es asegurar cobertura universal, equidad en las prestaciones y en la financiación, eficacia y eficiencia económica y social, una atención integral en salud.

Las reformas de la salud no son procesos automáticos, en los cuales con la aprobación de una ley se transforma mágicamente la realidad. Transformar un sistema de salud es un proceso complejo, que implica estudios, acuerdos y negociaciones. Esta fue la filosofía de la reforma de salud desde el año 2005.

Fue necesario establecer un marco regulatorio para la implementación del SNIS, en los términos que se detalla en la Ley de su creación:

Decreto 133/005, Creación del Consejo Consultivo para la Implementar el SNIS

- Ley 17930 de Presupuesto Nacional, art. 264 y 265.
- Ley 18161. Creación del Descentralizado ASSE
- Ley 18121. Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- Ley 18172, Art. 235. Creación del cuerpo de Inspectores del SNIS MSP
- Ley 18335. Ley de Derechos de Usuarios y Pacientes de servicios de salud
- Decreto 433/008. Reestructura de la Dirección General de Secretaría
- Decreto 464/008. Contratos de Gestión MSP-JUNASA

La Ley 18211, establece la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. El sistema propuesto establece modificaciones en tres niveles del sistema de atención:

EN SU GESTIÓN: (Ley 18.161) Descentralización de ASSE- Ente Autónomo; Complementación de acciones públicas y privadas; Normas de regulación (leyes, decretos, ordenanzas); Sistemas de información y Observatorios; Metas asistenciales (2008).

EN SU FINANCIAMIENTO: Ley de Presupuesto-Nº 17. 930 / 2005; Ley 18.131 FONASA -2007(fondos públicos y privados); Ley 18.211 SNIS (2007) y Reglamentación (2008).

EN EL MODELO: Diseño del modelo basado en el Primer nivel de Atención; Catálogo de prestaciones.

Las reformas en la gestión y el financiamiento son las herramientas para lograr un nuevo modelo de atención.

Estas herramientas son:

- Plan Integral de Prestaciones de Salud
- Cuotas de Salud y Metas Asistenciales.
- Contratos de Gestión

La ley está regida por trece principios que le asignan un carácter muy especial y que se visualizan al aplicar las herramientas para el cambio de modelo

En su artículo 45 establece que las entidades públicas y privadas que integran el SNIS están obligadas a brindar a los usuarios los Programas Integrales de Prestaciones que apruebe el MSP.

La reglamentación debe, además:

- Definir taxativamente las prestaciones que incluye
- Establecer los indicadores de calidad

- Ser controlado por la JUNASA, quien autoriza el pago de las cuotas de salud a los prestadores si se cumple con lo establecido.
- Autoriza al MSP a actualizar periódicamente estos planes integrales según evidencia científica, demográfica y epidemiológica de la población uruguaya.

Los programas responden a prioridades en salud y tienen un enfoque preventivo, de género. Se acompañan de un catálogo de prestaciones Son de obligación para todos los prestadores Integrales y un derecho de acceso universal para la población de todo el país. El acceso a las prestaciones se basa en el principio de equidad: cada habitante tiene derecho a recibir la atención adecuada según las necesidades y problemas de salud que padezca.

Dentro de las metas prestacionales en relación a embarazadas se ha establecido que las mismas deben presentar un mínimo de 5 controles. La protocolización establecida para el control del embarazo establece que el primer control se realice a las 6 semanas, luego 1 control mensual hasta las 32 semanas, luego 1 control cada 15 días hasta cumplir las 36 semanas y controles semanales hasta el término del mismo.

Para el RN: tendrá el primer control entre los 6 y 9 días de vida y el segundo control entre 20 y 23 días de vida. Se ha establecido que Lactantes de 1 mes a 6 meses: 1 control mensual hasta los 6 primeros meses de vida. Lactantes de 6 meses a 12 meses: 1 control bimensual a partir del 6 mes de vida. Niños de 12 meses a 24 meses: 1 control trimestral a partir de los 12 meses de vida. Niños de 24 meses a 36 meses: 1 control cuatrimestral a partir de los 24 meses de vida.



## **4. TRAYECTORIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Acerca del diseño**

El presente es un estudio descriptivo, de corte cuantitativo, transversal, que abarca el período de tiempo comprendido entre el 1° de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2012, sobre los reingresos hospitalarios, ocurridos en un hospital pediátrico de referencia nacional ubicado en la ciudad de Montevideo.

El universo estuvo constituido por los niños de 0 a 5 años de edad que presentaban reingresos, en la cual se describieron las características clínicas-epidemiológicas y del contexto presentes en dicha población.

En el año 2013 se realizó un estudio documental de 1042 historias clínicas del archivo central del centro pediátrico, las cuales correspondían a los casos de reingresos durante el período mencionado. De ese total se seleccionaron 289, correspondiendo a la población del estudio, las cuales contenían la información necesaria prevista para realizar el estudio. Se elaboró un instrumento a partir de una base de datos, que fue testeado previo al ingreso de los datos relevados.

La unidad de análisis fueron los niños de 0 a 5 años de edad con reingresos reiterados.

La unidad de observación fueron las historias clínicas de los niños que tuvieron más de un reingreso.

A los efectos del estudio se considera reingreso, a todo niño que presentó durante el período de estudio, más de 1 ingreso programado o no, independiente de la causa y del tiempo transcurrido entre los ingresos (Ferrari y col., 1995).

Se tomaron los pacientes que presentaron hasta 4 reingresos debido a que fueron los que presentaron registros completos.

Los 289 niños que integraron la población de estudio presentaron reingresos programados o de urgencia, provenientes de diferentes departamentos del país, quienes presentaron los datos necesarios para llevar adelante la investigación, durante el período mencionado. Se identificó cada caso de reingreso con un número de ficha lo que permitió realizar una identificación, seguimiento y análisis de cada situación en particular.

Los perfiles clínicos se construyeron mediante la combinación de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE- 10). Estos perfiles se orientaron a visualizar las causas etiológicas centrales de los reingresos, los episodios índices y otras comorbilidades.

#### **4.2 Fuentes de información**

Luego de obtenidas las autorizaciones correspondientes y mediante la implementación de un instrumento estructurado y validado previamente, se relevaron las historias clínicas del Servicio de Archivo Central: datos patronímicos, motivo de ingreso, causa y diagnóstico principal de las altas anteriores; se consignaron todos los eventos que acompañaron el ingreso hospitalario en este u otro centro durante el período mencionado. Así mismo se recogieron datos que permitieron elaborar el perfil socio económico de la familia y las características contextuales de la misma.

Se consideró Vivienda precaria, aquella construida con materiales livianos, sin estructura sólida, sin servicios esenciales, en contextos ecológicamente no favorables, no contemplando las necesidades de sus moradores.

Vivienda no precaria: estructura de material, con servicios esenciales internos, donde se contemplan las necesidades de sus moradores.

Se identificó cada caso con el número de ficha registrado en la historia clínica.

#### **Criterios de inclusión:**

Edad: 0 a 5 años de edad

Período de referencia: desde el 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre de 2012, ambos incluidos.

Reingreso: haber tenido más de una hospitalización previa, independientemente de la causa y del tiempo transcurrido.

Existencia de los datos necesarios para el completo registro.

### **4.3 Aspectos éticos**

Para el desarrollo del presente estudio se contemplaron los siguientes aspectos:

- a. autorización por parte de la Dirección de la RAP-ASSE, y de los directivos de la institución para la realización del estudio, y para el acceso a datos estadísticos de la institución, referentes a la investigación.
- b. Se garantizaron los principios éticos de confidencialidad y anonimato; el nombre de los participantes y la información obtenida se utilizaron de forma confidencial, los datos quedan reservados exclusivamente para la utilización en el trabajo de investigación y fines académicos.

Beneficencia: los resultados del estudio permitirán evaluar la situación encontrada, realizando una devolución a las autoridades de la institución e incorporando una línea de trabajo conjunto, que permita futuras intervenciones en beneficio de los usuarios.

Justicia: la población se seleccionó sin discriminación de ninguna índole. La selección de los sujetos del estudio fue realizada por razones relacionadas con las interrogantes científicas.

Existió una proporción favorable del riesgo-beneficio. La investigación no implicó riesgos y si beneficios para la población.

- c. Evaluación independiente. Existió la revisión de la investigación por personas expertas que no estén afiliadas al estudio y que tienen autoridad para aprobar, corregir, o, en su caso, suspender la investigación. Una segunda razón para la evaluación independiente es la responsabilidad social. Esta evaluación del cumplimiento con los requisitos éticos da a la sociedad un mayor grado de seguridad de que las personas-sujetos serán tratadas éticamente y no como medios, recursos o instrumentos.

### **4.4 Limitaciones del estudio**

Una limitación del trabajo fue la deficiencia en los registros de las historias clínicas en el centro hospitalario donde se realizó el estudio, que si bien, no impidió el relevamiento de los datos, llevó a invalidar una importante cantidad de casos y a invertir una gran cantidad de tiempo.



Se destaca que se trabajó con los datos disponibles en el Archivo Central del centro hospitalario de referencia nacional.

Un elemento que no favoreció la investigación fue la escasa evidencia científica a nivel nacional. Por ese motivo se recurrió, fundamentalmente, a investigaciones y fuentes de datos internacionales. Es de destacar que la mayoría de los antecedentes hacen alusión a estudios sobre costos de los reingresos hospitalarios en usuarios adultos con patología cardíaca y respiratoria.

#### 4.5 Metodología aplicada de acuerdo a los objetivos específicos

Para describir la población objeto de estudio se realizó una categorización de las variables seleccionadas considerando su nivel de medición y las definiciones conceptual y operacional (ver Anexo I).

Cuadro N° 1. Variables sociodemográficas

VARIABLE	NÚMERO DE CATEGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN
Sexo	2	nominal
Edad	4	discreta
Procedencia	2/3 subcategorías cada una	nominal
Reingreso	2	nominal
Reingreso programado	2	ordinal
Reingreso temprano	2	ordinal
Motivo de reingreso temprano	3	nominal
Reingreso tardío	2	ordinal
Reingreso relacionado	2	nominal
Multi ingreso	2	ordinal
Número de internaciones		discreta
Estadía hospitalaria	5	continua
Distancia entre reingresos	4	de intervalo

Cuadro N° 2. Variables clínico-epidemiológicas

<b>VARIABLE</b>	<b>NÚMERO DE CATEGORÍAS</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>
Diagnóstico	Los identificados en los registros y que correspondan a la CIE -10.	nominal
Estado nutricional	4	nominal
Vigencia del CEV	2	nominal
Alimentación	3	nominal
Edad gestacional	3	continua
Peso al nacer	5	continua
Patologías del RN	Las que correspondan según Clasificación Internacional de Enfermedades.	nominal

Cuadro N° 3. Variables de contexto

<b>VARIABLE</b>	<b>NÚMERO DE CATEGORÍAS</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>
Edad materna	La que corresponda	continua
Nivel de estudios materno	6	ordinal
Integrantes del hogar	4	discreta
Tipo de familia	5	nominal
Tipo de vivienda	2	nominal
Agua potable	3	nominal
Eliminación de excretas	4	nominal
Luz Eléctrica	2	nominal
Cohabitación	2	nominal
Colecho	2	nominal
Hábito tabáquico en el hogar	2	nominal
Contaminación ambiental	2	nominal

La información necesaria para la obtención de datos socio demográficos, clínicos, epidemiológicos y contextuales se extrajo a partir de la revisión de las historias clínicas (HC). Como algunos pacientes cuentan con múltiples ingresos, la HC suele

ser muy extensa. En los casos en los que los datos cambiaban de una internación a otra, se escogió el criterio de utilizar los datos de la última internación del año estudiado. La información se incorporó en tablas confeccionadas previamente, obteniendo para cada variable su frecuencia absoluta y frecuencia relativa.

