



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA MATERNO-INFANTIL**



**CAUSAS DEL  
INCUMPLIMIENTO DEL  
CONTROL DE SALUD DE  
LOS NIÑOS/AS MENORES A  
2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD CERRO**

**AUTORES:**

Br. Ascarate Farias, María Estefanía  
Br. Olveira Soppi, Ana Karen  
Br. Silva Casafuz, Patricia Daniela  
Br. Sosa D'Angelo, Patricia Florencia  
Br. Vivián Gallardo, Estefanía

**TUTORES:**

Prof. Lic. Barrenenchea, Cristina  
Prof. Adj. Lic. Crosa, Silvia

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

**MONTEVIDEO 2012**

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo final de investigación no hubiese sido posible sin la colaboración de diversas personas e instituciones, por lo cual es pertinente mencionarlas: nuestro agradecimiento a las autoridades de la Red de Atención Primaria (R.A.P.), Administrador de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.), Directora Dra. Alicia Sosa y Coordinadora General de Enfermería, Lic. Esther Polti por acercar la carta pidiendo autorización a la R.A.P. para realizar la investigación en el “Centro de Salud Cerro”.

Al personal del “Centro de Salud Cerro”, por abrirnos sus puertas y su amabilidad para llevar a cabo el desarrollo de nuestro Trabajo de Investigación.

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

Nuestro agradecimiento especial para nuestras familias y amigos por darnos apoyo incondicional en el transcurso de esta etapa donde logramos culminar nuestra carrera.

## INDICE

Resumen	5
Introducción	7
CAPÍTULO I	9
Planteamiento del Problema	9
Objetivos	9
Justificación Científica	10
CAPÍTULO II – ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
CAPÍTULO III – MARCO CONCEPTUAL CONTEXTUAL	20
CAPÍTULO IV – DISEÑO METODOLÓGICO	35
Población	35
Materiales, Métodos y Aspectos Ético-Legales	36
Operacionalización de las Variables	37
CAPÍTULO V – PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	44
Análisis	56
CAPÍTULO VI – CONCLUSIÓN	59
CAPÍTULO VII – SUGERENCIAS	61
Bibliografía	62
Anexos	64

### **Titulo de investigación:**

“Control del niño menor de 2 años: causas del incumplimiento del control”.

### **Resumen:**

La siguiente investigación tuvo como objetivo principal: “Conocer las causas del incumplimiento del control del niño menor a 2 años, en el Centro de Salud del Cerro (Montevideo, Uruguay), en el periodo de tiempo comprendido entre el 16 al 20 de enero de 2012”.

Se realiza una investigación de carácter cuantitativo, descriptivo, transversal.

La población de estudio son: Todos los adultos referentes de los niños/as menores de 2 años que se atienden en Centro de Salud Cerro.

La muestra se realiza por conveniencia; formada por los adultos referentes de los niños/as menores de 2 años, que tengan al menos 1 falta al control de salud, que concurren al Centro de Salud Cerro, en el período comprendido entre el 16 y el 20 de enero de 2012 y que aceptaron participar de este estudio.

Las variables que se estudian son las siguientes: Causas del incumplimiento al control de salud, edad del niño, vacunas, edad de la madre, sexo del niño, nivel de instrucción de madre, padre, o tutor, composición familiar, accesibilidad geográfica al Centro de Salud, accesibilidad administrativa, y accesibilidad económica.

Se detectaron un total de 62 niños/as menores de 2 años que concurren a controlarse en el período de tiempo determinado y que presentaban por lo menos 1 incumplimiento al control de salud. Se obtiene que la principal causa de incumplimiento al control de salud: “me olvide, me dormí”; manifestado por los responsables de los niños.

Le siguió dificultades en cuanto a la accesibilidad administrativa por parte del Centro de Salud según la percepción de los entrevistados.

En relación a las conclusiones, destacamos el cumplimiento de los objetivos planteados.

Basándonos en dichas conclusiones, se realizaron sugerencias destinadas al Centro de Salud, lo cual puede favorecer a una mejora en el seguimiento de los controles de salud.

## **Introducción:**

A continuación se presenta el trabajo de investigación llevado a cabo por cinco estudiantes de la Universidad de la República, de la Facultad de Enfermería, cursando la carrera Licenciatura en Enfermería; dicha investigación es el requisito para obtener el título de Licenciada en Enfermería.

En dicha investigación nos planteamos la problemática del incumplimiento del control del niño menor a 2 años.

Debido a que la franja etaria de nuestra población comprende las edades entre 0 a 2 años debimos tener en cuenta el Plan Aduana; cuyo objetivo es asegurar el control del recién nacido y lactante luego del alta después del nacimiento.

Consideramos de gran importancia realizar este estudio ya que mediante el mismo, logramos conocer los diversos factores que condicionan el no cumplimiento del control del niño menor a dos años; al conocer las causas se brinda información al equipo de salud, para que el mismo tenga herramientas para poner en marcha diversas acciones para captar a esa población y realizar promoción y prevención en salud, fortaleciendo el desarrollo y crecimiento del niño.

Se realiza un estudio de tipo cuantitativo descriptivo con corte transversal, a una muestra no probabilística<sup>1</sup>, formada por los adultos referentes de los niños/as menores de 2 años, que tengan al menos 1 falta al control de salud, y que concurren al Centro de Salud Cerro, en el período comprendido entre el 16 y el 20 de enero de 2012 y que acepten participar de este estudio.

---

<sup>1</sup> HERNÁNDEZ SAMPIERI. FERNANDEZ COLLADO, BAPTISTA LUCIO "Metodología de la Investigación". Cuarta Edición; 2006.

Se utiliza como instrumento de recolección de datos un cuestionario con preguntas cerradas basadas en las variables previamente establecidas.

Una vez recolectados los datos se realiza la interpretación de los mismos y el análisis de los resultados.

## **CAPITULO I:**

### **Área problema:**

Causas del incumplimiento del control del niño menor a dos años.

### **Planteamiento del Problema:**

¿Cuáles son las causas del incumplimiento del control del niño menor a dos años en el Centro de Salud del Cerro en el periodo de tiempo comprendido entre el 16 y 20 de enero de 2012?

### **Objetivos:**

#### **Objetivo general:**

Describir las causas del incumplimiento del control de salud del niño menor a 2 años en el Centro de Salud Cerro.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar a los niños/as que presentan incumplimiento al control.
- Caracterizar a la población objetivo de nuestra investigación.
- Determinar las causas del incumplimiento del control de salud en niños menores de 2 años.
- Identificar la percepción que tienen los adultos referentes de los niños/as menores de 2 años acerca de la accesibilidad económica, geográfica y administrativa al Centro de Salud.



### **Justificación científica:**

Para comenzar nuestra justificación del trabajo debemos mencionar que entendemos por control de salud del niño: encuentro que tiene el niño y madre, padre o tutor del mismo con el equipo de salud.

Es pertinente mencionar el objetivo del Programa Prioritario de Atención de Salud a la Niñez<sup>2</sup> para adentrarnos en el tema a tratar, siendo el mismo el de “lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente hasta los 14 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de salud aplicando una estrategia de Atención Primaria en Salud, coordinadas con otros efectores, con perspectiva de derechos, de género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de esta población”. Los controles estipulados en el Programa Prioritario de Atención de Salud a la Niñez del Ministerio de Salud Pública se deben realizar en todos los efectores integrales de salud pública y privada. El Plan Aduana, está inmerso en el Programa mencionado y es un sistema de detección de los niño/as que cumplen o incumplen con la normativa y las metas prestacionales vinculadas a la niñez.

Identificar las causas del incumplimiento del control, permite detectar precozmente las diferentes alteraciones en el desarrollo y crecimiento del niño, realizando actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación las cuales contribuyen a disminuir la tasa de mortalidad infantil; así como elaborar estrategias con el resto del equipo de salud para el tratamiento oportuno y precoz de las alteraciones que se puedan detectar.

---

<sup>2</sup> Programa Nacional de Atención a la Niñez. Dirección General de Salud. MSP. Uruguay; 2006.

Con respecto a la mortalidad infantil en 2010 cerró en 7,7 casos por cada mil nacidos vivos<sup>3</sup>. Entre 2009 y 2010 el indicador pasó de 9,6 a 7,7 por mil nacidos vivos.

Es así que cabe destacar la importancia que el Ministerio de Salud Pública le ha otorgado, creando diferentes programas como lo es el Programa Prioritario de Atención de Salud a la Niñez<sup>4</sup>.

El incumplimiento del control del niño, es un problema para el equipo de salud ya que refleja una falla en el trabajo del mismo. Haciendo referencia a Primer Nivel de Atención, el mismo se encarga básicamente de la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación. Para cumplir con estos objetivos del Primer Nivel de Atención, el equipo de salud se guía por los programas de salud establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Los programas colaboran a minimizar las desigualdades de los ciudadanos en derecho de su ejercicio, o mejor dicho trata de ofrecer servicios de salud a sus clientes de forma igualitaria en los diferentes estratos socioeconómicos.

Si bien es cierto que la atención médica puede prolongar la supervivencia y mejorar el pronóstico después de las enfermedades graves, son las condiciones sociales y económicas las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general, ya que son las que hacen que las personas enfermen y necesiten atención médica.

No obstante, el acceso universal a la atención médica es sin ninguna duda uno de los determinantes sociales de la salud. Podemos decir que los usuarios que se atienden en servicios públicos, estarían ubicados en estratos sociales bajos, donde la pobreza es un determinante de salud.

---

3 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Uruguay logra caída histórica de la tasa de mortalidad infantil. Uruguay 28de marzo de 2011. [www.rlp.com.uy/noticias/alba/96079](http://www.rlp.com.uy/noticias/alba/96079).

4 Programa Nacional de Atención a la Niñez. Dirección General de Salud. MSP. Uruguay; 2006.

Donde las condiciones en que se nace, crece, vive, trabaja y muere determinan el Proceso de Salud-Enfermedad. En todas las sociedades se da el hecho de que a medida que descendemos por la escala social, se va acortando la esperanza de vida.

Las circunstancias económicas y sociales asociadas a la pobreza afectan a la salud de por vida. Las personas que viven en los peldaños más bajos de la escala social suelen estar sometidas, como mínimo, a un riesgo doble de padecer enfermedades graves y muertes prematuras que las personas que viven más cerca de los peldaños superiores.

Un buen comienzo en la vida significa apoyar a las madres y a los niños y niñas: el desarrollo temprano y la educación ejercen un impacto sobre la salud que dura toda la vida.

Un desarrollo lento y un apoyo emocional escaso aumentan el riesgo de tener una mala salud durante toda la vida y reducen el funcionamiento físico, emocional y cognitivo en la madurez. La experiencia temprana de la pobreza y el desarrollo lento se graban en la biología durante el proceso de desarrollo y conforman la base del capital humano y biológico del individuo, lo cual afecta a su salud durante toda la vida.

