



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COMUNITARIA



Características de los niños de 12 a 24 meses Programa Aduana



AUTORAS:

Br. Alvarez, Noelia
Br. Bertin, Ana
Br. Martínez, Carolina
Br. Palacios, M^a José

TUTORAS:

Lic. Enf. Barrenechea, Cristina
Enf. Lic. Crosa, Silvia

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

Montevideo, 2010.

INDICE

<i>Agradecimientos</i>	3
<i>Introducción</i>	4
Capítulo I: Planteamiento del problema	5
• <i>Problema</i>	6
• <i>Justificación y Antecedentes</i>	6
• <i>Objetivos</i>	10
Capítulo II: Marco de referencia y conceptual	11
<i>Marco de Referencia</i>	12
• Sistema Nacional Integrado de Salud	12
• Pilares del Sistema de Salud	12
• Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez	13
• Programa Aduana	14
• Carné de control del niño y niña Concepto de Niño	14
<i>Marco Conceptual</i>	15
• Concepto de Salud	15
• Concepto de proceso salud- enfermedad según Lalonde.	15
• Atención Integral a la Salud	15
• Niveles de Atención	16
• Primer Nivel de Atención	16
• Atención Primaria de Salud.	16
• Concepto de niño y Primera Infancia	17
• Características del crecimiento y desarrollo físico	17
• Guía de crecimiento y desarrollo	17
• Alimentación	20
Capítulo III: Diseño Metodológico	21
<i>Variables de Estudio</i>	22
<i>Diseño de Estudio</i>	24
• Tipo de estudio	24
• Universo	24
• Muestra	24
• Materiales y métodos	24
• Instrumento	24
• Presupuesto	24
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los datos obtenidos	25
<i>Presentación de los datos obtenidos en cada Centro de Salud</i>	26
<i>Centro de Salud “A”</i>	26
<i>Centro de Salud “B”</i>	31
<i>Centro de Salud “C”</i>	35
<i>Centro de Salud “D”</i>	39
<i>Análisis</i>	44
<i>Conclusiones</i>	54
<i>Sugerencias</i>	55
<i>Resumen</i>	56
<i>Bibliografía</i>	57
<i>Abreviaturas</i>	59

Anexos

- 1) Cronograma de Gantt
- 2) Programa Nacional de Atención a la Niñez
- 3) Presupuesto
- 4) Carta de solicitud de autorización dirigida al Dr. Wilson Benia (Director de la Red de Atención en Primer Nivel).
- 5) Planilla para Recolección de datos (Primera)
- 6) Planilla para Recolección de datos (Segunda)

AGRADECIMIENTOS

Queremos hacer llegar a todos los que colaboraron, nuestro más sincero y cálido agradecimiento, desde las autoridades de la Red de Atención en Primer Nivel de Salud, el personal de cada servicio al que concurrimos, especialmente a las Licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería, recepcionistas y vigilancia. A nuestras tutoras que nos guiaron y motivaron en todo momento. A nuestras familias y seres queridos por el apoyo constante e incondicional.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo corresponde a la Investigación Final de cuatro estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Plan 93. Dicho proyecto se inició en agosto del año 2009 con la elección del tema a investigar, con supervisión del Departamento de Enfermería Comunitaria y bajo las tutorías de las Licenciadas: Cristina Barrenechea y Silvia Crosa.

El problema en estudio trata sobre conocer características de los niños de 12 a 24 meses que se controlan en servicios de Primer Nivel de Atención del Sector Público.

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

La muestra de estudio está basada en la recolección de datos a partir de las tarjetas de seguimiento de los niños de 12 a 24 meses, de cuatro Centros de Salud de Montevideo. Destacando que el objetivo principal es conocer el comportamiento de la normativa estipulada en el Programa Aduana para los controles de salud.

Para la recabación de datos se realizó un formulario basado en el contenido general de las tarjetas de seguimiento utilizadas por la Red de Atención de Primer Nivel – Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE).

La información obtenida revela que un 63% (486) de la población muestra de 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.

Sería prioritario lograr fomentar la recaptación y el seguimiento de aquellos niños no controlados, priorizando sobre todo a aquellos que son considerados en riesgo de salud dependiendo por ejemplo de sus percentiles e inmunidad entre otros.

Capítulo I

PROBLEMA

¿Cuáles son las características de los niños de 12 a 24 meses con respecto a los Controles de Salud en cuatro Centros integrados a la RAP-ASSE, en Montevideo, Uruguay durante el período comprendido entre el 8 de julio y el 21 de julio del año 2010?

JUSTIFICACION Y ANTECEDENTES

El Sistema Nacional Integrado de Salud comenzó a aplicarse el 1º de enero del año 2008, con la finalidad de fortalecer los distintos programas de salud, haciendo énfasis en el Primer Nivel de Atención¹. Por ello a nivel nacional surgieron nuevas políticas de Salud para la infancia, a través de la creación del Programa de Atención a la Salud de la Niñez (ver Anexo N° 2).

La atención a niños y niñas desde la concepción, nacimiento y los primeros años de vida implica una apuesta de promoción y prevención en salud que se debe fortalecer.

En esta dirección el Programa Aduana es el instrumento de captación y seguimiento de los recién nacidos en las maternidades y su control de salud, el cual ha sido ampliado hasta los 2 años de edad. A esta edad se observó un importante aumento de la desnutrición en las zonas más carenciadas². Las influencias del medio ambiente, especialmente la desnutrición y la pobreza, han sido ampliamente estudiadas y se ha demostrado su influencia negativa en el crecimiento y desarrollo del niño³.

Con respecto al perfil epidemiológico de los niños en los primeros años de vida, se puede destacar que no existe un registro sobre morbilidad, lo que si se plantean son las Estrategias para la Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (Programa Prioritario de Atención a la Niñez; ver: Objetivo Específico N° 3)⁴.

El Uruguay ha reducido en forma continua su Tasa de Mortalidad Infantil de 12 muertes por mil nacidos vivos en el año 2007 a 9,53 por mil nacidos vivos en el año 2010⁵. El análisis de la mortalidad en la edad pediátrica muestra que muchas muertes podrían evitarse con medidas sencillas tales como vacunación, control en salud, consulta precoz, diagnóstico oportuno, disponibilidad de agua potable, etcétera⁶.

Por lo tanto la salud de los niños continúa siendo un motivo de preocupación, a nivel del Ministerio de Salud Pública y del Primer Nivel de Atención, por esto se hace hincapié en el correcto cumplimiento del control de salud según la normativa que puede ser controlada e incentivada a través de las Metas Prestacionales del Programa Niñez. Estas metas dependen de los objetivos propuestos en el programa y son las exigencias que deben cumplir los Centros de Salud para obtener su beneficio prestacional. Las mismas son:

- Porcentaje de controles del niño de 0 a 24 meses sobre el total de consultas
- Promedio de controles a los 12 meses y 24 meses

¹ Poder Legislativo. Ley N°18211 – “Sistema Nacional Integrado de Salud”. Uruguay, publicado el 13 de diciembre, 2007. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy> - Ley 18211

² Muñoz M, Fernández M, Basso J, Etchevarne L, Quian J. “Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez”. Uruguay, 2006.

³ Martell M, Burgueño M, Arbón G, Weinberger M, Alonso R. “Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo”. Artículo de la Asociación Uruguaya de Pediatría. 2007. Disponible en: <http://www.sup.org.uy/Archivos/adp78-3/>

⁴ Muñoz M, Fernández M, Basso J, Etchebarne L, Quian J. “Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez”. Uruguay, 2006.

⁵ Olesker D. “Políticas sanitarias de MSP. Definen nuevas estrategias promocionales de salud en niños...”. Uruguay, 23 de abril, 2010. Disponible en: www.msp.gub.uy/hnnoticiaj1.aspx?4048,132

⁶ Rubio I, Santero A, Alberti M, Pizorno E, Fernández A, Gutiérrez C, “etal”. “Mortalidad evitable en pediatría”. Un aporte a la planificación de la atención a la salud de los niños”. Uruguay 2007. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2007v3/art3.pdf>

- Evaluación nutricional a los 12 y 24 meses
- Prevalencia de lactancia materna
- Evaluación del desarrollo según edades
- Inmunizaciones al control del 12º mes de vida
- Observatorio de patologías (Infección respiratoria, Enfermedad diarreica y otras)
- Participación en grupos de promoción de salud.

Cada meta está adaptada a la situación de cada servicio en particular y se busca el camino hacia la superación para cumplir con la expectativa (ver “Programa Niñez”, pág. 15)⁷.

Es de sumo interés, la realización de estudios e investigaciones a nivel nacional, que analicen y profundicen esta temática desde lo general a lo particular, considerando el momento que atraviesa el Sistema de Salud. Teniendo en cuenta la escasa información al respecto se plantea la realización de este estudio que describe características importantes del niño en una etapa crucial del crecimiento y desarrollo.

Se considera importante conocer las características de la población y su comportamiento con respecto a los controles de salud y de esta forma implementar nuevas estrategias para optimizar su abordaje y/o su continuidad. La investigación beneficia directamente al usuario, familia y entorno, así como a los distintos Servicios de Salud y de la Comunidad, a los distintos profesionales que integran el equipo de Salud, a los programas de Gestión de Salud, en suma a toda la Sociedad. Permite sentar bases hacia futuras investigaciones que continúen ampliando el campo de conocimiento.

Tras una extensa búsqueda de material bibliográfico relacionado a nivel internacional y nacional se destacan los siguientes trabajos que refuerzan la curiosidad de la interrogante planteada y son resumidos en los párrafos siguientes:

Trabajo de Investigación: “Creencias maternas en las prácticas de alimentación del niño de 0 a 12 meses, en Tampico Tamaulipas México”. Estudio Cualitativo. Se explora este fenómeno desde la perspectiva etnográfica, cómo las creencias maternas influyen en las prácticas de alimentación al niño de 0 a 12 meses...” El análisis se enfocó en las experiencias vividas por las madres como así en las interpretaciones de sus creencias. Se ha encontrado que el proceso de nutrición esta íntimamente ligado a los factores culturales, psicológicos, sociales y económicos, entonces es importante ver la coexistencia de problemas nutricionales vinculados a la sociedad en que se vive. Enfermería como todas las ciencias de la salud tiene que tener conciencia que los programas de nutrición tienen que estar guiados a la realidad en algunos casos de economías vulnerables y bajos niveles de educación que impiden comprender nuevas estrategias preventivas⁸.

Artículo: “Falla de crecimiento en niños menores de 24 meses”. Los dos primeros años de vida postnatal constituyen un período crítico donde numerosas injurias pueden afectar el crecimiento y desarrollo con secuelas en etapas alejadas que no se pueden reparar. Para mejorar el diagnóstico y tratamiento integral del niño menor de dos años con retardo del crecimiento, se planificó este estudio prospectivo. **Material y métodos:** entre 1999 y 2001 ingresaron al estudio 40 niños de 6 a 24 meses que cumplieron criterios de inclusión. **Conclusiones:** la falla de crecimiento en la mayoría de los niños fue de causa nutricional, con mal manejo de los alimentos del destete. Se logró una buena evolución a partir de la captación. La metodología aplicada fue útil, pareciendo

⁷ Ministerio de Salud Pública - Junta Nacional de Salud. “Instructivo de metas asistenciales”. Primer instructivo, archivo en formato PDF. Disponible en: hospitalsj.orgfree.com/info/ma.pdf

⁸ Aguilera P. Creencias maternas en la práctica de alimentación del niño de 0 a 12 meses, en Tampico, Tamaulipas México. 2008 Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0426.php>

imprescindible y posible su aplicación en el Primer Nivel de atención⁹.

Artículo: “Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo ” La vigilancia del crecimiento y desarrollo es una etapa necesaria en la planificación de las actividades para mejorar el cuidado de nuestros niños.

Objetivo: evaluar el crecimiento y la capacidad cognitiva a la edad escolar de niños con riesgo biológico y social.

Material y métodos: se estudiaron tres grupos de niños entre 8 y 9 años. El crecimiento se evaluó a través del peso, la talla y el perímetro craneano. Para medir la capacidad cognitiva se aplicó la escala de inteligencia de Weschler (WISC III). Conclusiones: los niños nacidos prematuros y aquellos provenientes de un bajo nivel socioeconómico presentan alta incidencia de alteraciones cognitivas¹⁰.

Artículo: “Mortalidad evitable en pediatría. Un aporte a la planificación de la atención a la salud de los niños”. Objetivo: establecer la evitabilidad de las muertes ocurridas en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) en los años 2004, 2005 y 2006, con la finalidad de orientar las acciones a desarrollar por los programas de atención a la población usuaria del sector público.

Material y método: El Comité de Auditoría de Fallecidos del HP-CHPR analizó todas las muertes ocurridas en ese período. Las muertes se clasificaron en evitables, no evitables y desconocidas. Resultados: en el período analizado fallecieron en el HP-CHPR, 279 niños. Las muertes evitables representaron 56% del total (n=158). Fallecieron por causas no evitables 96 niños y por causa desconocida, 25. La mayoría de las muertes evitables correspondieron a causas reductibles por diagnóstico y tratamiento precoz (n=78) y por medidas higiénicas, saneamiento ambiental y educación sanitaria (n=67). Discusión: estas cifras señalan el fracaso en la aplicación de las medidas de prevención y la necesidad de reforzar los distintos programas de atención a los niños con que cuenta nuestro sistema de salud. Los resultados obtenidos podrán contribuir a la planificación de acciones en dicho sentido¹¹.

Artículo: Evaluación del programa de atención al niño en las policlínicas municipales. Año 1998. “La evaluación de la atención a la salud es necesaria para evaluar la eficacia y la eficiencia. La División Salud de la Intendencia Municipal así lo cree y centra su interés en la evaluación del modelo alternativo de atención propuesto, con énfasis en la promoción y la prevención de salud. Para proceder a evaluar el Programa de Atención al Niño durante 1998, fueron estudiados el número total de atenciones a niños (total: 88.445). ...A modo de conclusión se destaca la importancia de contar con un Programa de Atención al Niño con objetivos claros, actividades e indicadores, que permiten identificar la mejora de resultados de un modelo alternativo de atención...”¹².

Proyecto: “Asistencia de enfermería a recién nacidos y niños menores de un año”. Enmarcado en el Programa Aduana Centro de Salud Rincón de la Bolsa, elaborado

⁹ Bolioli P, Alonso S, Parodi V, Méndez M, Rebufo N, Lucas J. “Falla de crecimiento en niños menores de 24 meses”. Artículo: Archivo Pediatría, Uruguay, 2003. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp74-4/pdf/adp74-4_3.pdf

¹⁰ Martell M, Burgueño M, Arbón G, Weinberger M, Alonso R. “Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo”. Citada en: Archivo Pediatría, Uruguay 2007; 78(3): 209-216. Uruguay, 2007. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp78-3/pdf/adp78-3_4.pdf

¹¹ Rubio I, Santoro A, Alberti M, Pizorno E, Fernández A, Gutiérrez C, “etal”. “Mortalidad evitable en pediatría. Un aporte a la planificación de la atención a la salud de los niños”. Uruguay 2007. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2007v3/art3.pdf>

¹² Foren M, Gómez-Haedo M, Vivas P. “Evaluación del programa de atención al niño en las policlínicas municipales, año 1998” Citada en: Archivo Pediatría Uruguay 2002; 73(2): 106-114. Archivo Programa Aduana, Montevideo, 1998. Disponible en: www.sup.org.uy/Archivos/adp73-2/Pdf_todos/104.pdf.

en el marco del internado...desde el 1 de abril al 30 de septiembre del 2003, por una interna de Licenciatura en Enfermería... se pudo iniciar la implementación del Programa Aduana en el Centro de Salud. Para la misma se necesitó de una coordinación interdisciplinaria¹³.

Trabajo Final de Investigación: “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”. Consistió en investigar cuáles eran los registros en la ficha de seguimiento del Programa Aduana en un Centro de Salud en el período enero-junio 2009. El objetivo general fue el de “describir los registros que existen en el Plan Aduana de un Centro del Sector Público de Montevideo”. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y el universo fue el de todas las tarjetas de seguimiento del Plan Aduana pertenecientes al Centro elegido, las variables descriptas fueron: registros, peso, talla, alimentación, vacunas, visita domiciliaria, y ecografía de cadera. Entre las conclusiones se destacó que los registros son la base del Sistema de Salud...; las fichas son la herramienta para un mejor acercamiento... Se observó que los registros no estaban completos...; se debe educar al personal para mejorar la calidad de los registros...¹⁴.

Trabajo Final de Investigación: “Relación entre el estrato socio-económico y la composición familiar con el crecimiento en niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad”. Consistió en investigar cuál es la relación entre el Estrato Socioeconómico y la composición familiar, con el crecimiento en peso y longitud de los niños de un centro de salud público de Montevideo. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La recolección de datos se realizó entre el 3 y 6 de noviembre de 2009, la cual describió las variables: edad, sexo, peso, longitud, composición familiar y entorno del niño. Las conclusiones fueron: sí se relaciona el estrato socioeconómico y composición familiar con el crecimiento de los niños...; los niños estudiados pertenecían a estratos socioeconómicos bajos y muy bajos...; los niños crecen adecuadamente principalmente en las familias nucleares...¹⁵.

¹³ Mazzolini. Proyecto "Asistencia de enfermería a recién nacidos y niños menores de un año"-Modulo Internado de Licenciatura en Enfermería, Programa Aduana - Centro de Salud Rincón de la Bolsa, Uruguay, 2003.

¹⁴ Arroqui C, Espino S, Molinelli G, Novoa E, Venier A. Tesis 328: "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, Montevideo, 2009.

¹⁵ Cuello V, Medina V, Santucci N. Tesis 326: "Relación entre el estrato socio-económico y la composición familiar con el crecimiento en niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad". Facultad de Enfermería, Montevideo, 2009.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar las características de los niños de 12 a 24 meses y sus controles de salud en cuatro Centros de Primer Nivel de Atención en el período comprendido entre el 8 de julio y el 21 de julio del año 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de 12 a 24 meses de los Centros de Salud “A”, “B”, “C” y “D”.
- Describir a la población que cumple con los controles según la pauta.
- Describir a la población que incumple con la normativa de controles pauta.
- Identificar las características de los controles de salud.
- Describir la distancia del hogar al Centro de Salud.
- Detectar la realización y número de visitas domiciliarias.

Capítulo II

MARCO DE REFERENCIA

El 1º de Enero del año 2008 se comienza a implementar el **Sistema Nacional Integrado de Salud** creado por la Ley 18.211 promulgada el 5 de diciembre de 2007. Se define como: “Un conjunto de servicios de salud públicos y privados de una nación, integrados en forma de red en una estructura única de organización. Con un Organismo Central de gobierno que define políticas y normas generales, con niveles de atención definidos e interrelacionados. Con niveles de administración intermedios y locales descentralizados... tiene como propósitos esenciales asegurar: cobertura universal, equidad en las prestaciones y en la financiación, eficacia y eficiencia económico-social y una Atención Integral a la salud”.

Este Sistema se apoya en 3 pilares básicos:

- el **cambio de modelo de financiación** : para el que se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA)- Ley 18.131 que reúne y administra a todos los fondos de la seguridad social destinados a financiar servicios de salud y paga a las instituciones prestadoras según cápita (ajustadas por edad y sexo) y cumplimiento de metas prestacionales.
- el **cambio de modelo de gestión**: que incluye la creación de un Sistema nacional de Información, una política de Recursos Humanos, un Sistema de Administración de los Recursos Materiales y Financieros y la aplicación de Sistemas de Gestión de Calidad.
- el **cambio de modelo de atención**: que implica fundamentalmente el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, el trabajo por Programas y establecer guías y protocolos de diagnóstico y tratamiento.