#### **4.6 Análisis y procesamiento de datos**

Luego del relevamiento de los datos mediante la auditoria de historias clínicas del Archivo Central del hospital pediátrico de referencia nacional, con la orientación de los formularios de epicrisis, se realizó el tratamiento estadístico de los mismos. Se elabora primeramente una base de datos en una hoja de cálculo, para luego realizar el análisis estadístico uni y multivariado con su correspondiente representación gráfica.

Para el tratamiento de los datos se utilizó la estadística descriptiva según el alcance planteado en el estudio.

Se conformaron tablas bi-variadas, y para la presentación de los datos se utilizaron tablas simples y compuestas, gráficos lineales, de barra y sectoriales.

Si bien dentro de las patologías del RN se contabilizaron los PEG, los cuales alcanzaron una representación de 44% y considerando que es una condición y no una patología en sí misma; dada las comorbilidades que trae aparejado (depresiones respiratorias, SFR), se incluyó dentro de las mismas.

#### **4.7 Presentación de resultados**

A los efectos de presentar el informe del tratamiento de las variables, se clasifican las mismas (ver cuadro n° 1) en relación al sujeto de estudio (el niño), como forma de facilitar al lector la lectura de las mismas.

Cuadro N° 4. Clasificación de las variables atendiendo al sujeto de estudio.

<b>VARIABLES DEL NIÑO</b>	<b>VARIABLES DEL CONTEXTO</b>
Sexo	Edad materna
Edad	Nivel de estudios materno
Procedencia	Integrantes del hogar
Reingreso	Tipo de familia
Reingreso programado	
Reingreso temprano	Tipo de vivienda
Motivo de reingreso temprano	Agua potable
Reingreso tardío	Eliminación de excretas
Reingreso relacionado	Luz Eléctrica
Multi ingreso	Cohabitación
Número de internaciones	Colecho
Estadía hospitalaria	Hábito tabáquico en el hogar
Distancia entre reingresos	Contaminación ambiental
Diagnóstico	
Estado nutricional	
Vigencia del CEV	
Alimentación	
Edad gestacional	
Peso al nacer	
Patologías del RN	

Los resultados se presentan ordenados de acuerdo a los objetivos específicos.

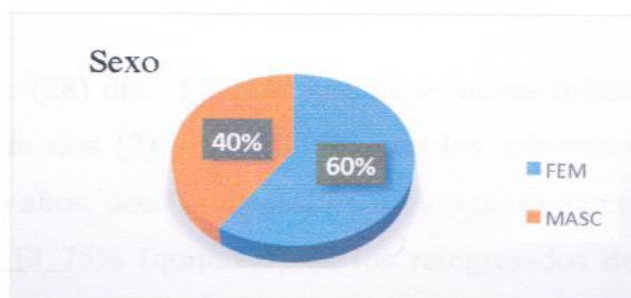
El objetivo específico 1 fue describir las características socio demográficas de la población objeto de estudio.

Tabla N° 1. Distribución del sexo en la población.

<b>SEXO</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Femenino	172	60
Masculino	117	40
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Fuente: historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 1. Distribución de la población según sexo

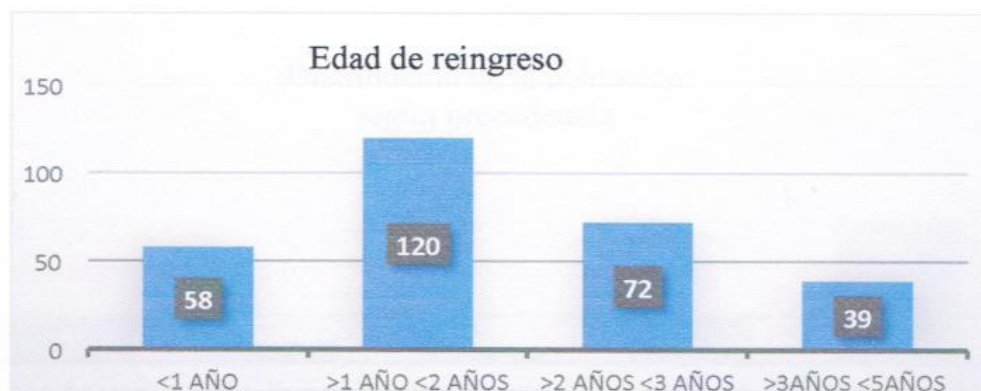


Puede observarse que la población femenina fue mayor que la masculina, con una relación 3:2 (Tabla 1 y Gráfico 1).

Tabla N°2. Distribución de la población según edad.

RANGO DE EDAD	FA	FR (%)
<1 año	58	20
>1 año <2 años	120	42
>2 años <3 años	72	24
>3años <5años	39	14
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 2. Distribución de la edad en la población



La edad promedio (media) de los niños reingresados en el período 2004- 2012, en los servicios del hospital pediátrico de referencia es de un año (1), dos (2)

meses y veintiocho (28) días. La edad que tiene mayor incidencia (moda) en los reingresos es de dos (2) años. El 50% de los reingresos (mediana) no superan los dos (2) años, dos (2) meses. El 25% (quintil 1) no superan el año (1) y un (1) mes. El 75% (quintil 3) de los reingresados de la muestra no exceden la edad de tres (3) años, dos (2) meses y diecisiete (17) días, o que el 25% de la muestra excede esa edad.

Tabla N° 3. Distribución de la población según procedencia

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Montevideo/Sub	151	52.24
Montevideo/Urb	32	11.07
Montevideo	11	3.80
Interior/Urb.	48	16.60
Inter/Sub Urb.	23	7.95
Inter/Rural	15	5.19
Inter.	9	3.11
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100.00</b>

Grafico N° 3. Distribución de la población según procedencia

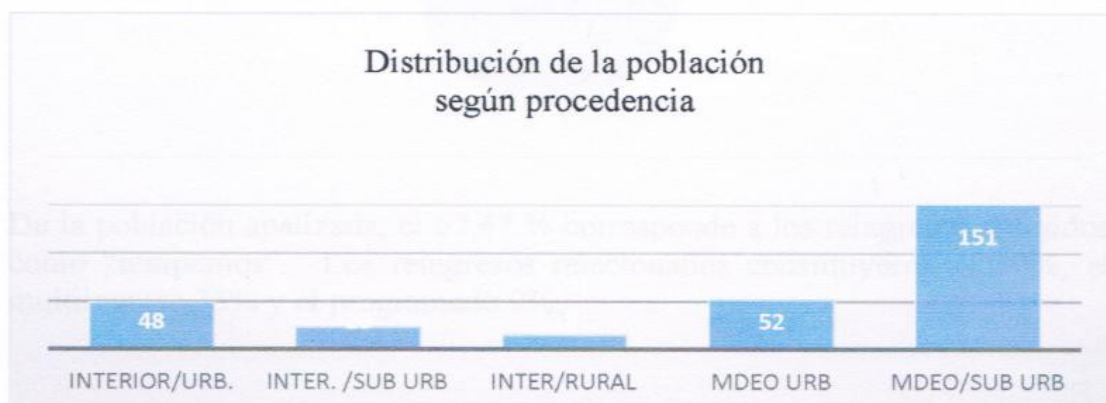


Tabla N°4. Distribución de la población según el tipo de reingreso

<b>TIPO DE REINGRESO</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Temprano	195	67,47
Tardío	94	32,53
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Gráfico N° 4 Distribución de la población según tipo de reingreso



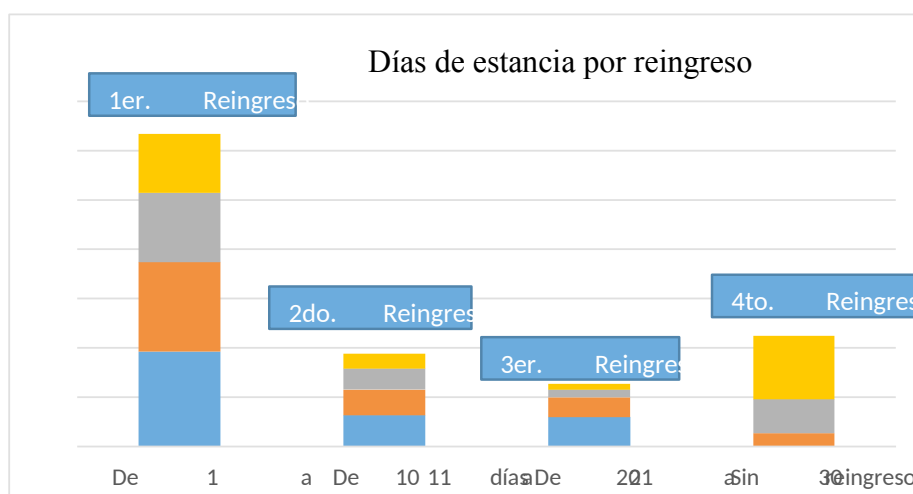
De la población analizada, el 67,47 % corresponde a los reingresos definidos como “tempranos”. Los reingresos relacionados constituyeron el 56%, el multiingreso 35% y el programado 9%.

Tabla N° 5. Distribución de los días de estancia según N° de reingreso

<b>DIAS</b>	<b>1er</b>	<b>2do Reingreso</b>	<b>3er</b>	<b>4to</b>
-------------	------------	----------------------	------------	------------

	Reingreso		Reingreso	Reingreso
De 1 a 10 días	192	182	140	120
De 11 a 20 días	64	52	43	30
De 21 a 30 días	60	40	16	11
Sin reingreso	0	27	70	128
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>289</b>	<b>289</b>	<b>289</b>

Grafico N° 5. Distribución de los días de estancia por tipo de reingreso.



En el primer reingreso hay veintisiete (27) niños que no reingresan nuevamente, lo que constituye el 9% de los estudiados. En dicho reingreso el 64%, ciento noventa y dos, tiene un tiempo de estadía de 1 a 10 días; sesenta y cuatro reingresados, el 22%, su tiempo de estadía es de 11 a 20 días; el 20%, sesenta niños o niñas, tiene entre 21 y 30 días de estadía.

En el segundo reingreso, hay setenta niños o niñas, 24%, que no tiene un tercer reingreso. Ciento ochenta y dos, 63%, tiene un tiempo de estadía de 1 a 10 días. 20%, cincuenta y dos, una estadía de 11 a 20 días y 14%, cuarenta niños, una estadía de 21 a 30 días.

En el tercer reingreso, hay ciento veintiocho (128) reingresados, 44%, que no tienen un cuarto reingreso. Ciento cuarenta niños, 48%, tienen una estadía de 1 a 10 días; 15%, cuarenta y tres (43) tienen una estadía de 11 a 20 días; dieciséis, 6%, su tiempo de estadía es de 21 a 30 días.

En el cuarto y último reingreso estudiado, hay ciento veinte (120) niños de la muestra, 42%, que tienen un tiempo de estadía de 1 a 10 días; el 10% treinta



(30) reingresados, su tiempo de estada es de 11 a 20 días y 4%, once (11), un tiempo de 21 a 30 días.

Tabla N° 6. Intervalos de tiempo entre reingresos

<b>DÍAS</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
1 a 15	63	22
16 a 30	93	32
31 a 45	49	17
46 a 60	84	29
<b>TOTALES</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 6. Intervalo de tiempo entre reingresos



De la “n” analizada, 22%, sesenta y tres (63) entre 1 y 15 días tiene otro reingreso, constituyendo lo ya definido como reingreso “temprano”. Noventa y tres (93) niños o niñas reingresan en un período entre 16 y 30 días luego del último reingreso, constituyendo el 32% de la muestra, lo que lo define como “reingreso”. Cuarenta y nueve (49) niños o niñas tardan en tener un reingreso luego del último, entre 31 y 45 días, constituyendo 17% de la muestra y definido como reingreso “tardío”. Es también un reingreso de esta categoría, los niños o niñas que demoran en reingresar entre 46 y 60 días desde el último reingreso, que son ochenta y cuatro (84), 29%.

