



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION
2011



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAUSAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL DE SALUD EN LOS NIÑOS/AS MENORES A 3 AÑOS

AUTORES:

Br. Baubeta, Laura
Br. de Pazos, Alejandra
Br. Gasperi, Natalia
Br. Pérez, Dahiana
Br. Piñeiro, Andrea

TUTORES:

Lic. Enf. Crosa, Silvia
Lic. Enf. Guerra, Alicia
Lic. Enf. de Biase, Nelly

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

MONTEVIDEO 2011



AGRADECIMIENTOS

Este trabajo final de investigación no podría haberse concretado sin la ayuda de diversas personas e instituciones.

Nuestro agradecimiento a las autoridades de la Red de Atención Primaria (RAP), Administrador de los servicios de Salud del Estado (ASSE), Directora Dra. Alicia Sosa y Coordinadora General de Enfermería Lic. Esther Polti por autorizarnos a realizar la investigación en el Centro de Salud "La Cruz de Carrasco".

Al personal del Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" por abrirnos sus puertas y facilitarnos el desarrollo de nuestro Trabajo de Investigación y especialmente a todo el personal involucrado en el Programa Aduana.

A todos los docentes que fueron parte de nuestra formación profesional a lo largo de nuestra carrera.

Nuestro agradecimiento especial para nuestras familias y amigos por otorgarnos la comprensión, el apoyo y el cariño en el transcurso de este camino hacia la concreción de nuestra meta profesional.



ÍNDICE

Introducción	Pág. 1
CAPITULO 1	
Planteamiento del problema	Pág. 4
Objetivos de la investigación	Pág. 4
Justificación Científica	Pág. 6
CAPITULO 2	
Antecedentes	Pág. 10
CAPITULO 3	
Marco Conceptual	Pág. 14
CAPITULO 4	
Diseño metodológico	Pág. 28
CAPITULO 5	
Presentación de resultados	Pág. 33
CAPITULO 6	
Análisis	Pág. 39
CAPITULO 7	
Conclusiones	Pág. 46
CAPITULO 8	
Sugerencias	Pág. 48
CAPITULO 9	
Bibliografía	Pág. 50
CAPITULO 10	
Anexos	Pág. 54



RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de conocer las Causas del Incumplimiento a los Controles de Salud de los niños/as menores de 3 años, en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco”, perteneciente a la Red de Atención Primaria (RAP-ASSE).

El mismo es de carácter cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se realizó la captación de los niños/as menores de 3 años, nacidos desde enero de 2009 en adelante, que hubieran incumplido con al menos un control de salud, en relación al número de controles que deberían tener para su edad, al momento actual. Otra condición es que concurrieran a controlarse en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco”, entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011, en los turnos mañana y tarde. Se realizó una entrevista voluntaria a los adultos referentes de estos niños/as mediante la aplicación del instrumento de registro diseñado para tal fin, con previo consentimiento informado.

Se captaron un total de 33 niños/as. Los datos obtenidos nos permitieron conocer cuáles eran las causas por las que estos niños incumplían con uno o más controles de salud, en relación a su edad actual, según las pautas del Ministerio de Salud Pública.

Se obtuvieron que las principales causas del incumplimiento están relacionadas con el desconocimiento o desvalorización de la importancia del control de salud y a problemas de accesibilidad, sobre todo administrativos.

Se elaboraron sugerencias para proponer al Centro de Salud, así como a otros efectores, de modo de poder brindar alternativas que permitan solucionar la problemática abordada. Permittiéndole a enfermería desarrollar estrategias que nos aseguren la atención óptima de todos los niños/as que concurren a atenderse a los centros de salud, pudiendo detectar precozmente factores de riesgo que puedan llegar a alterar el crecimiento y desarrollo en estos primeros años de vida, tan importante para la salud futura.

INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo de Investigación fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la Universidad de la República (UdelaR), pertenecientes a Facultad de Enfermería, realizando la carrera de Licenciatura en Enfermería, en el marco del curso “Trabajo Final de Investigación”, correspondiente al Cuarto Ciclo, del Plan de Estudios 93, como requisito para la obtención del grado.

El tema trabajado fue planteado por el Departamento de Enfermería Comunitaria y escogido por nosotros dado que, durante el transcurso de nuestra carrera y en las diversos servicios del Primer Nivel de Atención en los cuales hemos desarrollado experiencias prácticas, pudimos observar que siempre existe un porcentaje de los niños/as menores de 3 años, que no presentaban controles realizados en tiempo y forma. Lo que conlleva a no poder detectar a tiempo problemas en el crecimiento y desarrollo, determinando la necesidad de realización de actividades de re-captación (citas telefónicas, visitas domiciliarias).

Consideramos que es un tema de gran magnitud e importancia para la disminución de la morbimortalidad infantil, dado que el Programa Aduana integra un conjunto de actividades y tareas de seguimiento del control de salud del menor de tres años de larga trayectoria en los servicios públicos de Montevideo, forma parte del Programa de Atención a la Salud de la Niñez, y tiene por objeto contribuir al adecuado control de salud de los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. ¹

Uno de los logros fundamentales de la política económica y social del gobierno y por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) es la disminución de la mortalidad infantil. ²Los datos del año 2010 de mortalidad infantil dan cuenta de un importante avance en materia de salud en nuestro país, significando una baja importante respecto a la tasa del año 2001. En

1 Ministerio de Salud Pública. Administración de los servicios de salud del estado. Uruguay. (extraído el 5/7/2011 9: 00 hrs.). Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucasse_1618_1.html.

2 Ministerio de Salud Pública. Administrador de los servicios del estado. Uruguay. (extraído el 10/7/2011 11:00 hrs). Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>.



el 2010, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) se ubicó en 7.71³ por cada 1000 nacidos vivos (La cifra corresponde a los menores de 1 año fallecidos durante el primer año de vida).

Consideramos importante investigar las causas del incumplimiento al control de salud en los niños/as menores de 3 años, ya que al identificarlas podemos idear intervenciones que contribuyan al desarrollo óptimo de los mismos, lo cual nos permita identificar precozmente, disminuir y/o eliminar factores de riesgo presentes, favoreciendo de esta forma el crecimiento y desarrollo del niño mediante la Prevención y Promoción de salud.

Como Enfermeras debemos asegurar la atención óptima de cada niño/a y debemos posicionarnos como defensoras de estos, debiendo hacer uso de nuestros conocimientos para adaptar los procedimientos empleados de manera que se logre el máximo bienestar físico y emocional del niño/a⁴. De esta forma nos permitiría mejorar la planificación en los cuidados, desarrollar mejores actividades en cuanto al control en salud de todos los niños/as, favoreciendo de esta manera la gestión del Programa Aduana.

Por lo anteriormente mencionado es que creemos de gran importancia que el equipo inter o multidisciplinario logre evaluar el cuidado y la atención que recibe un niño durante los primeros tres años de su vida, los cuales son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro.

A través de esta investigación pudimos conocer las causas del incumplimiento a los controles de salud en los niños/as menores de 3 años y mediante la misma permitirle al equipo multidisciplinario que pueda realizar estrategias para disminuir el número de niños/as de dicha franja etaria que no concurre a los controles correspondientes. De esta manera se favorecerá la atención oportuna, la detección precoz de patologías y el correcto seguimiento de la salud de los más pequeños, que por características biológicas, psicológicas y sociales son más vulnerables, aspirando al logro de una disminución en la tasa de morbi-mortalidad infantil. La misma es importante porque es uno de los principales indicadores utilizados para medir niveles y alteraciones relacionados al bienestar de la

3 Ministerio de Salud Pública. Epidemiología. Tasa de Mortalidad Infantil. Uruguay. (extraído el 18/7/2011 18:00 hs).

Disponible en: <http://www.uruguayaldia.com/2011/03/cae-la-tasa-demortalidad-infantil-enuruguay/>

4 Wong. Enfermería Pediátrica. Vol. 1 Perspectivas de la enfermería pediátrica. España: Harcourt Brace; 1998.



niñez y es considerado como un indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida prevalentes en una población, se utiliza en la evaluación de la situación de la infancia y de la salud de un país.

Existen desigualdades en la atención de la salud de los niños lo cual lo podemos explicar mediante la existencia de los determinantes sociales, que 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.

Todos los niños/as tienen derecho desde el inicio a gozar de una buena salud, a crecer y desarrollarse sanos y protegidos de enfermedades, a estar bien alimentados y a acceder a servicios de atención de calidad, porque los primeros tres años de vida son determinantes para la vida de las personas. Esta etapa de la vida define en gran medida las posibilidades para el desarrollo del potencial de una persona. El cuidado de la salud, la nutrición y un ambiente protector y de afecto durante esta primera etapa, son esenciales para lograr los resultados deseados.

En Uruguay muchos niños y niñas pequeños no cuentan con las condiciones necesarias que aseguren su derecho a un buen comienzo en la vida. La mayoría de los niños/as que se atienden en los servicios del sector público pertenecen a los estratos sociales más pobres y las familias no pueden sustentar económicamente los costos que la salud de cada uno implica. Se encuentran ante diferentes situaciones de privación que pueden afectar a sus integrantes por ello es sumamente importante conocer el crecimiento y desarrollo de estos niños/as.



ÁREA PROBLEMA

- Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores de 3 años, pertenecientes al Programa Aduana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son las causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores de 3 años, nacidos desde enero del 2009 en adelante, que incumplen en 1 o más controles de salud en relación a su edad, y que concurren a controlarse en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco”, entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011, en los turnos mañana y tarde?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Describir las causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores de 3 años, incluidos en el Programa Aduana, que concurren a controlarse al Centro de Salud “La Cruz de Carrasco”, en el periodo comprendido entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011, y que hayan incumplido previamente en 1 o más controles de salud en relación a su edad actual.

Objetivos Específicos

- Determinar la proporción de niños/as menores de 3 años de edad del Programa Aduana que incumplen con los controles de salud en relación a su edad y que concurren a controlarse en el período comprendido entre el 8 y el 15 de Noviembre del presente año.
- Caracterizar a la población de niños/as menores de 3 años del Programa Aduana que incumplió previamente con los controles de salud y cuyos adultos referentes son entrevistados en el período del 8 al 15 de noviembre del corriente año, al concurrir a control.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION
2011



- Identificar las causas del incumplimiento a los controles de salud de este grupo etario, relacionadas a: accesibilidad geográfica, administrativa, económica, climática, importancia del control de salud u otras, según lo manifiesten los adultos referentes de los niños/as menores de 3 años que asisten al control en los turnos mañana y tarde del Centro de Salud “La Cruz de Carrasco” en el periodo comprendido entre el 8 y el 15 de Noviembre del 2011, que hayan incumplido previamente en 1 o más controles de salud, y que acepten ser entrevistados.



JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La salud de la población infantil es un derecho esencial actual del país. El aumento sustantivo de la pobreza infantil en los últimos años ha tenido efectos importantes en el estado de la salud de los niños. Si bien el indicador de Mortalidad Infantil ha venido descendiendo en nuestro país en los últimos años, las cifras demuestran grandes inequidades en zonas y barrios donde los determinantes de salud inciden en forma negativa agravando la situación. El debilitamiento de los vínculos familiares y las redes sociales, en particular los cuidados y adecuados estímulos en la primera infancia, afectan el desarrollo integral de los niños y niñas que sufren posteriormente dificultades en el aprendizaje escolar, en la inserción social y en su desarrollo pleno de ciudadanía.

El crecimiento y desarrollo de la infancia involucra etapas fundamentales para la expresión adecuada del potencial de cada ser humano. El seguimiento y apoyo permanente a los niños, niñas y sus familias por parte del equipo de salud, en base a visitas periódicas de control de salud donde se evalúe el crecimiento y el desarrollo, se propicien espacios de intercambio con distintos integrantes del equipo de salud, otras madres y familias para compartir dificultades, dudas y avances, constituye uno de los ejes de políticas sociales tendientes al desarrollo integral de un colectivo social.⁵

En los primeros tres años de vida es fundamental lograr un adecuado crecimiento y desarrollo ya que involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos. El aumento en el tamaño y masa corporal es el resultado de la multiplicación e hiperplasia celular, proceso conocido como crecimiento. Los cambios en la organización y diferenciación funcional de tejidos, órganos y sistemas son el resultado del proceso de desarrollo o maduración.⁶

5 Departamento de Educación Médica. Guía de Intervención en el Primer Nivel de Atención. Control periódico del niño y niña hasta los 14 años. Facultad de Medicina. Universidad de la República. (extraído 5/7/2011 10: 05hrs). Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy>

6 Cattani. A. Características del Crecimiento y Desarrollo Físico. (extraído 3/12/2011 16: 16hrs). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl>



Todos los niños/as de edades comprendidas entre los primeros meses de la vida y los tres años deben acudir a su control de salud según las pautas, lo que le permitirá en cada caso orientar, tanto por parte de enfermería como por el pediatra a los padres en su manejo.