La **Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)** organismo descentralizado desde el 8 de agosto de 2007 en que se promulgó la Ley 18.161, cuenta con una Red de Atención Integral a la Salud constituida por 66 Unidades Ejecutoras (U.E).

Se distribuyen 51 U.E. en el interior del país, 18 son Centros Departamentales y 33 son Centros Auxiliares. De ellos dependen 228 policlínicas.

En Montevideo se cuenta con 15 U.E.: la **Red de Atención del Primer Nivel (RAP)**, integrada por 12 centros de salud y una red de 114 puntos de atención. Asimismo 6 U.E. para la atención de pacientes agudos y 8 U.E. especializadas¹⁶.

Sus objetivos son:

- Brindar atención integral a los ciudadanos con cobertura formal, en el primer nivel de atención, con enfoque preventivo y énfasis en la promoción de salud, en el departamento de Montevideo.
- Contribuir desde el ámbito departamental a la constitución de un Sistema Nacional Integrado de Salud de cobertura universal e igualitaria, financiado por un Seguro Nacional sobre bases de solidaridad y justicia social.
- Consolidar un Primer Nivel de Atención continente y resolutivo que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos para la población del departamento de Montevideo¹⁷.

El Programa prioritario de Atención a la Salud de la Niñez contempla objetivos y guías de atención vinculados al diagnóstico de la salud infantil, a los controles periódicos desde el nacimiento a los 14 años, la atención oportuna a la condición de enfermedad, y el monitoreo de situaciones de mortalidad y morbilidad prevalentes. Señala también la importancia del cuidado

¹⁶ Administración de los Servicios de Salud del Estado Ministerio de Salud Pública. “Informe de Actividades 2008”. Uruguay. Acceso: 15 de octubre, 2010. Disponible en:

¹⁷ Ministerio de Salud Pública. Artículo: “El desarrollo de la Atención Primaria de Salud”. Montevideo, abril, 2003. Citado en: El Diario Médico, Nº 45, pág. 14. Acceso: 23 de junio, 2010. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n45>.

parental hacia los hijos/as, no exclusivo de la madre. Su principal objetivo es promover la salud integral del niño/a, el/la adolescente y su familia a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, sustentada en los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) en el primer nivel de atención.

Las principales líneas estratégicas para el sector salud son:

- Fortalecer la cobertura de salud en las áreas priorizadas en función del riesgo social y sanitario, con énfasis en la población infantil- adolescente.
- Obtener un diagnóstico precoz de enfermedades y asegurar una adecuada información epidemiológica y colectivización de la información relevada.
- Modificar el modelo asistencialista hacia un modelo apoyado en el concepto de integralidad, prevención, educación y promoción de salud con enfoque de riesgo social, de género y de reducción de daños. La implementación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud es un lineamiento programático fundamental. Para ello se establece la priorización de las acciones en el Primer Nivel de Atención, coordinadas en forma de red por parte de todos los efectores de salud, con adecuado vínculo de referencia y contra-referencia con otros niveles, correctamente sostenidos en infraestructura y capacidad técnica.
- Promover la participación activa de tipo intersectorial entre efectores de salud, sistema educativo, seguridad social y organizaciones comunitarias en un accionar sostenido sobre los factores del entorno y hábitos que afectan la salud infantil.
- Generar espacios de participación ciudadana en el diagnóstico, gestión y evaluación de actividades, con un enfoque de construcción de ciudadanía y de derechos humanos. La creación de una cultura de responsabilidad e involucramiento del conjunto de la sociedad en relación con la situación de los niños/as, es un elemento esencial para crear las condiciones de la acción conjunta y con impacto.

Aspectos priorizados

- Control de salud: Se trata de la consulta programada en forma periódica por el equipo de salud, con el propósito de mantener una valoración continua del crecimiento y desarrollo de cada niño desde el nacimiento hasta los 14 años. Basado en objetivos específicos apropiados para la edad (componentes del control del niño de 0 a 24 meses ver Programa Niñez, pág. 8).
- Atención de las enfermedades prevalentes de la infancia y adolescencia (AIEPI).
- Parasitosis.
- Trastornos de conducta y aprendizaje.
- Salud ocular.
- Nutrición.
- Salud Bucal.
- Trabajo infantil, maltrato y exclusión social.
- Adicciones¹⁸.

El **Programa Aduana** se crea el año 1971 dentro del área Materno Infantil del MSP. Comienza a funcionar en Montevideo en el año 1974. Su objetivo es el de asegurar el control de recién nacidos y lactantes, luego del alta hospitalaria. 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 MSP y a diez servicios del Consejo del Niño denominados “Gotas de Leche”. Este proceso de referencia experimenta una expansión progresiva. En 1974 se inició la captación por parte de personal de enfermería de recién nacidos y lactantes internados, mediante el registro de datos de identificación, y referencia al efector del primer nivel de atención más cercano al domicilio. En 1976 se capacita personal para esta tarea específica y se asigna tiempo completo.

¹⁸ Ministerio de Salud Pública, División General de la Salud “Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez”. Uruguay, 2006.

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. En 1996 el programa recibe un nuevo impulso, y en 2002 comienzan las primeras evaluaciones.

El programa se gestiona en el nivel de ASSE-RAP bajo los principios de coordinación intra e interinstitucional entre los diversos efectores del sub-sector público capitalino. Articula los servicios hospitalarios del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), del Hospital de Clínicas, con el nivel central de ASSE-RAP, y los efectores de Primer nivel coordinados desde el Programa Aduana: Centros de salud de la RAP, Policlínicas Municipales (IMM) y Médicos de Familia ¹⁹.

Dicho Programa tiene como objetivo:

- asegurar el control y seguimiento del recién nacido.
- asegurar el control y seguimiento del lactante.
- asegurar el control de la puérpera adolescente.

ASSE cuenta con un “Departamento de Tecnología para la Información y las Comunicaciones” (TIC) el cual basa su gestión y comunicación a través de una plataforma informática en red. Desde la conformación de este Departamento se ha trabajado priorizando dos sistemas propios, el Sistema de Gestión de Salud (SGS) y el Sistema de Usuarios.

El SGS si bien es desarrollado por la empresa HEXA, tanto su base de conocimiento como el sistema propiamente dicho son de propiedad de ASSE por decisión del Poder Ejecutivo. El **Sistema de Usuarios** ha sido migrado en el 2008 a una plataforma WEB, esto ha permitido trabajar en tiempo real con la base de usuarios permitiendo realizar el trámite de gestión del usuario y su carné de asistencia de una manera más ágil. Además de esto se ocupa de brindar la infraestructura así como también la capacitación al personal de las unidades ejecutoras en todo el país²⁰.

El **Carné de control del niño y niña**, según el Ministerio de Salud Pública es un documento de mucha importancia que contiene información sobre el crecimiento y desarrollo del niño/a desde el nacimiento hasta la edad escolar, en el cual los padres encontrarán recomendaciones para el cuidado de la salud de sus hijos. Por eso sirve de recurso educativo para los padres en la promoción y autocuidado familiar. Es un documento personal, con el cual se realizan controles de capacidad psicomotriz e intelectual en edad temprana, que permite a los niños iniciar la etapa escolar en las mejores condiciones. Además contiene controles de peso y talla de acuerdo a la edad, vacunas adquiridas, plan de alimentación en el primer año y a partir del segundo, constancia de Aptitud Física, debido a la amplia cobertura que prevé el carné, el niño/a no necesita efectuar consultas para hacer deportes u otras actividades que normalmente requieren exámenes médicos extraordinarios. El Carné estará en manos de los padres, quienes lo presentarán al efectuar consultas médicas teniendo en ellos, toda la información sobre controles que deben efectuar a sus hijo, y deberán exhibirlo en la escuela para toda actividad didáctica, paseos, hacer deportes, natación y en toda otra que requiera conocer su estado de salud²¹.

Se considera que:

- Facilita la continuidad y coherencia de las prestaciones y los controles de salud en cualquier nivel de atención.
- Promueve el cumplimiento de un calendario de controles periódicos desde el nacimiento hasta los 12 años.
- Sistematiza y simplifica la tarea del equipo de salud.
- Detecta precozmente desviaciones de los patrones normales²².

¹⁹ Setaro M, Colas M. “Políticas de salud para la Infancia y Adolescencia”. Cuadernos de la ENIA 2010-2030. Uruguay, 2008. Pág. 17.

²⁰ Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información (AGESIC). “Sistema de Gestión de Salud”. Montevideo, setiembre, 2009. Acceso: 17 de octubre 2009. Disponible en: www.agesic.gub.uy

²¹ Ministerio de Salud Pública. “Decreto Número 542”. Montevideo, año 2007. Disponible en: www.enia.org.uy.

²² Quian J, Iraola I, Musí C, Santoro A. “Carné da Salud del niño y la niña” (sitio en Internet).

MARCO CONCEPTUAL

Floreal Ferrara en 1975 definió el término **Salud** como “el conjunto integrado de capacidades bio-psico-sociales de un individuo o de un colectivo”. “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 esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental y 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...”²³.

Según **Lalonde** la **salud** es un **proceso** ligado a la **enfermedad** en una interrelación dialéctica del hombre con dos universos ecológicos: el ambiente interno del ser humano y los múltiples ambientes donde se desarrolla su vida cotidiana.

Estos factores que condicionan las posibilidades de salud o enfermedad se agrupan en: Biología humana, estilo de vida, entorno y servicios sanitarios²⁴.

Entendemos por **Atención Integral a la Salud** a “un conjunto de actividades, dirigidas a las personas y al medio ambiente desarrolladas por equipos de trabajadores de la salud con propósitos de promover la salud, proteger contra la enfermedad, recuperar y rehabilitar al individuo enfermo realizadas en todos los casos con una orientación preventiva y con un triple enfoque, somático, psicológico y social”.

Entendemos por **Niveles de Atención** la forma en que están organizados los servicios de salud según los recursos humanos y la tecnología requerida. En cada nivel deben realizarse actividades asistenciales, de vigilancia epidemiológica, de educación y de investigación. Dichos niveles deben actuar de forma organizada y armónica estableciendo sistemas de referencia y contrarreferencia.

El Primer Nivel de Atención es la base del Sistema. En él se atienden y se deben resolver el 80% de los problemas de salud de la población sin necesidad de tecnología compleja. Aquí se requiere de personal altamente capacitado para resolver y tomar decisiones con recursos materiales sencillos, pero con habilidades técnicas y relacionales desarrolladas reduciendo el grado de incertidumbre.

Considérese **Primer Nivel de Atención**, todo servicio que brinde una Institución pública o privada que constituya el primer contacto del usuario con el sistema en cualquiera de las modalidades actualmente existentes (Policlínicas, Centros de Salud, Servicios Ambulatorios de Sedes Principales y Secundarias)²⁵.

Constituye la puerta principal de entrada al Sistema de Salud y el lugar donde deben ser resueltas la mayoría de las necesidades de salud de la población. En el contexto de un sistema de salud basado en la estrategia de APS es el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud. Es el nivel de los servicios de salud llamado a brindar atención integral e integrada y que debe resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención que

Disponible en: <http://ipes.anep.edu.uy>. Acceso el 3 de mayo 2010.

²³ Weinstein L. “Salud y Autogestión”. Primera Edición, Nordon-Comunidad, Montevideo, 1989.

²⁴ González P., Grassi E., Bozzo E. “Proceso salud enfermedad una mirada comunitaria”. Uruguay. Disponible en: inde1.inde.edu.uy/posgrado/cursos/curso1/cerrado/prosaen.doc

²⁵ Ministerio de Salud Pública. “Decreto N° 13/007 - Habilitaciones asistenciales, se amplían las previsiones del Decreto 416/002”. Montevideo, 12 de enero de 2007. Disponible en: www.elderechodigital.com.uy/smu/.../D0700013.html.

la población presenta a lo largo de la vida; desempeña también una función importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud. Asimismo, es el nivel del sistema que establece vínculos profundos con la comunidad y el resto de los sectores sociales, lo cual le permite desarrollar la participación social y la acción intersectorial de forma efectiva. (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud)²⁶.

La **Atención Primaria de Salud (APS)** es: "... La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad²⁷.

De acuerdo a la Convención de los Derechos del **Niño**, "se entiende por niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad"²⁸.

Se define **Primera Infancia** como el "Período comprendido desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad. Todo aquello que los niños experimentan durante los primeros años de vida establece una base trascendental para toda la vida"²⁹.

CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO

El crecimiento y desarrollo de un individuo es un fenómeno continuo que se inicia en el momento de la concepción y culmina al final de la pubertad, período durante el cuál se alcanza la madurez en sus aspectos: físico, psicosocial y reproductivo. Esta transformación 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.

Los procesos de crecimiento y desarrollo son fenómenos simultáneos e interdependientes. Ambos procesos tienen características comunes a todos los individuos de la misma especie, lo que los hace predecibles, sin embargo presentan amplias diferencias entre los sujetos, dadas por el carácter individual del patrón de crecimiento y desarrollo. Este patrón típico emerge de la interacción de factores genéticos y ambientales, que establecen, por una parte, el potencial del crecimiento y por otra, la magnitud en que este potencial se expresa³⁰.

²⁶ Federación Médica del Interior (FEMI). Presentación Power Point: "Primer Nivel de Atención". Piriapolis, noviembre, 2005. Acceso 10 de abril, 2010. Disponible en: http://www.femi.com.uy/archivos_v/primer_nivel_atencion/PRIM.

²⁷ Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata, 1978.

²⁸ Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.ops-oms.org

²⁹ Ídem.

³⁰ Cattani A. "Características del Crecimiento y Desarrollo físico" (Manual de Pediatría, Capítulo: Pediatría Ambulatoria, Nutrición, Crecimiento y Desarrollo. Chile. Acceso: 4 de mayo 2010. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/CrecDess.html>

Guía de Crecimiento y Desarrollo

A las 2-4 semanas el niño debe ser capaz de:

- Levantar momentáneamente la cabeza cuando está en decúbito prono (acostado boca abajo).
- Fijar la mirada en una cosa u objeto y seguir su movimiento.

A los 2 meses de vida el niño debe ser capaz de:

- Mantener su cabeza erecta sólo momentáneamente cuando es puesto de pie. Se mantiene fija a los 3 meses.
- Tomar un sonajero cuando es puesto en su mano.
- Sostener un sonajero transitoriamente.
- Mostrar una sonrisa social.
- Vocalizar recíprocamente.
- Comenzar a distinguir a los padres de otras personas, y responder más a ellos.
- Reaccionar a ruidos fuertes.

A los 4 meses el niño debe ser capaz de:

- Mantener su cabeza firme al ponerlo en decúbito prono se sostiene sobre sus manos.
- Mantener su cabeza firme cuando es puesto en posición vertical.
- Darse vuelta de posición prona a supina.
- Mantener sus manos en la línea media.
- Jugar con sus manos.
- Mirar un móvil y agitar sus brazos.
- Sostener en sus manos un sonajero.
- Seguir los objetos y a sus padres con la mirada en un radio de 180 °.
- Sonreír, carcajear y gorjear (hacer trinos con la voz).
- Iniciar contacto social con la sonrisa o vocalizaciones. Enojarse o llorar cuando los padres se alejan.
- Reconocer cuando le están preparando sus alimentos y ser capaz de esperar un corto tiempo.

A los 6 meses el niño debe ser capaz de:

- Girar sobre si mismo.
- Mantener firme su cabeza cuando se lo moviliza o sienta. Comienza a aparecer el "reflejo del paracaidista".
- Sentarse con apoyo.
- Sostenerse sobre sus pies momentáneamente, si es ayudado.
- Puede alcanzar o sostener objetos. Al final de los 6 meses es capaz de transferir objetos de una mano a otra.
- Capaz de sostener la mamadera cuando se alimenta.
- Aproximar objetos hacia él con movimientos de rastrillo.
- Jugar con sus pies.
- Reaccionar a ruidos que se originan fuera de su habitación, y cambia de actividad.
- Mostrar los primeros signos de ansiedad frente a personas extrañas, que manifiesta en gestos de su cara y cuerpo. Es capaz de distinguir las palabras cariñosas de los regaños.
- Sonreír, cantar y tomar iniciativa en la interacción con los demás; imitar sonidos tales como la tos, carraspeo, etc.; puede jugar y hacer ruidos mientras está solo o

- acompañado.
- Enojarse cuando le quitan un juguete.

A los 9 meses de vida debe ser capaz de:

- Sentarse correctamente.
- Gatear, arrastrarse sobre sus manos y sentado.
- Tender a pararse.
- Hurguetear con el dedo índice.
- Lanzar dos juguetes juntos.
- Poder alimentarse parcialmente con la mano.
- Tener una o dos vocalizaciones con significado, imitar y mostrar balbuceo con monosílabos (y posiblemente con polisílabos).
- Responder a su propio nombre y a preguntas tales como: "¿Dónde está mamá?" o respecto de algún objeto familiar.
- Disfrutar de los juegos con los adultos.
- Reaccionar frente a los extraños con seriedad, ansiedad, incluso temor.
- Demostrar sus emociones a través de las expresiones faciales.
- Imitar gestos simples.
- En la mayoría de los casos tiene el concepto de permanencia de los objetos; recupera un objeto escondido debajo de un paño.

A los 12 meses debe ser capaz de:

- Tender a pararse.
- Poder dar algunos pasos solo.
- Mostrar el uso de la función de pinza en forma precisa.
- Lanzar dos cubos juntos.
- Poner un objeto dentro de otro.
- Poder decir o hacer una o tres palabras o sonidos con significado, y además usar la palabra mamá o papá adecuadamente; imitar vocalizaciones.
- Poseer el concepto de permanencia de los objetos; buscar un objeto escondido o que se ha caído.
- Ayudar a vestirse y a alimentarse. Poder usar una tasa.

A los 15 meses el niño debe ser capaz de:

- Caminar solo, caminar hacia atrás, agacharse, explorar.
- Beber de una taza, usar sus manos para alimentarse.
- Usar un lenguaje de jerga y gestos (si a los 18 meses no es capaz de pronunciar una palabra reconocible, debe ser llevado para que se realice una evaluación fonoaudiológica).
- Reconocer y señalar una o dos partes de su cuerpo cuando se le pide.
- Mostrar sus zapatos, cuando se le pide que lo haga.
- Entender órdenes simples, por ejemplo: no, dame, ven acá.
- Disfrutar con las figuras de los libros de cuentos, y entretenerse cuando se le narra una historia.
- Reconocerse en un espejo.
- Sacarse una prenda de vestir y ponerse un sombrero.
- Dar y recibir un juguete.
- Dar abrazos y caricias.

A los 18 meses el niño debe ser capaz de:

- Caminar con seguridad.
- Correr, subir escaleras sostenido de una mano, caminar hacia atrás, sentarse en una silla pequeña; subirse a una silla para adultos, patear una pelota.

- Juntar 3 o 4 cubos; poner un anillo sobre un cono, desarmarlo y armarlo de nuevo.
- Puede hojear un libro o una revista e identificar figuras.
- Construir frases de 2 palabras; entender y seguir indicaciones simples, expresar dos o más deseos; su capacidad para imitar el vocabulario es mucho mayor que su vocabulario espontáneo.
- Alimentarse por sí solo, usar una cuchara adecuada, sostenerse y beber de un jarro.
- Mirar e imitar un bosquejo sobre papel.
- Fruncir los labios y besar en la mejilla.