Tabla N° 7. Distribución de las categorías diagnósticas de los reingresos

<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
bronquiolitis	65	22.49

neumonias	54	18.68
IRA	49	16.95
na recurrente	3	1.03
laringitis	5	1.73
nac c/derr	9	3.11
celulitis	7	2.42
infecc herida	7	2:42
convulsión	20	6.92
diarrea	33	11,41
Infección urinaria	10	3.46
lues congénita	3	1.03
nac c/derr	9	3.11
alergia antibióticos	3	1.03
otros	21	7.25
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100,00</b>

Grafico N° 7. Distribución de las categorías diagnósticas

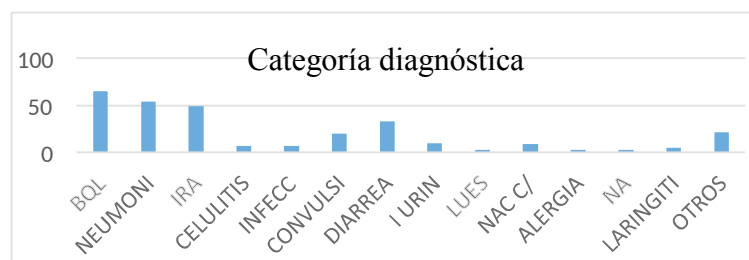


Tabla N° 8. Distribución del estado nutricional de la población.

ESTADO NUTRICIONAL	1er REINGRESO	2do REINGRESO	3er REINGRESO	4to REINGRESO
Eutrófico	146	130	125	102
Desnutrición Aguda	73	79	80	95
Desnutrición Crónica	42	52	48	53
Obesidad	28	28	36	39
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>289</b>	<b>289</b>	<b>289</b>

Grafico N° 8. Distribución del estado nutricional de la población

Grafico N° 8. Distribución del estado nutricional de la población

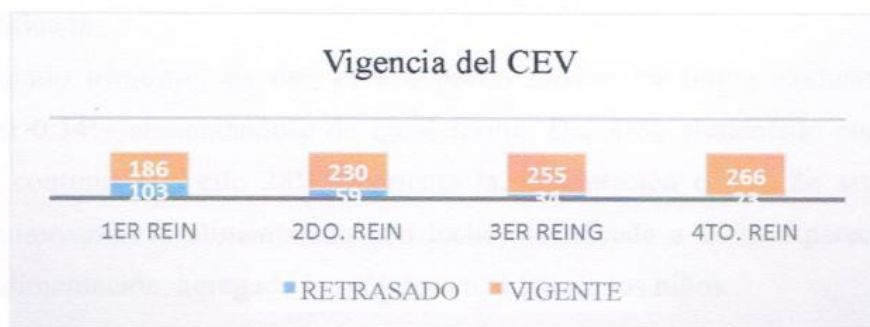


Se puede inferir que el estado nutricional al alta, está relacionado con el reingreso dado que los niños con estado nutricional eutrófico, mayoritariamente predominan con un reingreso y los reingresos con desnutrición aguda tienen aumentada su presencia a medida que aumenta el número de reingresos.

Tabla N° 9. Distribución de la población según vigencia del CEV

CEV	1ER REINGRESO	2DO REINGRESO	3ER REINGRESO	4TO REINGRESO
No vigente	103	59	34	23
Vigente	186	230	255	266
<b>TOTALES</b>	<b>289</b>	<b>289</b>	<b>289</b>	<b>289</b>

Grafico N° 9. Distribución de la población según vigencia del CEV

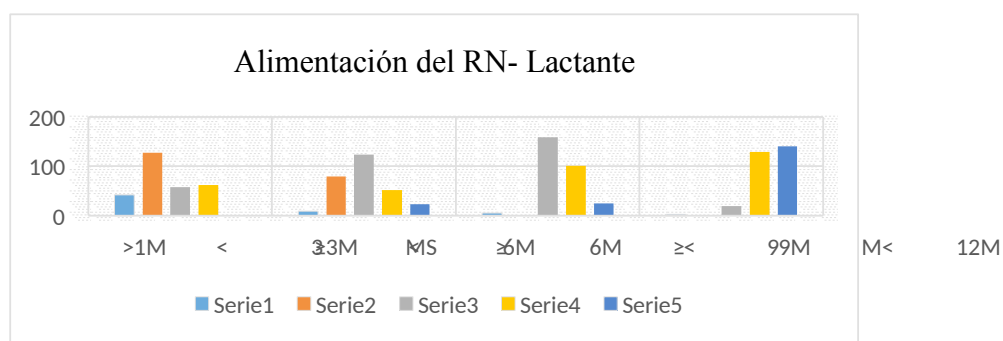


de los diferentes reingresos, se ha actualizado, quedando el 8% con valor atrasado.

Tabla N° 10. Distribución de la alimentación en el primer año de vida

PERÍODO	LM EXCLUSIVA		L. ARTIFICIAL		A. SÓLIDOS	TOTAL
	PD	PO	ARTIF	MODIF		
>1M < 3 MS	42	127	58	62	0	289
≥3M < 6M	10	80	123	52	24	289
≥ 6M < 9M	5	0	158	101	25	289
≥ 9 M < 12M	3	0	20	129	140	289

Grafico N°10. Distribución de la alimentación en el primer año de vida



El 44% de los reingresos fueron alimentados a pecho ordeñado en el primer trimestre de vida; 14% con pecho directo exclusivo; 20% con leche artificial y el 22% con leche modificada.

En el segundo trimestre, de ese 14% a pecho directo en forma exclusiva, solo continua el 0.34% alimentándose de igual forma. Del 44% alimentado con pecho ordeñado, continua con ello 28%. Aumenta la alimentación con leche artificial a 42%, disminuyendo la alimentación con leche modificada a 20%. Aparece como forma de alimentación, agregado los sólidos en el 8% de los niños.

En el tercer trimestre predomina la alimentación con leche artificial (55%) y con leche modificada el 35% de los niños.

En el último trimestre del año predomina la alimentación con leche modificada en el 45% de los reingresos y continúan aumentando los sólidos en 49%.

Tabla N° 11. Distribución de la edad gestacional de los niños con reingresos

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>CANTIDAD DE NIÑOS CON R</b>
<37 semanas	233
> 37 <42 semanas	56
> 42 semanas	0
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>

Grafico N° 11. Distribución de la edad gestacional de los niños con reingresos.

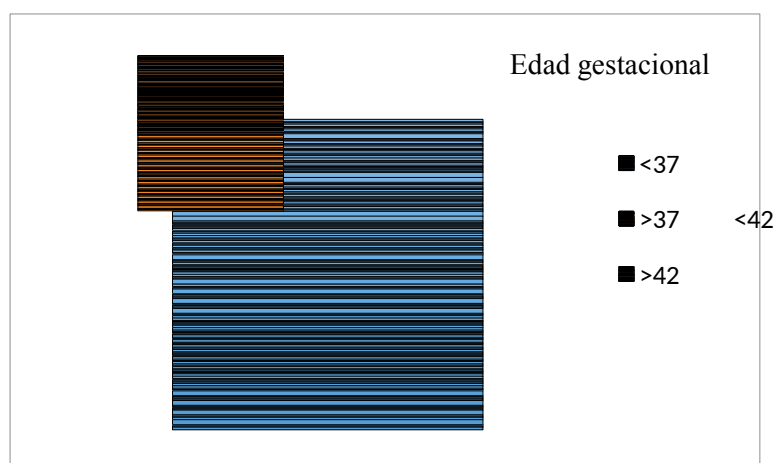
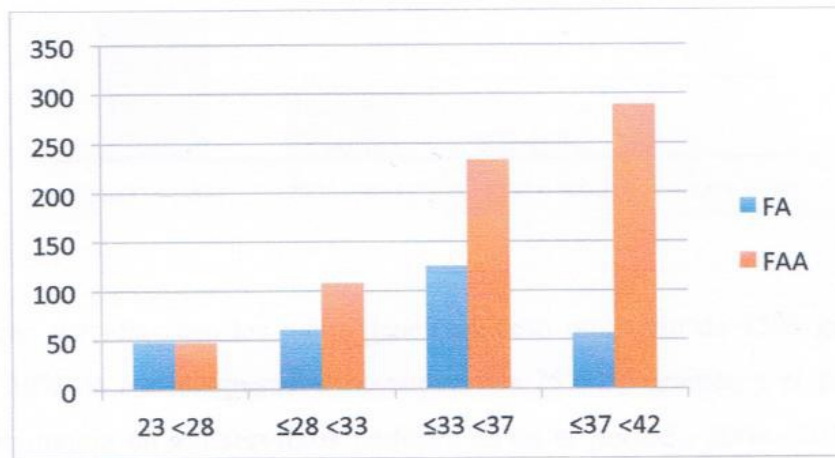


Tabla N° 12. Distribución de la edad gestacional agrupada

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>FA</b>	<b>FAA</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>
23 <28	48	48	25.5	5
<28 <33	60	108	30.5	5
<33 <37	125	233	35.0	4
<37 <42	56	289	39.5	5
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>			

Grafico N° 12. Distribución de la edad gestacional agrupada

Grafico N° 12. Distribución de la edad gestacional agrupada

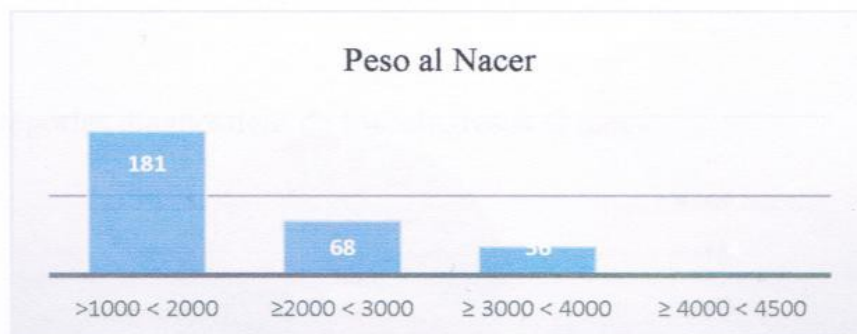


En la población analizada, el promedio de la edad gestacional que han tenido los reingresos al nacer es de 34 semanas; siendo la mediana de 36 semanas; o que el 50% de los reingresos han nacido con una edad gestacional de 36 semanas.

Tabla N° 13. Distribución del peso al nacer

RANGO	FA	FAA	FR (%)	CENTRO Intervalo	AMPLITUD Intervalo
>1000 < 2000	181	181	62.28	1500	1000
≥2000 < 3000	68	249	23.52	2500	1000
≥ 3000 < 4000	36	285	12.45	3500	1000
≥ 4000 < 4500	4	289	1.38	4250	1500
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>		<b>100</b>		

Grafico N° 13. Distribución del peso al nacer



Al momento del reingreso los niños tienen un peso promedio de 1503 gramos al nacer. El 50% de los reingresados, no supera los 2536.55 gramos y el peso con mayor incidencia en los servicios pediátricos en el periodo 2004- 2012 es de 1610 gramos.

El 25% de los reingresados en servicios pediátricos en el periodo 2004- 20012 tiene un peso al nacer, hasta de 2600 gr.