La primera infancia es la fase más importante para el desarrollo general durante toda la vida. Durante la misma los niños experimentan un crecimiento rápido en el que influye mucho su entorno. Las experiencias en edades tempranas determinan la salud, la educación y la participación económica durante el resto de la vida.

La primera infancia es el período de desarrollo cerebral y biológico más intenso de toda la vida y depende en gran medida del entorno del lactante. Cuanto más estimulante sea el entorno, mayor será el desarrollo y el aprendizaje del niño. Es fundamental proporcionar una estimulación y nutrición adecuadas para el desarrollo durante los tres primeros años de vida, ya que es en estos años cuando el cerebro de un niño es más sensible a las influencias del entorno exterior.

El desarrollo lingüístico y cognitivo es especialmente intenso desde los seis meses a los tres años de vida. Los niños que pasen su primera infancia en un entorno menos estimulante, o menos acogedor emocional y físicamente, verán afectados su desarrollo cerebral y sufrirán retrasos cognitivos, sociales y de comportamiento. Estos niños, en momentos posteriores de su vida, tendrán dificultades para enfrentarse a situaciones y entornos complejos.

Para alcanzar su potencial, los niños de corta edad deben pasar tiempo en un entorno afectuoso y receptivo en el que no sufran abandono ni castigos o muestras de desaprobación inadecuados.⁷

Por todo lo anteriormente mencionado es que el control en salud de los niños/as menores de 3 años es de gran importancia, ya que nos permiten realizar un seguimiento del desarrollo psicomotor del niño/a, así como también un seguimiento del desarrollo pondero-

⁷ Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Desarrollo en la primera infancia. (extraído 3/12/2011 15:00 hrs). Disponible en: <http://www.who.int>



estructural, desarrollo del lenguaje, valorar el vínculo del mismo con la familia, promover hábitos saludables y detectar problemas de salud.⁸

Los controles en salud son una instancia periódica de encuentro entre el niño, la madre y/o familia con el equipo de salud, donde este supervisa y realiza un seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, realizando promoción y prevención en todos los hechos biológicos y psicosociales que tienen lugar a lo largo de la vida del niño. De este modo, se asegura al niño el logro de una vida plena desde los primeros años de su vida, de aquí su importancia, ya que le permite posteriormente integrarse en forma activa a la sociedad.⁹

El primer control del niño/a se debe realizar lo más precozmente posible luego del alta, posterior al nacimiento, entre el 6º y 9º días de vida, para detectar rápidamente por ejemplo problemas en la lactancia. El segundo control se realizará entre los 20 y 23 días de vida del recién nacido, ya que la norma exige al menos dos controles antes del mes de vida para valorar el vínculo madre hijo, el éxito de la lactancia materna exclusiva y el refuerzo de la autoestima materna.

La frecuencia de controles es mensual en el primer semestre, pudiendo espaciarse de forma bimensual en el segundo semestre en población de bajo riesgo, manteniendo la periodicidad mensual en población de riesgo bio-psico-social.

La frecuencia de controles recomendada al primer año de vida para el niño sano es trimestral. La misma podrá variar en función de los riesgos pesquidados, y la frecuencia de los controles en los niños de 2 a 3 años es cuatrimestral¹⁰. Es imprescindible cumplir con los controles para que mes a mes se tenga la seguridad de que el niño crece y se desarrolla con normalidad.¹¹

8 Departamento de Educación Médica. Guía de Intervención en el Primer Nivel de Atención. Control periódico del niño y niña hasta los 14 años. Facultad de Medicina. Universidad de la República. (extraído 7/8/2011 11: 35hrs). Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy>

9 Alamilla. M, Rodríguez. C, Huguet. A, Rodríguez. C; Manual de Procedimientos Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay. Montevideo; Marzo 2006.

10 Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención a la Niñez. Uruguay. Montevideo; 2007 (extraído el 20/9/2011 a las 21:00 hrs.)
Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_1024_1.html

11 Cátedra Materno Infantil. Control del Niño hasta el primer año de vida. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2009.



Como Enfermeras debemos asegurar la atención óptima de cada niño, según la Declaración de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, y debemos posicionarnos como defensoras del niño, debiendo hacer uso de nuestros conocimientos para adaptar los procedimientos empleados de manera que se logre el máximo bienestar físico y emocional del niño¹². Es por ello que nuestra función como profesionales de Enfermería es realizar el seguimiento de los niños/as al control, fomentando la promoción y prevención de salud, educación para la salud, captación y derivación de los niños/as, colaborar en los distintos programas, evaluar los programas, medición de medidas antropométricas, administración de recursos materiales y humanos, en caso de ser necesario realizar visitas domiciliarias, llevar un registro de datos del servicio o institución, coordinación, detección de malos hábitos, investigación del entorno familiar.

Además debemos fomentar la concurrencia a control, ya que la atención sanitaria pediátrica es un continuo que abarca la prevención primaria, secundaria y terciaria. Por lo que la medida de prevención primaria procurará evitar los trastornos antes de que tengan lugar.¹³

De lo expuesto anteriormente, es que nos pareció imprescindible realizar este trabajo de investigación, el cual nos permitió desde nuestro lugar como parte del equipo de salud, conocer con exactitud las causas por las cuales los padres y/o tutores no llevan a control a sus hijos, y de esta manera contribuir con los servicios de salud para poder idear y llevar a cabo intervenciones pertinentes y acordes a las necesidades reales encontradas de la población estudiada, que contribuyan a mejorar la calidad asistencial brindada, facilitando y garantizando la accesibilidad a la atención.

CAPITULO 2

ANTECEDENTES

A nivel internacional se encontraron dos trabajos de Investigación.

12 Wong. Enfermería Pediátrica. Vol 1. Perspectivas de la enfermería pediátrica. España: Harcourt Brace; 1998.

13 Nelson. Tratado de Pediatría. Vol 1. 15 ta Ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997.



El primer trabajo obtenido trata de establecer la correlación entre el nivel de conocimientos de las madres, el número de controles del niño menor de un año y el nivel de aplicación de las estrategias comunicacionales en el control de crecimiento y desarrollo de la Microred Santa Fe, Callao.

Es una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo y de corte transversal, con una población de 47 madres. Se usó la técnica de la entrevista, observación y visita domiciliaria a través de la encuesta y ficha de recolección de datos.

Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos de las madres es medio; el control de crecimiento y desarrollo es bajo al igual que la aplicación de las estrategias comunicacionales.

Las conclusiones del mismo fueron que hay una correlación lineal positiva entre la edad de las madres y el nivel de conocimiento que ellas poseían. Así mismo, se encontró que hay una baja correlación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los controles con una significancia de 0,023. Además, no existe correlación entre aplicación de estrategias y nivel de conocimiento como tampoco entre aplicación de estrategias y cumplimiento de los controles.¹⁴

El siguiente estudio encontrado tiene como objetivo determinar los motivos de inasistencia a la actividad Control de Niño Sano en la población inscrita en el CESFAM Angelmó a septiembre del 2007.

Para el trabajo se analizaron diversas variables, como lo son: el rol familiar de los asistentes en el grupo focal, características de los integrantes (tales como: edad, número de hijos, edad de ellos, escolaridad e ingreso mensual), estado civil y la ocupación de los padres.

14 Trujillo, C. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. Vol. 4. N°2. Correlación entre el conocimiento de las madres, el número de controles del niño menor de un año y la aplicación de las estrategias comunicacionales en el control de crecimiento y desarrollo en la micro red Santa Fe - Callao. Perú, Lima. Julio- Diciembre; 2008 Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/scielo>



Se establecieron varias conclusiones y recomendaciones, dentro de las cuales destacan: “La familia valora positivamente la actividad control niño sano, especialmente la entrega de pautas y conocimientos a través de la educación”.

“Dentro de los factores familiares condicionantes se destaca la responsabilidad y capacidad de organización de los padres, la capacidad de apoyo entre ellos y en su red social primaria (abuelos e hijos mayores) “.

Dentro de los factores condicionantes de la adherencia a control de salud, señalan como hecho más relevante la importancia en la calidad de atención en el concepto de trato por parte de los funcionarios del CESFAM, así como la adecuada orientación para el uso de los servicios disponibles dentro del centro. ¹⁵

A nivel Nacional sólo se encontraron Trabajos Finales de Investigación, para la obtención del grado de la Facultad de Enfermería (UdelaR).

El primer trabajo encontrado trata sobre conocer las características de los niños de 12 a 24 meses que se controlan en cuatro servicios de Primer Nivel de Atención del sector público.

La investigación es de carácter descriptivo y cuantitativo, con corte transversal.

Se destaca como objetivo principal el conocer el comportamiento de la normativa estipulada en el Programa Aduana para los controles de salud.

La información obtenida refleja que un 63% de la población muestra del estudio, se encuentra en situación de riesgo ya que no realiza el control de salud según la pauta estipulada por el Ministerio de Salud Pública, quedando sin evaluación continua de su crecimiento y desarrollo. ¹⁶

15 Lechner. V, Loebel. D, López. C, Mansilla. R, Caro, G. **Meduss. Revista Escuela de Medicina USS Chile.** Estudio de la adherencia a la actividad control niño sano en el CESFAM Angelmó. Chile. Setiembre; 2007. Disponible en: <http://meduss.bligoo.com>

16 Álvarez. N, Bertin. A, Martínez. C, Palacios. M. Características de los niños de 12 a 24 meses. Programa Aduana. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Departamento de Enfermería en salud Comunitaria. Uruguay. Montevideo. Diciembre; 2010. Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.



El siguiente trabajo plantea como objetivo describir el comportamiento de las cuatro metas asistenciales del Programa Aduana, así como también la disponibilidad horaria de los recursos humanos asignados al mismo, en cada uno de los Centros de Salud del primer nivel del sector público de la ciudad de Montevideo, en los meses de marzo y abril del 2010.

Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal en el cual la población de estudio fueron los responsables de Programa Aduana de cada uno de los Centros de Salud. La herramienta utilizada fue una entrevista semiestructurada e individual, conteniendo preguntas múltiples, guiada por un formulario previamente diseñado.

En el mismo se obtuvo un bajo porcentaje alcanzado de las metas asistenciales, probablemente relacionado con diversos factores condicionantes para el cumplimiento de las mismas.

Plantea como conclusión que la siguiente investigación servirá para que los servicios de salud evalúen su situación actual, la gestión llevada a cabo y planificar nuevas estrategias con los recursos humanos que cuentan, permitiéndole a la Red de Atención Primaria (RAP) conocer también la situación existente.¹⁷

Otro de los trabajos de investigación pretende conocer la relación existente entre el estrato socio-económico y la composición familiar con el crecimiento en peso y longitud de los niños menores de 2 años.

La investigación es de tipo descriptivo de corte transversal.

Destacándose como objetivo principal conocer la relación existente entre el estrato socio económico y la composición familiar con el crecimiento en peso y longitud de los niños menores de 2 años de edad.

Los resultados obtenidos demostraron que el estrato socioeconómico y la composición familiar se relacionan con el crecimiento en peso y longitud para niños y niñas. La composición familiar más afectada fue la familia monoparental, donde la mayoría de los

¹⁷Chispens. G, Di Salvatore. R, Feipe. M, Olivera. M, Rodríguez. L. Comportamiento de las metas asistenciales de Programa Aduana y Disponibilidad del recurso humano. Facultad De Enfermería. Universidad de la República. Departamento de Enfermería en salud Comunitaria. Uruguay. Montevideo. Agosto; 2010. Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.



niños obtuvieron un crecimiento insuficiente para la edad, con un estrato socioeconómico muy bajo. Se constató que los niños crecen con un adecuado crecimiento principalmente en las familias nucleares y extensas.¹⁸

A continuación, otro trabajo se basa en conocer si los niños de 0 a 12 meses del barrio Saravia de la ciudad de Carmelo, cumplieron con los controles de salud según normativas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

Plantea como objetivo conocer las características de los controles y las variables que permiten ampliar dicho conocimiento.

Se estudiaron 24 niños censados en Junio del año 2004, lo que hace referencia a que el estudio haya sido descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Plantea una conclusión de que un 100% de los niños no cumplen con los controles según normativas, determinado esto por el bajo nivel de instrucción de la madre, el grado deficitario de información respecto a los controles, el elevado número de hijos que estas poseen, y el bajo nivel socioeconómico que tienen.¹⁹

CAPITULO 3

MARCO CONCEPTUAL- CONTEXTUAL

El ser humano debe ser abordado desde una visión que abarque todos los aspectos del mismo. El hombre es quien va construyendo el concepto de **salud**: “La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra

18 Cuello V, Medina V, Santucci N. Relación entre el estrato socio-económico y la composición familiar con el crecimiento en niños desde su nacimiento hasta los 2 años de edad, de un centro de salud público de Montevideo. Facultad De Enfermería. Universidad de la República. Departamento de Enfermería en salud Comunitaria. Uruguay. Montevideo. Diciembre; 2009. Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.

