



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ENFERMERÍA COMUNITARIA**



COMPORTAMIENTO DE LAS METAS ASISTENCIALES DE PROGRAMA ADUANA Y DISPONIBILIDAD DEL RECURSO HUMANO

AUTORES:

Br. Crispens, Guillermina
Br. Salvatore, Rosina
Br. Felipe, María Noel
Br. Olivera, Mariana
Br. Rodriguez, Lylián

TUTORES:

Prof. Agda. Lic. Enf. Lacava, Esther
Prof. Adj. Lic. Enf. Crosa, Silvia

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

Montevideo, 2010

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento al Director de la RAP, Dr. Wilson Benia, así como también a los profesionales de los diferentes Centros de Salud, que nos brindaron su tiempo y apoyo; por permitirnos realizar nuestra investigación.

A la docente de estadística, Prof. Adj. Rosa Espina.

A la docente de comunitaria, Asist. Lic. Enf. Alicia Guerra.

A cada uno de los docentes que nos formaron y educaron a lo largo de nuestra carrera.

A nuestras familias y amigos, por el apoyo incondicional, el cariño y la comprensión.

GLOSARIO

Adj.: Adjunta.
Agda.: Agregada.
Aux.: Auxiliar.
Asist.: Asistente.
ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.
BCG: Bacilo Calmette Guerin.
BPS: Banco de Previsión Social.
CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell.
CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología.
C7V: Antineumocócica Conjugada Heptavalente.
DIGESA: Dirección General de Salud Ambiental.
DPT: Difteria Pertusis o tos ferina Tétanos.
Dr.: Doctor.
Dra.: Doctora.
ECO: Ecografía.
Enf.: Enfermería.
FA: Frecuencia Absoluta.
FONASA: Fondo Nacional de Salud.
FR%: frecuencia Relativa Porcentual.
Hib: Hemophilus Influenzae tipo B.
HIV: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
Hrs.: Horas.
IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
IMM: Intendencia Municipal de Montevideo.
Lic.: Licenciada.
LME: Lactancia Materna Exclusiva.
MSP: Ministerio de Salud Pública.
Nº: Número.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
Prof.: Profesora/a.
RAP: Red de Atención del Primer Nivel.
RN: Recién Nacido.
SD: Sin Dato.
SIP: Sistema Informático Perinatal.
SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.
SSAE: Servicio de Salud de Asistencia Externa.
SUP: Sociedad Uruguaya de Pediatría.
TMI: Tasa de Mortalidad Infantil.
V. D.: Visita Domiciliaria.

INDICE

Resumen	Pág. 1
Introducción	Pág. 3
Justificación	Pág. 4
Antecedentes	Pág. 6
Pregunta Problema y Objetivos	Pág. 9
Marco Conceptual	Pág. 10
Marco Referencial	Pág. 18
Diseño Metodológico	Pág. 19
Resultados y Comentarios	Pág. 24
Análisis	Pág. 42
Conclusión y Sugerencias	Pág. 45
Referencias Bibliográficas	Pág. 46
Anexos	Pág. 48

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir el comportamiento de las cuatro Metas Asistenciales del Programa Aduana, así como también la Disponibilidad Horaria de los Recursos Humanos asignados al mismo, en cada uno de los Centros de Salud del Primer Nivel del Sector Público de la ciudad de Montevideo, en los meses de Marzo y Abril del 2010.

El grupo investigador selecciona Programa Aduana ya que es considerado un Programa prioritario por el Gobierno, y se vio motivado a abordar las Metas Asistenciales propuestas para la población infantil, dado la vulnerabilidad de este grupo etario. Así como también por tratarse de una etapa crítica en el desarrollo y con repercusiones para toda la vida.

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

Sobre las Metas Asistenciales, los resultados obtenidos fueron: con respecto a las inmunizaciones, de 614 niños, el 47% cumplió con esta meta; en cuanto a la Lactancia Materna y la Ecografía de Cadera, ambas presentan un 36% de cumplimiento; respecto al Control de Salud, con una población total de 223 niños, se logró alcanzar 39% de cumplimiento.