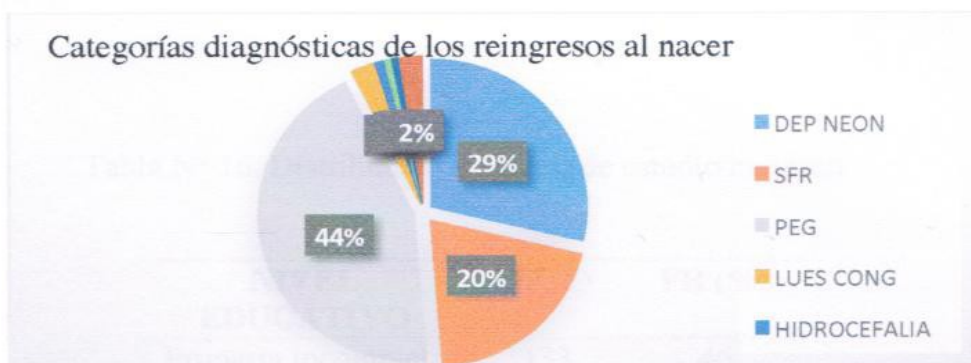
El 75% de los ingresados no excede los 3.000 gramos de peso.

Tabla N° 14. Distribución de las categorías diagnósticas al nacer

<b>PATOLOGIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Depresión Neonatal	83	29
Sind. Funcional Respiratorio	58	20
Pequeño Edad Gestacional	127	44
Lúes Congénito	7	2
Hidrocefalia	3	1
Falla Paladar	2	0.7
Sind. De Down	2	0.7
Hipoglicemia	7	2
<b>TOTALES</b>	<b>289</b>	<b>100</b>



Grafico N° 14. Distribución de las categorías diagnósticas al nacer

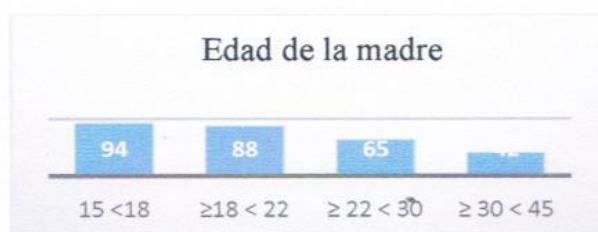


De la muestra analizada el 44% fueron pequeños para la edad gestacional, el 29% presentaron al momento del nacimiento depresión neonatal y el 20% presentó síndrome funcional respiratorio.

Tabla N° 15. Distribución de la edad de la madre

EDAD (en años)	FA	FR (%)
15- 16	49	17
17 - 18	45	15
19- 20	48	16
21- 22	40	14
22- 24	38	13
25- 30	27	9
31- 35	25	9
36- 40	12	4
41- 45	5	2
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 15. Distribución de la edad de la madre



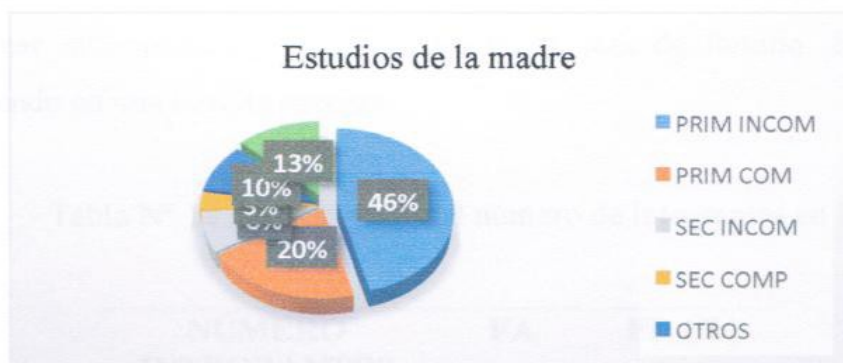


Las madres de la muestra analizada, tienen entre 15 y 18 años el 33%, el 30% tienen entre 18 y 22 años; el 22.49% entre 22 y 30 años y entre 30 y 45 años el 14%.

Tabla N° 16. Distribución del nivel de estudio materno.

<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Primaria incompleta	133	46
Primaria completa	58	20
Secundaria incompleta	23	8
Secundaria completa	10	3
Otros	28	7
Analfabeta	37	13
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 16. Distribución del nivel de estudio materno.

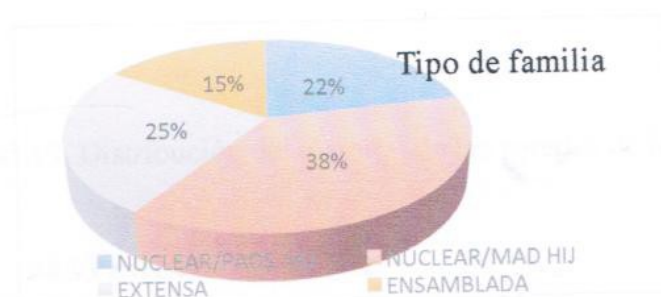


El 46% de las madres de los reingresos no ha completado primaria; el 13% no ha concurrido a estudiar y el 10% se ha capacitado en otros estudios.

Tabla N° 17. Tipo de familia

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Nuclear/padres hijos	63	22
Monoparental/madre hijos	10	38
Extensa	9	25
Ensamblada	72	15
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 17. Tipo de familia



El 22% de los niños vive en un hogar nuclear; el 38% vive en un hogar nuclear monoparental, siendo la madre la jefa de familia. El 25% está viviendo en una familia extensa.

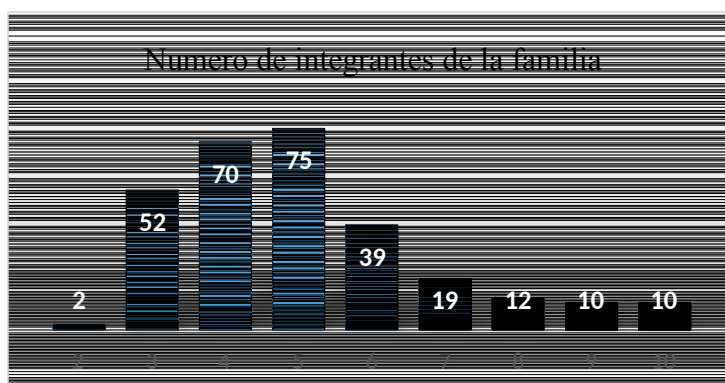
Tabla N° 18. Distribución del número de integrantes en la familia

<b>NÚMERO INTEGRANTES</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
2	2	0.7
3	52	18.0
4	70	24.0
5	75	26.0
6	39	13.5
7	19	6.6
8	12	4.0
9	10	3.5
10	10	3.5
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Tabla N° 18. Distribución del número de integrantes en la familia

<b>NÚMERO INTEGRANTES</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
2	2	0.7
3	52	18.0
4	70	24.0
5	75	26.0
6	39	13.5
7	19	6.6
8	12	4.0
9	10	3.5
10	10	3.5
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 18. Distribución del número de integrantes en la familia

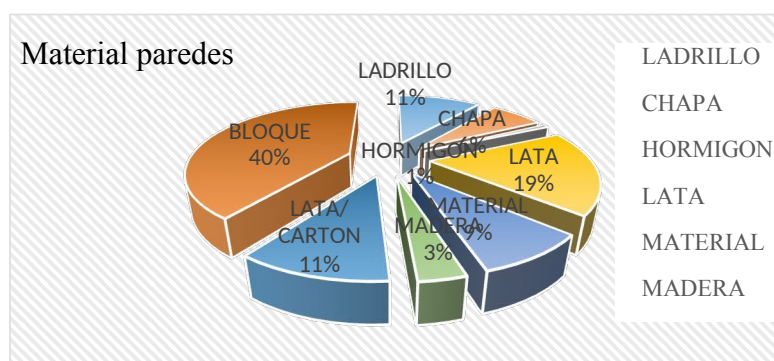


El 26% de los niños viven en una familia que tiene cinco (5) integrantes; 24% tienen cuatro (4) integrantes y 13.5% tiene seis (6) integrantes.

Tabla N° 19. Distribución del material de las paredes de la vivienda

<b>MATERIAL</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Ladrillo	31	11
Chapa	19	6
Hormigón	2	0.7
Lata	54	19
Material	25	7
Madera	10	3
Lata/cartón	32	11
Bloque	116	40
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 19. Distribución del material de las paredes de la vivienda

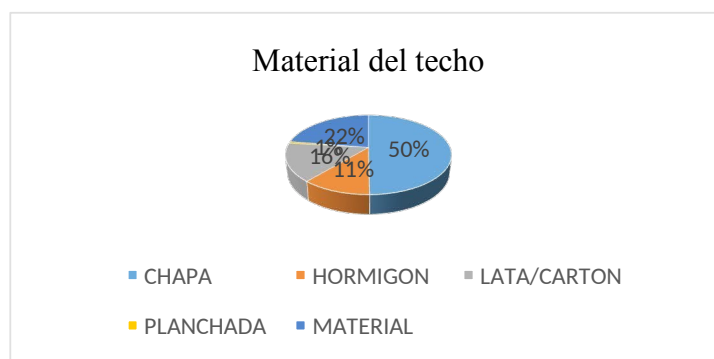


El material de construcción de las paredes es en 40% de bloques; de lata en 19%, lata o lata/ cartón en 11% respectivamente.

Tabla N° 20. Distribución del material del techo de la vivienda

<b>MATERIAL</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Chapa	144	50
Hormigón	33	11
Lata/cartón	45	15
Planchada	2	0.7
Material	65	22
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 20. Distribución del material del techo de la vivienda

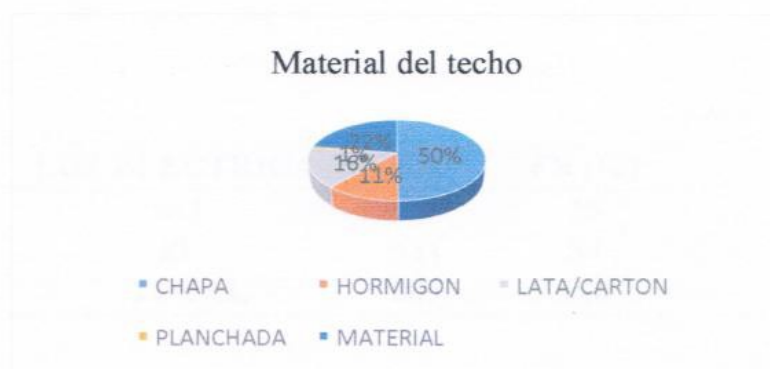


El material de construcción de las paredes es en 40%de bloques; de lata en 19%, lata o lata/ cartón en 11% respectivamente.

Tabla N° 20. Distribución del material del techo de la vivienda

<b>MATERIAL</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Chapa	144	50
Hormigón	33	11
Lata/cartón	45	15
Planchada	2	0.7
Material	65	22
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 20. Distribución del material del techo de la vivienda

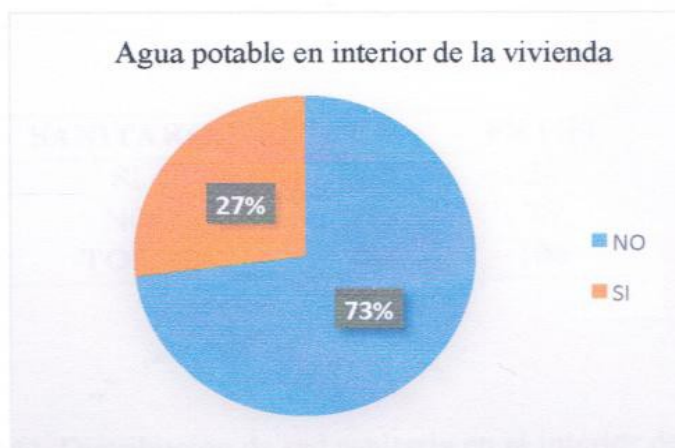


El material del techo de las viviendas está construido en 50% de chapa; 22% de material y 11% de hormigón

Tabla N° 21. Distribución del agua potable en el interior de la vivienda.