A los 2 años de edad el niño debe ser capaz de:

- Subir y bajar solo las escaleras.
- Saltar con ambos pies juntos, sostenerse sobre un solo pie momentáneamente, correr con soltura.
- Abrir puertas.
- Alinear 3 a 5 cubos, después de una demostración.
- Usar con soltura una cuchara y una taza.
- Construir frases con pronombres como yo, tú, mí.
- Referirse a sí mismo por su nombre (si el lenguaje no es comprensible por los padres o está retrasado debe realizarse una evaluación fonoaudiológica).
- Hacer frecuentemente preguntas. Es la edad del ¿por qué?
- Hacer trazos horizontales o circulares con un lápiz.
- Iniciar el control de la micción y defecación.
- Disfruta con la imitación de actividades domésticas o trabajos del adulto.
- Cooperar en vestirse, lavarse y secarse las manos.
- Usar adecuadamente sus juguetes³¹.

Alimentación:

- Desde el nacimiento hasta los seis meses de edad lactancia materna exclusiva, no necesita ingerir agua, té, jugos o yuyos.
- Entre los 6 y 9 meses incorpora alimentos como: carne y vísceras, cereales, frutas, verduras, yogur, queso fresco sin sal, manteca, aceite vegetal.
- Entre los 9 y 12 meses incorpora huevo entero, pescado, pué de leguminosas (porotos, lentejas, garbanzos)³².

Se debe promover lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y de forma complementaria cuando sea posible hasta los 2 años³³.

³¹ Firman G. "Guía de Crecimiento y Desarrollo del niño". 06-AGO 2002. Disponible en: <http://www.intermedicina.com/Avances/Pediatria/APE33.htm> - 49k

³² Quián J, Iraola I, Musí C, Santoro A. "Carné da Salud del niño y la niña". Uruguay, 2008. Disponible en: <http://ipes.anep.edu.uy>. Acceso el 3 de mayo 2010.

³³ Ministerio de Salud Pública. "Norma Nacional de lactancia materna" Nutriguía, Uruguay, 28 de mayo 2009. Disponible en: http://www.nutriguia.com.uy/jornadas/cuarta_jornada. Acceso 4 de mayo 2010.

Capítulo III

VARIABLES DE ESTUDIO

1) Sexo del niño/a

Definición conceptual: Condición orgánica que diferencia al macho de la hembra.

Definición operativa: Registro en la tarjeta de seguimiento del sexo del lactante.

Indicador: Femenino – Masculino.

2) Edad del niño/a

Definición Conceptual: Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición Operativa: Registro en la tarjeta de seguimiento de la fecha de nacimiento hasta la fecha actual, se procede al cálculo de la edad en meses cumplidos.

Indicador: 12 - 14, 15 -17, 18 - 20, 21 - 23 y 24 meses.

3) Edad de la madre

Definición conceptual: Tiempo de vida desde el nacimiento hasta el momento actual en años.

Definición operativa: Registro en la tarjeta de seguimiento de la edad del tutor.

Indicador: Se clasificará en: Adolescente (11 a 19 años) o Adulto (mayor de 20 años) y sin dato (en caso de ausencia del mismo).

4) Nivel de Instrucción

Definición conceptual: Referente a la formación catedrática alcanzada por el individuo.

Definición operativa: Registro en la tarjeta de seguimiento respecto al nivel de instrucción alcanzado por la madre del niño.

Indicador: Analfabeto - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Terciaria - Otro - Sin dato.

5) Control de salud *-Variable Compleja-Compuesta por: Cumplimiento del Control Normativo y Controles de Salud estipulados.

Definición Conceptual: Hace referencia al control de salud de todos aquellos niños pertenecientes al Programa Aduana cumpliendo la normativa estipulada por el Ministerio de Salud Pública respecto a los controles periódicos según la edad en meses.

Definición Operativa: Se registrará el cumplimiento o no al control en cada trimestre según la edad. Luego además se registrará el número de niños que se controlan a los 12, 15, 18, 21 y 24 meses de vida. Aquellos niños/as de 12 meses que no tengan su último control realizado serán considerados como a tiempo de realizarlo, teniendo en cuenta que tienen 12 meses cumplidos al momento. Se prestará atención en caso de inasistencia a los controles anteriores (ejemplo: niños que no cuentan con el control de los 10 meses).

Indicador: SI / NO (cumplimiento del control según normativa);

Indicador: Control de salud estipulado a los 12 meses, 15 meses, 18 meses, 21 meses y 24 meses (en caso de realizado el control se marca con una X en el casillero correspondiente).

6) Carné de Vacunas

Definición conceptual: Consiste en el documento que registra la pauta de las inmunizaciones realizadas según la edad del niño.

Definición operativa: Se observará el registro en la tarjeta de seguimiento de las últimas inmunizaciones realizadas respecto a la edad actual.

Indicador: Vigente - No vigente.

7) Alimentación

Definición conceptual: Elementos básicos que conforman la alimentación del niño durante el día.

Definición operativa: Registro en la tarjeta de seguimiento sobre el tipo de alimentos que consume el lactante observados en el último control realizado.

Indicador: Pecho directo + sólidos; Pecho directo + leche de vaca + sólidos; Leche de vaca + sólidos; Sin dato.

8) Percentil talla/edad

Definición conceptual:

Son cuadros de medida para comparar y valorar el crecimiento lineal del niño o de la niña según la edad con referencia a un rango estándar.

Definición operativa: A partir de la talla y edad del lactante registrados en la tarjeta de seguimiento durante el último control de salud, se observará la curva de percentiles según sea niño o niña y se registrará en la planilla.

Indicador: <3; 3 – 15; 15 – 50; 50 – 85; 85 – 97; >97.

9) Percentil peso/edad

Definición conceptual:

Son cuadros de medida para comparar y valorar el crecimiento en masa del niño o de la niña según la edad con referencia a un rango estándar.

Definición operativa: A partir del peso y edad del lactante registrados en la tarjeta de seguimiento durante el último control de salud, se observará la curva de percentiles según sea niño o niña y se registrará en la planilla.

Indicador: <3; 3 – 15; 15 – 50; 50 – 85; 85 – 97; >97.

10) Visitas Domiciliarias

Definición Conceptual: Consiste en la consulta de enfermería en el domicilio del niño que permite recabar datos sobre la situación de salud y del medio en el cual se relaciona permitiendo detectar necesidades, intereses y problemas del niño y su familia.

Definición Operativa: Registro en la tarjeta de seguimiento sobre las visitas domiciliarias realizadas a los lactantes entre 12 y 24 meses de edad.

Indicador: Si / No

11) Distancia del hogar al Centro de Salud

Definición Conceptual: Se refiere a la distancia en cuadras desde el domicilio del niño al Centro de Salud.

Definición Operativa: Se contabilizarán las cuadras que distan del Centro de Salud hasta el hogar mediante un plano de calles de la ciudad de Montevideo.

Indicador: 0 a 10 cuadras; 11 a 20cuadras; +20 cuadras; Sin dato.

DISEÑO DE ESTUDIO

TIPO: Descriptivo, cuantitativo, y de corte transversal.

UNIVERSO: Todas las tarjetas de seguimiento de los niños de 12 a 24 meses pertenecientes al Programa Aduana en los Centros de Salud "A", "B", "C" y "D".

MUESTRA: Se realiza de forma aleatoria simple. Se identifica la primera tarjeta de seguimiento que presenta la fecha de nacimiento a partir del día 8 de julio del 2008 y las siguientes hasta el día 21 de julio del 2009 (correspondiendo a los niños de entre 12 y 24 meses). Se seleccionan las tarjetas a estudiar en forma intercalada, la primera sí y la siguiente no, así en forma sucesiva hasta completar la totalidad de tarjetas de seguimiento de los niños de 12 a 24 meses pertenecientes al Programa Aduana en los Centros de Salud "A", "B", "C" y "D". , excepto las que presenten el criterio de exclusión.

Serán excluidas de la muestra aquellas tarjetas de seguimiento que carezcan de datos relacionados con cuatro de las variables en estudio y aquellas tarjetas de seguimiento en las que figure el registro de la continuidad del control del niño/a en otro Centro de Salud público o privado. En caso de excluir alguna de las tarjetas de seguimiento se debe recurrir a la siguiente y continuar en forma intercalada para así lograr la muestra del 50% de las mismas.

MATERIALES Y METODOS:

Para realizar la investigación se siguieron los siguientes pasos:

- Solicitud de autorización previa a la recolección de datos (ver Anexo N°4).
- Coordinación con los cuatro Centros de Salud de la fecha propuesta para la recolección de datos.
- Selección de las tarjetas de seguimiento que correspondan a la muestra de estudio (a partir del 8 de julio 2008 hasta el 21 de julio 2009).
- El período de tiempo estimado para la realización de esta investigación es desde agosto del año 2009 hasta setiembre del año 2010, lo cual puede estar sujeto a modificaciones (ver Anexo N° 1: Cronograma de Gantt).
- Recolección de datos y registro en el Formulario de recolección de datos elaborado para tal fin (ver Anexo N° 5 y 6).
- Procesamiento de datos según el Plan de Tabulación.
- Elaboración de los resultados.
- Análisis y discusión (contrastación del Marco Conceptual con los datos obtenidos).
- Realización del Informe Final y divulgación.

INSTRUMENTO:

Se utilizará la Planilla de recolección de datos para recabar a través de las tarjetas de seguimiento, los datos de interés, de acuerdo a las variables en estudio. La Planilla contiene:

- Nombre del Centro de Salud (A, B, C, D)
- Número total de niños de 12 a 24 integrados al Programa Aduana en dicho Centro de Salud.
- Muestra de estudio.
- Variables de estudio.

PRESUPUESTO:

Será solventado por los propios investigadores en forma voluntaria, se estiman gastos de papelería, impresión, bibliografía, accesos a explorador en línea y boletos de transporte urbano (ver Anexo N° 3: Presupuesto).

Capítulo IV

PRESENTACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS EN CADA CENTRO DE SALUD

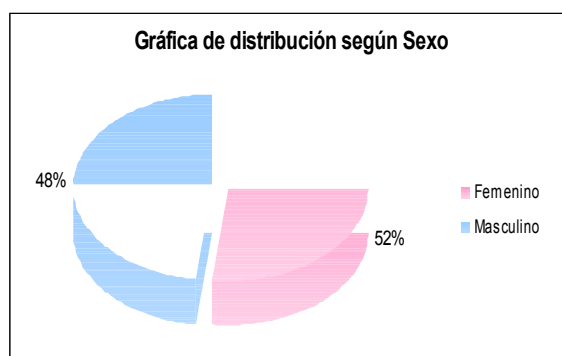
El estudio se realizó en cuatro Centros de Salud de Montevideo, los cuales por su cercanía entre sí, confluyen un radio muy amplio de la zona Este. La muestra seleccionada fue de 773 tarjetas de seguimiento de los niños de 12 a 24 meses, de un total de 1643 tarjetas, quedando por fuera del universo aquellas que presentaron el criterio de exclusión (97 tarjetas de seguimiento). Se analizaron las variables de estudio en los cuatro Centros de Salud y dada la similitud en sus características se realizó un análisis global de todos los datos obtenidos.

Centro de Salud “A”

TABLA 1.a.

Distribución según Sexo de los niños de 12 a 24 meses. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Sexo	FA	FR %
Femenino	141	52
Masculino	130	48
Total	271	100



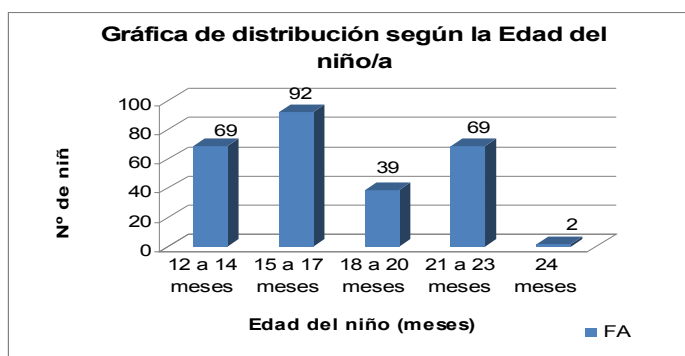
Fuente: Tabla 1.a.

La muestra del Centro de Salud “A” está conformada por 271 niños, de los cuales un 52% corresponde a sexo femenino y un 48% a sexo masculino.

TABLA 2.a.

Distribución según Edad de los niños de 12 a 24 meses. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad del niño/a	FA	FR %
12 a 14 meses	69	25
15 a 17 meses	92	34
18 a 20 meses	39	15
21 a 23 meses	69	25
24 meses	2	1
Total	271	100



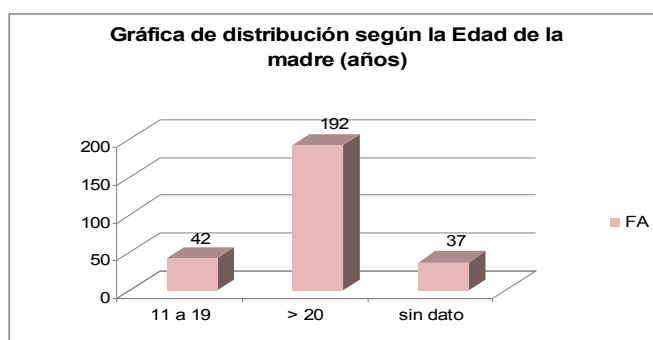
Fuente: Tabla 2.a.

Respecto a la edad, se observa un predominio de niños con edades comprendidas entre 15 y 17 meses en un 34%, seguido por los niños de 12 a 14 meses y de 21 a 23 meses en un 25 % respectivamente, entre los 18 y 20 meses se encuentra un 15% y un 1% para niños de 24 meses.

TABLA 3.a.

Distribución según Edad de la madre. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad de madre (años)	FA	FR %
11 a 19	42	15
> 20	192	71
sin dato	37	14
Total	271	100



Fuente: Tabla 3.a.

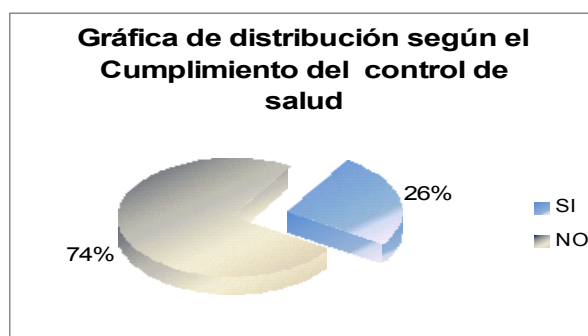
Con respecto a la edad de la madre: un 71% era mayor a 20 años, habiendo un 15% de madres adolescentes (11 a 19 años).

Referente al nivel de instrucción de la misma se detectó que un 97% de las tarjetas de seguimiento carecían de dato al respecto, habiendo solo un 2% correspondiente a Secundaria Incompleta y un 1% con Primaria completa.

TABLA 4.a.

Distribución según Cumplimiento del Control de Salud. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud	FA	FR %
SI	70	26
NO	201	74
Total	271	100



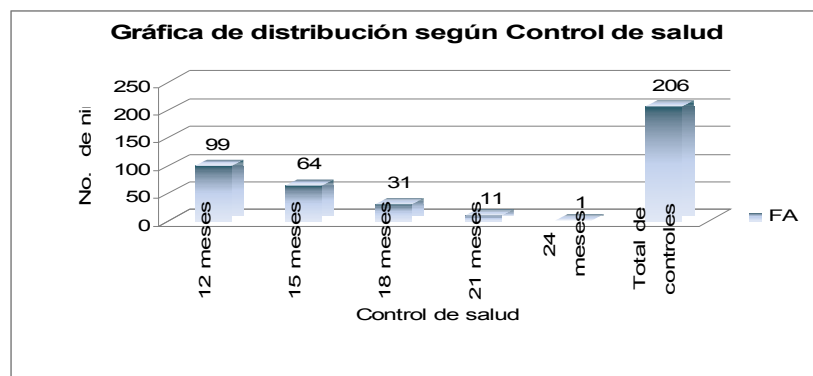
Fuente: Tabla 4.a.

Datos obtenidos referentes al Cumplimiento del control de salud según pauta estipulada nos revelan que solo un 26% de esta población cumple con la normativa, el resto (74%) no concurre a los controles pautados.

TABLA 5.a.

Distribución según Cumplimiento del Control de Salud. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Control	FA	FR %
12 meses	99	48
15 meses	64	31
18 meses	31	15
21 meses	11	5
24 meses	1	1
Total de controles	206	100



*El total de controles es 206, el "N o total de la muestra" es de 271 tarjetas.

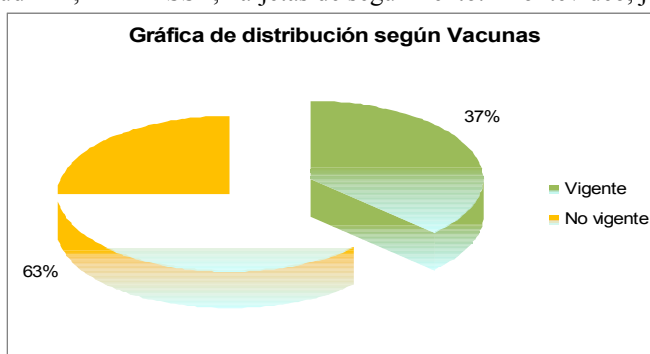
Fuente: Tabla 5.a.

La tabla 5.a. de distribución según cumplimiento de los controles muestra que estos son más frecuentes a los 12 meses con un 48% y que van disminuyendo en forma paulatina hasta llegar a un 1% a los 24 meses de edad.

TABLA 6.a.

Distribución según Vacunas. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Carné de Vacunas	FA	FR %
Vigente	101	37
No vigente	170	63
Total	271	100



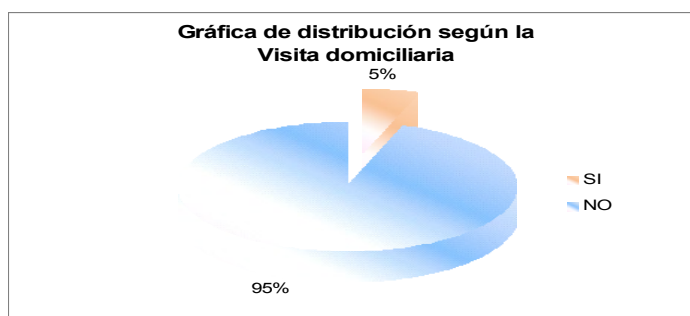
Fuente: Tabla 6.a.

En cuanto a la vigencia o no vigencia del carné de vacunas el dato puede resultar preocupante ya que según los registros el 63% no tiene sus inmunizaciones al día, lo que puede acarrear un gran problema a la hora de controlar brotes de enfermedades prevenibles a través de estas.

TABLA 7.a.