19Cabrera. N, Francia. I, Gonzales. M, Jolodkow. P, Silveyra. B, Suarez. P. Control de salud de los niños de 0 a 12 meses del barrio Saravia. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Materno Infantil. Uruguay. Carmelo. Junio; 2004. Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.



resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos”. En lo que a nuestra opinión respecta, esta es la definición de salud más completa dado que vincula lo social con el individuo.²⁰

No debe entenderse a la salud y la enfermedad como dos fenómenos aislados, sino que ambos son parte de un proceso dinámico que atravesamos a lo largo de la vida, entendiendo que en todo momento de nuestra vida tenemos, a un mismo tiempo, un cierto grado de salud o enfermedad.

La **Salud-Enfermedad**, se define como:” un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra”.²¹

En ese proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad racional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la auto gestión de los grupos”.

En esta definición se hace referencia a que tanto la salud como la enfermedad varían según el contexto histórico en el que se encuentran, porque así como el hombre es un ser en continua evolución, el proceso salud-enfermedad sufre modificaciones culturales y sociales a lo largo del tiempo. Además la definición resalta que la salud-enfermedad es un derecho de todos los ciudadanos de la comunidad, que es un derecho propio, que no se puede transmitir y que el estado tiene la obligación de asegurar programas eficaces de salud.²²

20 Departamento de Salud comunitaria. Dr. Floreal Ferrara. Concepto salud. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2010.

21 INDE. Plan de Estudio 93`. Concepto Salud Enfermedad. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo.

22 Sociología Mod. 1. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2007.



La salud se puede ver afectada no solo por factores genéticos, sino que existen los llamados **determinantes sociales de la salud**, los cuales influyen en la salud de por vida.

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 respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero, los recursos, la medición y análisis del problema²³.

Los determinantes sociales consideran que el ser humano, en calidad de ser social no necesita solamente contar con unas buenas condiciones materiales, sino que ya desde la primera infancia necesitamos sentirnos valorados y estimados. Necesitamos amigos, necesitamos sociedades más sociables, necesitamos sentirnos útiles y necesitamos un cierto nivel de control sobre un trabajo valioso, sin todo ello, nos volvemos más propensos a la hostilidad y a la desesperación, todo ello repercute en la salud física.²⁴

Estos mismos determinantes pueden influir en toda una **comunidad**, la cual entendemos como un grupo de personas que interactúan con un relativo grado de armonía, que tienen intereses y objetivos comunes, que comparten características sociales, culturales y económicas; que están sometidas a los mismos factores ambientales y a las mismas reglas

23 Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos. Determinantes Sociales de la Salud. (extraído el 16/8/2011 a las 15:00 hrs.). Disponible en: http://www.who.int/social_determinants

24 Organización Mundial de la Salud. Los Hechos Probados. Determinantes Sociales de la Salud. España; 2003.



de convivencia teniendo similares aspiraciones y problemas, entre ellos los problemas de salud.²⁵

Dentro de un equipo multidisciplinario, el/la **Enfermero/a Comunitario/a**, participa de los cuidados que requiere la comunidad, definida como, “el profesional responsable que investigando con la población, conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados”²⁶.

La Enfermera integrada a un equipo interdisciplinario desarrolla acciones tendientes a lograr como uno de los objetivos, la Promoción de salud del usuario/a o familia. Según la carta de Ottawa (1986), la **Promoción de Salud** se caracteriza por “ser un proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y de salud incluyéndose una mayor participación en el control de este proceso”.²⁷

A continuación definiremos **Familia** como un sistema abierto organizado de individuos que tienen entre si vínculos estrechos, estables, unidos por necesidades básicas de sobrevivencia, que comparten una historia y código singular. Es una producción humana por lo tanto es simbólica y un factor de humanización que tiene a su cargo transmitirla.²⁸

Abocándonos a lo que implica nuestra investigación, consideramos fundamental definir **Infancia**. La cual es el periodo comprendido entre el nacimiento y los trece años de edad.

²⁵Departamento de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2010.

²⁶ Departamento de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2010.

²⁷ Departamento de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2010.

²⁸ENSAME. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2009.



Es la primera etapa de la vida y como tal es fundamental en el desarrollo pues de ella va a depender la evolución posterior.²⁹

Como ya mencionamos anteriormente; se cita... “la salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces...”, en Uruguay existe el **Ministerio de Salud Pública**, que es una de las instituciones que integran el gabinete del poder ejecutivo del país. Es el legislador y supervisor de los servicios de salud de todo el Uruguay, tiene como cometidos el contralor de todas las instituciones de salud del país tanto privados como públicos.

Actualmente se encuentra descentralizado de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que es el Prestador integral de los servicios de Salud del Estado; que luego de agosto del 2007 donde se crea la Ley N° 18.161, éste pasa a ser un servicio que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública. ASSE como prestador tiene Centros de Salud, Policlínicas, Hospitales, Emergencias.³⁰

A partir del año 2007 se comienza a implementar el **Sistema Nacional Integrado de Salud**, que en el art.264 del presupuesto nacional, se define como “la implementación por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal”, definiendo las disposiciones de la presente ley como de orden público e interés social. El sistema propuesto se articulará sobre la base de la complementación público-privada.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) será financiado por un Seguro Nacional de Salud como lo define el artículo 265 del Presupuesto Nacional. “...contará con un Fondo Público Único Obligatorio constituido por los aportes del Estado, de las empresas públicas y privadas...” y el de las personas beneficiarias del Sistema. Podrán integrarlo las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva previstas en el art. 6 del Decreto Ley N ° 15.181, de 21 de agosto de 1981 y sus modificativas, así como las Instituciones de

²⁹ Cátedra de Salud del Niño y del Adolescente. Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Uruguay. Montevideo; 2008.

³⁰ Poder Legislativo. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Ley n° 18.161. Uruguay. Montevideo; 8 de agosto 2007 (extraído 6/7/2011 18:00hrs). Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy>



Asistencia Médica Privada Particular sin fines de lucro. También lo integrarán los Seguros Integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública al amparo de lo dispuesto por el artículo 3 del decreto ley 15.181, que operen bajo alguna de las formas jurídicas previstas en la ley 16.060 sin perjuicio de la libre contratación garantizada en este proyecto.³¹

Los **Niveles de Atención** son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Escalones de complejidad en los que se organiza la actividad asistencial.

Se pueden diferenciar tres niveles (primer nivel, segundo nivel y tercer nivel de atención). Destacaremos el significado de Primer Nivel de Atención ya que será el ámbito de nuestro trabajo de investigación.

El **Primer Nivel de Atención** se define como, la organización de recursos que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de la atención de la salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a la población. Es la base del sistema de salud, el primer contacto que tiene la población con el sistema sanitario. Se caracteriza por contar con establecimientos de atención donde asisten profesionales como Médico general o familiar, atención ambulatoria y consulta externa, etc. y por realizar actividades de promoción, prevención y por procedimientos simples de recuperación y rehabilitación.³²

Para lograr desarrollar gran parte de las actividades en el primer nivel de atención se utilizan los programas. Un **programa**, según Ander Egg, es un “conjunto de actividades realizadas mediante técnicas y procedimientos bien definidos, cumplidas en plazo y área, con recursos calificados y cuantificados para alcanzar propósito, metas y objetivos previamente establecidos”.³³

31 Ministerio de Salud Pública. Publicaciones. Uruguay. (extraído 6/7/20011 18:00hrs).
Disponible en: <http://msp.gub.uy>

32 Barrenechea. C, Menoni. T, Lacava. E, Monge. A, Acosta .C, Crosa. S, Gabrielzyk. I, Gerra. A, Martínez. C, Carrillo R. Herramientas Metodológicas para el trabajo en el Primer Nivel de Atención. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Departamento de Enfermería Comunitaria. Uruguay. Montevideo; Diciembre 2009.

33 Departamento de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2010.

Existen diferentes programas, los cuales se llevan a cabo dentro del primer nivel de salud. Para nuestro trabajo de investigación, nos concierne mencionar al **Programa Aduana**.³⁴

El mismo funciona aproximadamente desde hace treinta años siendo su principal actividad la captación de los recién nacidos dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública. Es en 1971 que el profesor Dr. Ramón Guerra presenta el Programa Aduana en el marco del primer programa Materno Infantil, en el cual su principal objetivo es disminuir las cifras de morbi-mortalidad infantil mediante la captación y seguimiento de los recién nacidos. En 1974 comienza a funcionar en los Hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell; con la coordinación de las altas de las puérperas y su recién nacido, en conjunto con cuatro centros de salud periféricos así como también con servicios de lo que hoy son parte del INAU. Hacia 1976 dichos programas son llevados a cabo por personal capacitado que se encontraban asignados en dichos hospitales.

Desde el cierre del Hospital Pedro Visca, ésta coordinación se realiza desde el Hospital Pereira Rossell hacia los Centros de Salud, intentando integrar en esta operativa a la maternidad del Hospital de Clínicas. Este programa refiere al recién nacido a control en su zona de residencia para facilitar la accesibilidad del usuario. Se informa a su vez al Centro de Salud para permitir el adecuado seguimiento mediante Consulta de Enfermería y Visita Domiciliaria al recién nacido hasta su año de vida. Actualmente año 2011 se extiende hacia los tres años de vida.

El Programa Aduana se desarrolla bajo los principios de coordinación intra- institucional e inter-institucional entre los diferentes efectores del sub- sector público, llevado a cabo por el área de Enfermería, tanto a nivel hospitalario como a nivel periférico. Los objetivos de este programa son:

- Realizar la captación, control de salud y seguimiento de recién nacidos y lactantes hasta el primer año, extendiéndolo hasta el segundo año de vida a partir del 2007. Actualmente se extiende hacia los tres años de vida.
- Brindar a las madres, padres y otros responsables del cuidado de los niños y niñas, elementos de educación para la salud que contribuyan a un adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos y lactantes.
- Realizar el seguimiento en el Primer Nivel de los niños egresados de las salas de internación del Tercer Nivel de Atención.

34 Ministerio de Salud Pública. Sistema informático del Programa Aduana- Setiembre. Uruguay. Montevideo; 2009 (extraído el 8/7/2011 a las 16:00 hrs.) Disponible en: www.msp.gub.uy



En la estructura del Programa pueden identificarse tres componentes, que describiremos brevemente.

1. **Componente hospitalario**, constituido por el dispositivo de captación de los recién nacidos en las maternidades del Hospital Pereira Rossell y del Hospital de Clínicas. Las salas de internación de niños/as están integradas a este dispositivo, aunque con menor grado de articulación.
2. **Componente central**, constituido por el equipo central ubicado en la sede de la RAP (Red de atención del Primer Nivel)-ASSE.
3. **Componente periférico**, constituido por los efectores en el Primer Nivel, entre los que se destacan:
 - Equipos de Programa Aduana que están en los Centros de Salud de la RAP.
 - Equipos de Salud de las policlínicas municipales (IMM).
 - Médicos de familia asignados a cada Centro de Salud.
 - Algunas policlínicas barriales comunitarias autogestionadas.

La descripción de los componentes evidencia el complejo entramado interinstitucional del Programa que determina que en realidad sea co-ejecutado por los siguientes organismos:

- ❖ Ministerio de Salud Pública
 - RAP – ASSE.
 - CHPR (Centro Hospitalario Pereira Rossell).
- ❖ Universidad de la República.
 - Hospital de Clínicas. Servicio de Clínica de Neonatología.
 - Departamento de Docencia en Comunidad cuyos docentes concurren a los Centros de Salud.
- ❖ Intendencia Municipal de Montevideo.
 - Policlínicas Municipales de Montevideo.
 - Policlínicas comunitarias autogestionadas por la comunidad.

El funcionamiento del Programa Aduana se enmarca en el desarrollo de un sistema de información centralizado denominado Sistema de Información del Primer Nivel de Atención en Salud. Este sistema contendrá toda la información generada en los diferentes servicios de primer nivel, entre los que se encuentran policlínicas, unidades móviles, especialistas, laboratorio, farmacia entre otros.