Una situación de pobreza durante el embarazo puede causar que el feto se desarrolle por debajo del nivel óptimo a través de una cadena de circunstancias que pueden incluir carencias en la nutrición durante el embarazo, estrés maternal, una mayor probabilidad de que la madre fume o abuse de las drogas y el alcohol, una falta de ejercicio o una asistencia prenatal insuficiente.

Un desarrollo fetal pobre supone un riesgo para la salud en la vida posterior.

El apoyo social y las buenas relaciones sociales contribuyen de manera importante a la buena salud.

El apoyo social proporciona a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan. Pertenecer a una red de apoyo basada en la comunicación y en el establecimiento de obligaciones mutuas hace que la gente se sienta cuidada, querida, estimada y valorada.

Y todo ello ejerce un poderoso efecto protector sobre la salud. Las relaciones de apoyo pueden también estimular patrones de conducta más saludables.

Haciendo referencia a la importancia de dicha investigación para la institución donde se realizó; en relación al equipo de salud, este podrá trabajar en la creación de estrategias con las cuales se abordarán las causas del incumplimiento del control que fueron identificadas al finalizar nuestra investigación.

Con los resultados de esta investigación, el personal de enfermería obtiene un punto de partida para continuar con el trabajo que ya venía realizando o gestionar las estrategias elaboradas por todo el equipo de salud, además de implementar actividades específicas de enfermería como lo es la visita domiciliaria, la cual permite identificar los determinantes sociales y en base a ello planificar el trabajo.

Los resultados de la investigación tendrán influencia en la población, ya que recibirán el beneficio de las actividades que podrán ser profundizadas con los resultados obtenidos.

## **CAPITULO II:**

### **Antecedentes de la investigación:**

#### **Antecedentes internacionales:**

En el año 2007 se llevo a cabo en Chile, un trabajo de investigación, por parte de estudiantes de la Escuela de Medicina Universidad San Sebastián, sede Puerto Montt, el cual se titula: “Estudio de la adherencia a la actividad control niño sano en el CESFAM Angelmó.” La misma tuvo como objetivo general: Determinar los motivos de inasistencia a la actividad Control de Niño Sano en la población inscrita en el CESFAM Angelmó a septiembre del 2007<sup>5</sup>.

Para realizar este estudio se determinó la participación de madres de niños entre 0-6 años de edad, las cuales fueron seleccionadas según su calidad subjetiva como informante (buena comprensión del lenguaje, adecuada capacidad de juicio) por funcionarios del CESFAM.

Las preguntas realizadas en la sesión fueron las siguientes:

- ¿Alguien nos puede contar porque ha tenido que venir recientemente al consultorio?
- ¿Por qué creen ustedes que hay baja asistencia a Control Niño Sano?
- ¿Hay factores dentro del consultorio que influyen para que las madres no quieran traer a sus niños al control?
- ¿Hay factores dentro de las familias que influyen para que las madres no quieran traer a sus niños a controles?

---

5 Lechner V, Loebel D, López C, Mansilla R, et al. “Estudio de la adherencia a la actividad control niño sano en el CESFAM Angelmó”. Chile 2007. (Escuela de Medicina Universidad San Sebastián, sede Puerto Montt).

- ¿Qué otros factores piensas Uds. que están influyendo en la falta de asistencia al control?
- ¿Cuál creen ustedes que es la importancia en salud del Control Niño Sano?

Los resultados obtenidos fueron:

El 62% de los asistentes fueron madres, el 25% fueron padres y una de ellas era abuela, representando el 13% de los asistentes.

Los padres asistentes tenían un promedio de edad de 33 años, con una escolaridad promedio de 11 años. Éstos tenían un buen conocimiento de los objetivos del control de niño sano y las actividades realizadas en él.

3 de los asistentes son casados, 2 son convivientes, 2 solteros y una viuda.

De las madres asistentes 3 son dueña de casa, 3 operarias. Con respecto a la ocupación paterna 1 de los padres es guardia y el otro es operario.

Las familias valoraron positivamente la actividad realizada, por lo tanto se muestran interesados en traer a los niños al control.

Dentro de los factores familiares condicionantes de la adherencia a control de salud de los niños del CESFAM Angelmó, 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).

Por otro lado, dentro de los factores del CESFAM 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.

En relación a lo observado, es importante que el equipo de salud permita y promueva la participación del padre en la actividad CNS, así como también se establezcan sistemas de atención más accesibles para las madres que trabajan

fuera de la casa. Por otro lado, se recomienda mantener y mejorar las formas de entrega de educación en salud.

### **Antecedentes Nacionales:**

En el año 2009 se llevo a cabo un trabajo de investigación, por parte de estudiantes de la Facultad de Enfermería, el cual se título: “Seguimiento de los niños en el plan Aduana en un Centro de salud del sector publico de Montevideo, en el periodo de tiempo que comprende enero- junio 2009” la misma tuvo como objetivo general: Describir los registros que existen en el plan Aduana en un Centro de salud, del sector publico de Montevideo en el periodo de tiempo comprendido entre enero-junio 2009 <sup>6</sup>.

Para dicha investigación se crea un instrumento que facilite la recolección de datos de la ficha para la realización de la investigación.

Para que el registro cumpla con tal finalidad, es necesario disponer de un modelo que sea el estándar para compararlo y poder describir su efectividad y su eficacia como instrumento.

Dicho instrumento se aplico en forma individual para cada ficha de programa Aduana. Siendo el total de las fichas 509.

Las variables utilizadas en dicha investigación fueron: registros, peso, edad, talla, alimentación, vacunas, visitas domiciliarias y observaciones.

---

<sup>6</sup> ARROQUI C.; ESPINO S.; MOLINELLI G.; NOVOA E; et al “Seguimiento de los niños en el Plan Aduana en un Centro de Salud del Sector Público de Montevideo, en el período que comprende Enero-Junio 2009”. 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.

En cuanto al variable registro; los componentes de la misma no se encontraban completos; se obtuvo un 79% de datos completos y un 21% de datos incompletos.

Los variables edad, peso, talla y alimentación se encontraban 100% completas.

En lo que respecta a la variable vista domiciliaria se obtuvo un 87% de registros completos y un 13% incompletos.

La variable observaciones se obtuvo un 3% de registros completos y un 97% incompletos.

Existe compatibilidad entre los diferentes registros con respecto al programa aduana, ya que tanto la historia clínica, la ficha y el carnet de salud tienen como finalidad el seguimiento del niño. En cambio el registro es diferente.

En el año 2010 se llevo a cabo un trabajo de investigación, por parte de estudiantes de la Facultad de Enfermería, el cual se título: “Comportamiento de las metas asistenciales de programa aduana y disponibilidad de recurso humano en el mes de agosto del año 2010”<sup>7</sup>.

La misma tuvo como objetivo general: describir el comportamiento de las metas asistenciales del programa aduana así como también la disponibilidad horaria de los RRHH , como el mismo en cada uno de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención del sector público de Montevideo entre marzo y abril del año 2010.

En dicha investigación la población de estudio fueron los responsables del programa aduana de cada Centro de Salud.

---

<sup>7</sup>CHRISPENS G, DI SALVATORE R, FEIPE M, OLIVERA M, et al. “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.



Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista estructurada e individual, con preguntas múltiples, guiada por un formulario previamente diseñado.

Se obtuvo en cuanto a los RRHH que en el mes de marzo se contó con 35 individuos y en el mes de abril con 36; de los cuales el 28% eran Licenciados en Enfermería, un 44% Auxiliares de Enfermería, un 22% internos y un 6% administrativos; en un total de 5834 horas. Las tareas que desempeñó el RRHH fue un 100% de tareas de supervisión. El 89% visita domiciliaria un 67% de registro escrito y registro informático y un 66,5% de controles de salud.

En los 4 Centros de Salud que había internos en Enfermería estos realizaron Controles de Salud, visitas domiciliarias, seguimiento y registro escrito. Solo uno de ellos también registro informático.

Se destaca que de un total de 614 niños; un 47% cumplió con las inmunizaciones en tiempo y forma. En cuanto a la lactancia materna y la ecografía de cadera el porcentaje de cumplimiento fue el mismo, un 36% cumplió y para el control de salud un 39% cumplió con el mismo en los plazos requeridos.

En el año 2011, un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería, llevó a cabo un trabajo de investigación, 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 (R.A.P.- A.S.S.E.)<sup>8</sup>.

El mismo es un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se realizó la captación de los niños/as menores de 3 años, que hubieran

---

<sup>8</sup> BAUBETA L, PAZOS A, GASPERI N, PÉREZ D, et al. "Causas del Incumplimiento del Control del Niño Menor a 3 Años". Facultad De Enfermería. Universidad de la República. Departamento de Enfermería en salud comunitaria. Uruguay. Montevideo. Noviembre 2011. Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.

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 niño/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 permitieron concluir que las principales causas de incumplimiento a los Controles de Salud están relacionadas con el desconocimiento o desvalorización de la importancia del control de salud y a problemas de accesibilidad, sobre todo administrativos.

En el estudio 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.

### **CAPITULO III:**

#### **Marco conceptual- contextual:**

Para comenzar a realizar nuestra fundamentación teórica en la cual nos basaremos y utilizaremos como respaldo en la realización del trabajo de investigación, es fundamental y primario, adentrarnos en la definición de salud, enfermedad y bajo que parámetros nuestra Disciplina lo estudia y comprende. Tal es así que según nuestro plan de estudios de 1993, de la Facultad de Enfermería concibe lo antes mencionado como: “Es el proceso que constituye a un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación Salud – Enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurada por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”<sup>9</sup>.

Por todo lo expuesto hasta el momento y siguiendo nuestra revisión bibliográfica es que extraemos la definición de comunidad, ya que los humanos no somos seres que estamos aislados, sino que desde las épocas mas primitivas a tendido a la agrupación, ya sea para producción, reproducción o defensa, siendo esto un factor determinante y/o condicionante en sus diferentes estados a nivel individual y a nivel grupal. Es importante también destacar los determinantes sociales de salud (DSS) ya que ellos condicionan el proceso salud-enfermedad de los individuos; los cuales se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, de acuerdo con Tarylor, “las características sociales

---

<sup>9</sup>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA (INDE). UNIV. DE LA REPUBLICA. Plan de Estudios 93. Disponible en <http://www.fenf.edu.uy>

dentro de las cuales la vida tiene lugar”. Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud.<sup>10</sup>

En esta oportunidad los autores elegidos son San Martín y V. Pastor, dicen que se entiende comunidad por:

“Es el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural.

Los miembros de la comunidad están ligados en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, etc.) comunes y/o por intereses y aspiraciones que puedan devenir comunes”<sup>11</sup>.

Siguiendo con el concepto de comunidad y de esa búsqueda de agrupación que trae el ser humano, es que nos detenemos en la estructura soporte que es la que nos presenta en esa comunidad de la que se forma parte.

Estamos hablando de la familia y lo que ella implica para nuestros procesos dependiendo del tipo y las funciones que cumpla.