<b>AGUA POTABLE</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
NO	211	73
SI	78	27
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 21. Distribución del agua potable en el interior de la vivienda

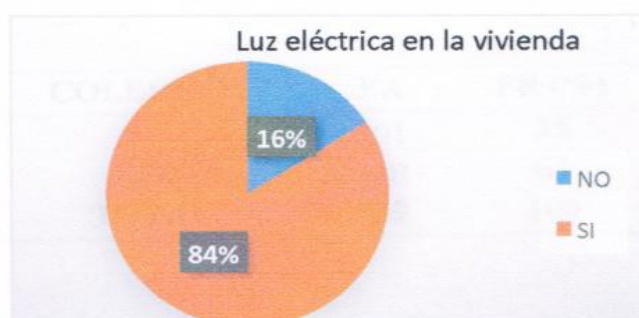


El 73% no cuenta con agua potable dentro de la vivienda.

Tabla N° 22. Distribución de la luz eléctrica en el interior de la vivienda

<b>LUZ ELÉCTRICA</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
NO	46	16
SI	243	84
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 22. Distribución de la luz eléctrica en el interior de la vivienda



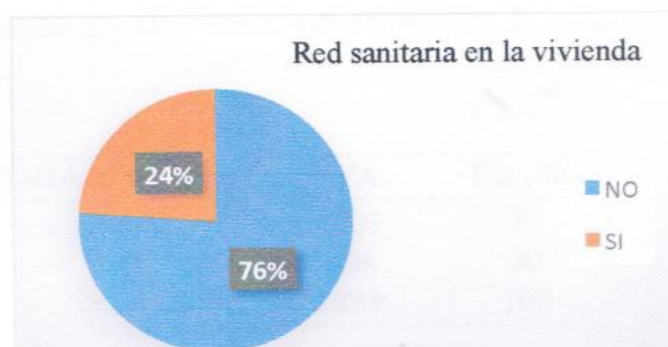


84% de los niños cuentan con luz eléctrica dentro de la vivienda.

Tabla N° 23. Distribución de red sanitaria en el interior de la vivienda

<b>SANITARIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
SI	69	24
NO	220	76
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 23. Distribución de red sanitaria en el interior de la vivienda



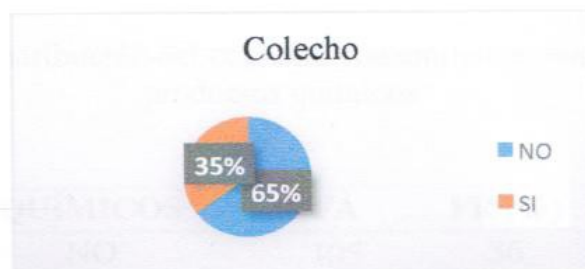
No poseen red sanitaria el 76% de las viviendas.

En el 82% de las viviendas se utiliza el pozo negro para la eliminación de las excretas.

Tabla N° 24. Distribución de la práctica de colecho

<b>COLECHO</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
SI	101	35
NO	188	65
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 24. Distribución de la práctica de colecho

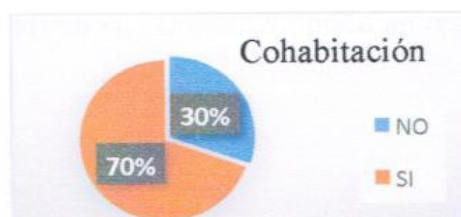


Se practica el colecho en el 35% de las familias.

Tabla N° 25. Distribución de la práctica de cohabitación

COHABITACIÓN	FA	FR (%)
SI	201	70
NO	88	30
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 25. Distribución de la práctica de cohabitación



En el 70% de los hogares existe cohabitación.

En relación a los materiales y servicios básicos de los hogares donde residen los niños con reingresos, se identificó que 40% de las familias habitan viviendas con paredes de bloques y techo de chapa en un 50%. El 73% no cuenta con agua potable al interior de la vivienda; el 84% de los hogares cuenta con luz eléctrica; mientras que el 76% de las viviendas carece de red sanitaria;

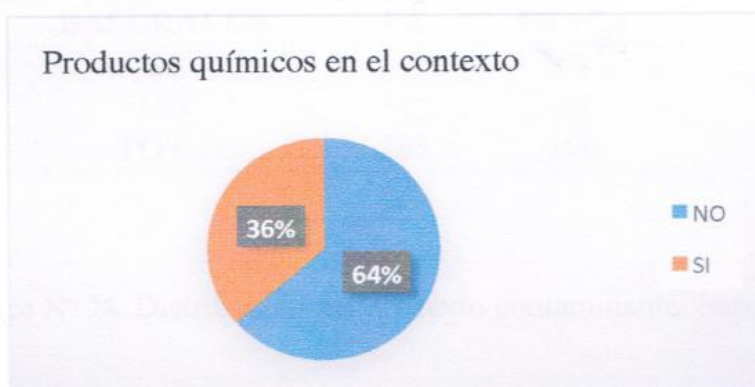


a su vez el 82% utilizan como medio de eliminación de excretas, el pozo negro. En el 35% de las familias se practica colecho y en el 70% hay cohabitación.

Tabla N° 26. Distribución del contexto contaminante: manipulación de productos químicos

QUÍMICOS	FA	FR (%)
NO	105	36
SI	184	64
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 26. Manipulación de productos químicos



Un 64% de las familias viven en contextos donde se realiza manipulación de productos químicos.

Tabla N° 27. Distribución del contexto contaminante: curtiembre

CURTIEMBRES	FA	FR (%)
NO	89	31
SI	200	69
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 27. Distribución del contexto contaminante: curtiembre



De las familias de los reingresos 69% tienen en su entorno una curtiembre

Tabla N° 28. Distribución del contexto contaminante: basurales

BASURALES	FA	FR (%)
SI	157	54
NO	132	46
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 28. Distribución del contexto contaminante: basurales

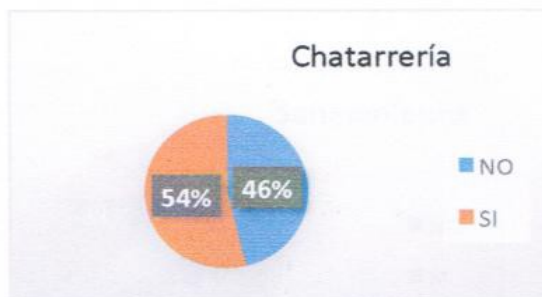


Las viviendas en 54% tienen en su contexto un basural.

Tabla N° 29. Distribución del contexto contaminante: chatarrería

CHATARRERÍA	FA	FR (%)
SI	155	54
NO	134	46
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Grafico N° 29. Distribución del contexto contaminante: chatarrería

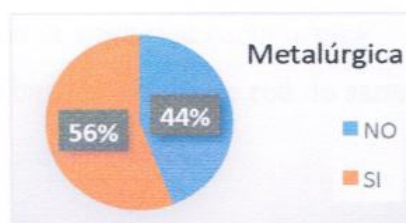


El 54% de los hogares tienen en su contexto una chatarrería.

Tabla N° 30. Distribución del contexto contaminante: metalúrgicas

METALÚRGICA	FA	FR (%)
SI	161	56
NO	128	44
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Gráfico N° 30. Distribución del contexto contaminante: metalúrgicas

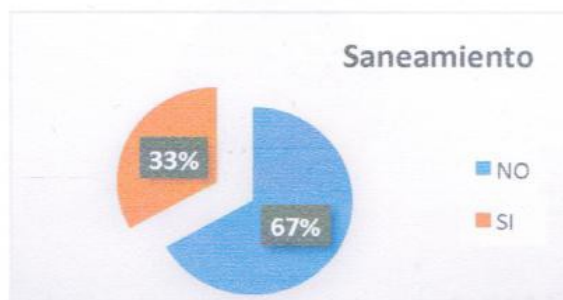


El 56% de los hogares tiene en su contexto una metalúrgica.

Tabla N° 31. Distribución del contexto contaminante: red de saneamiento

SANEAMIENTO	FA	FR (%)
SI	96	33
NO	193	67
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>

Gráfico N° 31. Distribución del contexto contaminante: red de saneamiento



El 67% de las viviendas no están conectadas a la red de saneamiento.

En relación al contexto del barrio y de acuerdo a los datos analizados, desde el punto de vista ecológico se puede decir:

- Que el 64% de los reingresos vive en la zona donde se elaboran productos químicos
- Que en el 69% hay una curtiembre
- Que el 54% de los reingresos vive en un barrio con presencia de basurales
- Que el 54% tiene en su barrio una chatarrería
- Que el 56% tiene en la zona una metalúrgica
- Que el 67% de los barrios no posee red de saneamiento

Tabla N° 32. Distribución del hábito tabáquico en la familia

<b>TABAQUISMO FAMILIAR</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
SI	203	70
NO	86	30
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100</b>



Grafico N° 32. Distribución del hábito tabáquico en la familia



En el hogar de los niños reingresadas en el período 2004 al 2012 existe la presencia de fumadores en el 70% de las familias.

## 5. DISCUSIÓN

El reingreso (*R*) hospitalario se contempla como índice de calidad asistencial hospitalaria desde los años 60 (Ludke, 1993), habiéndose defendido como uno de los estándares de calidad más importante (Matorras, 1990, Gómez, 1998, Martínez, 2002). En algunos países se ha dudado de su utilidad como índice general (Martínez Marco, Aranaz, 2002), aunque en los últimos años, se han establecido protocolos para identificar cuales *R* podrían evitarse o cuales son los procesos mórbidos de los cuales se esperan *R* frecuentes (p. ej., insuficiencia cardiaca, asma bronquial) (Thomas, 1996; Holloway, 1991, Cortés, 2013).

En el presente estudio se identificó el *R* como un fenómeno presente en todos los casos estudiados.

En la búsqueda de antecedentes realizada en el presente estudio se encontraron escasas investigaciones relacionadas a las tasas de *R* así como tampoco protocolos de actuación ante reingresos reiterados.

En Europa se valora la calidad asistencial brindada tomando como uno de sus indicadores el nivel de *R* de los pacientes. En Estados Unidos se mide el índice de *R* como indicador de la calidad de los servicios. En España la tasa de *R* comunicada es muy variable, oscilando entre 16% y 34% (Canosa, Lledó, 1997), adoptando su valor como índice de calidad asistencial hospitalaria. Se ha señalado que la fragmentación de la asistencia, la cultura de la alta especialización y el desconocimiento de los

signos de alarma de los niños por parte de los padres para solicitar asistencia son algunas de las causas de los *R* hospitalarios en nuestro país (Fernandez y col.; 2009) siendo las enfermedades crónicas tales como las respiratorias, uno de los principales procesos mórbidos responsables del *R*.

Existen otras causas que influyen en la tasa de *R*: complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, mal cumplimiento terapéutico o aparición de una enfermedad nueva (Martínez, 2002; Holloway, 1991). En la investigación realizada se encontró que los diagnósticos de *R* más frecuentes fueron los relacionados a patologías respiratorias (64%), a diarrea (11%), a convulsiones (8%), a infección urinaria (3,5%) y un 7% de otras causas.

Un hecho que se considera importante a la hora de valorar la tasa de *R* es diferenciar entre *R* programado y no programado (Weissman, 1999), a los efectos del presente estudio se encontró un 9% de reingresos programados.

Otros muchos factores se han estudiado en relación con la tasa de *R*, unos dependientes del paciente y su entorno social: edad, grado de dependencia, nivel económico, estado de salud auto percibido (García, Illa; 2000; Ferrari y otros, 1995), educación del paciente y de la familia (Des Harnais, 1991) respecto al problema de salud específico. La tasa de *R* es más alta en niños y ancianos, particularmente en el niño frágil, que presenta índices más altos (Experton, Ozminkowski, Pearlman, Li, Thompson, 1999). En el estudio se encontró que la edad promedio de los niños que reingresaron en el período 2004 - 2012 en el servicio pediátrico de referencia es de 1 año 2 meses y 28 días (media). La edad que tiene mayor incidencia (moda) es de 2 años. El 50% de los *R* (mediana) no superan los 2 años y 2 meses. El 25 % (quintil 1) no supera 1 año y 1 mes.