Las actividades que se realizan para el funcionamiento de dicho programa, son a **nivel central**:

- Centralización y coordinación de la información de contrarreferencia desde cada Centro de Salud y efectores del área así como contacto permanente con los efectores de Tercer Nivel (CHPR y H. Clínicas). Coordinaciones interinstitucionales.
- Análisis de la información y elaboración de informes periódicos (cuatrimestrales, semestrales y anuales) de resultados.
- Supervisión de los componentes hospitalario y periférico del Programa.
- Capacitación continua a los integrantes del componente hospitalario del programa y en terreno a los equipos de Programa Aduana del componente periférico en aspectos de Educación para la Salud y normas vigentes de intervención en diferentes situaciones en el Primer Nivel de Atención.
 - Apoyo a la resolución de dificultades de los Equipos de Programa Aduana en los Centros de Salud y policlínicas IMM.
 - Coordinación y capacitación continua sobre el sistema informático y sus modificaciones, a los Centros de Salud, a las Policlínicas de IMM y demás efectores de área que contienen dicho sistema.
 - Planificación y ejecución de una jornada anual de difusión de la información y retroalimentación a las fuentes de datos, con participación de todos los funcionarios del Programa Aduana, directores de los Centros, pediatras, etc.

A **nivel hospitalario** se realiza:

- Visita diaria a salas de internación.
- Entrevista a los casos ingresados para recabar información:
 - Brindar nociones primarias de cuidados del recién nacido y puérpera.
 - Derivación al establecimiento que corresponda, anotando en el carné del niño fecha de primer control.
 - A madres adolescentes brindándole información acerca del Programa de Seguimiento Infamilia anunciándole que recibirán una visita en su domicilio.
 - Registro de información en el sistema informático.



A **nivel del primer nivel de atención**, mediante el sistema informático centralizado y en red con la RAP, la enfermera realiza funciones de:

Docencia: mediante las instancias de educación, realizando educación para la salud a través de la promoción y prevención.

Asistencia: mediante el control y seguimiento de los niños involucrados en el programa, promoviendo la participación de la familia en el cuidado de la salud de esta población.

Investigación: estudio de los problemas y necesidades de salud de la población que nos permitan la realización de proyectos y propuestas que apunten a mejorar, en la medida de lo posible, la calidad de vida de la población

Administración: gestión de los cuidados así como también de los recursos materiales y humanos del servicio.

Una vez que el niño/a asiste a su primer control de salud, se realiza un registro de controles, además de captación y seguimiento del recién nacido y lactantes realizados por el equipo de salud. De esta manera se realiza la apertura de tarjetas (de color verde) por cada niño, registrando los datos más relevantes del niño/a y su madre que se encuentran registrados en el sistema informático. Se realiza una coordinación e intercambio de información con el componente central, el componente hospitalario y otros efectores del área.

Por parte del equipo de Enfermería de cada Centro de Salud periférico se debe coordinar y realizar visitas domiciliarias a todos los recién nacidos dentro de los 7 días de vidas y priorizar aquellos de mayor riesgo (bajo peso, VDRL +, hijos de madres portadoras de VIH, hijos de madres adolescentes, con internación). Se realizan; además, visitas a las familias de niños fallecidos para investigar las causas que pudieron motivar dicho fallecimiento y realizar desde la salud las acciones preventivas posibles y un seguimiento de esa familia. Cabe destacar que además se realizan visitas domiciliarias a niños/as que no hayan concurrido a los controles correspondientes, en caso que falte a un control se realiza un llamado telefónico para corroborar el motivo por el cual no asistió, asignándole una nueva fecha y hora del mismo. Si en una segunda oportunidad no asistiera a dicho control de salud, se le realizará una visita a su domicilio. Los datos obtenidos durante la visita son registrados en un formulario, los cuales luego son cargados al sistema informático.



La visita domiciliaria en general es una técnica de gran valor en los Programas preventivo asistenciales. Posibilita el acercamiento hacia el usuario, su familia y su hábitat por parte del equipo de salud, lo que debe redundar en la humanización de la relación y en mejorar el conocimiento de las condiciones de los usuarios. Permite realizar citas programadas y detectar riesgos sin control. La visita domiciliaria en el marco de Programa Aduana busca estrechar el lazo entre madre y equipo de salud, destacando la importancia del control del niño, conociendo la situación socio económica concreta y adaptando a las mismas, nociones elementales de puericultura. La visita domiciliaria se realiza en general por personal de enfermería, sea enfermera universitaria o auxiliar y/o médico de familia. Podrá ser acompañada por otro funcionario del equipo, o si hay otras acciones planteadas también por asistente social, etc.

Dentro de cada programa se proponen metas a llevar a cabo, estas se llaman **Metas Asistenciales** las cuales resultan de la evolución de la “performance” institucional a través de la definición de un conjunto de indicadores vinculados a objetos sanitarios establecidos por el ministerio de salud pública.

A través de las metas se pretende medir el esfuerzo institucional en el cambio del modelo de atención y por lo tanto los indicadores que lo componen.

Las metas intentan generar estímulos económicos que promuevan mejoras en la calidad de la asistencia a la población las que resultan de preocuparse por la salud del conjunto de afiliados y usuarios.

Algunas de estas metas son por ejemplo embarazo y parto, salud de la mujer, salud del niño (recién nacidos y primer año de vida) y las metas del adulto mayor.

Dentro de la meta asistencial para el niño se pretende realizar la implementación y el cumplimiento del seguimiento de todos los recién nacidos, luego del alta hospitalaria, coordinando el control del mismo según las pautas del MSP como son 2 controles en el primer mes de vida (el primer control entre los 7 y 10 días de vida, el segundo a los 15 días), 1 control por mes hasta los seis meses de edad, 1 control bimensual en el segundo semestre de vida con un total de 10 controles al año.³⁵

El **crecimiento y desarrollo** son procesos íntimamente ligados pero, a la vez, separados.

35 Departamento de Salud comunitaria. Clase Metas Prestacionales. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2010.



El crecimiento es un proceso dinámico e individual, regulado por múltiples factores, que se inicia con la fecundación y continua por etapas específicas hasta la adultez. Se manifiesta por el aumento del número y del tamaño celular. Este se refiere a un patrón visible a través de la clínica y fácilmente demostrable con elementos de sencilla aplicación que constituyen la antropometría.

El desarrollo es un proceso más complejo y se determina mediante procedimientos como la aplicación de pruebas psicológicas y otras para evaluar algunos campos que expresan la conducta psicomotriz gruesa y fina, cognoscitiva, psicosexual y psicosocial. Este es dinámico y su mayor manifestación se observa cuando el ser humano en su futuro expresa el resultado de este proceso; no le pertenece en toda su extensión, sino que trasciende y se manifiesta en el bienestar de la familia y la comunidad.³⁶

Es importante que se realice un **Control y seguimiento del niño**, que es de suma importancia ya que nos permite detectar factores de riesgos, prevenir enfermedades y además de hacerle un seguimiento del desarrollo y crecimiento normal del niño. Durante los primeros doce meses es preciso realizar un seguimiento exhaustivo dado que es la etapa donde se establecen las bases del crecimiento y desarrollo infantil. El objetivo principal de los controles del niño sano es mejorar la calidad de vida de los mismos y promover los hábitos saludables al vínculo familiar.

Los controles deben comenzar con un control neonatal lo más precoz posible luego del nacimiento en el lapso del 6to al 9no día de vida, para detectar problemas con la lactancia entre otros. Luego se fijara otro control entre los 20 y 23 días de nacido cumpliéndose con las normas de por lo menos dos controles en el primer mes de vida. Posteriormente los controles se realizaran de forma mensual hasta cumplir los seis meses de vida, de allí en adelante cada dos meses hasta cumplir el año, cada tres meses hasta cumplir los 2 años de vida y cuatrimestral hasta los 3 años . En caso de no ser un niño sano la frecuencia de los controles quedara al criterio del pediatra tratante dependiendo de la gravedad de cada caso.

En cada control se le realizará antropometría, examen físico, evaluación del crecimiento y desarrollo, evaluación de riesgos y detección precoz de patologías.³⁷

36 Castro. C, Maldonado. O, Benguigui. Y. La Niñez, la Familia y la Comunidad. Organización Panamericana de la salud. aiepi. Washington; 2004.

37 Cátedra de Salud del Niño y del Adolescente. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2008.



Los integrantes del equipo de salud involucrados en esta actividad son: Pediatras, Licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, Licenciada en trabajo social, nutricionistas y administrativos.

Los controles esperados para esta franja etaria son:

- Menor de 1 mes: 2 controles
- De 1 mes a 2 meses: 3 controles
- De 2 meses a 3 meses: 4 controles
- de 3 meses a 4 meses: 5 controles
- de 4 meses a 5 meses: 6 controles
- de 5 meses a 6 meses: 7 controles
- de 6 meses a 7 meses: 7 controles
- de 7 meses a 8 meses: 8 controles
- de 8 meses a 10 meses: 9 controles
- de 10 meses a 12 meses: 10 controles
- de 12 meses a 15 meses: 11 controles
- de 15 meses a 18 meses: 12 controles
- de 18 meses a 21 meses: 13 controles
- de 21 meses a 24 meses: 14 controles
- de 24 meses a 28 meses: 15 controles
- de 28 meses a 32 meses: 16 controles
- de 32 meses a 36 meses: 17 controles



Se considera que el incumplimiento es la falta al menos a 1 o más controles de salud de todos aquellos niño/as menores de tres años en relación al número de controles que debería de tener acorde a su edad actual, de acuerdo a lo estipulado por el programa Aduana, establecido por las normas del Ministerio de Salud Pública.

Elementos esenciales a considerar en la asistencia al control son el desconocimiento o las dificultades que se pueden presentar a acceder a la consulta.

Estos últimos se pueden agrupar de la siguiente manera:

Desconocimiento o desvalorización de la importancia del control de salud: relacionado con la falta de información sobre la importancia de los controles en salud.

Accesibilidad Administrativa: como la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, según sea la dificultad laboral o al momento de la atención en el servicio que se le presente (por no presentar carné de asistencia o Cedula de Identidad, por motivos de días o horarios de atención, por no concurrir el niño/a a la consulta acompañado de un adulto, etc.).

Accesibilidad geográfica: Se trata del “acceso a la fuente de cuidado”, dado que el usuario deberá desplazarse desde el lugar que se encuentra hasta el lugar en donde dispondrá de los servicios. La accesibilidad que es función de la distancia, lineal o viajada, del tiempo de transporte, y, posiblemente, del tiempo total pasado o del esfuerzo requerido para dirigirse de un lugar a otro.

Accesibilidad climática: referida como la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, según sea el estado del clima al momento de la consulta.

Accesibilidad Económica: Relación entre el precio de los servicios y la capacidad de pagarlos, ya sea a partir de los ingresos del usuario o de un sistema de seguro de salud existente.³⁸



CAPITULO 4



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

El tipo de estudio a utilizar será cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

Universo de estudio

Niños/as menores de 3 años, nacidos desde enero del 2009 en adelante, que incumplen con uno o más controles de salud, que se atienden en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco” y que deberían concurrir a control en el período comprendido entre el 8 y el 15 de Noviembre del 2011 en los turnos Mañana y Tarde.

Muestra

Muestra por conveniencia: Niños/as menores de 3 años nacidos desde enero del 2009 en adelante, que presentan incumplimiento a uno o más controles de salud en relación a la edad actual, que concurren a control en el Centro de Salud de “La Cruz de Carrasco” entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011 (en los turnos mañana y tarde) y que acepten participar de la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Niños/as que nacieron anteriormente al año 2009.
- Niños/as que tienen todos los controles al día.
- Niños/as que estaban citados en dicho período y no concurren al control
- Los que no aceptaron participar de la investigación.



Materiales, Métodos y Aspectos Ético-Legales

Los datos se recolectaron en base a un instrumento e instructivo de recolección de datos realizado por los investigadores.³⁹

A los efectos de viabilizar esta investigación se solicita la autorización de la Dirección de la RAP- ASSE, para llevarlo a cabo en el Centro de Salud de “La Cruz de Carrasco”.⁴⁰

Luego se coordina con la dirección del Centro de Salud “La Cruz de Carrasco” y con los responsables del programa aduana, concurriendo a presentarnos y fijando fecha para la recolección de datos, en el período comprendido entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011 en los turnos mañana y tarde.

Se recogen los datos entre el 8 y el 15 de noviembre a los efectos de cubrir a todos los niños que concurren en esa fecha.

Se solicita el parte diario pediátrico de los niños/as en el que figuran los datos de los niños que debían concurrir al control de salud, detectándose cuáles son los menores de tres años y se revisa el fichero del programa aduana para conocer cuáles son los que incumplen con los controles en relación a las pautas del Ministerio de Salud Pública.

Posteriormente, mediante un relevamiento de los datos de los ficheros de los niños/as de esa franja etaria pertenecientes al Programa Aduana, determinábamos cuáles eran los que incumplían con los controles en relación a su edad actual, de acuerdo a nuestra definición de Incumplimiento y lo pautado por las normas del Ministerio de Salud Pública.

Una vez obtenida dicha información, se identifica a los adultos referentes, se les explican los objetivos y la posibilidad de participar de la investigación; procediendo luego a obtener el consentimiento informado y aclarando que sus datos serán confidenciales.