Se entiende por familia como un “Grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.”<sup>12</sup>

La familia es un sistema abierto y funciona como una unidad: los miembros de una familia tienen en común muchas formas de comportamiento, hábitos, estilo de vida, y el medio ambiente. Entre ellos existe una interdependencia que hace a la familia funcionar como una unidad de forma que los problemas y mecanismos de

---

10 VEGA J, SOLAR O, IRWIN A. “Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción”.

11 SAN MARTIN, H., PASTOR, V., “Salud Comunitaria. Teoría y práctica”. Ed. Díaz de Santos, Madrid; 1984.

12 Departamento de Materno Infantil. Facultad de Enfermería. Universidad de la Republica. Definición Familia .Uruguay. Junio; 2004. Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.

salud de uno de sus miembros lo afecta individualmente a la vez que afecta a la familia como grupo al considerar a la familia como un sistema abierto.

Ahora bien, ya adentrándonos más específicamente en lo que es nuestra Disciplina y como nos organizamos desde las políticas de salud a nivel mundial, es que especificamos la estratificación de cómo se organizan los servicios de salud para luego involucrarnos más específicamente en lo que este trabajo de investigación estará abocado.

Para ser más claros mencionaremos los diferentes Niveles de Atención, entendiéndose este como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer la demanda de la población.

Se dividen en tres niveles: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel.

Enfocándonos en la definición de Primer Nivel: primeros cuidados que recibe la población. Se desarrollan de forma ambulatoria o en domicilio. Protección de salud mediante prevención de la enfermedad.

Según datos obtenidos de la Facultad de Enfermería, se definen y enumeran diferentes acciones y elementos de Atención Primaria a la Salud, las cuales aclaran que:

Las acciones de la salud están destinadas a prevenir la enfermedad y a recuperar la salud.

Hay tres tipos de acciones:

- Acciones de promoción
- Acciones de protección
- Acciones de recuperación o de rehabilitación.

Los elementos conceptuales que caracterizan a la Atención Integral de Salud son:<sup>13</sup>

- Integral: Considera al ser humano desde una perspectiva bio-psico-social y hacia el medio ambiente.
- Continua: A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en el Centro de Salud, urgencias, seguimiento hospitalario).
- Accesible: Los servicios deben organizarse de tal manera que la atención que brinda llegue a la población que le corresponda atender.
- Equipo Interdisciplinario: La atención será planificada y brindada por el equipo, más allá que se personifique en un integrante del equipo.
- Comunitaria y participativa: La participación es esencial para el desarrollo de la práctica sanitaria y está dirigido al colectivo no solo a la demanda individual.
- Programada-evaluable: No se realiza al azar, se planifica teniendo en cuenta el diagnóstico realizado y por lo tanto se deben establecer indicadores de evaluación.
- Docente e investigadora: La investigación debe ser una actividad permanente a realizar en el servicio al igual que la docencia de grado y postgrado.

En estos diferentes conceptos está inmersa nuestra Disciplina Científica, entendiéndose la Enfermería “es una disciplina encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia o grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continúa por mantener su

---

13 Departamento de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la Republica. Definición Atención integral a la salud. Uruguay. Montevideo; 2010.

equilibrio con el medio; en una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico- sociales.”<sup>14</sup>

Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

Es de competencia de los/as enfermeras/os profesionales las funciones de:

- Conducir el proceso de atención del equipo de Enfermería en los diferentes niveles de atención.
- Asumir la responsabilidad de la enseñanza de Enfermería en todos los niveles de formación y participar en la enseñanza de acciones de salud dirigidas a la población
- Administrar y en consecuencia dirigir los servicios docentes y asistenciales de Enfermería.
- Promover y participar en la investigación en el área propia y de la salud en general.
- Formular diagnósticos de Enfermería, tratamiento y evaluación de los mismos.
- Brindar cuidados directos de Enfermería que demanden conocimientos y capacidades para tomar decisiones de inmediato.
- Planificar organizar, controlar los servicios de Enfermería en instituciones públicas y privadas.<sup>15</sup>

Siguiendo en nuestro campo y según las definiciones aportadas por la Universidad de la República, Facultad de Enfermería es que se definen nuestras funciones.

Las funciones de enfermería pueden ser clasificadas en cuatro grandes áreas: asistencia, docencia, administración e investigación.

---

<sup>14</sup> Departamento de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la Republica. Definición Enfermería. Uruguay. Montevideo; 2010.

<sup>15</sup> Departamento de Materno Infantil. Facultad de Enfermería. Universidad de la Republica. Definición Funciones de la Enfermería. Uruguay. Junio; 2004. Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.

Asistencia: Es la prestación de cuidados integrales directos al individuo, familia o comunidad. La enfermería es responsable del mantenimiento, promoción y protección de la salud, del tratamiento de los enfermos y de su rehabilitación. Se ocupa de los aspectos psicosomáticos y psico-sociales de la vida que afectan la salud, la enfermedad y la muerte.

Docencia: Consiste en el conjunto de actividades que desarrollan las enfermeras para alcanzar los siguientes objetivos:

- α) Formar a sus propios profesionales en todos los niveles: básico, especializado, superior y formación continuada.
- β) Enseñar a individuos y grupos con el fin de alcanzar el más alto nivel de salud posible.
- γ) Formar el personal que compone el grupo de enfermería.
- δ) Colaborar en la formación de otros profesionales del equipo de salud.

Investigación: El profesional de enfermería en el centro de salud podrá desempeñar las siguientes actividades derivadas de la función de investigación:

- a) Ampliar y profundizar los conocimientos profesionales.
- b) Buscar por medio de la experimentación la solución a problemas y situaciones de enfermería, tratando de mejorar métodos y técnicas que eleven la calidad de asistencia.
- c) Difundir y aplicar las mejoras obtenidas de los resultados de la investigación.
- d) Alcanzar, a través de la investigación, un campo propio de conocimientos que clarifiquen definitivamente su identidad.

Administración: Aplicada a los servicios de enfermería, trata de asegurar que las funciones y actividades que deban ser desarrolladas por los profesionales en los distintos campos de actuación, se realicen de forma sistemática, racional y



ordenada, respondiendo a unas necesidades y asegurando el uso adecuado de los recursos.

Como ya lo hemos explicitado con anterioridad el hecho que nuestro trabajo se realizara dentro de una comunidad dada en el ámbito del Primer Nivel de Atención, es que debemos mencionar y enmarcarnos como Profesionales de Enfermería en la Salud Comunitaria.

La Enfermera Comunitaria integra el equipo interdisciplinario, y se la comprende como: “Enfermera Comunitaria es aquella que conoce las necesidades de cuidado de la población, posee los conocimientos científicos, las habilidades técnicas, y la actitud apropiada para proveerlos a individuos, aislados, en familia o en otros colectivos, allá donde viven, donde trabajan o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo profesional, de un equipo interprofesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y abierta a la participación comunitaria”.<sup>16</sup>

Nuestro trabajo está enmarcado dentro de uno de los Programas Prioritarios de Atención del Ministerio de Salud Pública.

En esta oportunidad el que nos compete es el Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez; Uruguay presenta una estructura demográfica caracterizada por el envejecimiento progresivo de su población. La Tasa de natalidad ha descendido en forma sostenida a nivel nacional, concentrándose en los estratos más pobres del país. Más del 50% de la población infantil está bajo la línea de pobreza, comprometiendo su desarrollo físico e intelectual. La salud de la población infantil es un derecho humano esencial violentado en la realidad actual del país. El sistema de salud brinda una respuesta insuficiente y no coordinada.

---

<sup>16</sup> Departamento de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la Republica. Definición Enfermería de Enfermería Comunitaria. Uruguay. Montevideo; 2010.

Las políticas sociales referidas a esta población han sido fragmentadas y discontinuas. Hay una postergación de la niñez y la adolescencia en las políticas sociales. Los montos invertidos en políticas sociales para la infancia lo demuestran. Datos recientes de UNICEF confirman que mientras los niños y adolescentes son el 30% de la población total y el 46 % de la población en situación de pobreza, reciben solo el 19,6% de los gastos sociales del Estado. Las consecuencias de estos hechos para el futuro del país son extremadamente graves y requieren un accionar inmediato de los poderes públicos y del conjunto de actores institucionales y comunitarios para revertir esta situación.<sup>17</sup>

El agravamiento sustantivo de la pobreza infantil en los últimos años ha tenido efectos importantes en el estado de salud de los niños. Si bien el indicador Mortalidad Infantil ha venido descendiendo en nuestro país en los últimos años - al igual que en muchos países de América Latina - las cifras correspondientes al sector público muestran grandes inequidades en zonas y barrios donde los determinantes de salud inciden en forma negativa agravando la situación.

Dado que en los hogares pobres se encuentran más del 50% de los niños/as menores de 6 años de nuestro país, la preocupación por estos y otros indicadores de mortalidad y morbilidad se justifican plenamente, porque la pobreza extrema lleva a la marginación y autoexclusión, dificultando el contacto de los servicios de salud con esta población, donde los riesgos de enfermar y morir son francamente superiores.

La desnutrición ha aumentado en los niños menores de 2 años de las zonas más excluidas, en muchas de las cuales hay cifras importantes de parasitosis vinculadas al déficit de saneamiento.

El debilitamiento de los vínculos intrafamiliares y las redes sociales, y en particular los cuidados y adecuados estímulos en la primera infancia afectan el desarrollo integral de una parte importante de las generaciones de niños y niñas que sufren


<sup>17</sup> Programa Nacional de Atención a la Niñez. Dirección General de Salud. MSP. Uruguay ; 2006.

posteriormente dificultades en el aprendizaje escolar, en la inserción social, en su desarrollo pleno de ciudadanía.


Dentro del Programa mencionado y en el marco de nuestra población Diana, es que no podemos dejar de mencionar el Plan Aduana.


El programa Aduana funciona desde hace 30 años dentro del SSAE-MSP. En el año 1971 a instancias del Prof. Dr. Ramón Guerra se creó dentro área materna infantil, un subprograma denominado “Plan Aduana”, cuyo objetivo fue asegurar el control de recién nacidos y lactantes, luego del alta hospitalaria (en Montevideo). El programa comenzó a funcionar en el año 1974. Se trataba de un sistema de referencia de recién nacidos y lactantes internados, que al alta eran derivados desde los hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell, a cuatro centros periféricos del M.S.P. y a diez servicios del Consejo del Niño llamados “Gotas de Leche”.<sup>18</sup>

Podemos identificar varias etapas en la evolución de éste proceso de referencia:

 En 1974 se inició la captación de recién nacidos y lactantes internados por personal de enfermería, mediante el registro de datos de identificación, y referencia al efector del primer nivel de atención más cercano al domicilio.

 En el año 1976 se capacitó personal para esta tarea específica.

 En 1983 con el cierre del Hospital Pedro Visca se concentraron las actividades en el Hospital Pereira Rossell, realizándose la incorporación del Hospital de Clínicas a esta coordinación.

 Entre los años 1995 y 2000 recibió un fuerte impulso en el marco del programa materno infantil, incorporándose recursos específicos, nuevos campos de trabajo y pautas de referencia y contratransferencia con el Hospital Pereira Rossell.