Otros factores son dependientes del tipo de enfermedad (Ferrari y otros, 1995; Martínez, 2002), siendo en general la tasa de *R* más baja cuando la enfermedad es de tratamiento quirúrgico, se relaciona con el episodio índice, de la gravedad del proceso clínico y del seguimiento del enfermo (Horn, 1986). Se desprende del estudio, de manera coincidente con la literatura, que existe un bajo porcentaje (9%) de niños reingresaron por tratamientos quirúrgicos tales como estenosis esofágica, limpiezas quirúrgicas por cierre de ostomías, limpiezas quirúrgicas por quemaduras. En relación a la cantidad de *R* que presentaron los niños de la muestra se encontró que 13% presentaron 1 *R*, 24% presentaron 2 *R*, 44% presentaron 3 *R* y 19% presentaron 4 *R*.

Un hallazgo del estudio en relación al tipo de *R* es la siguiente: el *RT* (el que ocurre antes de los 30 días) se presenta en el 67,47 % de la población; el *RR* (se relaciona al episodio índice), se da en el 46,37 %; el *R* tardío se da en el 32,53 %; el *RP* se encuentra en el 9% de la población.

En relación al tiempo de estadía se consideraron rangos: de 1 a 10 días, de 11 a 20 días, de 21 a 30 días; teniendo en cuenta los niños que no volvieron a reingresar en cada uno de esos rangos.

En el primer *R*, de 1 a 10 días de estadía, lo constituyen el 66%; de ellos no reingresan el 9% (27 niños). En el segundo *R*, de 1 a 10 días de estadía, lo constituyeron el 62%, de ellos no reingresan el 14%. En el tercer *R*, de 1 a 10 días de estadía, lo constituyeron el 48%, de ellos no reingresan el 7%. En el cuarto *R*, de 1 a 10 días de estadía, lo constituyeron el 41%.

En el rango de 11 a 20 días: el 22% tiene 1 *R*, de ellos el 4% no presenta un segundo *R*. El 14 % tiene un segundo *R*, de ellos el 3% no presenta un tercer *R*. El 15% tiene un tercer *R*, de ellos el 2% no presenta un cuarto *R*. El 10% presentan 4 *R*.

Dentro del rango de 21 a 30 días, el 21 % tiene un *R*, de ellos 7% no presenta un segundo *R*. El 14% tienen un segundo *R*, de ellos el 8% no presenta un tercer *R*. El 5% tiene un tercer *R*, de ellos 2 % no presentan cuarto *R*. El 4% presentan cuatro *R*.

Se evidencia que a medida que aumenta el número de *R* disminuye el número de niños, a medida que aumenta el tiempo de estadía, es menor el número de niños.

En relación a la cantidad de *R* y la categoría diagnóstica, se puede identificar que la patología respiratoria (64% de la muestra) causó 3 *R* en 46%, y 34% requirieron dos reingresos. dos reingresos-

En coincidencia con lo manifestado por los autores sobre la importancia del estado previo al ingreso del usuario en relación al número de internaciones el hallazgo más significativo fue: que los niños eutróficos presentan menor número de *R*, predominando con un solo *R*; en los estados de desnutrición aguda, crónica y obesidad se observa un aumento de su presencia a medida que aumenta el número de *R*. Esto reafirma la importancia de la adecuada vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños en esta edad con adecuadas prácticas de crianza y una estrecha articulación con los equipos sanitarios del primer nivel de atención a la salud.

En relación a la vacunación de los niños se identificó que en el primer *R* el 36% no tiene vigente el CEV y en el transcurso de los diferentes *R* el mismo se fue actualizando, quedando un 8% sin vigencia en el último *R*.

En relación a la edad gestacional de los *R*, se identificó que el promedio se ubicó en las 34 semanas, siendo la mediana de 36 semanas. El análisis muestra que el 19% de los *R* han tenido una edad gestacional adecuada (37%). Existen *R* (5%) con edad gestacional entre 23 y 28 semanas; el 32% de los *R* tienen una edad gestacional mayor a 28 semanas y menor de 33 semanas. El 43% ha tenido una edad gestacional mayor a 33 semanas y menor a 37. Esto asociado con el peso al nacer constituye elementos de vulnerabilidad de los niños.

Al momento del *R* los niños han tenido un peso promedio al nacer de 1.500 gramos. El 50% de los reingresados no supera los 2500 gramos y el peso con mayor incidencia al nacer, en el período 2004- 2014 es de 1610 gramos. El 25% de los reingresados en el servicio tiene un peso al nacer hasta 2600 gramos; el 25% tiene un peso que no supera los 3000 gramos al nacer.

A esta situación planteada se agrega el análisis de la alimentación del niño en el primer año de vida. El 44% de los *R* fueron alimentados a pecho ordeñado en el primer trimestre de vida; 14% con pecho directo exclusivo; 20% con leche artificial y 22% con leche modificada. En el segundo trimestre, de ese 14% de pecho directo de forma exclusiva, sólo continúa el 0,34% alimentándose de igual forma. Del 44% alimentado con pecho ordeñado, continúa con ello el 28%. Aumenta la alimentación con leche artificial a 42%, disminuyendo la alimentación con leche modificada a 20%. Aparece como forma de alimentación, agregados los sólidos en 8% de los niños.



En el tercer trimestre predomina la alimentación con leche artificial (55%) y con leche modificada un 35% de los niños y niñas.

En el último trimestre del primer año predomina la alimentación con leche modificada en 45% de los *R* y continúan los sólidos en 49%.

Los aspectos sociales maternos evidencian que 32% de las madres son adolescentes, con un promedio entre 15 a 18 años, con un nivel educativo de primaria incompleta en un 46%, habiéndose registrado que 13% de ellas no tiene ningún proceso de alfabetización. Se identificó que 38% viven en hogares monoparentales siendo jefes de familia. Un 37% de la muestra presentan un promedio de 3 hijos. Los valores de las variables analizadas permiten inferir que los niños de la muestra viven en situación de vulnerabilidad constituyéndose en factores de riesgo contribuyentes para el reingreso.

Considerando los aspectos ecológicos del contexto observamos que, en el contexto inmediato o micro contexto se identificó que en un 70% de los hogares existe la presencia de fumadores; el 64% de las viviendas tiene en su entorno la manipulación de productos químicos, 69% curtiembres. La presencia de basurales en el 54% y chatarrería. La presencia de metalúrgicas está presente en el 56% de los hogares. En cuanto a la conexión a la red de saneamiento el 67% no tiene conexión.

## **6. CONCLUSIONES**

El *R* hospitalario es un fenómeno altamente complejo. Presenta componentes no solamente clínicos y biológicos, sino aspectos sociales y culturales que lo determinan.

El presente trabajo aportó elementos para el estudio del reingreso en pediatría desde la visión de la calidad.

Se plantea el logro de los objetivos, los que se alcanzaron al describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños que reingresan por diferentes patologías en servicios de pediatría y al determinar las características contextuales.

Se concluye en relación a la población estudiada, que la misma presenta indicadores clínicos, epidemiológicos y de contexto que son contribuyentes al *R* hospitalario. Los mismos están dados por la característica de prematuridad, BPN, incumplimiento del plan de inmunización, presencia de comorbilidades, alimentación inadecuada para la

edad. A esto se agrega el predominio de madres adolescentes con deficiente nivel educativo, jefas de hogar, con embarazos no controlados, con un promedio de 3 hijos a su cargo.

En relación al contexto donde viven y se desarrollan los niños y las niñas, predomina un entorno ecológico no saludable, con viviendas en condiciones de precariedad, sin conexión a la red de saneamiento y sin agua potable dentro de la vivienda.

Hay elementos trascendentales en los antecedentes del niño que son determinantes de comorbilidades y que dependerá de la gestión del cuidado que se le brinde en el hogar y en el servicio sanitario las probabilidades de presentar reingresos reiterados. El reingreso será más temprano cuantas más dificultades se presenten en el cuidado de los niños, y esto dependerá en gran parte del acompañamiento que se realice desde el servicio sanitario a las familias.

Uno de los elementos considerados trascendentales, que es un hallazgo de la investigación, es el alto porcentaje de niños que presentan reingresos definidos como tempranos (menor a 30 días).

De acuerdo a estas características podemos plantear que los niños de esta población entran en la categoría de “*niños frágiles*”, dado que presentan alteradas más de una situación vital.

Si bien la tasa bruta de reingreso puede ser una medida de calidad asistencial, la tasa de reingreso verdadero, la de reingreso temprano y la de reingreso evitable pueden servir como indicadores de calidad asistencial de un hospital e incluso de un área de salud, y se plantean intervenciones específicas sobre las que se puede actuar como prevención.

## **7. SUGERENCIAS**

Luego de finalizada la investigación, se evidencia la necesidad de plantear el fenómeno del reingreso hospitalario en pediatría como un tema central para el estudio de la calidad asistencial, para generar evidencia sobre la forma de trabajo entre los diferentes niveles asistenciales, luego de que el niño es dado de alta. Es necesario conocer las tendencias del comportamiento del reingreso y cuáles son las intervenciones del equipo para disminuir los reingresos evitables.

Se sugiere continuar con esta línea de investigación, dado que se observan cambios en los perfiles de edades de reingreso, así como también en las categorías

diagnósticas. Se propone realizar un estudio de diseño mixto de corte cualitativo - cuantitativo, con técnicas de observación participativa y entrevistas.

Se sugiere la elaboración y aplicación de un Protocolo de Registro de Adecuación del Ingreso Hospitalario, donde se estipulen las características de todos los usuarios que presentes ingresos reiterados, así como también constatando individuos de riesgo dadas las características biológicas, psico emocionales, sociales y culturales, que conviertan al usuario y/o familia en núcleos vulnerables. Se lograría una base de datos accesible y de suma importancia para la gestión hospitalaria, donde se estipularían los Reingresos Evitables y los Reingresos Adecuados. En base a la creación de un modelo de los reingresos evitables se establecerían normas para la prevención de los mismos, donde el equipo de enfermería tendría un rol preponderante.

Impulsar las medidas encaminadas a la mejora de procesos y resultados en relación a la prevención de nuevos reingresos, identificando la importancia del registro del plan de alta, que se supone se realiza al 100% de los usuarios.

Como sugerencia principal hay que señalar que es importante poseer una versión pediátrica de los indicadores y potenciar su difusión y aplicación entre los servicios de urgencias para poder desarrollar un plan de calidad basado en datos objetivos y permitir a los profesionales adecuar y solicitar los recursos necesarios para asumir el nivel máximo de eficiencia en su labor diaria en la atención pediátrica.