A continuación se recogen los datos por medio del instrumento elaborado para tal fin.

Se realiza el procesamiento y tabulación de los datos obtenidos.

39 Nota del autor: ver Anexo 3 y 4.

40 Nota del autor: ver Anexo 2.



Definición de variables

- **Incumplimiento del control:**

Definición Conceptual: Incumplimiento al control de Salud.

Definición Operacional: Falta de 1 o más controles pediátricos en relación a su edad actual, de los niños/as menores de 3 años pertenecientes al Programa Aduana, que se asisten en el Centro de salud "La Cruz de Carrasco", y de acuerdo a lo establecido por las Normas del Ministerio de Salud Pública.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Categorización:

- Menor de 1 mes: 2 controles
- De 1 mes a 2 meses: 3 controles
- De 2 meses a 3 meses: 4 controles
- de 3 meses a 4 meses: 5 controles
- de 4 meses a 5 meses: 6 controles
- de 5 meses a 6 meses: 7 controles
- de 6 meses a 7 meses: 7 controles
- de 7 meses a 8 meses: 8 controles
- de 8 meses a 10 meses: 9 controles
- de 10 meses a 12 meses: 10 controles
- de 12 meses a 15 meses: 11 controles
- de 15 meses a 18 meses: 12 controles
- de 18 meses a 21 meses: 13 controles



- de 21 meses a 24 meses: 14 controles
- de 24 meses a 28 meses: 15 controles
- de 28 meses a 32 meses: 16 controles
- de 32 meses a 36 meses: 17 controles

Re-categorización: incumplimiento Sí No

- **Edad del niño/a:**

Definición Conceptual: Cantidad de años, meses y días desde el momento del nacimiento hasta el momento actual.

Definición Operacional: edad actual del niño/a según figura en el parte diario y en el tarjetero.

Clasificación: Cuantitativa continua de intervalo.

Categorización: ¿Qué edad tiene el niño o la niña?

- 0 a 29 días
- 1 a 6 meses y 29 días
- 7 a 11 meses y 29 días
- 12 a 23 meses y 29 días
- 24 a 31 meses y 29 días
- 32 a 35 meses y 29 días

- **Sexo del niño:**

Definición Conceptual: Característica fisiológica y biológica que diferencia al hombre de la mujer.



Definición Operacional: Característica biológica y fisiológica según figura en el parte diario y en la tarjeta.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Categorización: Femenino Masculino.

• **Causas de incumplimiento al control:**

Definición Conceptual: Fundamentaciones brindadas por el adulto referente para explicar la situación.

Definición Operacional: Motivos textuales referidos por el adulto referente al momento de la entrevista.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Categorización: Respuestas abiertas dadas por los adultos a la pregunta ¿Cuáles son los motivos por los cuales los niño/as faltaron al control de salud?

Re-categorización: Realizada por el mismo adulto. Selección de la respuesta/s según las siguientes opciones: De los motivos que les mencionaremos a continuación en donde colocaría su motivo de no concurrencia.

Me queda Lejos, no tengo Locomoción para venir (ómnibus, moto, auto).

- Mi Trabajo me complica.
- No tenía Dinero para venir.
- No vine porque el Clima estaba malo.
- Igual puedo ir otro día.
- Me olvide
- No conseguí número
- Porque el niño está bien, está sano.
- Vengo solo en este horario porque en otro me tratan mal.
- Otros

CAPITULO 5

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se determina que los niños/as menores de 3 años de edad pertenecientes al Programa Aduana que se esperaba que concurrieran a control entre el 8 y el 15 de noviembre fue de 120 niños/as.⁴¹

De estos 120 niños/as, 57 de ellos (que corresponden a un 47%) presentaba incumplimiento a los controles de salud, mientras que 61 niños (51%) estaban al día y 2 niños (2%) no presentaba datos en el fichero del Programa Aduana y tampoco asistieron al control el día en que deberían concurrir.

De los 57 niños que presentaban incumplimiento, un 60% de los niños asistió al control en la fecha estipulada (34 niños) y el 40% restante (23 niños) no asistió.

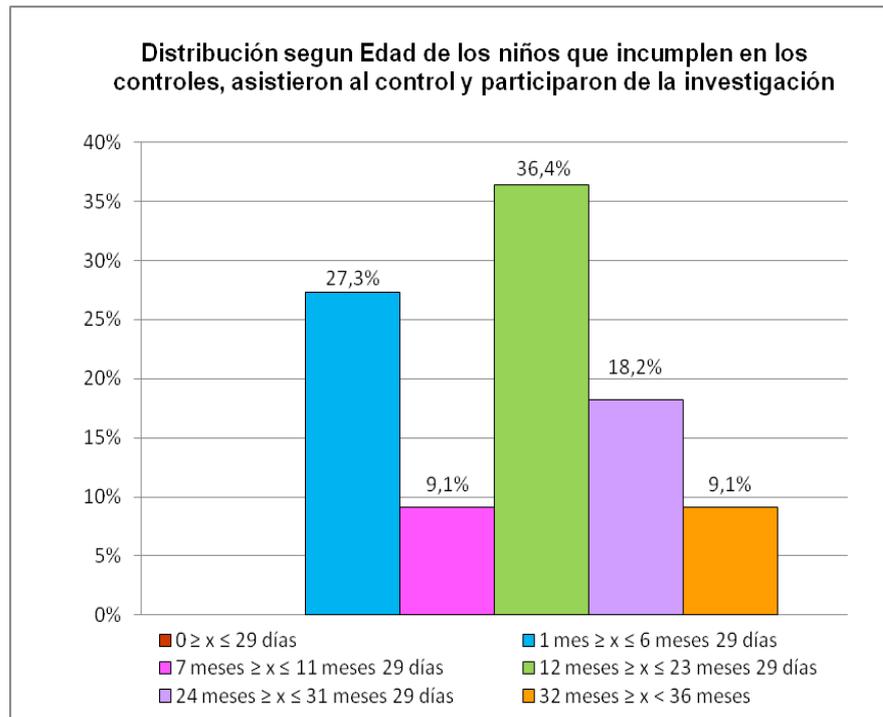
De los 57 niños/as que presentaron incumplimiento, 33 niños/as (97%) aceptaron y participaron de la investigación, lo cual conformó nuestra muestra de estudio, y solo un niño (3%) no aceptó participar, por lo que quedó excluido.

Tabla N° 1- Distribución en frecuencias por edades de los niños/as menores de 3 años que se asisten en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco”, que incumplieron con 1 o más controles de salud, que concurrieron a control y participaron de la investigación.

Edad	FA	FR%
$0 \geq x \leq 29$ días	0	-
1 mes $\geq x \leq 6$ meses 29 días	9	27,3
7 meses $\geq x \leq 11$ meses 29 días	3	9,1
12 meses $\geq x \leq 23$ meses 29 días	12	36,4
24 meses $\geq x \leq 31$ meses 29 días	6	18,2
32 meses $\geq x < 36$ meses	3	9,1
Total	33	100%

41 Nota del Autor: Ver tablas y gráficos en Anexo 5.

Gráfico N° 1:



*Fuente: Parte diarios y fichero Programa Aduana Centro de Salud "La Cruz de Carrasco".

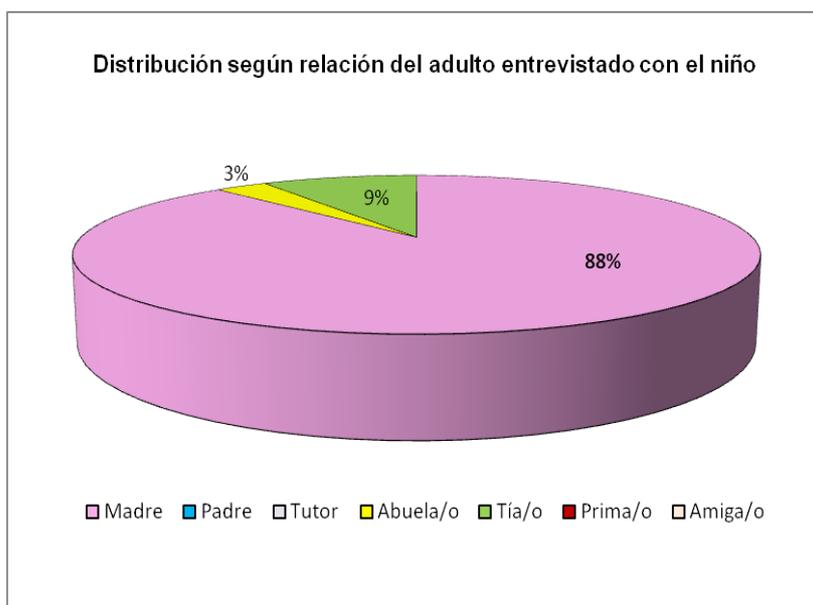
En lo que respecta a la edad, el mayor porcentaje de niños/as corresponde a la franja etaria de entre un año y menores de dos años con un 36,4%, y en una menor proporción los niños/as de entre 7 meses y menores de un año, así como mayores de 32 meses y menores de 3 años con un 9,1%.

En cuanto a la variable **sexo** de los niños/as, 17 de ellos (52%) pertenece al sexo masculino, y 16 (48%) pertenece al sexo femenino.

Tabla N° 2- Distribución de frecuencias según relación del **adulto referente** entrevistado, con los niños/as que presentaban Incumplimiento, que concurren a control y aceptaron participar entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011 en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco”.

Adulto Referente	FA	FR%
Madre	29	88
Padre	0	-
Tutor	0	-
Abuela/o	1	3
Tía/o	3	9
Prima/o	0	-
Amiga/o	0	-
Total	33	100%

Gráfico N° 2:



***Fuente:** Adultos referentes de los niños/as con incumplimiento, que concurren al control y que aceptaron participar de la investigación en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco”

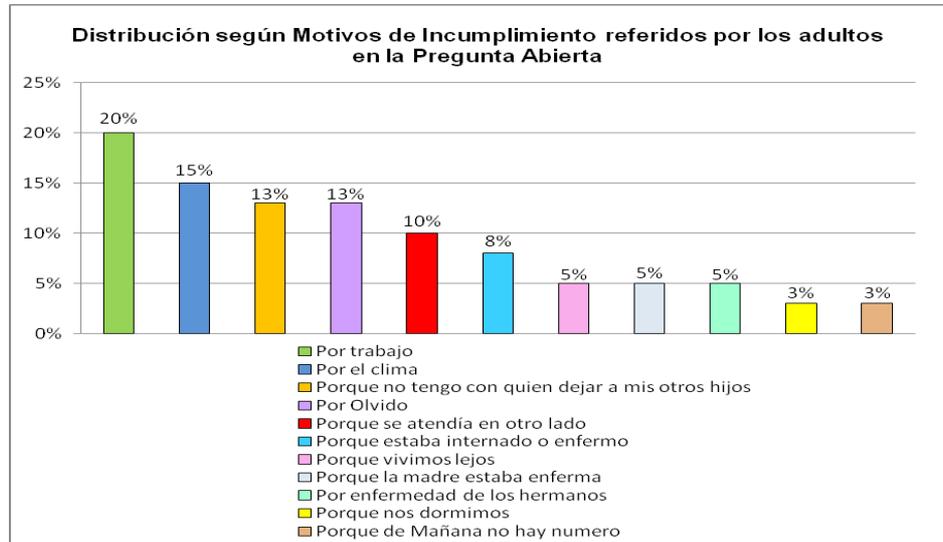
En cuanto a la relación de los niños/as con el adulto referente de los que concurren al control pediátrico en la fecha estipulada, encontramos que 29 de ellos (88%) lo hizo acompañado por su madre.

En lo que respecta a las causas de incumplimiento, según lo referido por los adultos entrevistados, en una primera instancia frente a la pregunta abierta surgieron los siguientes resultados:

Tabla N° 3- Distribución en frecuencias según los **Motivos del Incumplimiento** referidos por los adultos referentes de los niños/as con incumplimiento mediante la pregunta abierta, que concurren a control y que aceptaron participar de la Investigación entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011, en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco”.

Motivos del Incumplimiento en Pregunta Abierta	FA	FR%
Por trabajo	8	20
Por el clima	6	15
Porque no tengo con quien dejar a mis otros hijos	5	13
Por Olvido	5	13
Porque se atendía en otro lado	4	10
Porque estaba internado o enfermo	3	8
Porque vivimos lejos	2	5
Porque la madre estaba enferma	2	5
Por enfermedad de los hermanos	2	5
Porque nos dormimos	1	3
Porque de Mañana no hay numero	1	3
Total	39	100%

Gráfico N°3:



***Fuente:** Adultos referentes de los niños/as con incumplimiento, que asistieron al control y que aceptaron participar en la investigación.