Distribución según Visita Domiciliaria. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Visita Domiciliaria	FA	FR %
SI	14	5
NO	257	95
Total	271	100



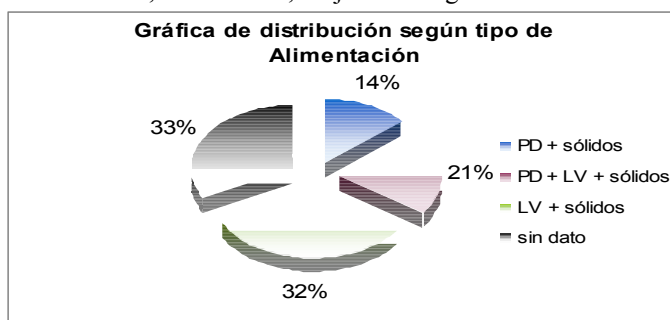
Fuente: Tabla 7.a.

Los datos observados muestran que sólo el 5% de la muestra ha recibido al menos una visita domiciliaria, no coincidiendo esto con el alto porcentaje de incumplimiento a la normativa de controles con la consecuente necesidad de realizar una recaptación en domicilio.

TABLA 8.a.

Distribución según Alimentación. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Alimentación	FA	FR %
PD + sólidos	37	14
PD + LV + sólidos	57	21
LV + sólidos	88	32
sin dato	89	33
Total	271	100



Fuente: Tabla 8.a.

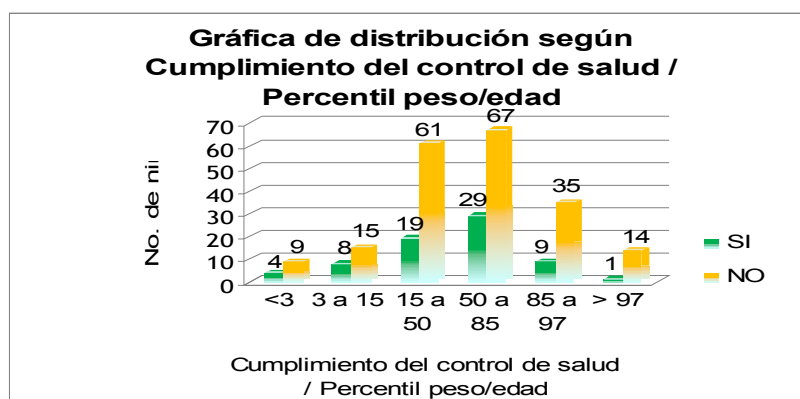
Con respecto a la alimentación podemos decir que la lactancia materna se mantiene en el 35% de la población al momento del último control registrado, seguido por un 32% alimentado a leche de vaca más sólidos, habiendo un 33% carente de registro. Se detecta la necesidad de relevar esta

información, con la cual la licenciada en enfermería podrá planificar una amplia variedad de actividades con el binomio madre-hijo.

TABLA 9.a.

Distribución según Cumplimiento del control de salud relacionado al Percentil peso/edad. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Percentil peso /edad	<3	3 a 15	15 a 50	50 a 85	85 a 97	> 97	Total
SI	4	8	19	29	9	1	70
NO	9	15	61	67	35	14	201
Total	13	23	80	96	44	15	271

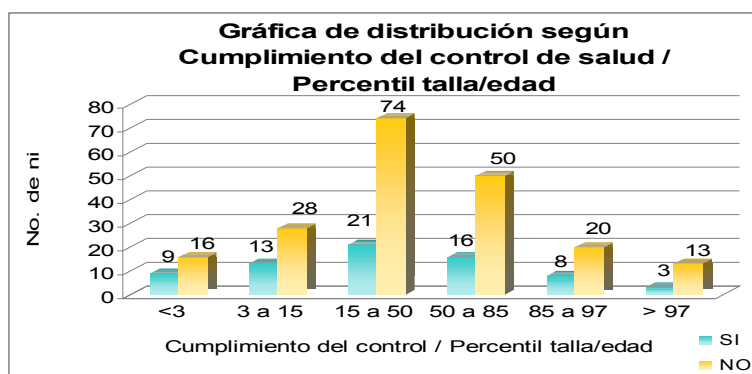


Fuente: Tabla 9.a.

Observando la variable de percentil peso/edad relacionado a los niños que no cumplen con el control en salud (Tabla 9.a.) podemos ver que existen 23 niños en situación de riesgo para su salud ($p < 3$ y $p > 97$), y 50 niños en situación de alerta ($p 3 - 15$ y $p 85 - 97$). Este dato justifica la importancia del seguimiento de los niños en forma periódica y continua, teniendo en cuenta su gran vulnerabilidad y la implicancia para su crecimiento y desarrollo.

TABLA 10.a. Distribución según Cumplimiento del control de salud relacionado al Percentil talla/edad. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Percentil talla/edad	<3	3 a 15	15 a 50	50 a 85	85 a 97	> 97	Total
SI	9	13	21	16	8	3	70
NO	16	28	74	50	20	13	201
Total	25	41	95	66	28	16	271



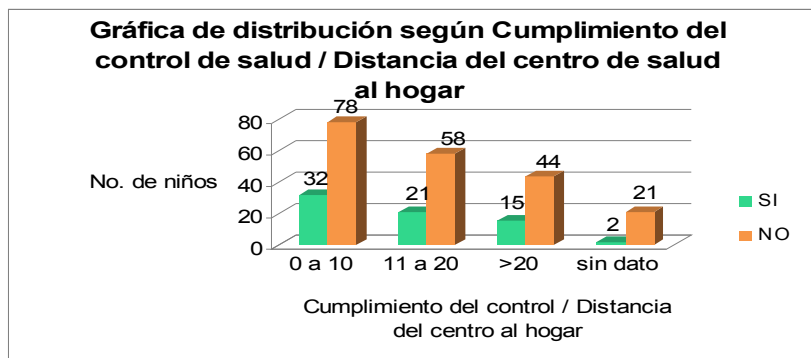
Fuente: Tabla 10.a.

Con respecto a la variable talla/edad relacionada a los niños que no cumplen con el control (Tabla 10.a) observamos que 29 niños se encuentran en situación de riesgo para su salud ($p < 3$ y $p > 97$), y 48 niños se encuentran en situación de alerta en salud ($p 3 - 15$ y $p 85 - 97$).

Estos valores de percentil talla/edad y/o peso/ edad muestran fluctuaciones de manera continua a medida que los niños crecen, por ello es importante su vigilancia.

TABLA 11.a. Distribución según Cumplimiento del control de salud / Distancia del centro de salud al hogar. Centro de salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010

Cumplimiento del control de salud / Distancia del Centro de salud al hogar (cuadras)	0 a 10	11 a 20	>20	sin dato	Total
SI	32	21	15	2	70
NO	78	58	44	21	201
Total	110	79	59	23	271



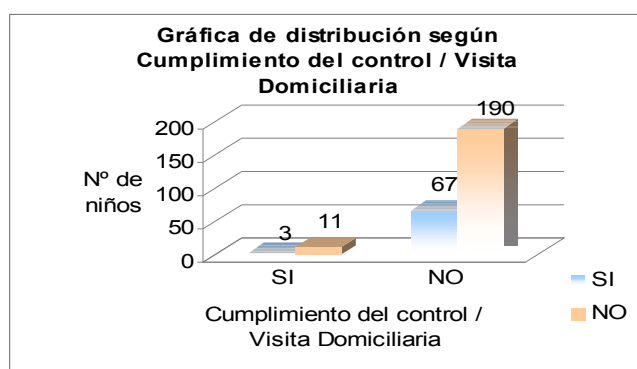
Fuente: Tabla 11.a.

Con respecto a la distancia del hogar al centro de salud se observó que de un total de 201 niños que no cumplen al control, son 78 niños los que viven de 0 a 10 cuadras y 58 los que viven a menos de 20 cuadras considerándose ésta una cifra importante a tener en cuenta dado la cercanía con el centro de salud y la ventaja de esto para realizar las visitas domiciliarias y/o concurrir a los controles estipulados.

TABLA 12.a

Distribución según Cumplimiento del control relacionado a Visita Domiciliaria. Centro de Salud "A", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Visita Domiciliaria	SI	NO	Total
SI	3	67	70
NO	11	190	201
Total	14	257	271



Fuente: Tabla 12.a.

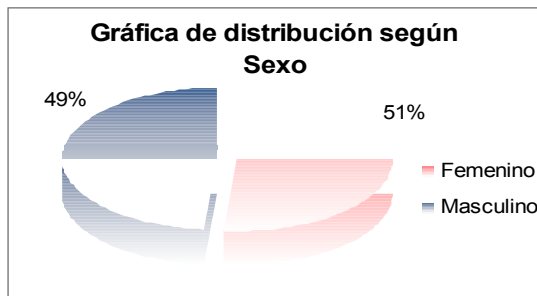
Del total de niños que no cumplen al control (201), existen registros de 190 niños a los cuales aún no se les realizó visita domiciliaria, el resto (11 niños) sí presenta por lo menos un registro de haber sido visitado. Dato que nos refleja dificultad en el control y seguimiento de estos niños.

Centro de Salud “B”

TABLA 1.b.

Distribución según Sexo. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Sexo	FA	FR %
Femenino	80	51
Masculino	76	49
Total	156	100



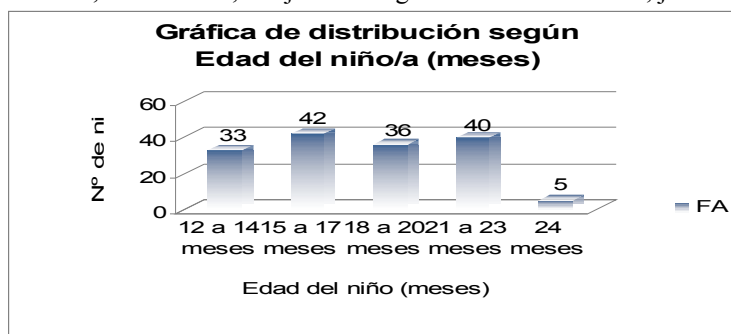
Fuente: Tabla 1.b.

La muestra del centro “B” consta de 156 niños, de los cuales un 51% corresponde al sexo femenino.

TABLA 2.b.

Distribución según Edad del niño. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad del niño/a	FA	FR %
12 a 14 meses	33	21
15 a 17 meses	42	27
18 a 20 meses	36	23
21 a 23 meses	40	26
24 meses	5	3
Total	156	100



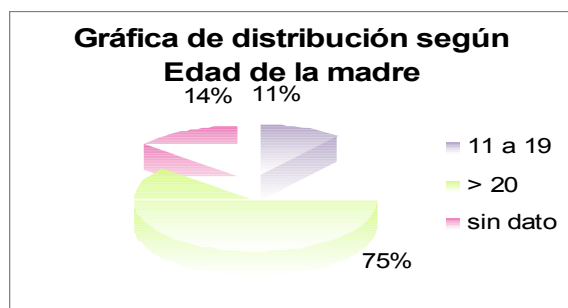
Fuente: Tabla 2.b.

En cuanto a los rangos de edad, existe un predominio del 27% de niños de 15 a 17 meses, seguido por el 26% de 21 a 23 meses y 23% de 18 a 20 meses.

TABLA 3.b.

Distribución según Edad de la madre. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad de madre (años)	FA	FR %
11 a 19	17	11
> 20	117	75
sin dato	22	14
Total	156	100



Fuente: Tabla 3.b.

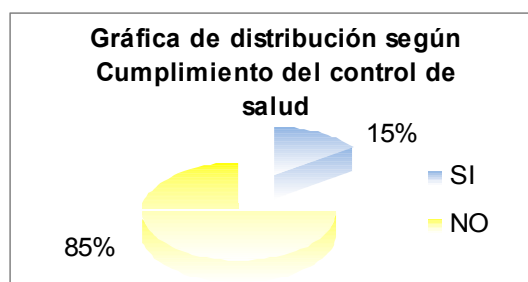
Observando el gráfico vemos en su mayoría madres mayores a 20 años con el 75%, habiendo un 11% de madres adolescentes (11 a 19 años)

En este Centro los datos recabados con respecto al Nivel de instrucción nos muestran que el 34% de las madres posee Secundaria incompleta, el 27% Primaria completa, un 6% de primaria incompleta y un 30% sin datos.

TABLA 4.b.

Distribución según Cumplimiento del Control de salud. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del Control de salud	FA	FR %
SI	24	15
NO	132	85
Total	156	100



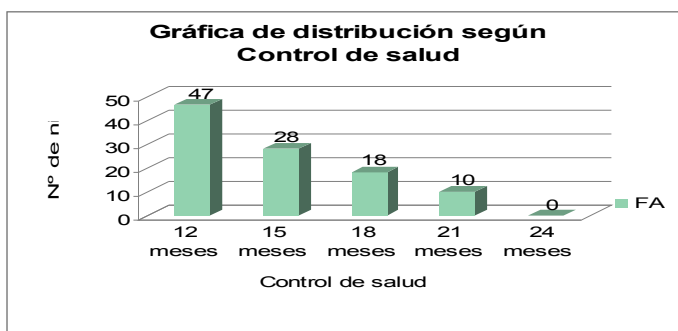
Fuente: Tabla 4.b.

Respecto al Cumplimiento del control de salud, se destaca que solo un 15% de la población cumple con la normativa estipulada para los controles y el resto incumple a la misma (85%).

TABLA 5.b.

Distribución según Control de salud. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Control de salud	FA	FR %
12 meses	47	30
15 meses	28	18
18 meses	18	12
21 meses	10	6
24 meses	0	0
Total de controles	103	66



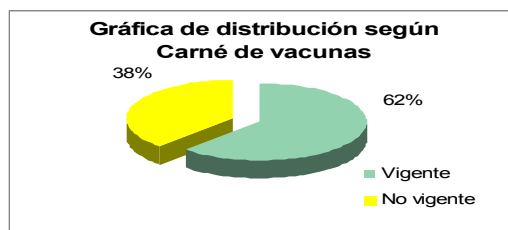
*El total de controles es 103, el "N o total de la muestra" es de 156 tarjetas. Fuente: Tabla 5.b.

El cumplimiento de los controles según la edad del niño, muestra un comportamiento similar al Centro "A" dado que el 30% de los niños se controló a los 12 meses, disminuyendo paulatinamente y no existiendo registro de controles a los 24 meses.

TABLA 6.b.

Distribución según Carné de Vacunas. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Carné de Vacunas	FA	FR %
Vigente	97	62
No vigente	59	38
Total	156	100



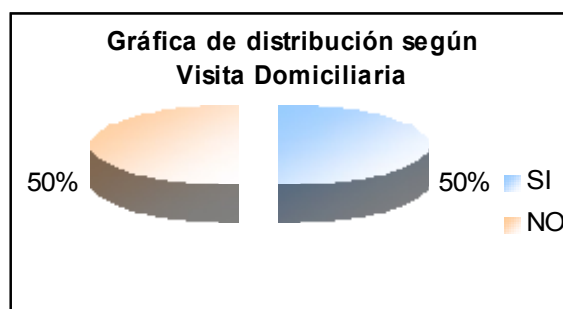
Fuente: Tabla 6.b.

Observando el comportamiento de la variable con respecto a las vacunas podemos agregar que a diferencia del Centro "A", éste presenta un mayor porcentaje de registros sobre las vacunas vigentes (62%).

TABLA 7.b.

Distribución según Visita Domiciliaria. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Visita Domiciliaria	FA	FR %
SI	78	50
NO	78	50
Total	156	100



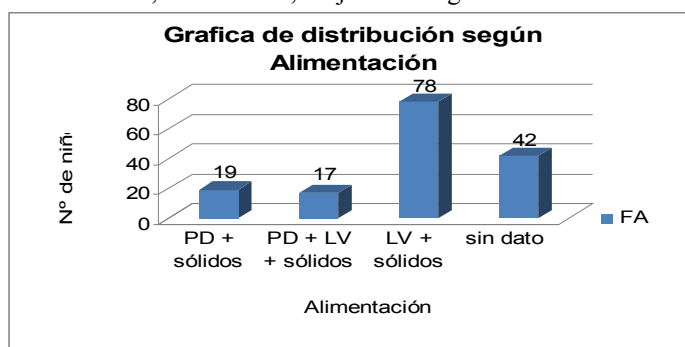
Fuente: Tabla 7.b.

Los datos obtenidos muestran que en este centro el 50% de la población estudiada ha recibido al menos una visita domicilia, a diferencia de los otros tres centros.

TABLA 8.b.

Distribución según Alimentación. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Alimentación	FA	FR %
PD + sólidos	19	12
PD + LV + sólidos	17	11
LV + sólidos	78	50
sin dato	42	27
Total	156	100



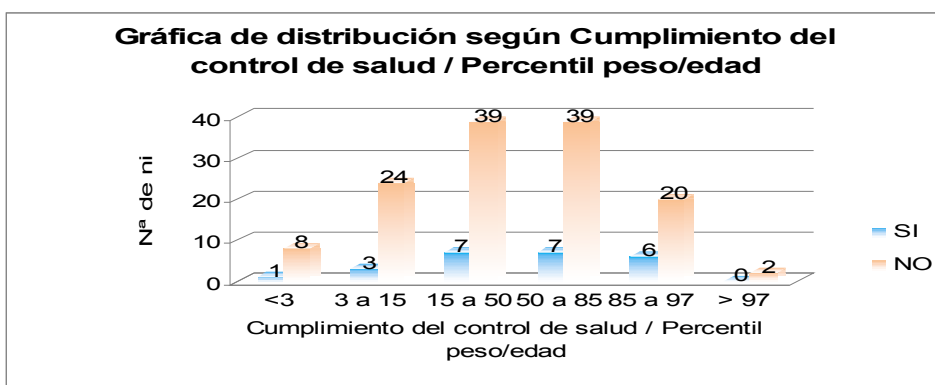
Fuente: Tabla 8.b.

Con respecto a la alimentación podemos decir que la lactancia materna se mantiene en el 23% de la población, seguido por un 50% alimentado a leche de vaca más sólido.

TABLA 9.b.

Distribución según Cumplimiento del control relacionado al Percentil peso/edad. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud/percentil peso/edad	<3	3 a 15	15 a 50	50 a 85	85 a 97	> 97	Total
SI	1	3	7	7	6	0	24
NO	8	24	39	39	20	2	132
Total	9	27	46	46	26	2	156



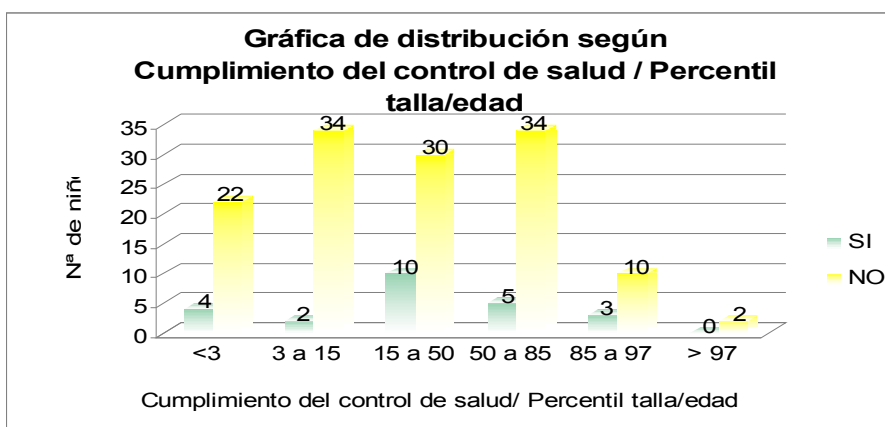
Fuente: Tabla 9.b.