---

<sup>18</sup> Programa Nacional de Atención a la Niñez, Dirección General de Salud. MSP. Uruguay ; 2006.



El actual proceso de implantación de un sistema de información en la RAP (Red de atención de primer nivel) que conecta en red a los centros de salud, policlínicas I.M.M., las maternidades y la central de la RAP, ha iniciado una nueva etapa de su desarrollo con nuevos desafíos.

Objetivos principales del programa Aduana:

- Realizar la captación, control de salud y seguimiento de recién nacidos y lactantes hasta el tercer año 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.<sup>19</sup>

Componentes del programa Aduana en Montevideo:

Pueden identificarse tres componentes:

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-ASSE.

---

<sup>19</sup> Programa Nacional de Atención a la Niñez. Dirección General de Salud. MSP. Uruguay; 2006.

3. Componente periférico, constituido por los efectores en el primer nivel, entre los que se destacan:

- Equipos de programa Aduana que están en los trece centros de salud de la RAP.
- Equipos de salud de las veinte policlínicas municipales (I.M.M.)
- Médicos de familia asignados a cada centro de salud.
- Algunas policlínicas barriales comunitarias auto gestionadas.

La descripción de los componentes evidencia el complejo entramado institucional del programa que determina que en realidad sea coejecutado por los siguientes organismos:<sup>20</sup>

Ministerio de Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAP-ASSE (Red de atención del primer nivel)</li> <li>• CHPR (Centro Hospitalario Pereira Rossell)</li> </ul>
Universidad de la republica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de clínicas. Servicio de clinica de neonatología</li> <li>• Departamento de docencia en comunidad cuyos docentes concurren a los centros de salud.</li> </ul>
Intendencia Municipal de Montevideo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Policlínicas municipales de Montevideo.</li> </ul>

Así como nuestra población objeto tiene un Programa en particular, no podemos dejar de mencionar los controles específicos para ese rango etario en particular.

<sup>20</sup> Programa Nacional de Atención a la Niñez. Dirección General de Salud. MSP. Uruguay; 2006.

Y esto es así debido a que el crecimiento y desarrollo de la infancia involucra etapas fundamentales para la expresión adecuada del potencial de cada ser humano. Al nacer, las personas poseemos sistemas inmaduros que requieren tiempos y apoyos para su normal y completo desarrollo. Por esto aplican particularmente a la infancia los modelos de atención a la salud que incluyen actividades de promoción de salud hacia madre, padre, familia y entorno, y actividades de prevención de patologías específicas de demostrada eficacia (ej.: vacunas), y no sólo la asistencia a la enfermedad ya constituida.<sup>21</sup>

El seguimiento y apoyo permanente a 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 y 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.<sup>22</sup>

A través de la protocolización de los controles del niño, se pauta su frecuencia de acuerdo al grupo etario, señalando las acciones que controlen el crecimiento y el desarrollo pesquisando precozmente la desviación de la normalidad, con énfasis en la atención temprana de la infancia (hasta los 3 años); se enfatizan las acciones de promoción y prevención en un marco integral de trabajo con aporte interdisciplinario, destacando la importancia de las inmunizaciones y la alimentación y la salud bucal.

Los objetivos por los cuales están normalizados los controles son el de contribuir a mejorar la salud de niños y niñas hasta los 14 años mediante la sistematización de intervenciones de control en salud, con monitoreo del crecimiento y del desarrollo, con elementos de promoción y prevención sistemáticos, y despistaje oportuno de

---

21 Programa Nacional de Atención a la Niñez. Dirección General de Salud. MSP. Uruguay; 2006.

22 Programa Nacional de Atención a la Niñez. Dirección General de Salud. MSP. Uruguay; 2006.

situaciones patológicas, con adecuada utilización de recursos en el marco de un abordaje interdisciplinario.

En función del Programa de Atención a la Salud de la Niñez se definen los siguientes componentes longitudinales en base a los cuales se detalla la pauta de controles integrales:

- Control del niño /a de 0 a 24 meses
- Control del niño/a de 2 a 4 años

Si bien el programa se extiende, como ya se explicito en párrafos anteriores hasta los 14 años, en esta oportunidad nos limitaremos a ofrecer datos hasta los 2 años de vida, ya que es hasta este rango de edad que se limita nuestra investigación.

## **ESQUEMA DE CONTROL PEDIATRICO EN EL PRIMER Y SEGUNDO AÑO DE VIDA DEL NIÑO/A<sup>23</sup>**

### **Frecuencia de controles (mínimo recomendado)**

- **Del recién nacido/a**

Se sugiere un control neonatal lo más precoz posible luego del alta (entre el 7° y 10° día), para detectar rápidamente problemas de lactancia, entre otros.

Si la madre no concurre al primer control luego del alta un miembro del equipo de salud deberá ir a su domicilio.

Si bien la norma exige al menos 2 controles durante el primer mes de vida, importa señalar la relevancia del criterio técnico particular de modo de apoyar el adecuado vínculo madre – bebé, el éxito de la lactancia materna exclusiva, y el refuerzo de la autoestima materna.

---

<sup>23</sup> Programa Nacional de Atención a la Niñez. Dirección General de Salud. MSP. Uruguay ; 2006.

- **Del niño/a desde el primer mes hasta el año de vida**

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.

- **Del niño/a desde el año hasta los 2 años.**

La frecuencia de controles recomendada en el segundo año de vida para el niño sano es trimestral. La misma podrá variar en función de los riesgos pesquizados.

- **Principales Componentes del Control hasta los 2 años e Intervenciones recomendadas. (VER ANEXO 4)**

Finalizando con el marco conceptual-contextual consideramos oportuno definir entrevista, ya que fue la técnica utilizada en nuestra investigación; “es la comunicación interpersonal establecida entre investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el tema propuesto.”

Así como también definiremos: accesibilidad de los recursos; “la accesibilidad se relaciona con las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización por consumidores eventuales. Andy y Anderson extienden este concepto a los beneficiarios. Ellos ven en el concepto de accesibilidad una de las variables explicativas de la utilización de los servicios por la población objetivo, de la misma forma que en las características socio demográficas, personales, familiares y las de la necesidad”<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup>PINEAULT R, DAVELUY C, “La Planificación Sanitaria”. Segunda edición. España; 1992. Disponible en biblioteca tercer piso del Hospital de Clínicas.



Accesibilidad económica: “este concepto corresponde a la relación entre el precio de los servicios y la capacidad de pagarlos, ya sea a partir de los ingresos de los clientes o de un sistema de seguro de salud existente.”

Accesibilidad geográfica: “es función de la distancia, lineal o vertical o viajada, del tiempo de transporte y, posiblemente, del tiempo total pasado o del esfuerzo requerido para dirigirse de un lugar a otro.”

Accesibilidad socio- organizacional: este término se refiere a las características no espaciales de los recursos que obstaculizan o facilitan la utilización de los servicios.”

## **CAPITULO IV**

### **Diseño metodológico**

**Tipo de estudio:** Investigación cuantitativa, diseño no experimental descriptivo transversal.<sup>25</sup>

#### **Población:**

Todos los adultos referentes de los niños/as menores de 2 años que se atienden en Centro de Salud Cerro.

#### **Muestra:**

Por conveniencia. Formada por los adultos referentes de los niños/as menores de 2 años, que tengan al menos 1 falta al control de salud, y que concurren al Centro de Salud Cerro, en el período comprendido entre el 16 y el 20 de enero de 2012 y que acepten participar de este estudio.

#### **Criterios de exclusión:**

Adultos referentes de los niños/as

- Mayores a 2 años de edad al momento de la recolección de datos.
- Que cumplen con todos los controles según pautas del Ministerio de Salud Pública.
- Que estaban citados en dicho periodo y no concurren al control.
- Que no aceptaron participar de la investigación.

---

<sup>25</sup> HERNÁNDEZ SAMPIERI. Metodología de la Investigación. Cuarta edición; 2006

### **Materiales, métodos y aspectos ético legales:**

- Para realizar la investigación, primeramente se solicita autorización a la dirección de la R.A.P para realizar la misma en el Centro de Salud Cerro.
- Se realiza una prueba piloto con el objetivo de validar el instrumento de recolección de datos, en el Centro de Salud "Enrique Claveaux" el día 10 de enero de 2012.
- A continuación se procedió a concurrir al Centro, presentándonos e informando el periodo en el cual concurriríamos (del 16 al 20 de enero, cubriendo los turnos mañana y tarde) a realizar la recolección de datos.
- Para la recolección de dichos datos, se utiliza como técnica la entrevista e instrumento un cuestionario creado por los investigadores realizados a los adultos referentes de los niños que concurrieron al control de salud.
- Se solicito la agenda de citas programadas del medico pediatra que asistirían ese día a control de salud, identificando los menores de dos años. Además se adquieren datos por parte de funcionarios del Centro encargados del registro del Plan Aduana, acerca del número de niños que asisten al Centro menores a dos años.
- Luego se corrobora con el carné de control de cada niño quienes incumplían al control pediátrico.
- Posteriormente se procedió a captar a los adultos referentes de estos niños, explicándoles los objetivos de nuestra investigación y la modalidad del cuestionario a realizar, solicitando su autorización por escrito e informando la confidencialidad de los datos obtenidos.

- Una vez recolectados los datos se realizó el procesamiento y tabulación de los mismos.

### **Operacionalización de las variables:**

#### **1- Incumplimiento del control de salud.**

Conceptualización: Contactos o visitas programadas del niño con los integrantes del equipo de salud, que permiten vigilar la salud, crecimiento, desarrollo y relación padre-hijos.

Definición operativa: Menores de 2 años que presenten por lo menos 1 falta al control de salud, según figura en la tarjeta del programa Aduana.

Clasificación: Variable cualitativa nominal.

Categorización: Incumple/ cumple.

#### **2- Edad del niño:**

Conceptualización: Período cronológico medido en días y meses desde el momento del nacimiento hasta el momento actual. Permite conocer el tiempo cronológico de vida media de los usuarios.

Definición operativa: Edad cumplida por el niño/a y referida por el familiar en la entrevista.

Clasificación: Variable cuantitativa continua de razón.

Categorización:

Recién nacido: de 0 a 28 días.

Lactante: De 29 días hasta el año de vida.

De 12 meses a 24 meses.

### 3- Sexo del niño:

Conceptualización: Característica fisiológica que diferencia al hombre de la mujer.

Definición operativa: Registro del sexo del niño/a en el carné de salud.

Clasificación: Cualitativa, nominal.

Categorización: Femenino/Masculino.

### 4- Vacunas:

Conceptualización: Es un preparado de [antígenos](#) que una vez dentro del [organismo](#) provoca la producción de [anticuerpos](#) y con ello una respuesta de defensa ante microorganismos patógenos. Esta respuesta genera, en algunos casos, cierta [memoria inmunitaria](#) produciendo inmunidad transitoria frente al ataque patógeno correspondiente.