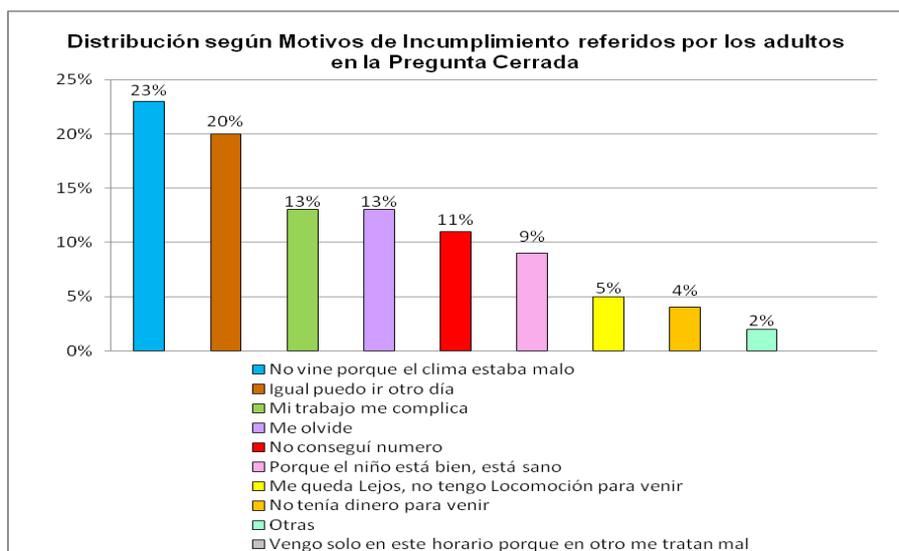
En lo que respecta a las causas de Incumplimiento para la pregunta abierta, se observó que 8 adultos (20%) expresaron que el motivo del incumplimiento estaba relacionado al trabajo y en menor porcentaje con un 3% refirieron no concurren porque se durmieron o porque de mañana no había número. (Aclaremos aquí que algunos adultos entrevistados ofrecieron más de un motivo, por lo que el total suma 39).

En lo que respecta a las causas de incumplimiento, según lo referido por los adultos entrevistados, frente a la pregunta cerrada surgieron los siguientes resultados:

Tabla N°4- Distribución en frecuencias según los **Motivos del Incumplimiento** referidos por los adultos referentes de los niños/as con incumplimiento mediante la pregunta cerrada, que concurrieron a control y que aceptaron participar de la investigación entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011, en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco”.

Motivos del Incumplimiento en Pregunta Cerrada	FA	FR%
No vine porque el clima estaba malo	21	23
Igual puedo ir otro día	19	20
Mi trabajo me complica	12	13
Me olvide	12	13
No conseguí numero	10	11
Porque el niño está bien, está sano	8	9
Me queda Lejos, no tengo Locomoción para venir	5	5
No tenía dinero para venir	4	4
Otras	2	2
Vengo solo en este horario porque en otro me tratan mal	0	-
Total	93	100

Gráfico N°4



***Fuente:** Adultos referentes de los niños/as con incumplimiento, que asistieron al control y que aceptaron participar en la investigación.

En lo que respecta a las causas de Incumplimiento a través de la pregunta cerrada, se obtuvo que 21 adultos refirieron que no llevaron a los niños/as al control de salud porque el clima estaba malo con un 23% y en un menor porcentaje, con un 4% se debió a no tener dinero para acceder al servicio de salud. (Aclaremos aquí que algunos adultos entrevistados ofrecieron más de un motivo, por lo que el total suma 93).



ANALISIS

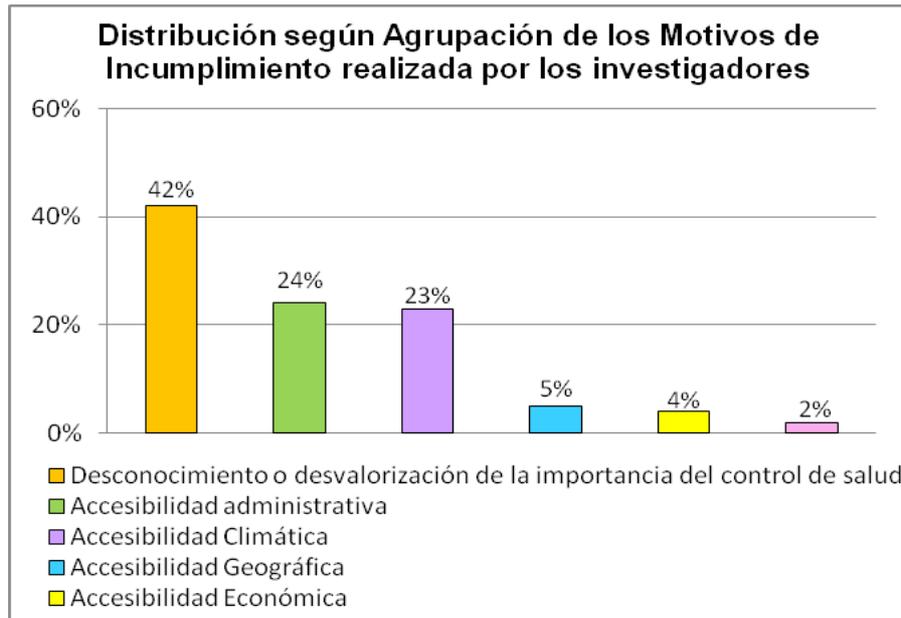
En el período en el que se realizó la investigación se obtuvo una muestra de 33 niños/as que pertenecían al Programa Aduana, que habían incumplido previamente en 1 o más controles de salud, y que concurrieron al control pediátrico en esa semana tal como estaba estipulado, según la información registrada en los partes diarios del Centro de Salud.

Se realizó una agrupación por parte de los investigadores de las respuestas dadas por los adultos referentes, la cual mostró que los motivos de incumplimiento se relacionaron en un 42% con el **desconocimiento y desvalorización de la importancia del control de salud en los niños/as**, y en segundo lugar con un 24% con la accesibilidad administrativa, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla N° 5- Distribución en frecuencias de las **Causas de Incumplimiento** según la agrupación de datos realizada por los investigadores en relación a las respuestas de la pregunta cerrada.

Causas de Incumplimiento-Agrupación por Investigadores	FA	FR%
Desconocimiento o desvalorización de la importancia del control de salud	39	42
Accesibilidad administrativa	22	24
Accesibilidad Climática	21	23
Accesibilidad Geográfica	5	5
Accesibilidad Económica	4	4
Otros	2	2
TOTAL	93	100%

Gráfico N° 5:



Se observó que la principal causa del incumplimiento de los controles de salud se relaciona al desconocimiento o desvalorización sobre la importancia de los mismos. Creemos que esto pueda estar quizás relacionado con una posible falla tanto en la cantidad, como en la calidad de las actividades educativas brindadas con respecto a este tema por parte del primer nivel de atención. Considerando que éste, es el primer contacto que el niño/a tiene con el sistema de salud, es primordial brindar información pertinente, clara, accesible y asimilable, acerca de la importancia que tiene cumplir con los controles de salud en tiempo y forma, para poder detectar precozmente factores de riesgo y prevenir posibles alteraciones en el desarrollo y crecimiento del niño.

Si bien nosotros no estudiamos como se brinda la educación, esto nos plantea la necesidad de incorporar en los servicios de primer nivel de salud un programa educativo más global hacia la población en su conjunto, reforzando la importancia de los controles de salud, ya que los mismos contribuyen al óptimo crecimiento y desarrollo neurobiológico, así como un adecuado desarrollo sociocultural de los niños/as.



La primera infancia es el período de desarrollo cerebral y biológico más intenso de toda la vida y depende en gran medida del entorno del lactante. Cuanto más estimulante sea el entorno, mayor será el desarrollo y el aprendizaje del niño, lo que influirá a futuro en su vida como adulto. Es importante que la familia, como sistema abierto organizado de individuos entre sí con vínculos estrechos, participe durante el crecimiento y el desarrollo del niño/a mediante estímulos favorecedores. La familia debe estar apoyada por la aplicación de políticas públicas de protección social que garanticen que los padres, madres y/o cuidadores puedan dedicar tiempo y atención a los niños de corta edad.

Enfermería como parte del equipo multidisciplinario de salud desempeña funciones fundamentales dentro de la asistencia sanitaria. Como función de docencia, realiza instancias de educación mediante la promoción y prevención de la salud de los niño/as, en forma espontánea al momento de las consultas o en forma programada a través de actividades educativas puntuales. A partir de los resultados obtenidos, se resalta que debe existir un énfasis en la educación a los padres y/o cuidadores sobre la importancia de los controles de salud. Enfermería, como otros miembros del equipo de salud, suelen ser los puntos de contacto temprano con un niño o niña, además son fuentes fidedignas de información para las familias y pueden proporcionar orientación para el cuidado de los mismos.

Asimismo, Enfermería participa en el control de salud pudiendo identificar factores de riesgo que influyan tanto en el crecimiento como en el desarrollo del niño/a. Además participa en el seguimiento de los mismos a través del Programa Aduana, es la encargada de llevarlo a cabo tanto en el segundo nivel como en el primer nivel de atención, en este último con colaboración de pediatras y médicos de familia, mediante la realización de visitas domiciliarias. Esta actividad permite al equipo de salud tener acercamiento con la familia del niño/a y conocer el entorno en el que viven, de esta manera poder identificar factores de riesgo que influyan en el desarrollo cognitivo, social y emocional del niño/a impidiendo que el mismo alcance su potencial y se integre como parte productiva en una sociedad mundial en rápido cambio.

La accesibilidad administrativa es otro determinante relevante a mejorar en los servicios de salud, para así lograr una mejor asistencia en esta franja etaria; por lo que surge la necesidad de que los servicios de salud adopten estrategias para contemplar cambios, por



ejemplo en los horarios en la atención. De esta manera, se podría lograr que todos los usuarios tengan el mismo derecho al momento de poder acceder a la atención en salud, sin que estos interfieran con sus horarios laborales; lograr una mejor disponibilidad de los recursos humanos; de distancia, así como también, poder tener el derecho de acceder a la consulta con el profesional que escojan. Alcanzando de esta manera, el uso racional de los recursos con que se cuenta, logrando una mejor optimización y rendimiento de los mismos.

El Primer Nivel de atención es la puerta de entrada al control en salud, es el primer contacto que tiene la población con el sistema sanitario, por lo que debe ser fácil y accesible, brindando la posibilidad de que todos los usuarios tengan el derecho de poder concurrir

Con respecto a la accesibilidad económica, la accesibilidad geográfica y la accesibilidad climática, creemos que estas causas están relacionadas con los determinantes sociales, ya que los mismos 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 dependen a su vez de las políticas adoptadas. Las mismas deben ser favorables a las familias, que garantizan que cuentan con ingresos suficientes, subsidios a la maternidad y apoyo financiero, permitiendo que los padres, madres y cuidadores puedan dedicar tiempo y atención a los niños/as

Para esto, es que todos los entes estatales deben trabajar en conjunto, brindando calidad en la atención de sus usuarios y disponiendo de mecanismos de coordinación entre sectores e instituciones, así como para la definición conjunta de políticas de salud y para la solución concertada e integral de las mismas. Esto es planteado por el sistema Nacional Integrado de Salud en donde se establece una atención integral, equitativa y universal.

Sabemos que la población estudiada pertenece a un estrato socioeconómico desfavorecido, y no es ajena a estas dificultades al momento de acceder a los servicios de salud, justamente por las condiciones socioeconómicas en las que viven. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables, observadas en los países, en lo que respecta a la situación sanitaria. Por lo que creemos importante, la necesidad de crear



estrategias de atención de salud, las cuales puedan llegar a todos los hogares, especialmente a los más vulnerables, en donde se realice una atención igualitaria favoreciendo el crecimiento y desarrollo.

Los determinantes sociales juegan un papel importante en esta etapa de la vida, ya que el ser humano no solamente necesita condiciones materiales favorables, sino que también desde esta etapa temprana de la vida se necesita sentirse valorado y estimado. Si estas condiciones no se dieran en forma favorable, a futuro repercutirán en la salud física.

Detectamos, que dentro de nuestra muestra la mayoría de los niños y niñas que incumplen con los controles de salud, son los niños/as de entre 2 años y medio y 3 años de edad, seguidos de aquellos de 1 a 6 meses de edad.

Con respecto a los datos obtenidos de los niños/as que participaron en nuestro estudio no podemos realizar una afirmación de que las causas del incumplimiento a los controles se vean más relacionadas a un determinado sexo, ya que los porcentajes obtenidos son similares.

Otro de los datos obtenidos que nos llamó la atención, fue que los niños/as que concurrían a los controles de salud estaban acompañados por su madre, el cual correspondía al 88% de nuestra muestra. Creemos que este hecho, se relaciona a lo que representa la figura materna en la sociedad, el rol de la mujer, y la importancia que el género femenino continúa desarrollando en todo lo que tiene que ver con el control y cuidado de los hijos en la familia.