Observando la variable de percentil peso/edad relacionado a los niños que no cumplen con el control en salud (Tabla 10.b) podemos ver que existen 10 niños en situación de riesgo para su salud (<3 y > 97), y 44 niños en situación de alerta (p 3 – 15 y p 85 - 97). Este dato justifica la importancia del seguimiento de estos niños en forma periódica, teniendo en cuenta su mayor vulnerabilidad y los riesgos que corren. Además se debe hacer énfasis en el tipo de alimentación y en la implementación de estrategias para mejorar y optimizar el estado nutricional de los niños.

TABLA 10.b.

Distribución según Cumplimiento del control relacionado al Percentil talla/edad. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Percentil talla/edad	<3	3 a 15	15 a 50	50 a 85	85 a 97	>97	Total
SI	4	2	10	5	3	0	24
NO	22	34	30	34	10	2	132
Total	26	36	40	39	13	2	156



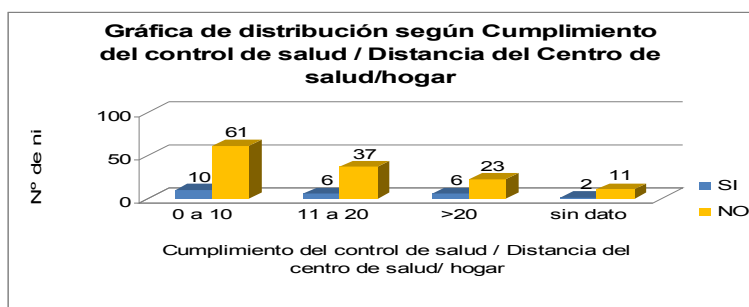
Fuente: Tabla 10.b.

Con respecto a la variable talla/edad relacionado a los niños que no cumplen con el control (Tabla 12.b) observamos que, 24 niños se encuentran en situación de riesgo para su salud ubicándose entre los siguientes percentiles $p < 3$ y $p > 97$, y 44 niños se encuentran en situación de alerta en salud (p 3 - 15 y p 85 – 97).

TABLA 11.b.

Distribución según Cumplimiento del control de salud / Distancia del Centro de salud al hogar (cuadras). Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Distancia del Centro de salud al hogar (cuadras)	0 a 10	11 a 20	>20	sin dato	Total
SI	10	6	6	2	24
NO	61	37	23	11	132
Total	71	43	29	13	156



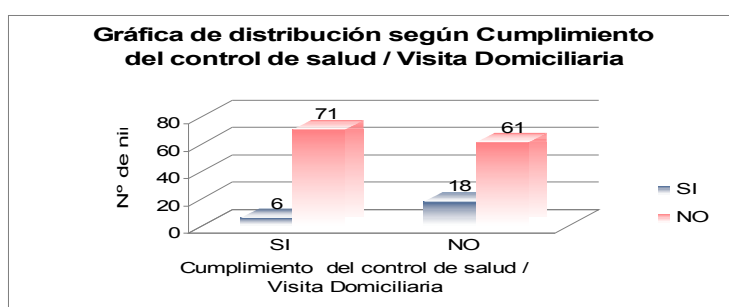
Fuente: Tabla 11.b.

Con respecto a la distancia del hogar al centro de salud se observó que de un total de 132 niños que no cumplen al control, son 61 niños los que viven de 0 a 10 cuadras 37 los que viven a menos de 20 cuadras considerándose ésta una cifra importante a tener en cuenta dado la cercanía con el centro de salud.

TABLA 12.b.

Distribución según Cumplimiento del control relacionado a Visita Domiciliaria. Centro de Salud "B", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Visita Domiciliaria	SI	NO	Total
SI	6	18	24
NO	71	61	132
Total	77	79	156



Fuente: Tabla 12.b.

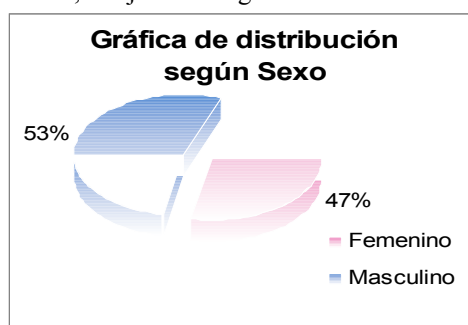
Del total de niños que no cumplen al control (132), existen registros de 61 a los cuales aún no se les realizó visita domiciliaria, el resto (71 niños) sí presenta por lo menos un registro de visita. Dato que nos refleja dificultad en el control y seguimiento de estos niños.

Centro de Salud "C"

TABLA 1.c.

Distribución según Sexo. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Sexo	FA	FR %
Femenino	117	47
Masculino	130	53
Total	247	100



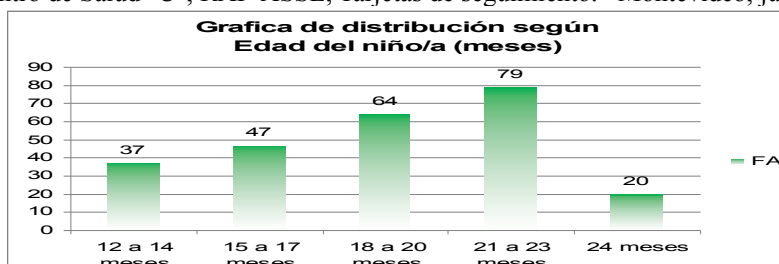
Fuente: Tabla 1.c.

La muestra consta de 247 niños, de los cuales 53% son de sexo masculino.

TABLA 2.c.

Distribución según Edad del niño. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad del niño/a	FA	FR %
12 a 14 meses	37	15
15 a 17 meses	47	19
18 a 20 meses	64	26
21 a 23 meses	79	32
24 meses	20	8
Total	247	100



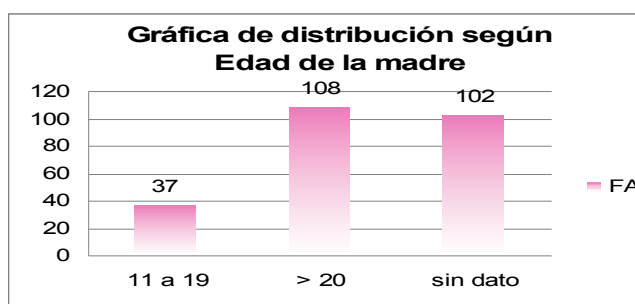
Fuente: Tabla 2.c.

La franja de edad predominante se encuentra entre los 21 y 23 meses con el 32%, seguida por la franja de 18 a 20 meses con 26%, la de 15 a 17 meses con 19%, de 12 a 14 meses con 15% y por último 8% para los que tienen 24 meses.

TABLA 3.c.

Distribución según Edad de la madre. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad de madre (años)	FA	FR %
11 a 19	37	15
> 20	108	44
sin dato	102	41
Total	247	100



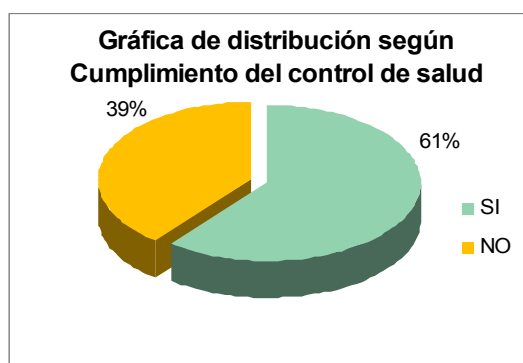
Fuente: Tabla 3.c.

En cuanto a la edad de las madres 44% son adultas (mayores de 20 años) y el 15% son madres adolescentes (menores de 19 años). No se conoce su nivel de instrucción a través de la tarjeta de seguimiento.

TABLA 4.c.

Distribución según Cumplimiento del Control de Salud. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del Control de Salud	FA	FR %
SI	150	61
NO	97	39
Total	247	100

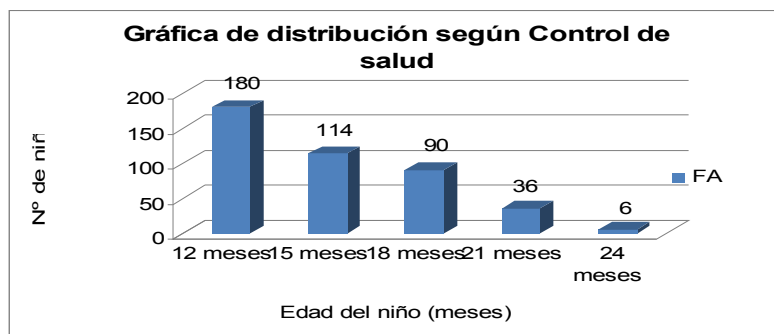


Fuente: Tabla 4.c.

Referente a los controles de salud se observa que el 61% cumple con los mismos según los registros existiendo un 39% que incumple a la normativa.

TABLA 5.c. Distribución según Control de Salud. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Control de Salud	FA	FR %
12 meses	180	42
15 meses	114	27
18 meses	90	21
21 meses	36	8
24 meses	6	2
Total de controles	426	100

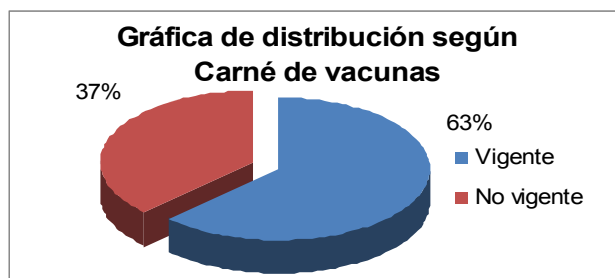


*El total de controles es 426, el "N o total de la muestra" es de 247 tarjetas.
Fuente: Tabla 5.c.

El cumplimiento de los controles según la edad del niño, muestra un comportamiento similar al Centro "A y B" dado que el 42% de los niños se controló a los 12 meses, disminuyendo posteriormente al 27% a los 15 meses, 21% a los 18 meses, un 8% a los 21 meses, y por último un 2% a los 24 meses.

TABLA 6.c. Distribución según Carné de Vacunas. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Carné de Vacunas	FA	FR %
Vigente	155	63
No vigente	92	37
Total	247	100

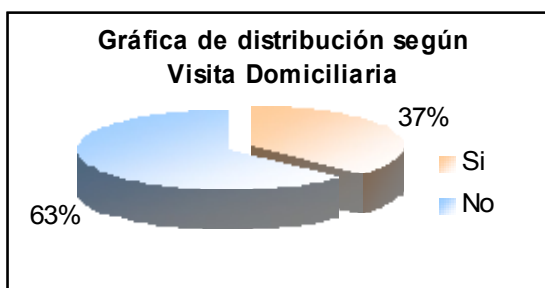


Fuente: Tabla 6.c.

Las vacunas se encuentran vigentes en el 63% de la población, existiendo un 37% con falta de inmunización vigente, por lo tanto, en situación de riesgo para contraer enfermedades que podrían evitarse.

TABLA 7.c. Distribución según Visita Domiciliaria. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Visita Domiciliaria	FA	FR %
Si	91	37
No	156	63
Total	247	100



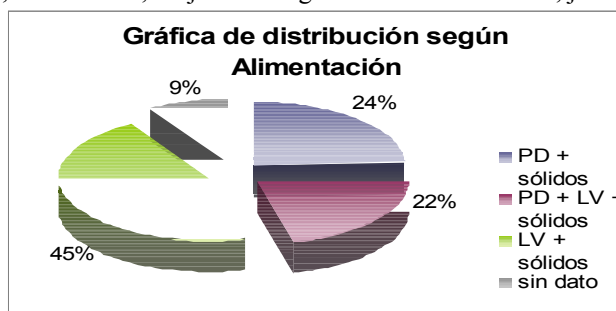
Fuente: Tabla 7.c.

En esta tabla de distribución relacionada a la visita domiciliaria podemos agregar que el 63% de la población no tiene registros de visitas realizadas por dicho centro.

TABLA 8.c.

Distribución según Alimentación. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Alimentación	FA	FR %
PD + sólidos	60	24
PD + LV + sólidos	54	22
LV + sólidos	112	45
sin dato	21	9
Total	247	100



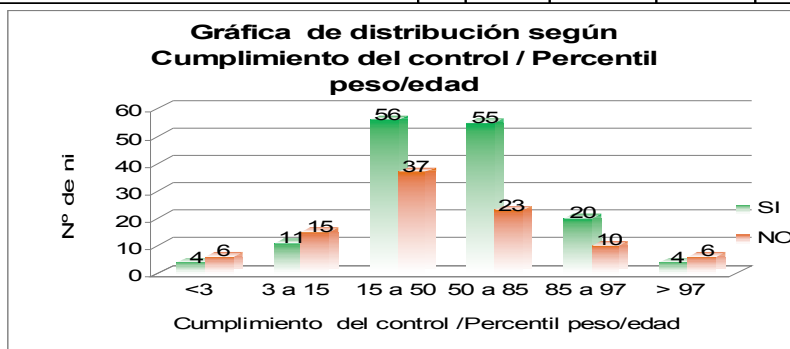
Fuente: Tabla 8.c.

De los 247 niños estudiados, el 45% se alimenta de sólidos y leche de vaca, manteniéndose la lactancia materna en el 46% de esta población.

TABLA 9.c.

Distribución según Cumplimiento del control de salud / Percentil peso /edad. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Percentil peso /edad	<3	3 a 15	15 a 50	50 a 85	85 a 97	>97	Total
SI	4	11	56	55	20	4	150
NO	6	15	37	23	10	6	97
Total	10	26	93	78	30	10	247



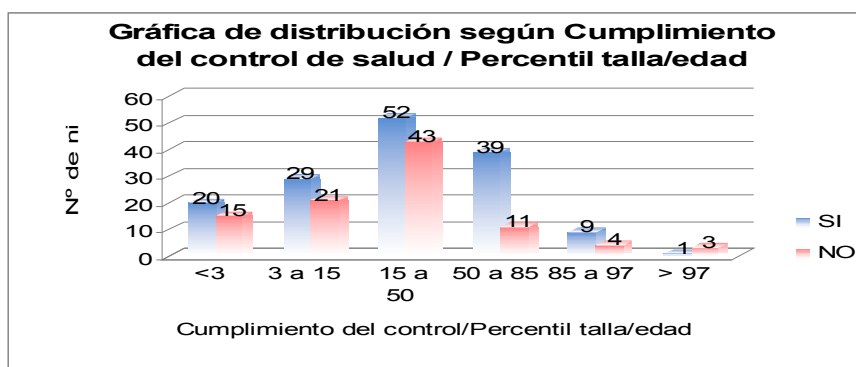
Fuente: Tabla 9.c.

En cuanto al percentil peso/edad en niños que no cumplen al control se detectan 25 niños en situación de alerta de salud (p3-15 y p85-97) y 12 niños en situación de riesgo (p<3 y p>97) para la salud en esta etapa tan importante para su crecimiento y desarrollo.

TABLA 10.c.

Distribución según Cumplimiento del control de salud / Percentil talla /edad. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Percentil talla/edad	<3	3 a 15	15 a 50	50 a 85	85 a 97	>97	Total
SI	20	29	52	39	9	1	150
NO	15	21	43	11	4	3	97
Total	35	50	95	50	13	4	247



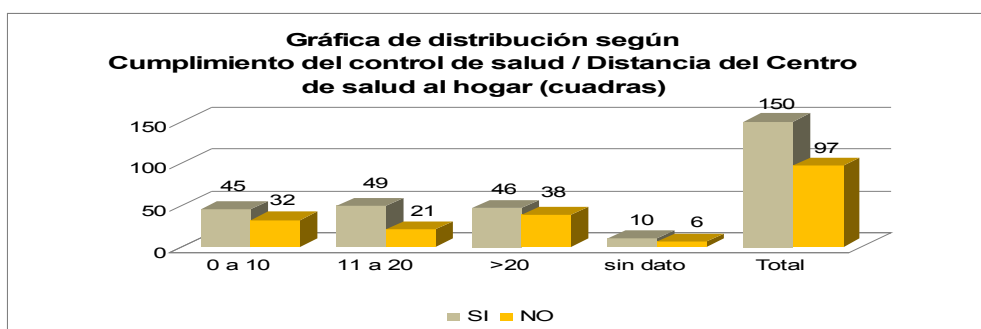
Fuente: Tabla 10.c.

En cuanto al percentil talla/edad para los que incumplen al control (97 niños) se observan 18, los cuales están en situación de riesgo para su salud ($P < 3$ y $p > 97$) y 25 que se encuentran en situación de alerta con respecto a la misma ($P 3-15$ y $p 85-97$). Sumando un total 43 niños a priorizar a la hora de planificar distintos abordajes.

TABLA 11.c.

Distribución según Cumplimiento del control relacionado a la distancia del Centro de salud al hogar (cuadras). Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Distancia del Centro de salud al hogar (cuadras)	0 a 10	11 a 20	>20	sin dato	Total
SI	45	49	46	10	150
NO	32	21	38	6	97
Total	77	70	84	16	247



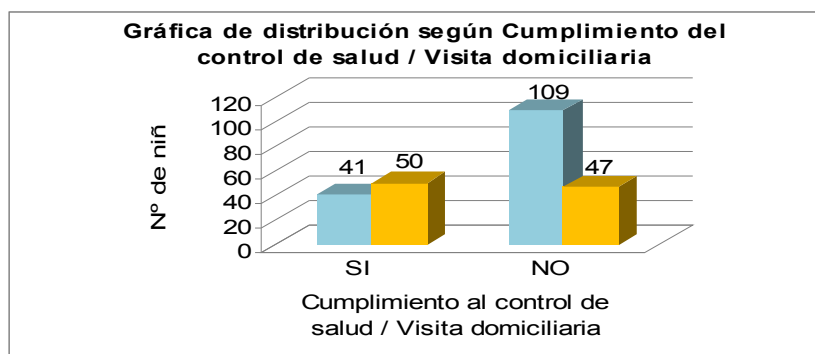
Fuente: Tabla 11.c.

Si hablamos de los no controlados en cuanto a la distancia del hogar al centro de salud (97 niños) podemos decir que 53 niños viven a menos de 20 cuadras y solo 38 niños viven a más de 20 cuadras, no habiendo una explicación que relacione el incumplimiento con la distancia del hogar al centro de salud.

TABLA 12.c.

Distribución según Cumplimiento del control relacionado a la Visita Domiciliaria. Centro de Salud "C", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Visita Domiciliaria	SI	NO	Total
SI	41	109	150
NO	50	47	97
Total	91	156	247



Fuente: Tabla 12.c.

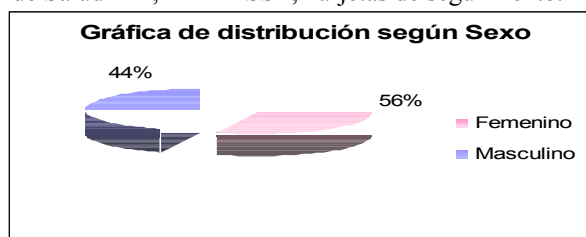
De estos 97 niños que no cumplen con el control de salud normativo solo a 50 se les realizó por lo menos una visita domiciliaria, perdiéndose el control y seguimiento de 47 niños. Significando casi un 50% de niños sin recaptar a través de la visita domiciliaria.

Centro de Salud "D"

TABLA 1.d.