Definición operativa: Si los niños/as tienen las vacunas vigentes según con la normativa del MSP, y según carné.

Clasificación: Variable cualitativa nominal.

Categorización:

- Vigente.
- No vigente.

### 5- Edad de la madre:

Conceptualización: Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha actual.

Definición Operativa: Edad de la madre referida en la entrevista

Clasificación: Variable cuantitativa continua de razón.

Categorización:

- Menor a 19 años: madre adolescente.
- 20 a 29 años: madre joven.
- Igual o mayor de 30 años: madre adulta.

#### 6- Nivel de Instrucción de madre, padre o tutor:

Conceptualización: Caudal de conocimientos aprobados en la educación formal. Permite conocer las habilidades y el desarrollo de los conocimientos básicos del usuario.

Definición operativa: Ciclo de enseñanza formal terminado, manifestado en el momento de la entrevista

Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Categorización:

- No culmina primaria.
- Primaria.
- Secundaria.
- Terciaria.

#### 7- Composición Familiar:

Conceptualización: Es una forma de organización grupal intermedia entre el individuo y la sociedad. Es un subsistema social abierto en constante interacción con el medio natural y social, de elementos interactuantes de tal modo que el

comportamiento de un elemento en cierta situación es diferente en otra situación.  
Si uno de los elementos se modifica, se modifica el resto

Definición operativa: Integrantes de la familia según lo referido por el entrevistado.

Clasificación: Cualitativa nominal

Categorización:

- 2 generaciones padres e hijos.
- 3 generaciones abuelos padres e hijos.
- Madre o padre e hijos.
- Sin lazos parentales.

Re categorización:

- Familia nuclear: (2 generaciones padres e hijos).
- Familia extensa: (3 generaciones abuelos padres e hijos).
- Familia extensa mono parental (madre o padre e hijos).
- Familia adoptiva: (sin lazos parentales).

#### 9- Accesibilidad geográfica a la policlínica:

Conceptualización: Distancia del domicilio al servicio de salud

Definición operativa: Opinión de los usuarios respecto a la distancia de su domicilio a la institución.

Clasificación: Variable cualitativa nominal.

Categorización:

- Cerca
- Lejos
- Muy lejos

10)- Accesibilidad administrativa:

Conceptualización: Dificultades o facilidades que el centro asistencial brinda al usuario al momento de coordinar consulta, interconsulta, estudios etc.

Definición operativa: Opinión de los entrevistados sobre el tiempo de espera previo a la consulta.

Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Categorización:

- Es poco
- Está bien
- Es mucho
- Es muchísimo

11- Accesibilidad económica:

Conceptualización: Los costos que le genera acceder al centro asistencial.

Definición operativa: Opinión de los entrevistados del niño/a, sobre los costos que le genera acceder al control de salud



Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Categorización:

- Mucho (altos)
- Está bien (medios)
- No hay costos (bajo)

### 12- Causas del incumplimiento

Conceptualización: Motivos por el cual hay una omisión de una obligación o compromiso para no realizar los controles estipulados.

Definición operativa: Motivos referidos por los entrevistados por los cuales no se concurrió a el /los controles pautados

Clasificación: Variable cualitativa nominal

Categorización:

- Me olvidé.
- Me dormí.
- No conseguí libre en el trabajo.
- No tenía con quien dejar a mis otros hijos.
- Estaba enferma/o.
- El clima estaba malo.
- No sé.

- Otro.

## **CAPITULO V**

### **Presentación de los resultados**

La recolección de datos fue llevada a cabo en el Centro Salud Cerro, ubicado en la calle Carlos María Ramírez esquina Grecia, en el periodo de tiempo comprendido entre el 16 y el 20 de enero de 2012, en los turnos de la mañana y la tarde.

Se realizó por medio de un cuestionario creado por los investigadores el cual consta de preguntas cerradas, realizadas a los padres o tutores de los niños que asistieron en el periodo de tiempo antes mencionado, que tenían al menos un incumplimiento al control de salud y que aceptaron participar del estudio, a través de la firma del consentimiento informado.

La población que comprende la franja etaria entre 0 a 2 años correspondiente al Centro de Salud Cerro y sus efectores (29 policlínicas periféricas) es de 2.792 usuarios; siendo 1.469 los que se asisten exclusivamente en el Centro de Salud Cerro.

Esta información se adquirió por medio del programa informático que lleva a cabo el Programa Aduana de dicho Centro.

En el período de tiempo antes mencionado había un total de 100 niños agendados para control de salud, 20 niños por día; ya que en el mes de enero había varios pediatras de licencia.

De estos, 82 correspondían a la franja étarea entre 0 y 2 años de edad, de los cuales 12 cumplían con los controles de salud según las pautas del M.S.P., y 70 presentaban incumplimiento al control.

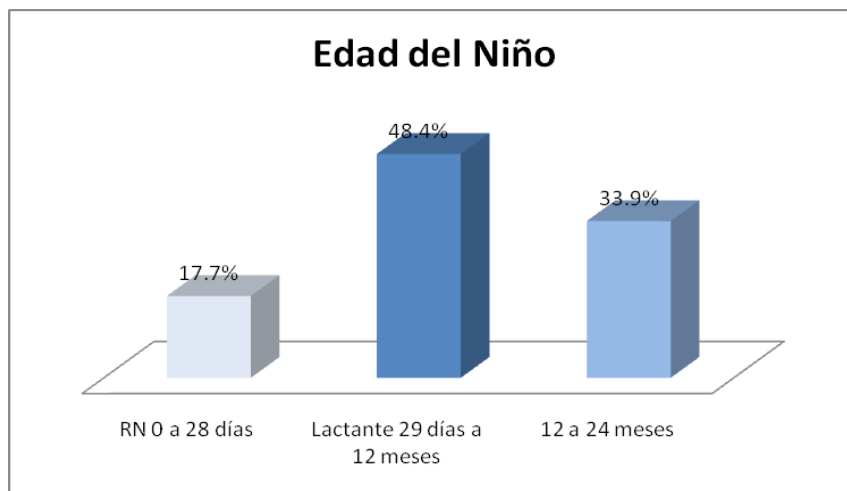
De los cuales se captaron 62 niños menores de 2 años que concurrieron a controlarse en el período de tiempo determinado y que presentaban por lo menos 1 incumplimiento al control de salud, y 8 no concurrieron al control en dicho periodo.

- **TABLA 1:** Distribución en frecuencias por edades de los niños/as menores de 2 años que se asisten en el Centro de Salud Cerro, que Incumplieron al menos con 1 control de salud, que concurren a control y participaron de la investigación.

EDAD NIÑOS/AS	FA	FR %
RN 0 a 28 días	11	17,7 %
Lactante 29 días a 12 meses	30	48,4 %
12 a 24 meses	21	33,9 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

**GRAFICO N°1:** Distribución de los niños/as menores a 2 años que incumplen a los controles de salud, concurren al control y participan de estudio, según sus edades.



Fuente: Tabla 1

Con respecto a la edad, un 48,4 % corresponde a la franja etaria comprendida entre 29 días y 12 meses; un 33,9 % mayores de 12 hasta 24 meses de edad; y un 17,7 % entre 0 y 28 días de vida.

- **TABLA 2:** Distribución por frecuencia del sexo de los niños/as menores de 2 años que incumplieron al menos con 1 control de salud, que concurrieron a control y participaron de la investigación.

<b>SEXO</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Masculino	35	56,5 %
Femenino	27	43,6 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

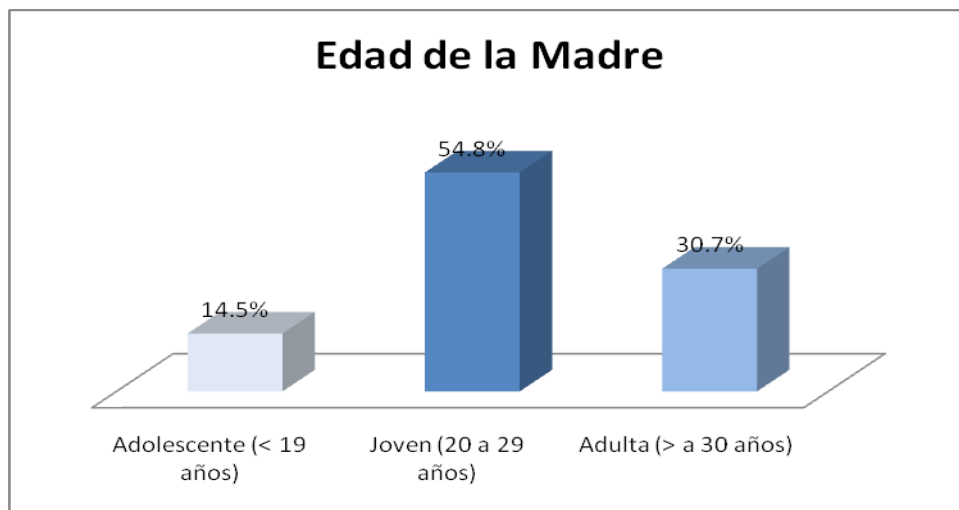
En cuanto a la variable sexo de los niños, 35 de ellos (56,4 %) son de sexo masculino, y 27 (43,6 %) son de sexo femenino.

- **TABLA 3:** Distribución en frecuencias por edad de las madres de los niños/as menores de 2 años que se asisten en el Centro de Salud Cerro, que incumplieron al menos con 1 control de salud, que concurrieron a control y participaron de la investigación.

EDAD MADRE	FA	FR %
Adolescente (< 19 años)	9	14,5 %
Joven (20 a 29 años)	34	54,8 %
Adulta (> a 30 años)	19	30,7 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

### GRAFICO 3:



Fuente: Tabla 3

En lo referido a la edad materna, encontramos que un 54,8 % son madres jóvenes (entre 20 y 29 años), un 30,7 % madres adultas (mayores de 30 años), y un 14,5 % son madres adolescentes (menores a 19 años).

- **TABLA 4:** Distribución en frecuencias por cumplimiento o no del carne esquema de vacunación de los niños/as menores de 2 años que se asisten en el Centro de Salud Cerro, que incumplieron al menos con 1 control de salud, que concurrieron a control y participaron de la investigación.

<b>CEV vigente</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Si	52	83,8 %
No	10	16,2 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

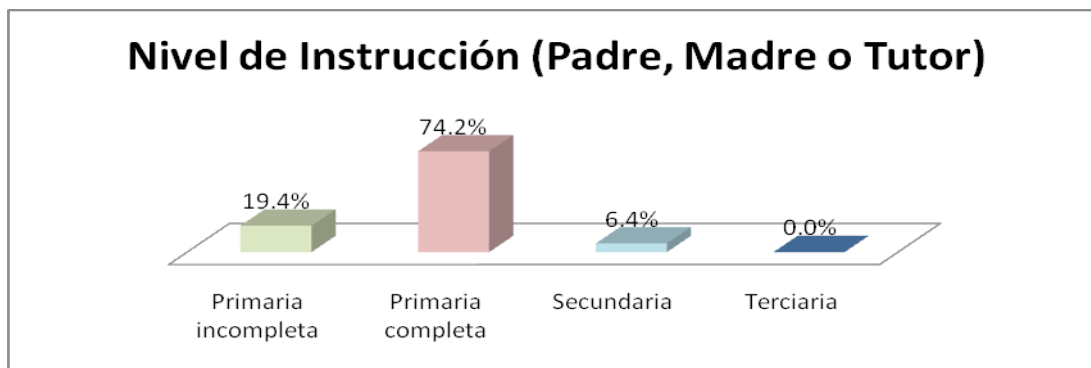
En cuanto al carné esquema de vacunación (CEV), identificamos que el 83,8 % de los niños captados lo tienen vigente, y un 16,2 % no lo tienen.