Se entiende necesario reforzar los vínculos entre el primer y segundo nivel de atención a la salud, desde el momento que existe un porcentaje de usuarios que reingresan por incumplimiento de los tratamientos farmacológicos, higiénico-dietéticos.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Cordero, M. J. (2003). *Tratado de enfermería infantil. Cuidados pediátricos*. Volumen I y II. Barcelona: OCEANO / Mosby.
- Alonso Martínez et al. (2001). Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *An. Med. Interna (Madrid)*. 18(5), 28-34. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021271992001000500005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992001000500005&lng=es&nrm=iso)
- Barba Martín R, Marco Martínez J, Plaza Canteli S et al. (2000). Estudio retrospectivo de los reingresos precoces en un servicio de medicina interna. *Rev. Clin. Esp.*, 200, 252-256.
- Barquin, M. (1980). *Administración de Hospitales*. México: Interamericana.
- Barquin, M. (1981). *Dirección de hospitales de la atención médica*. México: Interamericana.
- Bartalanffy, L. V. (1972). *Teoria Geral dos Sistemas*. Petropolis: Vozes.
- Benguigui, Y.; Cerezo, R. (2011). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Calvo Ayaviri, A. (2003). *Análisis organizacional de los servicios de salud*. La Paz: OPS. OMS.
- Caminal J. (2002). La calidad en la atención primaria, un reto para el sistema de salud. *Gaceta Clínica y Sanitaria*, 4 (4), 121.
- Caminal J, Silvestre F. (2003). Actividad hospitalaria, pacientes y atención primaria. *Rev. Calidad Asistencial*, 18(2), 164-170.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo Veintiuno.
- Canosa, A.; Prat, A.; Lledó, R.; Asenjo, M. A. (1997). El reingreso hospitalario como gestión de calidad. *Med Clin (Barc)*, 108, 317.
- Carnota, O. (1985). *Teoría y práctica de la dirección*. La Habana: Revolucionaria.
- Carvajal, L. (1997). Introducción a la metodología científica. Curso para Egresados Universitarios y de nivel Terciario. Montevideo: Facultad de Medicina/Universidad de la República.
- Chiavenato I. (1986). *Administración de Recursos Humanos*. México: McGraw-Hill.
- Chiavenato, I. (2007). *Introducción a la teoría general de la administración*. Séptima edición. México: Mc Graw-Hill.

Consejo Nacional de Políticas Sociales. Poder Ejecutivo. La Reforma Social. La Nueva Matriz de Protección Social del Uruguay. Plan de Acción. Montevideo, Uruguay: Presidencia de la ROU, 2011, 1.

Cuesta Gómez, A., Moreno Ruiz, J. A., Gutiérrez Martí, R. (1986). *La calidad de la asistencia hospitalaria*. Madrid: Doyma.

Diccionario de la Lengua Española. (2014). Real Academia Española. 23 ed. Madrid: RAE. Asociación de Academias de la Lengua Española.

Delgado M. (2003). Estudios de cohortes. UD 4. En M. Delgado y J. Llorca (Eds.). *Metodología de la investigación sanitaria*. Barcelona: Signo.

Des Harnais, S. I., Mc Mahon, L. F., Wroblewski, R. T. Measuring outcomes of hospital care using multiple riskadjusted indexes. *Health Serv Res* 1991; 26(4): 425-45

Dever, A. (1991) *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Washington: OPS/OMS.

Donavedian, A, Calidad Asistencial. Revista del Órgano de la Sociedad Española de la Calidad Asistencial, Suplemento nº 1/2001 Vol. 16 (S10, 39,68)  
[www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf](http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf)  
Editorial: Rosa Suñol- Julio frenk

Espinar Martínez, J. M., Rodríguez Cortés, G., Espinar Martínez, L. (2013). *Análisis de los reingresos como indicador de calidad del hospital San Juan de la Cruz*. Andalucía: Agencia de Calidad Sanitaria.

Fernández, L.; Alamilla, M.; Huguet, A. et al. (2009). Abordaje Teórico Práctico en la Atención de Enfermería en Niños, Niñas y Adolescentes”. Montevideo: CSE

Fernández García J, Martínez González MA, García Rodríguez J, Bueno Cabanillas A, Lardelli Claret P, García Martín MA. (1997). Factores asociados a la incidencia de reingresos hospitalarios. *Med Clin (Barc)*, 108, 4-8.

Ferrari, A. M<sup>a</sup>, Picón, T.; Magnífico, G.; Mascaró, M<sup>a</sup>. (1997). Hospitalización pediátrica. Estudio de la población asistida: Clínica Pediátrica “A”. 1991-1995. *Rev. Med. Uruguay*, 13, 77-92.

Figueiras, A. C.; Neves de Souza, I. C.; Ríos, V.; Benguigui, Y. (2011). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

García Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. (2001). Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asist*, 16,107-116.

García Ortega, C. (1997). Los reingresos hospitalarios como indicador de calidad. *Revista: Todo Hospital*, 138, 35-39.

Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Mayoral Martin L, Grilo Reina A. (1998). El reingreso hospitalario en medicina interna. *Med Clin (Barc)*, 110, 479.

Graham H, Livesly B. (1983). Can readmission to a geriatric medical unit be prevented. *Lancet* 1983; 1: 404-6.

Herzlich, C. (1979). La representación social: sentido del concepto. En Moscovici, S. (Compilador). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: Planeta.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M<sup>a</sup>. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Horn, S.D.; Horn, R.A. (1986). Reliability and validity of the severity of illness index. *Med Care*, 24(2), 159-78.

Jenicek, M., Cléroux, R. (1993). *Epidemiología Principios-Técnicas-Aplicaciones*. Barcelona: Masson-Salvat.

Jiménez Puente, J. (2000). *Análisis crítico de la tasa de reingresos como indicador de calidad de la asistencia hospitalaria*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga.

Jiménez Puente, A. et al. (2003). Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de reingreso precoz en la exacerbación aguda de la EPOC. *An. Med. Interna (Madrid)*, 20(7), 8-18. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S02121992003000700002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02121992003000700002&lng=es&nrm=iso)

Ketzoian y col. (2004). *Estadística Médica, conceptos aplicaciones al inicio de la formación médica*. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR.

Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. En: Rodríguez, M<sup>a</sup> I. (coord.). *Lo biológico y lo social (1-12)*. Washington DC: OPS.

Laurell, A. C. (2008). *Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud y la acción política*. México D.F.: ALAMES.

Lied, T. R., Kazandjian, V. A., Hohman, S. F. (1999). Impact of risk adjusted clinical outcomes methodology quality measures on hospital mortality data: a statistical and case study approach. *Med Qual*, 14(6), 255-261.

Ludke, R.L., Booth, M. (1993). Relationship between early readmission and hospital quality of care indicators. *Inquiry*, 30, 95-103.

Mariano, H., Ramos, M., Fernández, A. (2001). *Salud y juventud*. Recuperado de [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/import/cje/cje0029.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/cje/cje0029.pdf)



Martínez, E. A., Aranaz, A. (2003). ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial? *Rev. Calidad Asistencial*, 17(2), 79-86.

Matorras, T. (1990). El paciente multingresado en medicina interna como tipo especial de readmisión hospitalaria. *An. Med Interna* (Madrid), 7, 353-357.

1139-1140. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1664259/>

Ministerio de Desarrollo Social. (2008). *Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación*. Montevideo: Tradinco S.A.

Montero, L. (2001). *Enfermería materno-infantil*. Caracas: Doyma.

Montoro P, Agudo P, Casado O, Contreras E, Conthe P. (2000). Reingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca en un hospital general. *An Med Interna* (Madrid), 17, 71-74.

Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Navarro, E., Mendieta, E, Mir R, Caballero B. Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. *Arch Pediatr Urug* 2008; 79:86-91.

Nuin MA, Saldaña ML, de Pedro MT. (2002) ¿Nos informan los reingresos de la calidad de atención hospitalaria? *Rev Calidad Asistencial*, 17, 67-78.

Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. New York: UN. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, 2008*. Washington, DC: Commission on Social Determinants of Health, OMS. Recuperado de [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)

Organización Panamericana de la Salud. (2013) *10 datos sobre la salud infantil*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/child\\_health2/es/](http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/es/)

Ortega, M<sup>a</sup>. Suárez, M<sup>a</sup>. (2006). *Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería*. México DF: Editorial Médica Panamericana.

Passos Nogueira, R. (1997). *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2.000 N<sup>o</sup>4. Washington, D.C.: OPS/OMS.

- Peiró, S.; Libroero, J.; Benages Martínez, B. (1996). Factores asociados al reingreso hospitalario urgente en enfermedades digestivas y hepatobiliares. *Revista Medicina Clínica*, 107(4), 124-129.
- Peters, J. P. (1992). *El proceso de planificación estratégica para hospitales*. Barcelona: Masson.
- Phillips CO, Wright CM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a metanalysis. *JAMA*, 291, 1358-1367.
- Roemer Milton, I. (1980). *Perspectiva mundial de los sistemas de salud*. México: Siglo XXI.
- Roige J, Miquel C. (1994). El reingreso en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*, 103, 317.
- Sarué, E.; Díaz, A. G., Fescina, R. H., Simini, F., Giacomini, H., Schwarcz, R. (1996). *Enfoque de riesgo*. Publicación Científica CLAP N° 1264. Montevideo: CLAP/OPS/OMS.
- Schulte, E.; Price, D. L.; Gwin, J. E. (2002). *Enfermería Pediátrica de Thompson*. Octava Edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. (2004). Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Chichester: John Wiley & Sons Issue 4. Cochrane Database Syst Rev. 2004 ;( 1):CD000313. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14973952>
- Silva, L.C. (1997). *Escalas e indicadores. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. (2001). *Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria*. Barcelona: Servei Català de la Salut.
- Starfield, B. (2004). *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Madrid: Masson.
- Thomas, J. W., Holloway, J. J. (1991). Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies. *Med Care*, 29(4), 377-94.
- Thomas, W.I.; Hofer, T.P. (1999). Accuracy of risk-adjusted mortality rate as a measure of hospital quality of care. *Med Care*, 37(19), 83-92.
- UNICEF- UDELAR. (2003). *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*. Montevideo: UNICEF- UDELAR.
- Vaquiros, S., Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24. Recuperado de

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci_arttext)

Weinstein, L. (1978). *Salud y autogestión. La antimedicina a examen*. Montevideo: Nordan.

Weissman, J. S.; Ayanian, J.Z.; Chasan Taber, S.; Sherwood, M.J.; Roth, C.; Epstein, A.M. (1999). Hospital readmissions and quality of care. *Med Care*, 37, 490-501.

## 9. ANEXOS

### ANEXO I



Universidad de la República-Facultad de Enfermería  
Centro de Posgrado



#### *INSTRUMENTO*

N° Registro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: F: ----- M: -----

**Reingreso programado:**

**Reingreso no programado:**

**Reingreso temprano**

**Reingreso tardío**

**Procedencia del Ingreso:**

**Servicio de emergencia**

**Policlínica primer nivel**

**Traslado de otro servicio sanitario**

**Otro**

---

**Diagnóstico médico en  
episodio índice**

**Diagnóstico médico en  
1° reingreso**

**Diagnóstico médico en  
2° reingreso**

**Diagnóstico médico en  
3° reingreso**

**Diagnóstico médico en  
4° reingreso**

---

**Comorbilidades:**

**Si.....Cuales...**

**No.....**

Meses: Días

Edad al ingreso en episodio índice: Años:

Edad 1° reingreso:

Edad 2° reingreso:

Edad 3° reingreso:

Edad 4° reingreso:

Tiempo transcurrido (días) entre cada hospitalización

Episodio índice y 1° reingreso:

1° reingreso y 2° reingreso:

2° reingreso y 3° reingreso:

3° reingreso y 4° reingreso:

Procedencia

Montevideo urbano \_\_\_ / Montevideo suburbano \_\_\_ / Montevideo rural \_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Interior urbano \_\_\_ / Interior suburbano \_\_\_ / Interior rural \_\_\_

Estado Nutricional:

Desnutrición aguda \_\_\_ / desnutrición crónica \_\_\_ / obesidad \_\_\_

Vigencia CEV:

Inmunización adecuada \_\_\_ / inmunización inadecuada

Edad gestacional al nacer: <37 sem \_\_\_ / 37-42 sem \_\_\_ / >42 sem \_\_\_

Patologías del RN: \_\_\_\_\_

Alimentación en el primer año de vida

Lactancia materna exclusiva \_\_\_\_\_ Lactancia artificial \_\_\_\_\_ Alimentos sólidos \_\_\_\_\_

Madre	Edad ___ Escolaridad _____ Ocupación _____
Integrantes hogar	Padre ___ madre ___ hermanos ___ (N° ) otros ___ (N° )

Vivienda y contexto	Material ___ / chapa ___ / cartón ___ N° habitaciones _____ Agua potable: dentro del hogar ___ / fuera del hogar ___ Eliminación excretas: red pública ___ / fuera hogar ___ dentro hogar ___ Luz eléctrica: si ___ / no ___ Colecho: comparte cama ___ / no comparte ___ Hábito tabáquico en hogar: si ___ no ___ Basurales cercanos vivienda, curtiembres, fábricas, chatarrería: si ___ / no ___
---------------------	--

## ANEXO II

### TIPO DE REINGRESO EN RELACIÓN A LA PATOLOGÍA ÍNDICE

Tabla N° 33. Distribución de la patología índice en el reingreso “temprano”

<b>REINGRESO TEMPRANO</b>				
1er reingreso Síndrome respiratorio	2do reingreso Crisis bronco obstructiva	3er reingreso Infección respirat alta	4to reingreso Bronquiolitis y/ o diarrea	<b>TOTALES</b>
23	10	10	10	<b>53</b>

En los reingresos “temprano”, la patología índice que determina el mismo, está presente en el 43% de los casos de dicho reingreso.