Distribución según Sexo. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Sexo	FA	FR %
Femenino	55	56
Masculino	44	44
Total	99	100



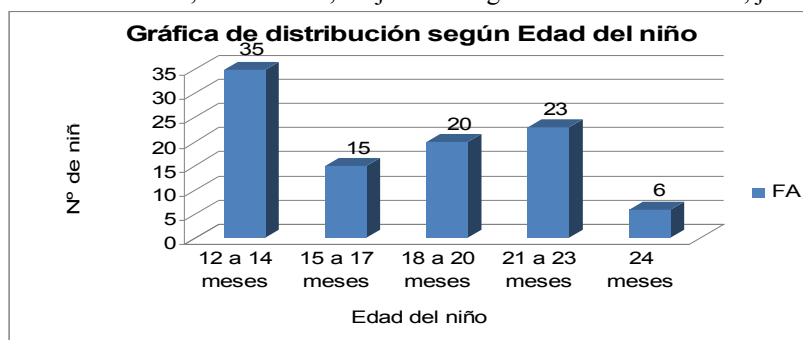
Fuente: Tabla 1.d.

La muestra consta de 99 niños, de los cuales el 56% es de sexo femenino.

TABLA 2.d.

Distribución según Edad del niño. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad del niño/a	FA	FR %
12 a 14 meses	35	36
15 a 17 meses	15	15
18 a 20 meses	20	20
21 a 23 meses	23	23
24 meses	6	6
Total	99	100



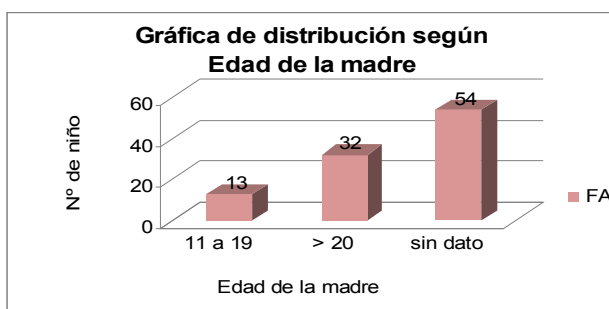
Fuente: Tabla 2.d.

La franja de edad predominante se encuentra entre los 12 y 14 meses con el 36%, seguida por la franja de 21 a 23 meses con 23%, la de 18 a 20 meses con 20%, de 15 a 17 meses con 15% y por último 6% para los que tienen 24 meses.

TABLA 3.d.

Distribución según Edad de la madre. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad de madre (años)	FA	FR %
11 a 19	13	13
> 20	32	32
sin dato	54	55
Total	99	100



Fuente: Tabla 3.d.

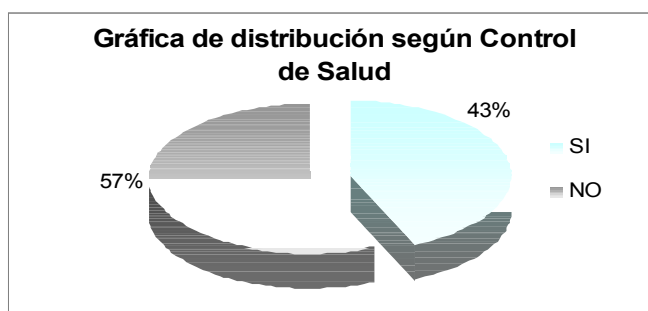
En cuanto a la edad de la madre se detecta una escasez en el registro de la misma por parte del personal encargado, ya que un 55% no se percibe en la tarjeta de seguimiento. Respecto al porcentaje restante el 32% son madres adultas (mayores de 20 años) y el 13% son madres adolescentes (menores de 19 años).

No se conoce el nivel de instrucción de las madres a través de la tarjeta de seguimiento ya que no se registra este dato en la misma.

TABLA 4.d.

Distribución según Cumplimiento del control de salud. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del Control de Salud	FA	FR %
SI	43	43
NO	56	57
Total	99	100



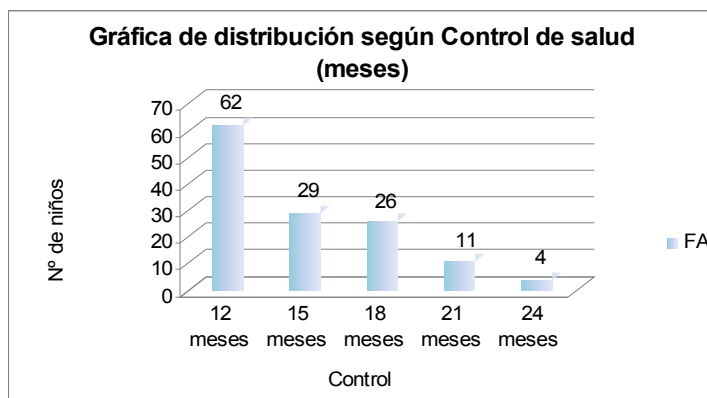
Fuente: Tabla 4.d.

Referente a los controles de salud se observa que el 43% cumple con los mismos existiendo un 57% que incumple con la normativa estipulada.

TABLA 5.d.

Distribución según Control de salud (meses). Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Control	FA	FR %
12 meses	62	47
15 meses	29	22
18 meses	26	20
21 meses	11	8
24 meses	4	3
Total de controles	132	100



El total de controles es 132, el "N o total de la muestra" es de 99 tarjetas.

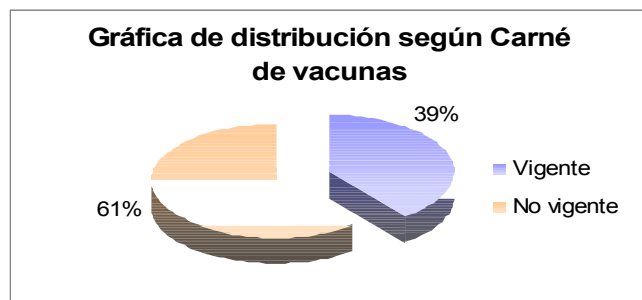
Fuente: Tabla 5.d.

En los 4 centros de salud estudiados se muestra la variable con el mismo comportamiento, la mayoría de los controles en salud se realizan a los 12 meses (47%). A medida que crecen en edad, los controles van disminuyendo de la siguiente manera: a los 15 meses se controló el 22% de la población en estudio, seguido por un 20% controlado a los 18 meses, un 8% a los 21 meses y 3% a los 24 meses. Esto es considerado un factor de riesgo para el cuidado de la salud ya que en los controles se realizan las instancias de valoración física y psicosocial, pudiendo detectar a tiempo ciertas alteraciones que puedan poner en peligro la salud del niño y así poder planificar un accionar adecuado a cada situación.

TABLA 6.d.

Distribución según Carné de vacunas. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Carné de Vacunas	FA	FR %
Vigente	39	39
No vigente	60	61
Total	99	100



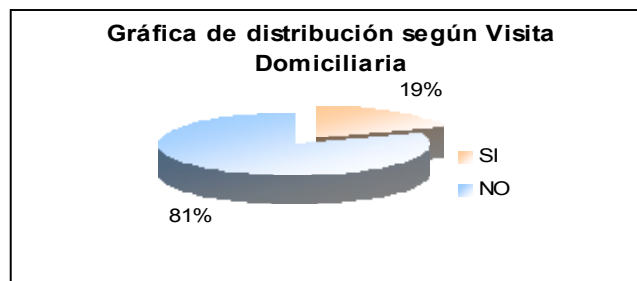
Fuente: Tabla 6.d.

Estas se encuentran vigentes en el 39% de la población, existiendo un 61% en situación de riesgo para contraer enfermedades evitables.

TABLA 7.d.

Distribución según Visita Domiciliaria. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010

Visita Domiciliaria	FA	FR %
SI	19	19
NO	80	81
Total	99	100



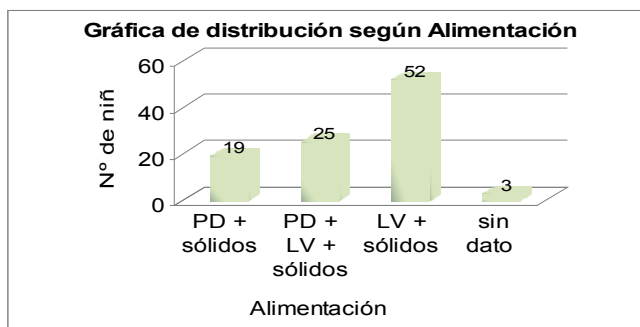
Fuente: Tabla 7.d.

Relacionado a las visitas domiciliarias realizadas a la población en estudio se observa en esta tabla que se realizaron 19% de las mismas.

TABLA 8.d.

Distribución según Alimentación. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Alimentación	FA	FR %
PD + sólidos	19	19
PD + LV + sólidos	25	25
LV + sólidos	52	53
sin dato	3	3
Total	99	100



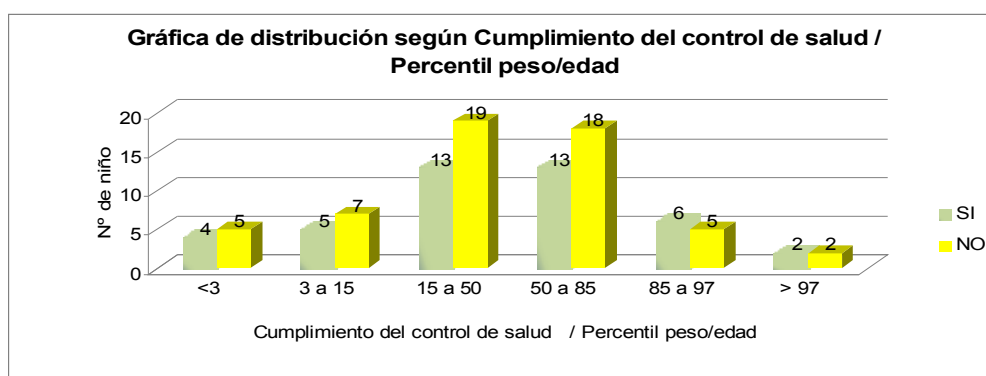
Fuente: Tabla 8.d.

Con respecto a esta tabla de distribución se ve que un 44% de la población en estudio continúa con la lactancia materna más la incorporación de alimentos sólidos.

TABLA 9.d.

Distribución según Cumplimiento del control de salud / Percentil peso /edad. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Percentil peso /edad	<3	3 a 15	15 a 50	50 a 85	85 a 97	> 97	Total
SI	4	5	13	13	6	2	43
NO	5	7	19	18	5	2	56
Total	9	12	32	31	11	4	99



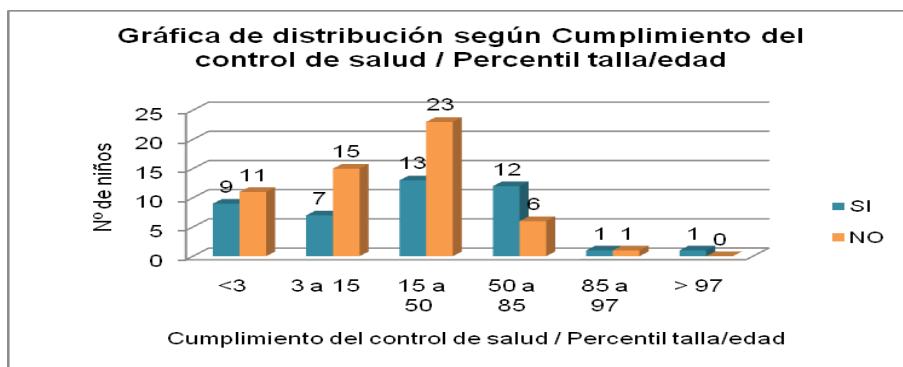
Fuente: Tabla 9.d.

Cuando relacionamos las variables Control de salud con respecto a los percentiles de peso/edad pudimos ver que de los 56 niños no controlados 7 se encuentran en percentil de riesgo ($p < 3$ y $p > 97$), a esto le sumamos 12 niños más que se encuentran en situación de alerta ($p 3-15$ y $p 85-97$).

TABLA 10.d.

Distribución según Cumplimiento del control de salud / Percentil talla /edad. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Percentil talla/edad	<3	3 a 15	15 a 50	50 a 85	85 a 97	> 97	Total
SI	9	7	13	12	1	1	43
NO	11	15	23	6	1	0	56
Total	20	22	36	18	2	1	99

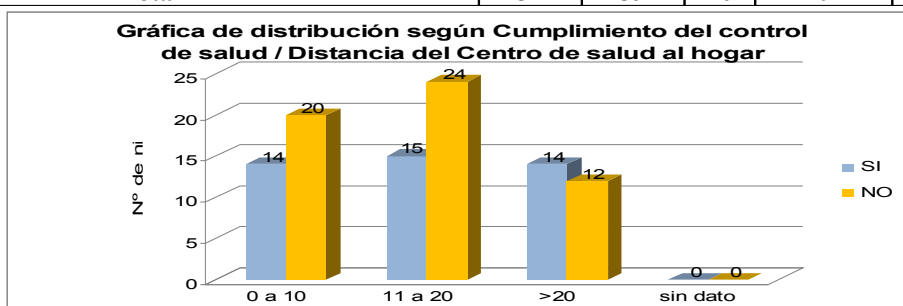


Fuente: Tabla 10.d.

Con respecto al Control de salud relacionado con el percentil talla/edad de estos niños no controlados podemos agregar que 11 de ellos se encuentran en percentil < de 3, continuando así con 15 niños en percentil de 3 a 15 y un niño entre el 85 a 97 quedando en situación de riesgo de salud 11 niños y en situación de alerta 16 niños arrojando un total de 27 niños no controlados para este grupo que presentan un signo de alteración o alteración potencial en su crecimiento

TABLA 11.d. Distribución según Cumplimiento del control de salud relacionado a la Distancia del Centro de salud al hogar (cuadras). Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Distancia del Centro de salud al hogar (cuadras)	0 a 10	11 a 20	>20	sin dato	Total
SI	14	15	14	0	43
NO	20	24	12	0	56
Total	34	39	26	0	99

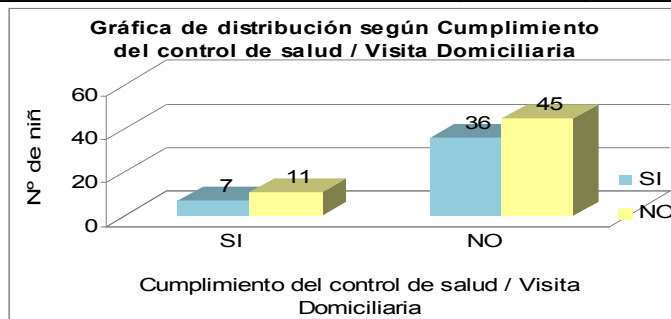


Fuente: Tabla 11.d.

De los 56 niños no controlados pudimos ver que 20 de ellos viven de 0 a 10 cuadras, 24 de 11 a 20 cuadras de distancia y 12 a más de 20 cuadras, dato que nos lleva a pensar que no por vivir más cerca del centro de salud mejora la asistencia a los controles.

TABLA 12.d. Distribución según Cumplimiento del control relacionado a la Visita Domiciliaria. Centro de Salud "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplen al control de salud / Visita Domiciliaria	SI	NO	Total
SI	7	36	43
NO	11	45	56
Total	18	81	99



Fuente: Tabla 12.d.

De los 56 niños que no cumplen con el control de salud normativo solo a 11 se les realizó por lo menos una visita domiciliaria, perdiéndose el control y seguimiento de 45 niños.

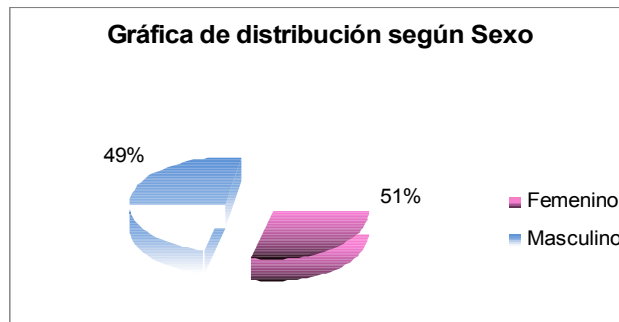
ANALISIS

Observando los datos relevados en los cuatro Centros de Salud se realiza el siguiente análisis global.

TABLA 1.

Distribución según Sexo. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Sexo	FA	FR %
Femenino	393	51
Masculino	380	49
Total	773	100



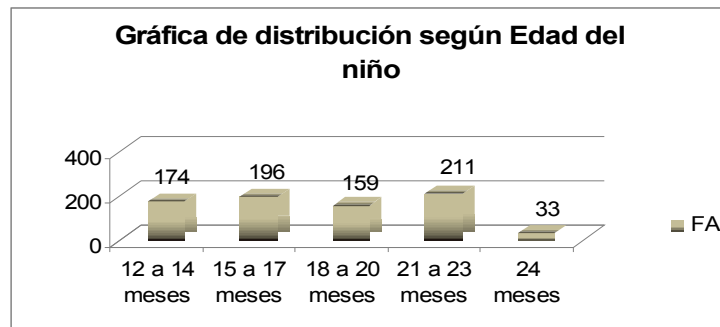
Fuente: Tabla 1.

La mayoría de la población de la muestra de estudio pertenece al sexo femenino correspondiendo al 51% de la misma.

TABLA 2.

Distribución según Edad. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad del niño/a	FA	FR %
12 a 14 meses	174	23
15 a 17 meses	196	25
18 a 20 meses	159	21
21 a 23 meses	211	27
24 meses	33	4
Total	773	100



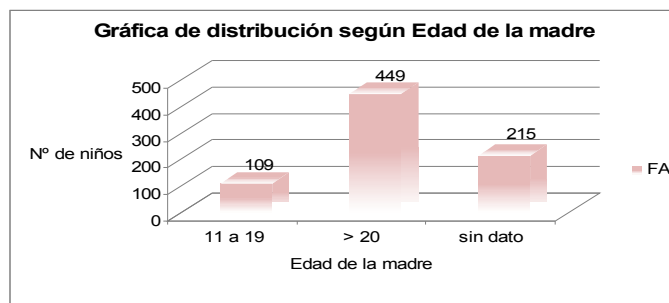
Fuente: Tabla 2.

La edad de los niños, predominante es de 21 a 23 meses con un 27%, continuando por los de 15 a 17 meses con un 25%, luego 12 a 14 meses con un 23%, de 18 a 20 meses con un 21% y por último 24 meses con un 4%.

TABLA 3.

Distribución según Edad de la madre. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Edad de madre (años)	FA	FR %
11 a 19	109	14
> 20	449	58
sin dato	215	28
Total	773	100



Fuente: Tabla 3.

Estos niños son en su mayoría hijos de madres adultas (>20 años), dato no menor ya que se ha

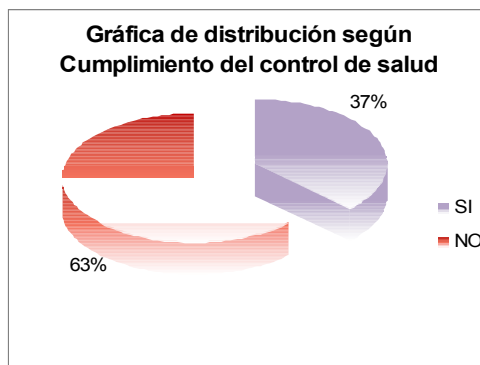
comprobado a través de distintos estudios que las madres adolescentes presentan mayores riesgos psicosociales y biológicos que inciden en forma negativa en la nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor de los hijos.

Intentando profundizar en los datos registrados de la madre y según las variables seleccionadas nos encontramos con que la variable nivel de instrucción no fue posible abordarla, dado que no en todos los centros estudiados se encontraba registrado este dato, por lo tanto la variable en estudio no nos refleja datos de relevancia.