- **TABLA 5:** Distribución en frecuencias por nivel de instrucción de madre, padre o tutor de los niños/as menores de 2 años que se asisten en el Centro de Salud Cerro, que incumplieron al menos con 1 control de salud, que concurrieron a control y participaron de la investigación.

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN (madre, padre o tutor)</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Primaria incompleta	12	19,4 %
Primaria completa	46	74,2 %
Secundaria	4	6,4 %
Terciaria	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

#### GRAFICO N°5:



Fuente: Tabla 5

Con respecto al nivel de instrucción de madre, padre y/o tutor, el 74,2 % tienen primaria completa, un 19,4 % tienen primaria incompleta, y solo un 6,4 % tienen secundaria completa.

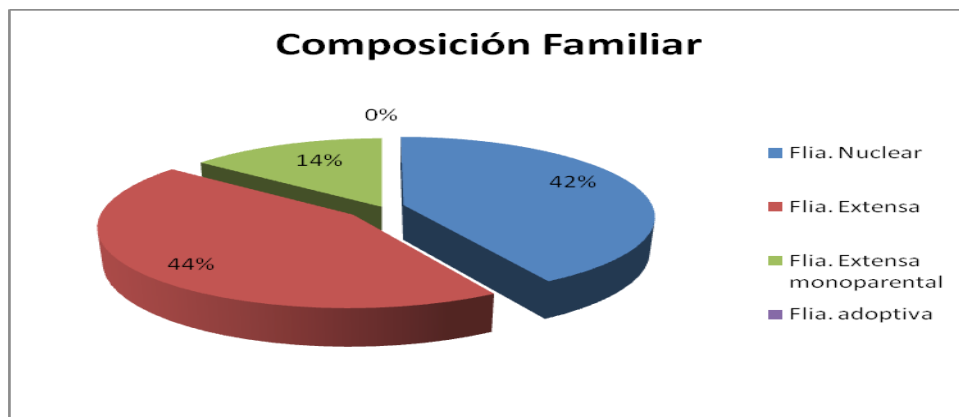


- **TABLA 6:** Distribución en frecuencias por composición familiar de los niños/as menores de 2 años que se asisten en el Centro de Salud Cerro, que incumplieron al menos con 1 control de salud, que concurren a control y participaron de la investigación

COMPOSICIÓN FLIAR	FA	FR %
Flia. Nuclear	26	41,2 %
Flia. Extensa	27	43,5 %
Flia. Extensa monoparental	9	14,3 %
Flia. adoptiva	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

#### GRAFICO N°6:



Fuente: Tabla 6

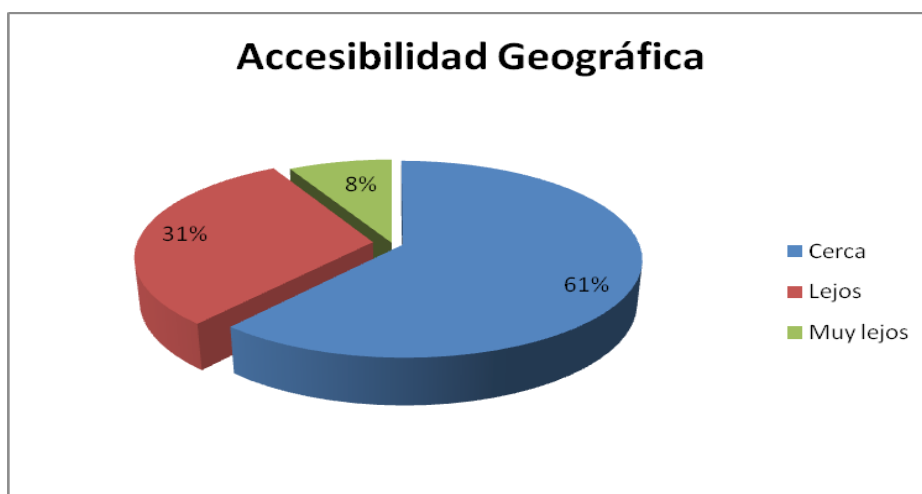
En cuanto a la composición familiar, el 43,5 % cuenta con una familia extensa, el 41,2 % tiene una familia nuclear, y el 14,3 % tiene una familia extensa monoparental.

- **TABLA 7:** Distribución en frecuencias por accesibilidad geográfica al centro de Salud Cerro.

<b>ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Cerca	38	61,3 %
Lejos	19	30,6 %
Muy lejos	5	8,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

**GRAFICO N° 7:**



Fuente: Tabla 7

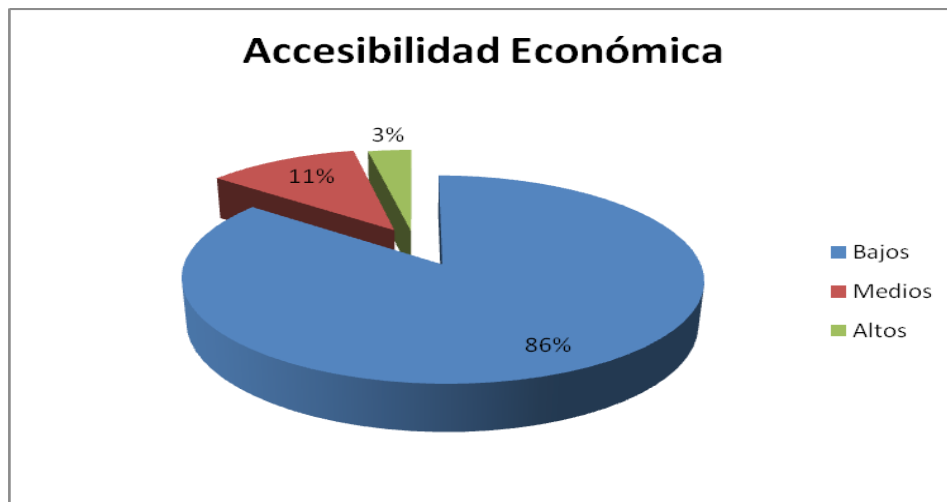
En lo referido a la accesibilidad geográfica, el 61,3 % de los encuestados refiere que el Centro de Salud les queda cerca de su domicilio, el 30,6 % lejos, y un 8,1 % refiere que les queda muy lejos del domicilio.

- **TABLA 8:** Distribución en frecuencias por accesibilidad económica a la asistencia en el Centro de Salud Cerro.

<b>ACCESIBILIDAD ECONÓMICA</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Bajos	53	85,5 %
Medios	7	11,3 %
Altos	2	3,2 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

**GRAFICO N°8:**



Fuente: Tabla 8

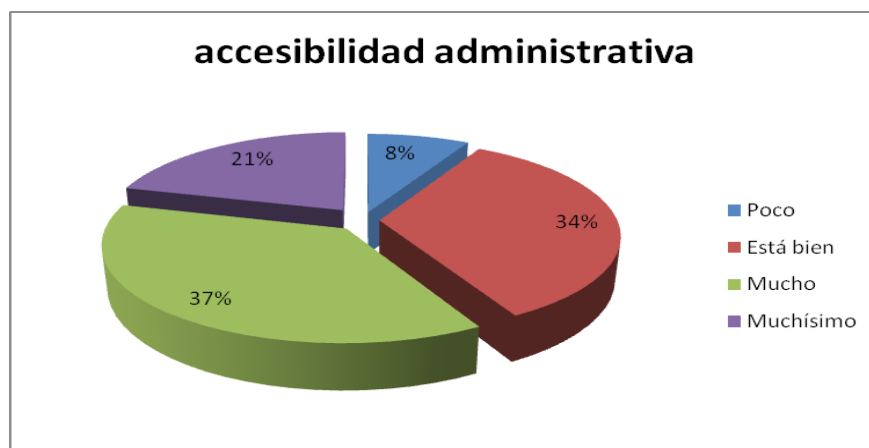
Acercas de la accesibilidad económica, 53 usuarios (el 85,5 %) refiere que los costos para acceder a la atención en el Centro de Salud son bajos, 7 usuarios (11,3 %) refiere que los costos son medios, y 2 usuarios (3,2 %) que son costos altos.

- **TABLA N°9:** Distribución en frecuencias por accesibilidad administrativa al Centro de Salud Cerro.

<b>ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Poco	5	8,1 %
Está bien	21	33,9 %
Mucho	23	37,1 %
Muchísimo	13	20,9 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

**GRAFICO N°9:**



Fuente: Tabla 9

Con lo que respecta a la accesibilidad administrativa, el 37,1 % de los encuestados refiere que el tiempo de espera para la consulta es mucho, el 33,9 % refiere que está bien, un 20,9 % refiere que el tiempo de espera es muchísimo y un 8,1 % que es poco.