Tabla N° 34. Distribución de la patología índice en el reingreso “relacionado”

<b>REINGRESO RELACIONADO</b>				
1er reingreso	2do reingreso	3er reingreso	4to reingreso	<b>TOTALES</b>
crisis bronco obstructiva: 20	neumopatía aguda: 15	crisis bronco obstructiva: 3	laringitis: 2	
crisis bronco obstructiva: 16	neumopati c/ derrame: 2	neumopatía aguda : 20	crisis bronco obstructiva: 5	
bronquiolitis: 10	neumaptía s/ derrame; 3	laringitis: 2	laringitis: 1	
neumopatía aguda c/derrame: 2	neumopatía recurrente: 1	crisis bronco obstructiva: 2	laringitis: 2	
<b>TOTAL: 48</b>	<b>TOTAL: 21</b>	<b>TOTAL: 27</b>	<b>TOTAL: 10</b>	<b>106</b>

En el reingreso de tipo “relacionado”, la patología índice está presente en el 45% de los diagnósticos de reingreso.



Tabla N° 35. Distribución del número de reingresos según la patología

<b>PATOLOGÍA</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Respiratorias	185	64.0
Convulsiones	20	6.9
Diarrea	33	11.4
Infección urinaria	10	3.5
Otras	41	14.2
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>100.00</b>

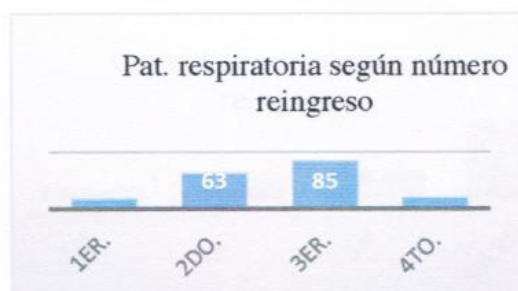
Gráfico N° 33. Distribución del número de reingresos según la patología



Tabla N°36. Distribución de la patología respiratoria según número de reingreso.

<b>PATOLOGÍA RESPIRATORIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
1er reingreso	18	10
2do reingreso	63	34
3er reingreso	84	46
4to reingreso	20	11
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

Gráfico N°34. Distribución de la patología respiratoria según número de reingreso.

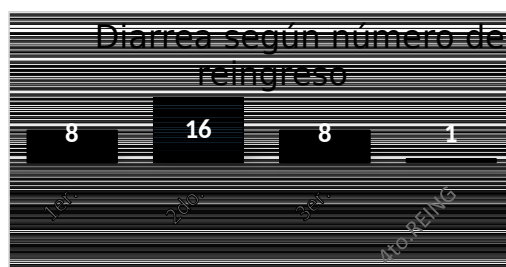


En el 75% de los casos los reingresos se producen por patología respiratoria, generando tres ingresos en el 46%.

Tabla N° 37. Distribución de la patología diarrea según número de reingreso

<b>DIARREA</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
1er reingreso	8	24
2do reingreso	16	48
3er reingreso	8	24
4to reingreso	1	30
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Gráfico N° 35. Distribución de la patología diarrea según el n° de reingreso

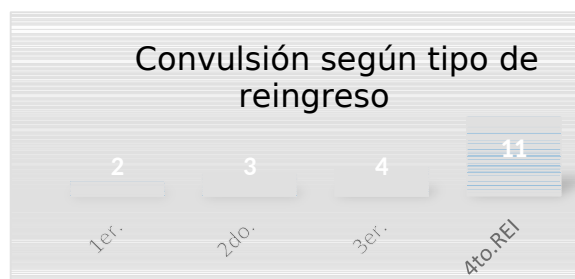


Los niños con diagnóstico de diarrea lo hacen dos veces en el 48% de los casos.

Tabla N°38. Distribución de la patología convulsión según el tipo de reingreso

<b>CONVULSIONES</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
1er reingreso	2	10
2do reingreso	3	15
3er reingreso	4	20
4to reingreso	11	55
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Gráfico N° 36. Distribución de la patología convulsión según el tipo de reingreso

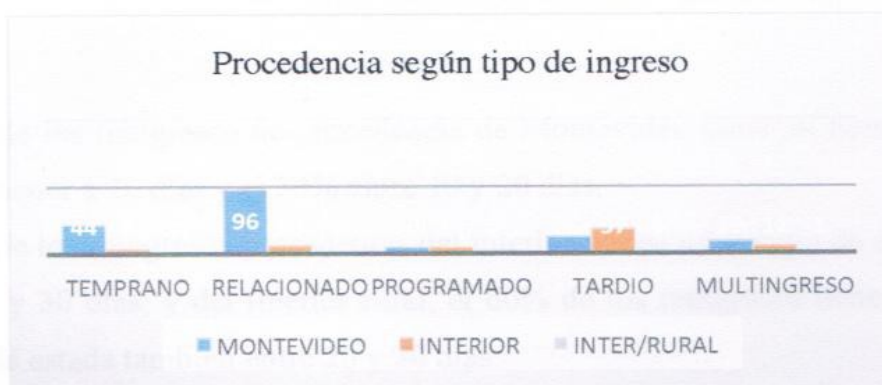


El 55% de los reingresos que tienen diagnóstico de convulsión, reingresan cuatro veces. Luego del análisis podemos concluir que el número de reingresos está asociado a la patología.

Tabla N° 39. Distribución de los reingresos según procedencia.

<b>REINGRESO</b>	<b>Mdeo.</b>	<b>Interior</b>	<b>Inter/Rural</b>
temprano	44	8	1
relacionado	96	13	3
programado	10	10	7
tardío	25	37	3
multiingreso	19	12	1
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>80</b>	<b>15</b>

Grafico N°37. Distribución de los reingresos según procedencia.



Del análisis se desprende que el 49% procedente de Montevideo tiene como tipo de reingreso, el relacionado y el 23% el reingreso temprano.

Los reingresos procedentes del interior tienen 46% de reingresos de tipo tardío y el 16% reingresos relacionado. El interior rural presenta 47% de reingresos de tipo programados.

Tabla N° 40. Distribución de los reingresos según días de estada

<b>ESTADIA</b>	<b>Mdeo.</b>	<b>Interior</b>	<b>Inter/Rural</b>
< a 10 días	88	13	2
≥ 10 < 20	61	10	2
≥ 20 < 30	25	52	9
<b>30 +</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>80</b>	<b>15</b>

Grafico N° 38. Distribución de los reingresos según días de estada



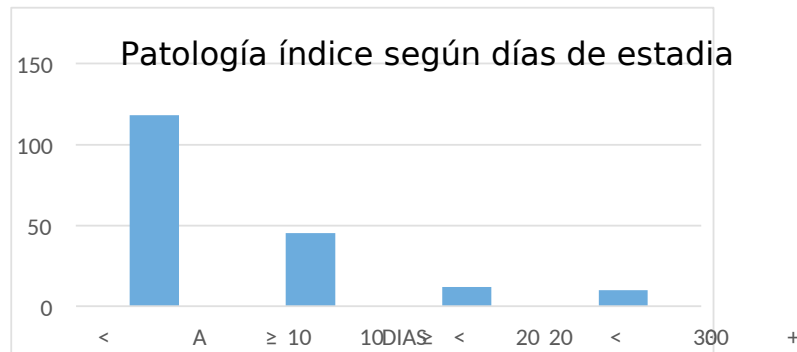
El 45% de los reingresos de procedencia de Montevideo tiene un tiempo de estada menor a 10 días y el 34% entre 10 y 20 días.

El 65% de los reingresos procedentes del interior tienen un tiempo de estada entre 20 y 30 días; y del interior rural, el 60% de los reingresos tiene como tiempo de estada también entre 20 y 30 días.

Tabla N° 41. Distribución de la patología índice, respiratoria (64%) según tiempo de estada

<b>DÍAS DE ESTADIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
< a 10 días	118	64
≥ 10 < 20	45	24
≥ 20 < 30	12	6
30 +	10	16
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

Gráfico N° 39. Distribución de la patología índice, respiratoria (64%) según tiempo de estada



El 64% de los reingresos con diagnóstico respiratorio (patología índice) tienen un tiempo de estada menor a 10 días.

Se realizó el análisis de los días de estadia de los pacientes que presentaron patologías respiratorias, que conformaron el 64.1% de los reingresos, convulsiones que conformaron el 6.92%, diarrea con 11.41% y la infección urinaria con 3.46%. Este criterio de selección es debido a la mayor significación de estas patologías dentro de los diagnósticos.

## ANEXO III

### AUTORIZACIÓN RAP-ASSE



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Montevideo, 15 de marzo de 2011.

Sra. Directora de RAP Montevideo

Dra. Alicia Sosa

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Annalet Viera Obal, Licenciada en Enfermería, Máster en Educación, Profesora Agregada de la Cátedra "Salud del niño, niña y adolescente" de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, se presenta ante usted para solicitar autorización a efectos de implementar un trabajo de investigación, en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

La mencionada investigación, se denomina "Reingresos hospitalarios en niños de 0 a 5 años de edad" y en la recolección de datos participarán estudiantes avanzados de la Licenciatura en Enfermería que se encuentran en proceso de elaboración de sus Trabajos Finales de Investigación.

Consideramos que los resultados del presente trabajo conllevan un beneficio, no solamente en relación a la generación de conocimiento, sino además una ventana de oportunidades para contribuir a la mejora de la salud de la población infantil, así como también un aporte para el personal sanitario que atiende a dicha población y sus familias.

Se deja constancia expresa que se observarán los requisitos éticos implícitos en todo proceso investigativo.

Sin otro particular y a su disposición para ampliar la información, la saluda atentamente

Prof. Agda. Mag. Annalet Viera



**Annalet Viera**  
Paradirección

15 mar. 2011 a las 13:24

Estimada Dra. Sosa, ¿cómo está? En adjunto envío nota de solicitud de autorización para realizar una investigación sobre "Reingresos hospitalarios de niños de 0 a 5 años de edad" en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Quedo a la espera de su pronta respuesta. Saludos cordiales

**Mag. Annalet Viera Obal**

[Descargar todos los archivos adjuntos como archivo comprimido](#)

Dirección -  
para mi

11 abr. 2011  
15:03

Buenas tardes  
Por éste medio comunicamos que la Dirección de la RAP Metropolitana no encuentra inconvenientes de realizar dicho trabajo en el hospital pediátrico del CHPR.  
Sin otro particular, saluda atentamente

Dra. Alicia Sosa