TABLA 4.

Distribución según Cumplimiento del control de salud. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del Control de salud	FA	FR %
SI	287	37
NO	486	63
Total	773	100



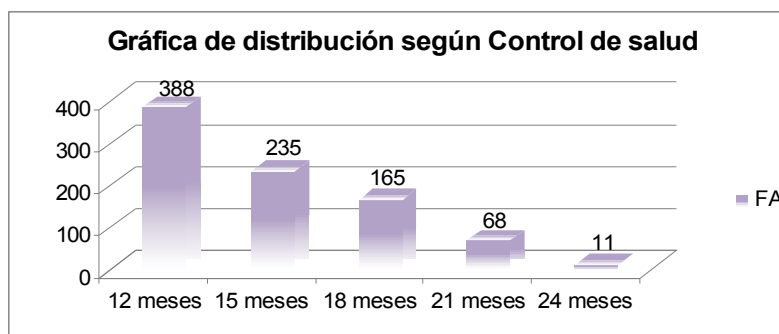
Fuente: Tabla 4.

Con respecto al cumplimiento del control, destacamos que el 63% de los niños registrados en las tarjetas no son llevados al control de salud, estamos hablando de un total de 486 niños sin controlar, cifra que nos parece sumamente importante ya que el objetivo según el Programa de Atención de la Niñez es lograr un adecuado crecimiento y desarrollo a través de un diagnóstico integral de los niños que nos permita brindar acciones de control de salud a niños y niñas desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, haciendo hincapié en la captación y control del recién nacido y el niño hasta los 24 meses de vida a través del fortalecimiento del Programa Aduana.

TABLA 5.

Distribución según Control de salud (meses). Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Control de salud	FA	FR %
12 meses	388	45
15 meses	235	27
18 meses	165	19
21 meses	68	8
24 meses	11	1
Total de controles	867	100

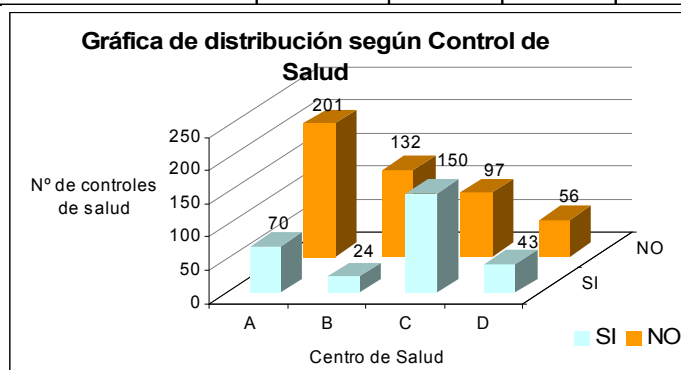


Fuente: Tabla 5.

Los controles de salud más frecuentes se registran a los 12 meses con el 45%, disminuyendo esta cifra en el correr del primer año, registrándose así un 27% a los 15 meses, 19% a los 18 meses, 8% a los 21 meses y apenas el 1% para los 24 meses.

TABLA 6. Distribución según Control de salud. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Control de Salud	A	B	C	D
SI	70	24	150	43
NO	201	132	97	56
TOTAL	271	156	247	99

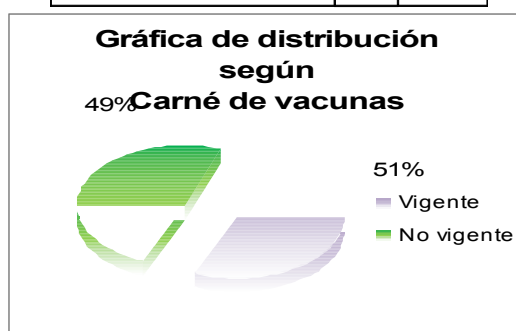


Fuente: Tabla 6.

Al estudiar el control de salud en cada centro encontramos que: en el **centro A**, de un total de 271 niños estudiados 70 niños (26 %) presentan control de salud al día según la norma estipulada y 201 niños (74 %) presentan incumplimiento en sus controles; en el **centro B**, de 156 niños estudiados 24 (15 %) son controlados según la pauta y 132 (85 %) presentan incumplimiento en sus controles de salud; para el **centro C**, de una muestra de 247 niños en estudio revela que 150 (61 %) sí están controlados según la pauta y 97 (39 %) presentan incumplimiento en sus controles de salud; mientras que en el **centro D** sobre una muestra de 99 niños en estudio 43 (43 %) son controlados según la pauta y 56 (56 %) no presentan sus controles de salud al día según las pautas establecidas.

TABLA 7. Distribución según Carné de vacunas. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Carné de Vacunas	FA	FR %
Vigente	392	51
No vigente	381	49
Total	773	100

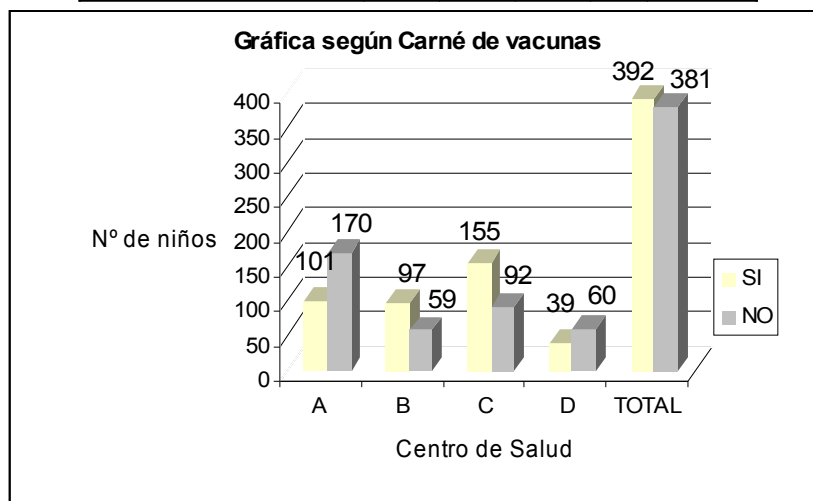


Fuente: Tabla 7.

La inmunización de los niños de acuerdo al esquema de vacunación vigente en nuestro país es un requisito esencial para la prevención de enfermedades transmisibles, aun así en esta población estudiada encontramos que el 49% (381) de los niños no presenta el carné de vacunas vigente.

TABLA 8. Distribución según Carné de vacunas. Centro de Salud “A”, “B”, “C” y “D”, RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Carné de Vacunas	A	B	C	D	TOTAL
SI	101	97	155	39	392
NO	170	59	92	60	381
TOTAL	271	156	247	99	773



Fuente: Tabla 8.

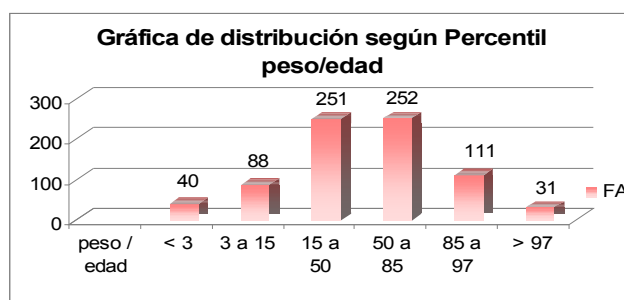
Si analizamos el comportamiento con respecto al carné de vacunas por centro podemos decir que: en el **centro de salud A**, de 271 niños en estudio a través de las tarjetas de seguimiento 101(37%) tienen vigentes sus vacunas y 170 (63%) no. **En el centro de salud B** de 156 niños estudiados a través de las tarjetas de seguimiento vemos que 97 niños (62%) tienen las vacunas vigentes y 59 niños (38%) no.

Con respecto al **centro de salud C** de un total de 247 niños estudiados 155 de ellos (63%) presentan vigencia en sus vacunas y (37%) 92 niños presentan el carné de vacunas no vigente.

Por último el **centro de salud D** en el cual se estudiaron 99 niños de los cuales 39 presentan sus vacunas al día (39%) y 60 niños (61%) no tienen sus vacunas al día.

TABLA 9. Distribución según Percentil peso/edad. Centro de Salud “A”, “B”, “C” y “D”, RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Percentil peso / edad	FA	FR %
< 3	40	6
3 a 15	88	11
15 a 50	251	32
50 a 85	252	33
85 a 97	111	14
> 97	31	4
Total	773	100



Fuente: Tabla 9.

Si observamos en la tabla podemos ver que en el percentil <3 y > 97 se encuentra un 10% de la población en estudio, dichos percentiles nos indican que podría existir una alteración en el patrón del crecimiento y desarrollo del niño ya que su peso para la edad se encuentran fuera de las cifras esperadas.

Algo similar sucede cuando miramos los rangos comprendidos entre 3-15 y 85-97 existiendo dentro del mismo un 25% de la población infantil en situación de alerta en salud. Estos niños requieren una valoración continua y seguimiento por parte del equipo de salud.

Sabemos que el percentil Peso/edad es un indicador que refleja tempranamente la afectación del

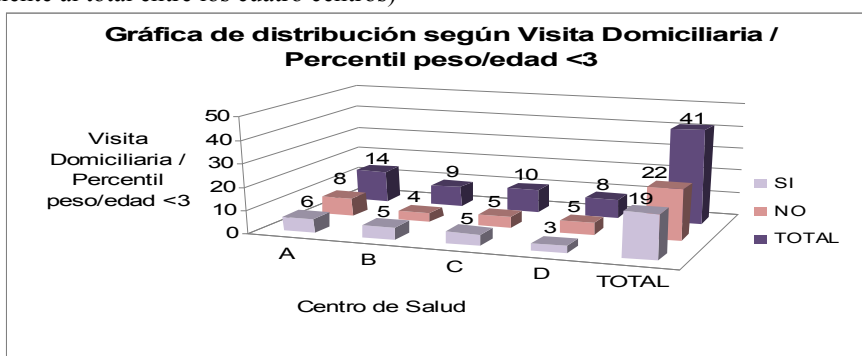
estado nutricional del niño.

Con respecto a la alimentación podemos decir que de un total de 773 (100%) niños estudiados en los 4 centros, 288 (37%) continúan con la lactancia materna sumada a otros alimentos.

TABLA 10. Distribución según Visita Domiciliaria relacionado al Percentil peso/edad <3. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Visita Domiciliaria / Percentil peso/edad <3	A	B	C	D	TOTAL
SI	6	5	5	3	19
NO	8	4	5	5	22
TOTAL	14	9	10	8	41

* Total de niños en percentil <3 = 41
(correspondiente al total entre los cuatro centros)



Fuente: Tabla 10.

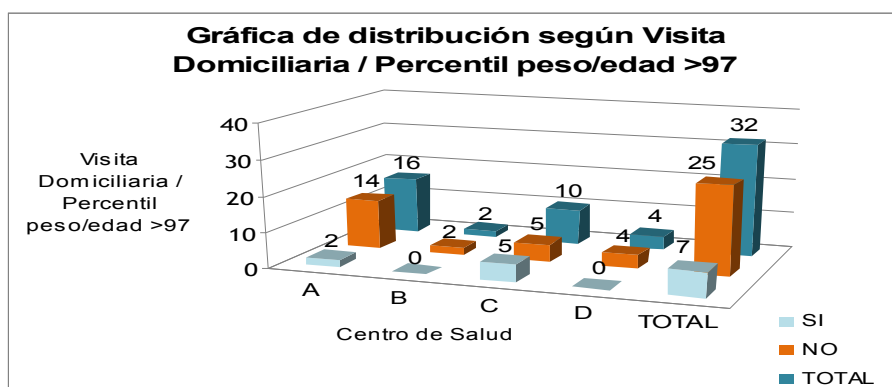
Teniendo en cuenta esta población de riesgo con percentiles peso/edad <3 nos interesó relacionarla con la visita domiciliaria. Los datos por centro de salud nos revelan que: en el **centro A** fueron visitados 6 niños (43%) de un total de 14 con dicha condición de riesgo de salud. En el **centro B** fueron visitados 5 (55%) niños de un total de 9 niños con percentil peso/edad <3. En el **centro C** se realizaron

(50%) visitas domiciliarias de un total de 10 niños con esas características y en el **centro D** fueron realizadas 3 (38%) visitas domiciliarias de un total de 8 niños con percentiles de riesgo peso para la edad.

TABLA 11. Distribución según Visita Domiciliaria relacionado al Percentil peso/edad >97. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Visita Domiciliaria / Percentil peso/edad >97	A	B	C	D	TOTAL
SI	2	0	5	0	7
NO	14	2	5	4	25
TOTAL	16	2	10	4	32

* Total de niños en percentil >97 = 32
Correspondiente al total entre los cuatro centros

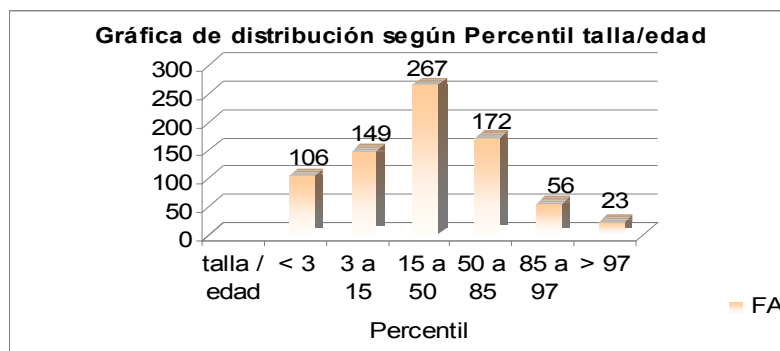


Fuente: Tabla 11.

Si observamos el comportamiento de la variable visita domiciliaria relacionada a aquellos niños con percentiles >97; para cada centro estudiado vemos que: en el **centro A** de un total de 16 niños con ese percentil solo 2 de ellos presentan visita domiciliaria registrada, en el **centro B** de 2 niños con ese percentil no hay registro de visita, en el **centro C** de 10 niños con esos controles se visitaron 5 y por último en el **centro D** de 4 niños con esos controles no hay registro de visitas en el domicilio. Si tomamos en conjunto los datos para los cuatro centros destacamos que de 32 niños con percentil peso/edad >97, 7 de ellos presentan registro de visita al domicilio.

TABLA 12. Distribución según Percentil talla/edad. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Percentil talla / edad	FA	FR %
< 3	106	14
3 a 15	149	19
15 a 50	267	35
50 a 85	172	22
85 a 97	56	7
> 97	23	3
Total	773	100



Fuente: Tabla 12.

Si observamos en la tabla podemos ver que en el percentil <3 y > 97 se encuentra un 17% de la población en estudio, dichos percentiles nos indican que podría existir una alteración en el patrón del crecimiento ya que su talla para la edad se encuentran fuera de las cifras esperadas.

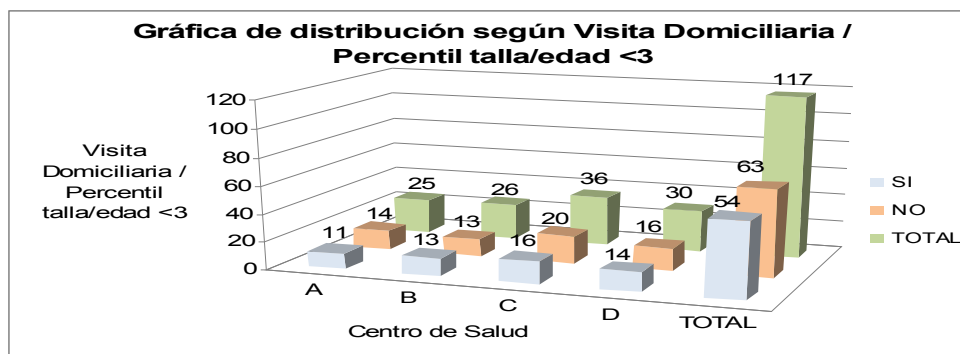
Algo similar sucede cuando miramos los rangos comprendidos entre 3-15 y 85-97 existiendo dentro del mismo un 26% de la población infantil en situación de alerta en salud. Estas cifras estudiadas nos están señalando probables alteraciones de salud en el niño a corto o largo plazo.

Se ha logrado comprobar a través de distintas investigaciones que la falla de crecimiento en la mayoría de los niños es de causa nutricional, con mal manejo de los alimentos del destete. La desnutrición es una de las causas más importantes de la disminución de la capacidad intelectual. Frente a esto, la vigilancia nutricional es una tarea simple y de bajo costo, que requiere básicamente la utilización de las tablas antropométricas. Esta actividad es realizada habitualmente por el personal de enfermería en conjunto con el médico pediatra basándose en los indicadores peso/edad y talla/edad, recomendados por la OMS.

TABLA 13. Distribución según Visita Domiciliaria relacionada al Percentil talla/edad <3. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Visita Domiciliaria / Percentil talla/edad <3	A	B	C	D	TOTAL
SI	11	13	16	14	54
NO	14	13	20	16	63
TOTAL	25	26	36	30	117

* Total de niños en percentil talla/edad <3 = 117
Correspondiente al total entre los cuatro centros

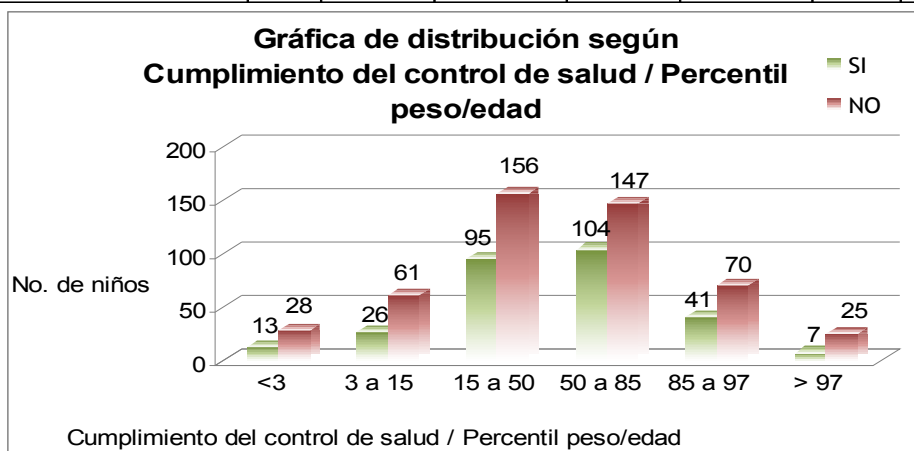


Fuente: Tabla 13.

Si nos enfocamos en el percentil <3 de riesgo para la talla de cada Centro de Salud y lo relacionamos con la Visita Domiciliaria, encontramos que: en el **Centro A** se visitó a 11 (44%) niños de un total de 25, en el **Centro B** se visitó a 13 (50%) niños de un total de 26, en el **Centro C** se visitó a 16 niños (44%) de un total de 36 y en el **Centro D** a 14 niños (46%) de un total de 30. Si tomamos la totalidad de la población estudiada con este percentil que es igual a 117 niños, cabe destacar que a 54 (46%) de ellos se les realizó por lo menos una visita domiciliaria.