En cuanto al control y seguimiento es importante brindar estrategias de salud que promuevan factores protectores como el control prenatal, la atención del parto calificado, el estado nutricional, la vacunación, y la dinámica familiar, los cuales contribuyan a mejorar los conocimientos, actitudes, aptitudes y prácticas respecto al cuidado y mantenimiento de la salud de los niños/as, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y en el hogar. De esta manera lograremos que se realicen intervenciones pertinentes, las cuales favorezcan a detectar precozmente factores de riesgos, prevenir enfermedades y además de hacer un seguimiento del desarrollo y crecimiento normal del niño.



El MSP, como órgano legislador y supervisor de los servicios de salud del país, deberá continuar desarrollando estrategias específicas para la disminución de la mortalidad infantil, mediante la aplicación del Programa de Salud de la Niñez.

Asimismo, se favorecerá el crecimiento del Programa Aduana, mediante la incorporación de estrategias específicas de intervención las cuales contribuyan a la reducción de la mortalidad infantil, pudiendo llevar a cabo las metas asistenciales propuestas por el Ministerio de Salud Pública. Las mismas nos permiten medir de esta manera el esfuerzo institucional realizado para promover el cambio al incumplimiento de los controles de salud de los niños/as que pertenecen al Programa Aduana en dicha institución, mejorando la calidad asistencial.

La Promoción de salud debe hacer énfasis en el trabajo con las familias para mejorar su capacidad de cuidado en situaciones de enfermedad así como promoción de la salud para prevenir e identificar los signos de peligro tempranamente y mejorar la calidad de vida de la madre, recién nacido, niña y niño.

Debemos educar a la comunidad que la concurrencia a los controles de salud de los niños/as son muy importantes para el correcto crecimiento y desarrollo de los mismos y que es una instancia de encuentro no solo del niño/a con los profesionales de la salud sino que también de las familias, ya que es una instancia en la cual se les brinda información. De este modo se fortalecerá la importancia de que los controles se deben de realizar en tiempo y forma, ya que la salud y la enfermedad son parte de un proceso en continuo cambio a lo largo de la vida.

Se deben así mismo enfrentar desafíos importantes, principalmente en lo relativo a la superación de la pobreza, la cobertura y calidad del sistema educativo, las desigualdades de situaciones y oportunidades de género, la situación de la población en términos de salud, y la protección de su medio ambiente y el uso sostenible de sus recursos. Lo cual permitiría al Ministerio de Salud Pública desarrollar estrategias nacionales de promoción en salud que apuesten a fortalecer la protección en salud de los más pequeños.

Esto implicaría romper con un patrón histórico de asignación del gasto en salud que no tenía en cuenta las necesidades de diferentes grupos poblacionales.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION
2011



A nivel mundial, las sociedades sean ricas o pobres, que invierten en los niños/as y en sus familias durante su primera infancia son las que cuentan con las poblaciones con mayores índices de alfabetización y destreza numérica, y las que disfrutan de una mejor salud y menores índices de desigualdad en materia de salud del mundo.

La inversión en los niños/as de corta edad es fundamental para el desarrollo de la economía de un país. Proporcionar oportunidades de aprendizaje en la primera infancia, junto con una nutrición mejorada, aumenta la probabilidad de que los niños/as sean escolarizados y que en su vida como adultos, obtengan mayores ingresos, tengan una mejor salud, y sea menor su dependencia de la asistencia social con respecto a los que no reciben apoyo a su desarrollo en la primera infancia.



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA

URUGUAY

CAPITULO 7

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION
2011



CONCLUSIONES

Frente a los objetivos planteados, logramos determinar la proporción de niños/as menores de 3 años de edad del Programa Aduana, del Centro de salud "La Cruz de Carrasco" que incumplen con los controles de salud en relación a su edad. Así como también caracterizar a la población de niños/as que pertenece al Programa Aduana y que concurren a los controles en el Centro de Salud para la fecha establecida, describiendo e identificando las causas del incumplimiento a los controles para la población seleccionada.

En lo que respecta a las causas de incumplimiento pudimos concluir que:

- Desvalorización o desconocimiento sobre la importancia de los controles de salud, es la causa más frecuente.
- La accesibilidad administrativa surge como otro determinante relevante a mejorar en los servicios de salud.
- La accesibilidad económica, la accesibilidad geográfica y la accesibilidad climática son otras de las causas que afectan la concurrencia a los controles de salud.
- La investigación nos permitió conocer el interés que presenta la población objetivo por participar de las actividades que se realizan en el Centro de Salud, sobre todo cuando se trata de colaborar para la mejoría en la atención.
- El estudio nos reveló, la importancia que el género femenino en el rol materno continúa desarrollando en nuestra sociedad en el cuidado de los hijos.

En lo que respecta a la experiencia desarrollada consideramos que fue un trabajo que enriqueció nuestros conocimientos, logramos desempeñarnos como grupo, con una buena relación entre todas, elemento básico para poder trabajar en cualquier Servicio de Salud, como futuras Licenciadas en Enfermería, dentro de un equipo multidisciplinario.

En relación con el Centro de Salud La Cruz de Carrasco, queremos destacar el buen trato que nos brindaron y la predisposición por parte de los funcionarios para colaborar en nuestro trabajo de investigación ya que nos facilitaron toda la información necesaria para



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION
2011



llevar a cabo la misma, lo que nos permitió a cada uno de los integrantes incorporar y ampliar nuestros conocimientos sobre los controles de salud en los menores de tres años.

Si bien no podemos cambiar sus circunstancias de vida, si podemos cambiar la accesibilidad a los servicios de salud, ideando intervenciones que den respuesta específica a las necesidades que al respecto surgen, desde una perspectiva de trabajo y colaboración multidisciplinaria.

Para finalizar, creemos que es un tema para continuar estudiando y trabajando en él, y esperamos que nuestra investigación sirva como aporte o guía para idear intervenciones en relación a las causas de incumplimiento halladas, y que de esta manera se logre una mejor calidad en el control de los niños/as, favoreciendo el correcto crecimiento y desarrollo de los más pequeños.



SUGERENCIAS

Nuestro objetivo en este punto es generar propuestas, las cuales surgieron luego de haber concluido con nuestra investigación, que le permita al Centro de Salud poder desarrollar su trabajo con un mayor espectro y teniendo en consideración las causas referidas por los adultos referentes en relación con el incumplimiento a los controles de salud.

A partir de las mismas sugerimos:

- Promover y realizar instancias informativas y educativas para las familias de los niños/as que se atienden en el Centro de Salud sobre la importancia de los controles en salud en tiempo y forma, así como también favorecer y promover la importancia de la participación de la figura paterna en el control de salud, cuando sea posible.
- Ofrecer a los usuarios la posibilidad de concurrir al control aumentando la cantidad de números para la consulta, accesibilidad horaria y favorecer la accesibilidad a controlar al niño con el pediatra preferido por los padres.
- Implementar de ser posible un sistema de citas con horario asignado, en lugar del sistema por "orden de llegada", ya que prolonga los tiempos de espera para ser atendidos enormemente, lo que no sólo resulta en una pérdida de tiempo significativa para aquellas madres que trabajan o que deben dejar al resto de sus hijos al cuidado de otras personas para poder concurrir al control, sino que además resulta sumamente cansador y molesto para los niños. Este mismo sistema, se aplicaría para pasar previamente por Antropometría, unos 10 o 15 minutos antes del horario asignado para el pediatra.
- Se incorpore al Programa Aduana del Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" todos los niños de 0 a 3 años que se atienden en dicho centro de salud (aunque hayan comenzado a controlarse en dicho Centro tardíamente, porque lo hacían en otros Centros, por ejemplo).
- Se realice un registro de control en planillas elaboradas para tal fin por parte de Enfermería en el consultorio de Antropometría Infantil de todos los niños/as de 0 a 3 años que no concurren al control en salud en la fecha fijada, realizándose una



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION
2011



posterior recaptación telefónica para conocer el motivo de incomparecencia al control y se le proporcione nueva fecha para próxima cita al control.

- Se actualice adecuadamente las tarjetas del fichero del Programa Aduana, de modo de que no se pierda información, que luego dificulte o imposibilite una recaptación de los niños. (Registros de Teléfono y dirección corroborados periódicamente, fecha de asistencia al último control, etc.)



BIBLIOGRAFÍA

- Alamilla M, Rodríguez C, Huguet A, Rodríguez C. Manual de Procedimientos Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo: Hospital Pereira Rossell; 2006.
- Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S, Gabrielzyk I, Gerra A, Martínez C, Carrillo R. Herramientas Metodológicas para el trabajo en el Primer Nivel de Atención. Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Departamento de Enfermería Comunitaria; 2009.
- Caja López C, López Pisa M. Enfermería Comunitaria. Vol. 3. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
- Castro C, Maldonado O, Benguigui Y. La Niñez, la Familia y la Comunidad. Washington: Organización Panamericana de la salud; 2004.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4 ta ed. México: McGraw-Hill; 2008.
- Behrman RE. Tratado de Pediatría. Vol 1. 15ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
- OPS. Manual Clínico para aprendizaje de AIEPI en Enfermería. Washington: ALADEFE; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Los Hechos Probados: Determinantes Sociales de la Salud. Madrid: OMS; 2003.
- Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. 2da ed. Barcelona: Masson; 1989.
- Ramos Calero E. Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas. Madrid: DAE; 2000.
- Wong D. Enfermería Pediátrica. Vol 1. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
- Álvarez N, Bertin A, Martínez C, Palacios M. Características de los niños de 12 a 24 meses: Programa Aduana. Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Departamento de Enfermería en Salud Comunitaria; 2010.
- Cabrera N, Francia I, Gonzales M, Jolodkow P, Silveyra B, Suarez P. Control de salud de los niños de 0 a 12 meses del barrio Saravia. Carmelo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Materno Infantil; 2004.
- Cátedra de Salud del Niño y del Adolescente. Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Uruguay. Montevideo; 2008
- Cátedra Materno Infantil. Control del Niño hasta el primer año de vida. Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República; 2009.



- Chrispens G, Di Salvatore R, Feipe M, Olivera M, Rodríguez L. Comportamiento de las metas asistenciales de Programa Aduana y Disponibilidad del recurso humano. Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Departamento de Enfermería en Salud Comunitaria; 2010.
- Cuello V, Medina V, Santucci N. Relación entre el estrato socio-económico y la composición familiar con el crecimiento en niños desde su nacimiento hasta los 2 años de edad, de un centro de salud público de Montevideo. Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Departamento de Enfermería en salud Comunitaria; 2009.
- Lechner V. Loebel D. López C. Mansilla R. Caro G. [Meduss. Revista Escuela de Medicina USS Chile](#). Estudio de la adherencia a la actividad control niño sano en el CESFAM Angelmó. Chile [Internet] Setiembre; 2007. Disponible en: <http://meduss.bligoo.com>.
- Trujillo, C. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. Vol. 4. N°2. Correlación entre el conocimiento de las madres, el número de controles del niño menor de un año y la aplicación de las estrategias comunicacionales en el control de crecimiento y desarrollo en la micro red Santa Fe – Callao. Perú, Lima. [Internet] Julio-Diciembre; 2008 Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/scielo>.
- Cattani A. Características del Crecimiento y Desarrollo Físico. [Consultado 3 dic 2011 16: 16hrs]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl>.
- Departamento de Educación Médica. Guía de Intervención en el Primer Nivel de Atención. Control periódico del niño y niña hasta los 14 años. [Internet] Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo. [Consultado 7 ago 2011 11: 35hrs]. Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/>
- Departamento de Enfermería Comunitaria. Metas Prestacionales. [Material de clase]. Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República; 2010.
- Departamento de Enfermería Comunitaria. Clases Teóricas. [Material de Clase] Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay; 2010.
- Departamento de Enfermería Comunitaria. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Actualización en Salud Comunitaria y Familiar. Herramientas Metodológicas para el trabajo en Primer Nivel de Atención. Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República; 2009.