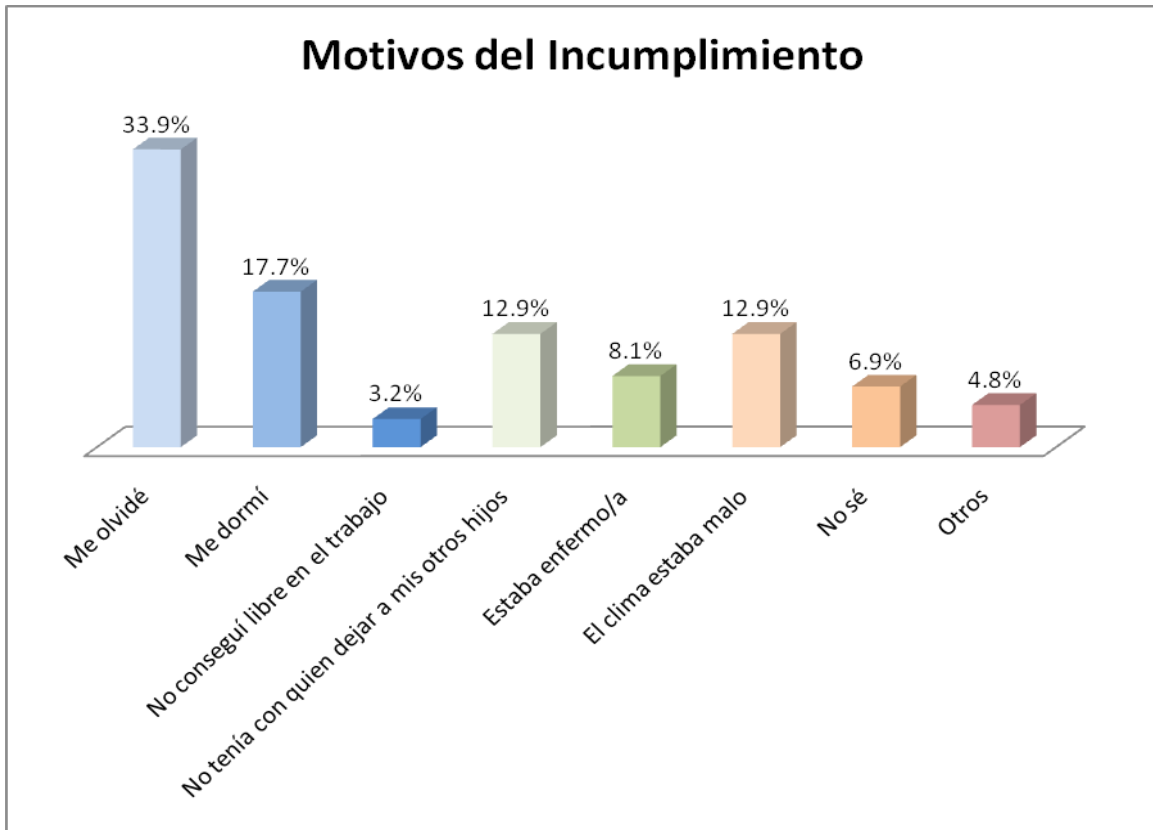
- **TABLA 10:** Distribución en frecuencias según los Motivos del Incumplimiento.

Referidos por los adultos referentes de los niños/as con incumplimiento que concurrieron a control y que aceptaron participar de la investigación.

<b>MOTIVOS DEL INCUMPLIMIENTO</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Me olvidé	21	33,9 %
Me dormí	11	17,7 %
No conseguí libre en el trabajo	2	3,2 %
No tenía con quien dejar a mis otros hijos	8	12,9 %
Estaba enfermo/a	5	8,1 %
El clima estaba malo	8	12,9 %
No sé	4	6,9 %
Otros	3	4,8 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>

Fuente: cuestionarios realizados a los adultos referentes de los niños menores a 2 años.

**GRAFICO N° 10:**



Fuente: Tabla 10

En lo que respecta a los motivos por los cuales incumplieron al control pediátrico, los adultos entrevistados refieren que: se olvidaron un 33,9 %, un 17,7 % se durmieron, un 12,9 % no tenía con quien dejar a sus otros hijos, un 12,9 % porque el clima estaba malo, un 8,1 % porque estaba enfermo/a, un 6,9 % no sabía, un 4,8 % por otros motivos, y un 3,2 % porque no consiguió libre en el trabajo.

## ANÁLISIS

Comenzando con el análisis de nuestra investigación, mencionaremos en primera instancia que la muestra obtenida fue de un total de 62 niños menores de 2 años que concurren al Centro de Salud Cerro, los cuales presentaban al menos una falta al control de salud y cuyos adultos referentes aceptaron participar de la investigación.

Al caracterizar dicha muestra los datos obtenidos fueron:

- Con respecto a la variable edad del niño: de 0 a 28 días: 11 niños; de 29 días a 12 meses: 30; de 12 a 24 meses: 21 niños.
- Sexo: masculino 35, femenino 27.
- Edad de la madre: menores de 19 años: 9; de 20 a 29 años: 34; y mayores de 30 años: 19.
- Vacunas: Con respecto al esquema de vacunación, 52 niños lo tienen vigente y 10 no vigente.
- Nivel de instrucción de adultos responsables: Primaria Completa: 46; primaria incompleta: 12; secundaria: 4; terciaria: 0.
- Composición familiar: Nuclear: 26; extensa: 27; mono parental: 9.
- Accesibilidad geográfica: Cerca: 39; lejos: 29; y muy lejos: 5.
- Accesibilidad económica: Bajo: 53; medio: 7; y alto: 2.
- Accesibilidad administrativa: Poco: 5; está bien: 21; mucho: 23; muchísimo: 13.

- Motivo del incumplimiento: los entrevistados manifiestan; “me olvide” 21, “me dormí” 11, “no tenía con quien dejar a mis otros hijos” 8, “el clima estaba mal” 8, “estaba enferma/o” 5, “no se” 4, “no conseguí libre en el trabajo” 2, otros motivos; “no estaba en Montevideo” 2 y “perdí el ómnibus” 1.

En cuanto a la accesibilidad administrativa la mayoría de los adultos referentes de los niños manifestó que el tiempo de espera para el control de salud es “mucho” y “muchísimo”, por lo cual creemos conveniente que el equipo de salud pueda rediseñar el sistema de citas o generar otro tipo de acciones que puedan mejorar este aspecto y que enfermería previo a la consulta pediátrica pueda llevar a cabo la consulta de enfermería en la cual realizara actividades de asistencia y educación para la salud.

En el Primer Nivel de Atención la enfermera desempeña como roles fundamentales, formando parte del equipo interdisciplinario, la asistencia, investigación y la docencia, planifica y efectúa instancias educativas en los diversos temas a trabajar en dicho nivel. Con respecto a los motivos del incumplimiento del control de salud del niño, realiza instancias educativas de promoción y prevención de salud en niños, tanto programadas como espontaneas frente a dudas que plantea el adulto referente del niño tanto en la consulta de enfermería como en la visita domiciliaria.

En base a los resultados obtenidos en nuestra investigación, consideramos que la enfermera debe planificar instancias educativas para los adultos responsables de los niños, con el objetivo de lograr mayor concientización e interés al cumplimiento de todos los controles estipulados, fundamentando la importancia de cada uno de ellos respetando la edad del niño, lo cual contribuye al óptimo crecimiento y



desarrollo del mismo. Previniendo diferentes patologías y contribuyendo en la disminución de la mortalidad.

A su vez Enfermería es el profesional que participa en la captación y seguimiento de los mismos a través del Programa Aduana, es la encargada de llevarlo a cabo. Dado que el mayor porcentaje de motivos de incumplimiento fueron “me olvide” y “me dormí” esto, puede sugerir una falta o escasos conocimientos de la importancia del control de salud y sería favorable se reforzara el nivel de conocimientos respecto al mismo, dado que puede contribuir a generar un vínculo estrecho entre equipo-niño y familia.

Consideramos pertinente que se podría implementar un sistema de llamadas telefónicas como recordatorio de la fecha del próximo control de salud; de esta manera quizás mejoraría la asistencia al control, logrando así no perder instancias de encuentro del equipo de salud con el niño y su familia en las cuales se podrían detectar factores que pueden influir negativamente en el proceso salud-enfermedad así como fortalecer los factores positivos para promover un crecimiento y desarrollo adecuados. Todas estas acciones son básicas para lograr el cumplimiento del Programa Aduana.

## **CAPITULO VI:**

### **CONCLUSIÓN:**

Concluyendo con nuestra investigación logramos alcanzar el objetivo propuesto el cual fue describir las causas del incumplimiento del control de salud del niño menor a 2 años en el Centro de Salud Cerro.

En primera instancia Identificamos a los niños/as que presentaron al menos 1 incumplimiento al control de salud. Una vez obtenido estos datos se procedió a caracterizar a la población objetivo de nuestra investigación, describiendo las causas del incumplimiento del control pediátrico en niños menores de 2 años, e identificando problemas de accesibilidad económica, geográfica o administrativa.

Con respecto a los resultados obtenidos en la investigación, concluimos que la causa primordial por la cual los responsables de los niños incumplen al control pediátrico, fueron “me dormí, me olvidé”.

Se destaca carencias en la accesibilidad administrativa referida por los adultos, los cuales manifiestan largos tiempos de espera previo al control de salud, considerándolo como un punto a fortalecer.

Frente a esta problemática, consideramos que es un punto a fortalecer en la gestión de enfermería, ya que la misma no solo forma parte del equipo interdisciplinario si no que también realiza acciones independientes, las cuales son de gran importancia para lograr óptimos resultados, en la ejecución del Programa Aduana. Algunas de las acciones serian: ser más exigentes a la hora del registro del control pediátrico, lo cual ayudaría a disminuir la falta al control, ya que enfermería frente a la ausencia del mismo desencadenaría acciones de captación,

destacando las actividades educativas, acción propia de la enfermería comunitaria.

En relación al centro del Salud Cerro donde se efectuó la investigación, solo tenemos palabras de agradecimientos, ya que nos brindó todas las facilidades posibles para realizar dicha investigación, manifestando un agradecimiento especial a la Lic. Enf. Esther Polti, Coordinadora de Enfermería de RAP-ASSE ya que nos permitió gestionar en breves plazos las autorizaciones necesarias y facilitó el vínculo con el servicio de salud lo que posibilitó que el trabajo se ejecutara en plazos breves.

En lo que respecta a la experiencia consideramos que fue enriquecedora dado que fue el primer trabajo de investigación realizado por todas la integrantes del grupo, si bien en un principio se presentaron algunas dificultades de relacionamiento, pudimos superar estos inconvenientes, logrando una optima articulación del grupo, actitud favorable para poder trabajar en cualquier servicio de salud como futuras Licenciadas en Enfermería.

Finalizando la conclusión, consideramos que dicho tema es un punto de inicio para próximas investigaciones.

## **CAPITULO VII:**

### **SUGERENCIAS:**

En esta instancia pretendemos realizar sugerencias a trabajar en los problemas detectados para poder disminuir las causas del incumplimiento al control del niño/a menor a 2 años. Lo cual permita al Centro de Salud Cerro plantearse estrategias de trabajo que ayuden a corregir las debilidades detectadas.

Sugerimos que:

- Se realice un control estricto de las consultas realizadas pertenecientes al programa aduana, evitando la perdida de información, que dificulte la recaptación.
- Modificar el sistema de citas, el cual en la actualidad es por orden de llegada, prolongando esto, los tiempos de espera, sugiriendo en la medida de lo posible, un horario asignado.
- Fomentar instancias educativas para los responsables de los niños, enfatizando en la importancia de los controles de salud en tiempo y forma.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Arroqui C, Espino S, Molinelli G, Novoa E. Seguimiento de los niños en el Plan Aduana en un Centro de Salud del Sector Público de Montevideo, en el período que comprende Enero-Junio 2009. Montevideo: Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Comunitaria; 2010.  
-Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.
- Baubeta L, Pazos A, Gasperi N, Pérez D. Causas del Incumplimiento del Control del Niño Menor a 3 Años. Montevideo: Facultad De Enfermería. Departamento de Enfermería en salud comunitaria; 2011.  
-Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.
- Chrispens G, DI Salvatore R, Feipe M, Olivera M. Comportamiento de las metas asistenciales de Programa Aduana y Disponibilidad del recurso humano. Montevideo: Facultad De Enfermería. Departamento de Enfermería en salud Comunitaria. Uruguay; 2010.  
-Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.
- Universidad de la Republica. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria. Definición de Atención Integral a la Salud. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2010.
- Universidad de la Republica. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria. Definición de Enfermería. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2010.
- Universidad de la Republica. Facultad de Enfermería. Departamento de Materno infantil. Definición de Funciones de Enfermería. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2004.  
-Disponible en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.

- Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de Materno infantil. Definición Familia. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2004.  
-Disponibile en Biblioteca tercer piso Hospital de Clínicas.
- Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria. Definición de Enfermería Comunitaria. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2010.
- Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. Mexico: McGraw-Hill; 2003.
- Instituto Nacional De Enfermeria. Universidad de la República. Plan de Estudios 93. [en línea] Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy>.
- Lechner V, Loebel D, López C, Mansilla R, Caro G. Estudio de la adherencia a la actividad control niño sano en el CESFAM Angelmó. Chile: Escuela de Medicina Universidad San Sebastián. [s.l.]: Puerto Montt; 2007.
- Ministerio de Salud Pública. Uruguay logra caída histórica de la tasa de mortalidad infantil [en línea] Uruguay 28 de marzo de 2011.  
Disponibile en:  
<http://m.rlp.com.uy/noticias/96079/uruguay-logra-caida-historica-de-la-tasa-de-mortalidad-infantil>
- Pineault R, Daveluy C, La Planificación Sanitaria. 2º ed. Barcelona: Masson; 1992.  
-Disponibile en biblioteca tercer piso del Hospital de Clínicas.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención a la Niñez. Dirección General de Salud. Montevideo: MSP; 2006.
- San Martín H, Pastor V. Salud Comunitaria: Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos; 1984.

- Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Santiago de Chile: OMS; 2006.

ANEXO 1:

Montevideo, Diciembre 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 Cerro, sobre las “causas del incumplimiento del control de salud de los niños menores a 2 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 cuestionario a los responsables o tutores de los niños que se encuentren en la sala de espera previo al control pediátrico, durante el periodo de una semana.

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

Estefanía Ascarate

Ana Olveira

Patricia Silva.

Patricia Sosa

Estefanía Vivian



ANEXO 2:

INSTRUMENTO RECOLECCION DE DATOS

**Consentimiento Informado:**

Por medio del presente, dejo constancia de mi consentimiento para que se utilicen los siguientes datos con fines académicos.

Firma \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

**Formulario e instructivo de recolección de datos:**

Nombre de la Investigadora:

Número de formulario:

El siguiente cuestionario debe ser llenado marcando con una cruz la respuesta que corresponda, según refiera el entrevistado y en el caso de los nombres, se comienza con los dos apellidos y se prosigue con el nombre. Para el caso de las edades, las mismas deben ser llenados de forma completa, es decir día, fecha y año de nacimiento que refiere el entrevistado.

**Cuestionario:**

- Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_,
- Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Edad del niño/a: de 0 a 28 días \_\_\_ lactante \_\_\_ de 1 a 2 años \_\_\_
- Sexo del niño: M\_\_F\_\_
- Vacunas vigentes\_\_ no vigente\_\_
- Edad de la madre: <19 a \_\_\_\_, 20 a 29 años \_\_\_ =o>30 años \_\_\_\_
- Nivel de instrucción de la madre/padre/tutor:  
No culmina primaria \_\_\_\_, Primaria \_\_\_\_, Secundaria\_\_\_ o Terciaria \_\_\_\_
- Composición familiar:
  - Familia nuclear: (2 generaciones padres e hijos) \_\_\_\_
  - Familia extensa: (3 generaciones abuelos padres e hijos) \_\_\_\_

- Familia extensa monoparental (madre o padre e hijos) \_\_\_\_
- Familia adoptiva: (sin lazos parentales)\_\_\_\_
- Qué opina de la distancia desde su casa al centro de salud?  
Es cerca \_\_\_\_ es lejos \_\_\_\_ es muy lejos \_\_\_\_
- Qué opina sobre el tiempo de espera para el control de salud?  
Es poco \_\_\_\_, Está bien \_\_\_\_, Es mucho, \_\_\_\_Es muchísimo \_\_\_\_
- Considera que los costos para acceder al control de salud son:  
Mucho (altos) \_\_\_\_, Esta bien (medios) \_\_\_\_o no hay costos (bajo) \_\_\_\_
- Cuáles son los motivos por los cuales no se pudo concurrir al control  
pautado?
  - me olvidé.
  - me dormí.
  - no conseguí libre en el trabajo.
  - no tenía con quien dejar a mis otros hijos.
  - estaba enferma/o.
  - el clima estaba malo.
  - otros cual? \_\_\_\_\_.
  - no sé.



**ANEXO 4:**

- **Principales Componentes del Control hasta los 2 años e Intervenciones recomendadas.**

Componentes del Control	Intervenciones
<b>1. Historia y Examen físico</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Historia clínica y examen</li> <li>• Evaluación de crecimiento</li> <li>• Estudio del medio ambiente familiar y social</li> <li>• Detección de patologías</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Historia clínica y examen general</li><li>• Carné de Salud del niño/a</li> <li>• Peso, Talla y Perímetro craneano</li><li>• Gráficas de Crecimiento según edad y sexo</li> <li>• Evaluación y promoción de lactancia materna y detección de carencias nutricionales</li> <li>• Evaluación vincular - familia y redes - y detección de déficits sico-afectivos.</li> <li>• Detección de malformaciones congénitas, cardiopatías, displasia coxofemoral, criptorquidia, sinequias vulvares, hernias, hidrocefalia, microcefalia, craneosinostosis precoz, maxilofaciales, etc.</li> <li>• Acciones del Programa de Control de enfermedades prevalentes( AIEPI), en especial respiratorias y diarreicas</li><li>• Despistaje clínico de anemia</li><li>• Detección de ambliopía, estrabismo, hipoacusia</li><li>• Diagnóstico de En. mentales: parálisis cerebral, autismo infantil, y otras afecciones profundas del desarrollo</li></ul>

## 2. Despistaje obligatorio

<ul style="list-style-type: none"><li>• Test de screening neonatal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Al nacimiento (TSH, VDRL)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso y talla</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medida en cada control</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perímetro craneano</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta los 2 años</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Visión</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Por historia y examen (seguimiento ocular desde RN)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Detección de malformaciones genitales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Por historia y examen</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Audición</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Por historia y examen (orientación hacia el sonido de sonajero)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ecografía de caderas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entre el 2° o 4° mes (si no se realizó se solicita RX al 6 mes)</li></ul>

Este despistaje obligatorio incluye su realización y registro sistemático en historia clínica, aún de resultados negativos.

<b>Visita domiciliaria</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistemática ante situaciones de riesgo del niño, la familia o el medio.</li> <li>• Aconsejable en toda situación, una vez en los primeros 12 / 24 meses.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La visita al domicilio por parte de personal específicamente orientado - según pauta – ante situaciones de riesgo definidas por el pediatra es un instrumento de alto valor hacia la promoción adecuada del crecimiento y desarrollo, debiendo registrarse en la historia sus hallazgos (+) y (-).</li><li>• Dado su interés por verificaciones y hallazgos que no surgen habitualmente en la consulta, es <u>recomendable y de buena calidad de atención</u> incorporarla sistemáticamente.</li></ul>

### 3. Educación y Promoción de Salud

<ul style="list-style-type: none"><li>• Educación para la salud física y mental</li><li>• Adquisición de hábitos</li><li>• Guía anticipatoria de accidentes</li><li>• Estudio del medio ambiente familiar y social</li><li>• Instrucción de signos de peligro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Observación del vínculo madre – niño – familia. Promoción de vínculos adecuados.</li><li>• Observar conductas de apego.</li><li>• Fomento de la lactancia en cada control de salud, exclusiva hasta el 6° mes, y continuada luego de la incorporación de alimentos, con apoyos específicos ante dificultades.</li><li>• Diálogo y apoyos grupales hacia la incorporación de alimentos desde el 6° mes, con verificación de requerimientos complementarios (canastas)</li><li>• Promoción de hábitos alimentarios saludables, con apoyo hacia buenas prácticas en variación y frecuencia (incluyendo desayuno y merienda con aporte cálcico).</li><li>• Promoción de hábitos de sueño adecuados. Posición al dormir.</li><li>• Prevención de accidentes en el hogar (intoxicaciones, quemaduras, asfixia, traumatismos, etc) y de tránsito.</li><li>• Promover la participación activa del padre en los cuidados del niño/a.</li><li>• Prevención de carencias psico-afectivas (maltrato, abandono).</li><li>• Manejo de los límites. Derecho de los niños/as a la no agresión.</li><li>• Prevención de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). Instrucción sobre signos de peligro.</li><li>• Control del tabaquismo pasivo. Mensajes antitabáquicos</li><li>• Promoción de la autoestima de madre – padre</li><li>• Promoción de la consulta puerperal con ginecólogo y derivación para asesoramiento en métodos anticonceptivos..</li></ul>
---	--



#### 4. Salud Bucal

- Acciones de control y prevención en salud bucal

- No agregar azúcar en los alimentos.
- Incorporación precoz de hábitos de higiene, desde el momento de la erupción dentaria.
- Medicación azucarada (jarabe), indicar higiene o tomar agua después de su administración.

#### 5. Inmunizaciones

- Inmunizaciones según esquema recomendado

- Aplicación del cronograma de vacunaciones según edad  
( ver Anexo: Esquema de vacunaciones)
  - BCG
- Vacuna pentavalente (Difteria-tétanos-tos convulsa, antihemophilus influenzae tipo b, anti-hepatitis B)
- Vacuna antipoliomielítica
- Vacuna triple viral(Sarampión, paperas, rubeola)
- Vacuna antivariçela

<b>6. Alimentación</b>	
Alimentación en el primer semestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación a pecho exclusivo por un mínimo de 6 meses</li> <li>• Observación de la actitud ante el amamantamiento e identificación de causas del destete precoz</li> </ul>
Alimentación desde el segundo semestre hasta los dos años de edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuidad de lactancia con incorporación de alimentos (pautas de alimentación del Programa de Nutrición MSP y de la SUP).</li> <li>• Administración de suplementos vitamínicos y minerales (Vit D, hierro) para prevención de carencias nutricionales globales o específicas. (según pauta)</li> </ul>

Requisitos para realizarse el control: el carne de salud de la niña o el niño y cedula de identidad

Frente a la inasistencia al control se desencadena los mecanismos de recaptación de los usuarios estipulados por el servicio.

## **ANEXO 5:**

### **PRESUPUESTO**

El presupuesto de dicha investigación estuvo a cargo de los cinco investigadores que participaron de la investigación, de manera voluntaria.

El presupuesto incluye gastos estimados que incluye fotocopias e impresiones, materiales de papelería en general comprados en librerías y gastos en transporte urbano e interdepartamental.

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

### **Recursos Materiales Costos**

Impresiones \$ 1430,00

Fotocopias \$ 62,00

Carpetas \$ 85,00

Sobres \$ 12,00

Transporte aprox. \$ 10.712,00

**Total aprox. \$ 12.301**