TABLA 14. Distribución según Cumplimiento del control relacionado al Percentil peso/edad. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Percentil peso /edad	<3	3 a 15	15 a 50	50 a 85	85 a 97	> 97	Total
SI	13	26	95	104	41	7	287
NO	28	61	156	147	70	25	486
Total	41	87	251	251	111	32	773



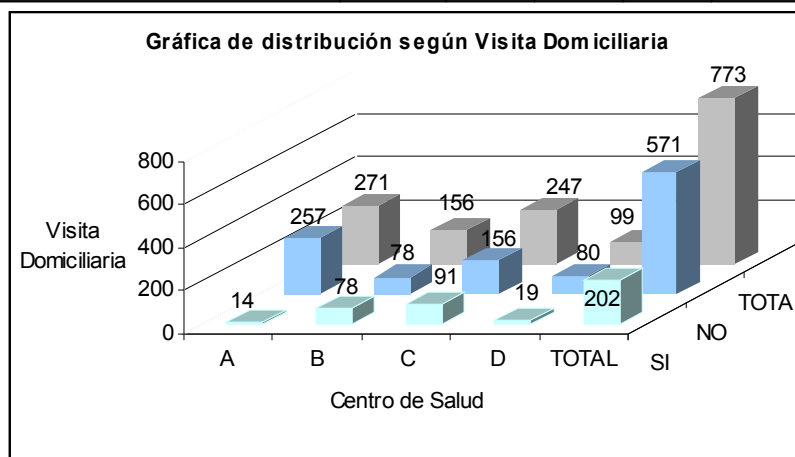
Fuente: Tabla 14.

Observando la tabla vemos que 53 niños no controlados están entre el percentil <3y>97 significando riesgo en salud con respecto al peso para la edad, así como 131 niños los cuales se encuentran entre el percentil 3-15 y 85-97 significando esto alerta para la salud respecto a su crecimiento y desarrollo.

Relacionando los niños que no concurren al control de salud (486 niños) con los percentiles de peso/edad y talla/edad encontrados en el último registro vemos que existe una parte de la población en estudio la cual requiere captación oportuna, valoración, y seguimiento así como un diagnóstico que permita su abordaje integral dado que podrían presentar alteraciones en salud que afecten su crecimiento así como sus diferentes áreas de desarrollo (mental, motor, afectiva y del lenguaje) condicionando así en distintos aspectos su futuro como individuo adulto. Es en este accionar donde el rol del licenciado en enfermería toma fuerza y basándose en los conocimientos teóricos y técnicos aborda la situación adversa y encuentra una solución en forma conjunta con el resto del equipo de salud. El licenciado de enfermería brinda el cuidado necesario para que cada individuo viva de la mejor manera posible el proceso salud enfermedad.

TABLA 16. Distribución según Visita Domiciliaria. Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Visita Domiciliaria	A	B	C	D	TOTAL
SI	14	78	91	19	202
NO	257	78	156	80	571
TOTAL	271	156	247	99	773

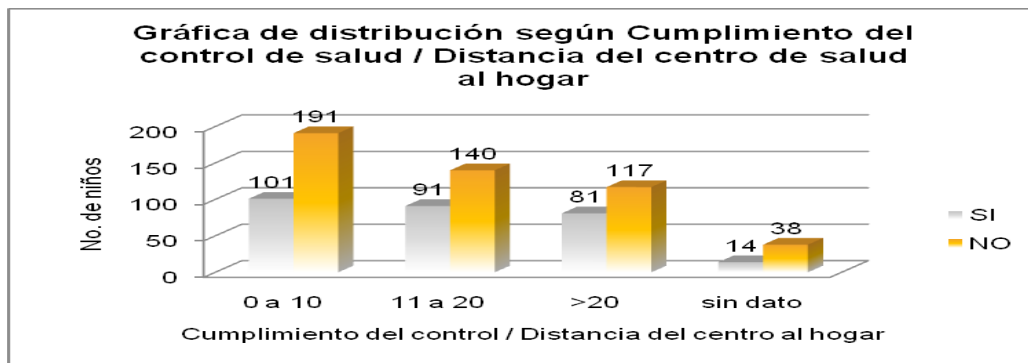


Fuente: Tabla 16.

En base a la visita domiciliaria se destaca que para el total de 773 niños solo se encuentra el registro de 202 visitas. Analizando las características de las **visitas domiciliarias** por cada centro se observó que: en el **centro A** de un total de 271 niños, 14 (5%) recibieron visita domiciliaria por lo menos una vez y 257 niños no presentan ningún registro de visita. En el **centro B** de un total de 156 niños en estudio, 78 (50%) recibieron visita domiciliaria por lo menos una vez y 78 niños no recibieron visita. En el **centro C** de un total de 247 niños 91 (37%) recibieron visita domiciliaria y 156 no recibieron visita por parte del centro asistencial según registros. Por último en el **centro D**, de un total de 99 niños en estudio 19 (19%) fueron visitados por el personal de salud y 80 niños no fueron visitados según registros.

TABLA 17. Distribución según Cumplimiento del control de salud / Distancia del Centro de salud al hogar (cuadras) Centro de Salud "A", "B", "C" y "D", RAP-ASSE, Tarjetas de seguimiento. Montevideo, julio 2010.

Cumplimiento del control de salud / Distancia del Centro de salud al hogar (cuadras)	0 a 10	11 a 20	>20	sin dato	Total
SI	101	91	81	14	287
NO	191	140	117	38	486
Total	292	231	198	52	773



Fuente: Tabla 17.

Se estudió la relación entre la distancia del hogar al centro de salud y el cumplimiento de los controles obteniendo que, del total de niños que no cumplen al control (486) son 331 (191 + 140) los que viven en un radio menor a 20 cuadras y 117 a más de 20 cuadras. Teniendo en cuenta la cercanía al centro de salud, consideramos que no existe relación entre la distancia del hogar al centro de salud y el incumplimiento de los controles.

Comentando el comportamiento de las variables estudiadas vemos que el Centro C es el que presenta mayor cumplimiento de controles según pauta estipulada, continuándose con el centro de salud D, A, y B sucesivamente.

De igual forma el centro de salud C en sus registros muestra un 63% de la población con su carne de vacunaciones vigente.

Los controles de salud más frecuentes se registran a los 12 meses con el 45%, disminuyendo esta cifra en el correr del primer año, registrándose así un 27% a los 15 meses, 19% a los 18 meses, 8% a los 21 meses y apenas el 1% para los 24 meses. Estos porcentajes nos estarían indicando que a medida que el niño crece se van haciendo menos frecuentes los controles en salud o sea a mayor edad del niño, menos controles.

Referente a las visitas domiciliarias realizadas a aquellos niños que presentan percentil peso/ edad menor de 3 señalando una posible alteración en salud de acuerdo a los registros, notamos que el centro de salud B es el que presenta mejor porcentaje de visitas (55%) continuados por el centro C 50%, A 43% y D 38% respectivamente.

Si continuamos con las visitas domiciliarias a aquellos niños que presentan en sus controles alteraciones de talla/edad observamos que la diferencia entre cada centro es muy poco significativa siendo del 44% para el centro A y C, 50% en el centro B, y el 46% en el centro D.

En base a la visita domiciliar registrada de todos los niños en estudio se destaca que para el total de 773 niños (100%) solo se encuentra el registro de 202 visitas (26%) destacándose el Centro de Salud B con un 50% de visitas domiciliarias realizadas siendo preocupante la situación del Centro de Salud A la cual presenta solo un 5% de visitas domiciliarias registradas.

Con respecto a aquellos niños que no cumplen al control pediátrico relacionados a la distancia del centro de salud al hogar no encontramos una relación que nos indique que las grandes distancias fueran la causa del impedimento ya que de los niños que no cumplen al control 486 (100%) son el (68%) los que viven en un radio menor a 20 cuadras.

Es importante destacar que estas variables estudiadas corresponden características básicas que conforman la situación de cada niño dentro de su propio proceso salud enfermedad, ya que estas lo condicionan directamente. Además existen muchas otras variables que no se registran en la tarjeta de seguimiento y que deberían estudiarse en futuras investigaciones.

Esta investigación beneficia al equipo de salud porque muestra sus puntos débiles y beneficia también a la comunidad de usuarios porque permite ver claramente sus carencias y necesidades. Muestra en forma clara que la salud del niño es un gran desafío que debe superar obstáculos durante el proceso salud enfermedad a lo largo de la vida. El licenciado en enfermería es participe de ello y puede utilizar todas las herramientas que posee en beneficio de la sociedad.

EN SUMA

El Programa Nacional de Salud de la Niñez apunta a lograr un adecuado crecimiento y desarrollo del niño, con un enfoque de salud integral aplicando la estrategia de APS haciendo hincapié en el control de salud y seguimiento periódico.

Se conoce que los primeros dos años de vida constituyen un período crítico, pues ciertas injurias que actúan en el crecimiento y desarrollo pueden traer consecuencias negativas para la salud del niño.

Esta investigación muestra que existe un porcentaje considerable de niños que escapan al principal objetivo del Programa Niñez ya que no presentan cumplimiento de sus controles en salud según la normativa estipulada por el mismo, presentando a su vez incumplimiento en el certificado esquema de vacunaciones tan importante para el control y prevención de enfermedades de la infancia.

Dichos datos podrían resultar relevantes particularmente para el Licenciado/a en enfermería con el fin de continuar sus esfuerzos desempeñando su rol de asistencia, docencia e investigación intercambiando conocimientos y experiencias así como nuevas propuestas a realizar en conjunto desde las distintas especialidades.

El personal de salud puede encontrar dificultades a la hora del manejo de los recursos necesarios para poder realizar las distintas actividades, pero esto constituye el gran desafío de la profesión con el fin de beneficiar a la población, brindando la atención en salud de forma oportuna.

El trabajo en equipo en el Primer Nivel de Atención es uno de los pilares para el modelo de atención orientado al abordaje integral del usuario.

Es de suma importancia caracterizar y abordar a la población infantil durante su proceso de salud enfermedad en el medio que esta se encuentre. Para brindar la asistencia a través de herramientas y cuidados adaptados a la necesidad de cada niño y su familia.

La prevención de enfermedades a través de distintas estrategias así como la captación y el tratamiento oportuno mediante la realización del control de salud periódico y estipulado, benefician el futuro del niño reflejándose esto en la disminución de las cifras de morbimortalidad infantil.

CONCLUSIONES

- Existe un 63% (486) de la población muestra de estudio que se encuentra en situación de riesgo, ya que no realiza los controles de salud que evalúan su crecimiento y desarrollo.
- A medida que el niño avanza en su edad disminuye la concurrencia a los controles periódicos de salud.
- De 773 niños en estudio son 381 los que no presentan el carné de vacunas vigente, corriendo el riesgo de contraer enfermedades prevenibles. Este estudio revela que a mayor Control de Salud mayor es el número de niños que presentan su carné de vacunas vigente.
- Según los registros se observa que solo el 37% de los niños continúa con la lactancia materna.
- Un porcentaje importante de la población estudiada muestra alteraciones en lo referente a los percentiles peso/edad y talla/edad, lo que se puede traducir en futuros trastornos del crecimiento y desarrollo. Por lo tanto es importante la realización del control según la pauta para que a través de las medidas antropométricas y los cálculos que brindan sea posible detectar en forma temprana cualquier alteración.
- Es muy bajo el porcentaje de visitas domiciliarias registradas según la totalidad de la muestra de estudio. Aunque los cuatro centros de salud presentan diferencias con respecto a esta variable (algunos centros presentan mayor cantidad de visitas domiciliarias registradas en base a su población).
- Gran parte de la población reside en un área menor a veinte cuadras del Centro de Salud de referencia, no encontrándose una relación directa entre el incumplimiento del control de salud y las distancias.
- La enfermería en el Primer Nivel de Atención requiere cada vez más acercarse al medio en el que viven los niños y así cuidar su crecimiento y desarrollo fortaleciendo el vínculo entre el profesional y la familia.
- El trabajo en equipo es esencial para continuar con esta ardua tarea.
- Futuros trabajos de investigación realizados por Licenciados en Enfermería contribuirían a mejorar el abordaje de los niños y por lo tanto mejorar la calidad de atención a la salud.

SUGERENCIAS

- Unificación de criterios para la recolección de datos del niño/a a través de un modelo único de tarjeta de seguimiento para todos los Centros de Salud, en la cual se registren datos del niño y su entorno, siendo actualizados en cada control o visita domiciliaria.
- Implementar el sistema informático en forma continua para llevar siempre registros y estadísticas de toda la información seleccionada en la tarjeta de seguimiento.
- Realizar estudios que analicen las causas del incumplimiento en los controles de salud.
- Delegar personal idóneo en visitas domiciliarias en forma coordinada para todos los Centros de Salud, con fomento de la importancia de las mismas en esta franja etárea.
- Coordinar y facilitar la realización del control de salud junto con las instancias de vacunación en los períodos que corresponda.
- Implementar nuevas estrategias para la vacunación en aquellos niños que no concurren al control de salud (brindar accesibilidad, ejemplo: enviar personal a centros barriales, CAIF, merenderos, comedores y otros).
- Fomentar la recaptación y el seguimiento de aquellos niños no controlados, priorizando aquellos que son considerados con riesgo de salud.

RESUMEN

La pregunta problema fue: ¿Cuáles son las características de los niños de 12 a 24 meses con respecto a los Controles de Salud en los Centros de Salud “A”, “B”, “C” y “D” en el período comprendido entre el 8 de julio y el 21 de julio del año 2010?

El propósito fue estudiar las características de los niños de 12 a 24 meses pertenecientes a dichos Centros de Salud con respecto a sus controles en salud ya que varias investigaciones revelan los riesgos de salud a corto y largo plazo de la población infantil.

Se estudiaron 773 niños de una población total de 1546, pertenecientes a cuatro Centros de Salud de Montevideo, integrados a la Red de Atención Primaria de Salud – Administración de los Servicios de Salud del Estado. Estos cuatro Centros de Salud abarcan un área situada en la zona este de Montevideo.

La investigación fue basada en un estudio descriptivo, y de corte transversal abordado a través de las tarjetas de seguimiento del Programa Aduana el cual está dentro del Programa Prioritario de la Niñez.

De la investigación se destaca la existencia de un porcentaje considerable de niños que escapan al cumplimiento del control de salud según la norma estipulada, presentando a su vez incumplimiento en el certificado esquema de vacunaciones tan importante para el control y prevención de enfermedades de la infancia.

Esta investigación permite dar paso hacia futuros estudios relacionados a este tema y de esa manera visualizar que el Primer Nivel de Atención requiere cada vez más conocer las características individuales de los niños y su entorno. El principal objetivo de Enfermería es brindar los cuidados necesarios conociendo el medio ambiente en el cual se desarrollan los individuos con el propósito de lograr condiciones de salud óptimas adaptadas a cada situación y fortaleciendo a la vez el vínculo entre los distintos profesionales y la familia, llegando así a toda la comunidad.

Bibliografía

- Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. Washington: OPS; 1986.
- Arroqui C, Espino S, Molinelli G, Novoa E, Venier A. [Tesis]. 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: Universidad de la República. Facultad de Enfermería; 2009.
- Cuello V, Medina V, Santucci N. [Tesis]. Relación entre el estrato socio-económico y la composición familiar con el crecimiento en niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad. Montevideo: Universidad de la Republica. Facultad de Enfermería; 2009.
- Hernandez M. Metodología de la Investigación en Ciencia de la Salud. México: McGraw-Hill; 2008.
- Mazzolini. Proyecto Asistencia de enfermería a recién nacidos y niños menores de un año. Modulo Internado de Licenciatura en Enfermería, Programa Aduana - Centro de Salud Rincón de la Bolsa. Montevideo: MSP; 2003.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Norma Nacional de lactancia materna Nutriguía. Montevideo: MSP; 2009.[Internet] Disponible en: http://www.nutriguia.com.uy/jornadas/cuarta_jornada Acceso 4 de mayo 2010.
- Muñoz M, Fernández M, Basso J, Etchebarne L, Quian J. Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez. Montevideo: [s.d.]; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata. OMS; 1978.
- Setraro M, Colas M. Políticas de salud para la Infancia y Adolescencia. Cuadernos de la ENIA 2010-2030. Montevideo; 2008. p. 17.
- Weinstein L. Salud y Autogestión. 1a. ed. Montevideo: Nordan; 1989.

Páginas Web

- Aguilera P. Creencias maternas en la práctica de alimentación del niño de 0 a 12 meses. Tampico; 2008. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0426.php>
- Bolioli P, Alonso S, Parodi V, Méndez M, Rebufo N, Lucas J. Falla de crecimiento en niños menores de 24 meses. Archivo Pediatría, Uruguay. 2003. Disponible en: <http://www.sup.org.uy>
- Cattani A. Características del Crecimiento y Desarrollo físico. Manual de Pediatría. Pediatría Ambulatoria, Nutrición, Crecimiento y Desarrollo. Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/CrecDess.html> [consulta: 4 de mayo 2010]
- Federación Médica del Interior. Primer Nivel de Atención. Piriapolis : FEMI; 2005. [Internet] Disponible en: http://www.femi.com.uy/archivos_v/primer_nivel_atencion/PR [consulta 10 de abril, 2010]
- Firman G. Guía de Crecimiento y Desarrollo del niño. 2002. [Internet] Disponible en: <http://www.intermedicina.com>
- Foren M, Gómez-Haedo M, Vivas P. Evaluación del programa de atención al niño en las policlínicas municipales, año 1998. Citada en: Archivo Pediatría Uruguay 2002; 73(2): p.106-114. [Internet] Montevideo: Archivo Programa Aduana; 1998. Disponible en: www.sup.org.uy

- González P, Grassi E, Bozzo E. Proceso salud enfermedad una mirada comunitaria. Disponible en: inde1.inde.edu.uy/posgrado.
- Martell M, Burgueño M, Arbón G, Weinberger M, Alonso R. Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo. Asociación Uruguaya de Pediatría. 2007. [Internet] Disponible en: <http://www.sup.org.uy>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Decreto Nº 13/007 - Habilitaciones asistenciales, se amplían las previsiones del Decreto 416/002. Montevideo : MSP; 2007. [Internet] Disponible en: www.elderechodigital.com.uy/smu/
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. El desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Montevideo : MSP; 2003. Citado en: El Diario Médico, Nº 45, p.14. [Internet] Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n45> [consulta: 23 de junio 2010].
- Olesker D. Políticas sanitarias de MSP. Definen nuevas estrategias promocionales de salud en niños. Montevideo: MSP; 2010. [Internet] Disponible en: www.msp.gub.uy
- Organización Mundial de la Salud. Concepto de Salud. [Internet] Disponible en: www.ops-oms.org
- Poder Legislativo. Ley Nº18211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: P. L.; 2007.[Internet] Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy>
- Quian J, Iraola I, Musí C, Santoro A. Carné da Salud del niño y la niña. Montevideo; 2008. [Internet] Disponible en: <http://ipes.anep.edu.uy> [acceso el 3 de mayo 2010].
- Rubio I, Santero A, Alberti M, Pizorno E, Fernández A, Gutiérrez C. Mortalidad evitable en pediatría. Un aporte a la planificación de la atención a la salud de los niños. Montevideo; 2007. [Internet] Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2007v3/art3.pdf>

ABREVIATURAS

AIEPI	Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y adolescencia
APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y la Familia
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
FA	Frecuencia Absoluta
FEMI	Federación Médica del Interior
FONAS	Fondo Nacional de Salud
A	
FR	Frecuencia Relativa
HP	Hospital Pediátrico
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo
JUNAS	Junta Nacional de Salud
A	
LV	Leche de vaca
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
P	Percentil
PD	Pecho directo
RAP	Red de Atención Primaria de Salud
TIC	Departamento de Tecnología para la Información y Comunicaciones
UE	Unidad/es Ejecutora/s