- Departamento de Enfermería Comunitaria. Concepto salud Floreal Ferrara. Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República; 2010.
- ENSAME. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2009.
- INDE. Plan de Estudio 93`. Concepto Salud Enfermedad. Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República; 1993.
- Sociología Mod.1. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. Montevideo; 2007.
- Ministerio de Salud Pública. Administrador de los servicios del estado. [Internet] Uruguay. Montevideo. [Consultado el 5 jul 2011 9: 00 hrs.]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucasse_1618_1.html .
- Ministerio de Salud Pública. Epidemiología. Tasa de Mortalidad Infantil. [Internet] Uruguay. Montevideo. [Consultado 18 jul 2011 18:00 hs.]. Disponible en: <http://www.uruguayaldia.com/2011/03/cae-la-tasa-de-mortalidad-infantil-en-uruguay/>.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Aduana. [Internet] Uruguay. Montevideo. [Consultado 28 dic 2010, 6 ene 2011, 19 ene 2011, 15 feb 2011, 3 mar 2011, 28 mar 2011, 16 may 2011, 5 jul 2011, 6 jun 2011]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención a la Niñez. [Internet] Uruguay. Montevideo; 2007 [Consultado el 20 set 2011 a las 21:00 hrs.]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_1024_1.html.
- Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos. Determinantes Sociales de la Salud. [internet] [Consultado 16 ago 2011 a las 15:00 hrs.]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants.
- Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Desarrollo en la primera infancia. [Internet] [Consultado 3 dic 2011 15:00 hrs.]. Disponible en: <http://www.who.int>.
- Poder Legislativo. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Ley nº 18.161. [Internet] Uruguay. Montevideo; 8 agosto 2007. [Consultado 6 jul 2001 18:00hrs.]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy> .
- Sociología Modulo 1. [Material de clase] Montevideo: Facultad de Enfermería. Universidad de la República; 2007.
- Wikipedia. Atención primaria de Salud. [Internet] [Consultado 6 jul 2011 18:00 hrs.]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org>.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION
2011



ANEXOS

ANEXO 1

Cronograma de Gantt.

Actividades	Diciembre 2010- Febrero 2011	Febrero 2011- Mayo 2011	Mayo 2011- Junio 2011	Junio 2011- Agosto 2011	Agosto 2011- Octubre 2011	Octubre 2011- Noviembre 2011	Noviembre 2011- Diciembre 2011	Diciembre 2011
Reuniones Grupales	→							
Elección del tema, planteamiento del Problema y elaboración del protocolo.	→							
Presentación y aprobación del Protocolo			→					
Ejecución de la Investigación							→	
Plan de tabulación y análisis de datos							→	
Presentación del trabajo.								→



ANEXO 2

Carta de solicitud de Autorización:

Montevideo, Octubre 2011

DIRECCION DE LA RAP. SRA. DRA. ALICIA SOSA

Por la presente el grupo de tesis de la Licenciatura de Enfermería, Facultad de Enfermería, se dirige a usted en el marco de la propuesta del **trabajo de investigación final**, la cual es de crucial importancia para concluir nuestra carrera.

Por este medio se le solicita a usted la autorización para llevar a cabo un trabajo de Investigación en el Centro de salud La Cruz de Carrasco, sobre las “**causas del incumplimiento del control de salud de los niños de 0 a 3 años**” que se atienden en dicho centro de salud. La misma se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal, en la cual se realizara un relevamiento de los datos obtenidos mediante el fichero del Programa Aduana y realizando posteriormente una visita domiciliaria a todas los referentes informados y que hayan aceptado participar de dicha investigación. Los datos serán obtenidos con los niños que se encuentran dentro del Programa Aduana en los meses de julio y agosto del 2011. Iniciándose con la recabación de los datos a partir del mes de Octubre del 2011, una vez sido aceptado el protocolo por parte de nuestras Tutoras docentes, Prof. Adj. Lic. Silvia Crosa, Prof. Adj. Lic. Alicia Guerra, Prof. Asist. Lic. Nelly de Biase.

Por la misma también se solicita a usted la autorización para hacer referencia su institución en nuestra investigación así como también una vez finalizada la misma, poder explicitar los datos y la fuente de donde fueron recabados.

Desde ya agradecemos su colaboración con nuestro trabajo de investigación final.

Saluda atentamente: Br. Laura Baubeta.

Br. Natalia Gasperi.

Br. Alejandra De Pazos.

Br. Dahiana Pérez.

Br. Andrea Piñeiro.



ANEXO 3

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Enfermería Comunitaria

Instrumento de Recolección de Datos:

Consentimiento informado:

Me han informado sobre los objetivos de la investigación y la recabación de los datos, al igual que su finalidad, por lo que manifiesto mi voluntad de participar de la misma.

Firma de Conformidad

Relación del adulto referente entrevistado con el niño:

- Madre
- Padre
- Abuelo/a
- Tío/a
- Primo/a
- Amigo/a
- Tutor





Nombre del Niño/a:

Cedula de Identidad:

Domicilio:

Teléfono de Contacto:

Sexo:

Femenino

Masculino

Edad: ¿Qué edad tiene el niño/a?

0 a 29 días

1 mes a 6 meses y 29 días

7 meses a 11 meses y 29 días

12 meses a 23 meses y 29 días

24 a 31 meses y 29 días

32 a 36 meses

Incumplimiento:

Si

No

Causas: ¿Cuáles son los motivos por los cuales los niño/as faltaron al control de salud?



Motivos de incumplimiento:

De los motivos que les mencionaremos a continuación en donde colocaría su motivo de no concurrencia:

- Me queda Lejos, no tengo Locomoción para venir (ómnibus, moto, auto).
- Mi Trabajo me complica.
- No tenía Dinero para venir.
- No vine porque el Clima estaba malo.
- Igual puedo ir otro día.
- Me olvide
- No conseguí número
- Porque el niño está bien, está sano.
- Vengo solo en este horario porque en otro me tratan mal.
- Otros



ANEXO 4

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO.

Objetivo:

- Determinar las causas del incumplimiento en los menores de 3 años que concurren a control en el Centro de Salud La Cruz de Carrasco desde el 8 de noviembre al 15 de noviembre.

Instructivo general:

Para garantizar una mayor comprensión del cuestionario y facilitar la recolección de la información a partir de los ficheros del Programa Aduana se presenta a continuación un conjunto de orientaciones que permitirán obtener una información más clara y concisa.

Las recomendaciones han sido consignadas en forma de normas, son de imperativo cumplimiento, pues de estos elementos depende en gran medida la efectividad del ejercicio:

- A) Realizar la firma por parte del encuestado del consentimiento informado.
- B) Llenar el formulario con lapicera, por parte del encuestador.
- C) Recabar del fichero datos como: domicilio, número telefónico, edad, sexo, incumplimiento del control, según figuren en el mismo.
- D) Recabar al momento de la entrevista: causas, motivos, relación del encuestado con el niño/a.
- E) Los espacios se deben marcar con (X).

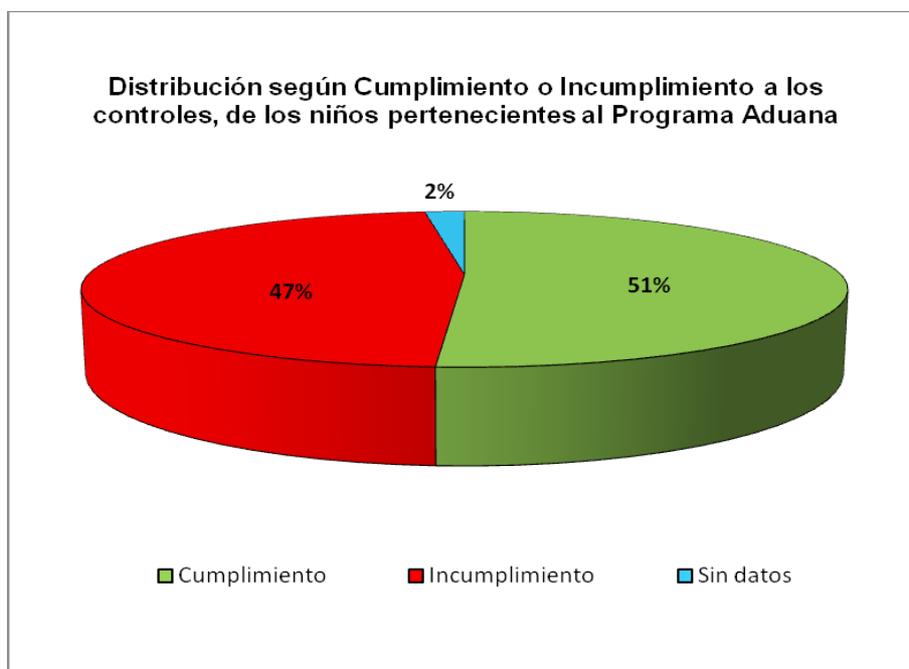
ANEXO 5

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Tabla N° 6- Distribución de los niños/as pertenecientes al **Programa Aduana** del Centro de Salud La Cruz de Carrasco, que debían concurrir a control en el período comprendido entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011 en los turnos mañana y tarde, que presentaban **Cumplimiento o Incumplimiento**.

Programa Aduana	FA	FR %
Cumplimiento	61	51%
Incumplimiento	57	47%
Sin datos	2	2%
Total	120	100%

Gráfico N° 6:

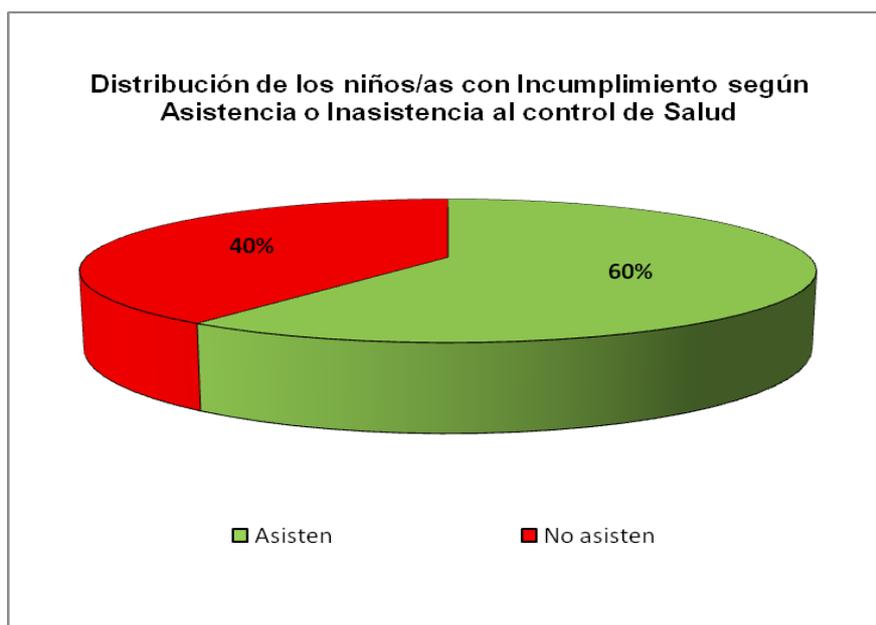


***Fuente:** Partes diarios pediátricos y ficheros del Programa Aduana del Centro de Salud La Cruz de Carrasco.

Tabla N°7- Distribución según **Asistencia o Inasistencia** al control de salud en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco” en el período del 8 al 15 de noviembre del 2011, de los niños/as que presentaban Incumplimiento.

Incumplimiento	FA	FR%
Asisten	34	60%
No asisten	23	40%
Total	57	100%

Gráfico N° 7:



***Fuente:** Parte pediátrico diario en el período del 8 al 15 de Noviembre en el Centro de Salud La Cruz de Carrasco, al finalizar los controles pediátricos del día

Tabla N°8- Distribución de los Adultos Referentes de los niños con Incumplimiento, que asistieron al control durante el período del 8 al 15 de noviembre de 2011 en el Centro de Salud La Cruz de Carrasco, según **aceptaron** o **no aceptaron** participar en la Investigación.

Adultos referentes- Incumplimiento	FA	FR%
Aceptan	33	97%
No aceptan	1	3%
Total	34	100%

Gráfico N° 8:



***Fuente:** Respuesta verbal de Adultos referentes de los niños con Incumplimiento, que asistieron al control.

Tabla N°9- Distribución según **sexo** de los niños/as con Incumplimiento, que asistieron al control de salud en el período del 8 al 15 de noviembre del 2011 en el Centro de Salud La Cruz de Carrasco, y que participaron de la investigación.

Sexo	FA	FR%
Masculino	17	52%
Femenino	16	48%
Total	33	100%

Gráfico N° 9:



***Fuente:** Parte Diario y Fichero Programa Aduana Centro de Salud La Cruz de Carrasco.



ANEXO 6

PRESUPUESTO

El mismo será solventado por los cinco investigadores que participaron de la investigación, de manera voluntaria.

El presupuesto incluye gastos estimados en horas de uso de explorador en línea en local de Cyber, fotocopias e impresiones realizadas en locales de fotocopiadoras, carpetas y sobres comprados en librerías y gastos en transporte urbano e interdepartamental.

No se considerarán en este presupuesto aquellos gastos en relación a uso de Internet e impresiones en los domicilios particulares de los investigadores.

Recursos Materiales	Costos
Acceso a explorador en línea	\$ 110,00
Impresiones	\$ 852,00
Fotocopias	\$ 220,00
Carpetas	\$ 223,00
Sobres	\$ 15,00
Transporte aprox.	\$ 8.923,00
Total aprox.	\$ 10.343,00