Referido a los Recursos Humanos asignados al Programa, los resultados fueron: con un total de 35 individuos en Marzo y 36 en Abril, un 28% eran Licenciados en Enfermería, 44% Auxiliares de Enfermería, 22% Internos en Enfermería y 6% Administrativos. Respecto a la Disponibilidad Horaria del Recurso Humano para Programa Aduana, se encontró 9% de horas para la Licenciada en Enfermería, 54% Auxiliar de Enfermería, 33% de Internos en Enfermería y 4% Administrativos, en un total de 5834 horas. En el caso de la Tarea que desempeña el Recurso Humano en los Centros de Salud, con respecto a la Licenciada en Enfermería, se constató que en el 100% de los casos realizaba la tarea de supervisión, en el 89% Visita Domiciliaria y en igual porcentaje, 67% realizaba Control de Salud, Registro Escrito y Registro Informático, respectivamente. El Auxiliar de Enfermería en el 100% de los Centros realizaba Visita Domiciliaria y Seguimiento, en el 90,5% Registro Escrito, en el 81% Registro Informático y en el 66,5% Control de Salud. En los 4 de los Centros de Salud en los que había Internos en Enfermería, estos realizaban Control de Salud, Visita Domiciliaria, Seguimiento y Registro Escrito, y sólo en uno de ellos realizaba Registro Informático. Finalmente el Administrativo presente sólo en dos Centros de Salud, realizaba únicamente Registro Informático.

A partir de la información obtenida, se llega a la conclusión que se lograron cumplir los objetivos planteados, ya que se realizó una descripción del comportamiento de las Metas Asistenciales del Programa Aduana así como la disponibilidad del Recurso Humano asignado al mismo.

Se plantea, que sería interesante tener estipulado por la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) la profesión y número de Recurso Humano destinado a Programa Aduana, en relación a la cantidad de niños; para tener equilibrio entre ambos aspectos. Y tener en cuenta el registro como una herramienta integral y esencial para el control del cumplimiento de las Metas Asistenciales. Es decir, haciendo énfasis en la realización del mismo y también, que estén detallados los motivos por los cuales cada niño no cumplió las metas.

INTRODUCCION

La presente investigación fue realizada por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Montevideo, Uruguay; actualmente realizando el trabajo de investigación final, exigencia para la obtención del grado de Licenciada en Enfermería.

El mismo se llevo a cabo en trece Centros de Salud del Primer Nivel del Sector Público de la ciudad de Montevideo, en el mes de Junio del año 2010.
Este es un estudio descriptivo, de corte transversal.

El objetivo del mismo es describir el comportamiento de las cuatro Metas Asistenciales del Programa Aduana¹, que hacen referencia al Control de Salud del niño, inmunizaciones vigentes, lactancia materna exclusiva y ecografía de cadera; así como también la disponibilidad horaria de los Recursos Humanos asignados a dicho programa, en cada uno de los Centros de salud.

¹Nota: Ver anexo 1.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

En nuestro país la tasa de natalidad ha descendido en forma sostenida a nivel nacional; al mismo tiempo que la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) ha llegado a cifras de 12/1000 en el año 2007. Si bien el indicador disminuyó de 12 a 10,66 muertes cada 1000 nacidos vivos en el año 2008; sigue siendo un problema en donde las consecuencias de este para el futuro del país, son extremadamente graves y requieren de un accionar inmediato para revertir dicha situación.

En lo que respecta a la TMI, Uruguay se ubica en séptimo lugar luego de países como Cuba (6.8), Chile (7.9), Puerto Rico (9.3) y Costa Rica (9.7); según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)².

Uno de los factores por los cuales la mortalidad infantil ha disminuido, obedece a la implementación de diversas iniciativas. Una de ellas es la ampliación de los controles y seguimiento de los niños/as hasta los 2 años de vida, a través de uno de los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública (MSP): Programa Aduana.

Según datos publicados por el MSP³, la puesta en marcha de esta iniciativa llevo a consolidar el descenso de la mortalidad infantil en el año 2008; por lo cual es relevante promover la continuidad de este programa.

Se selecciona Programa Aduana para esta investigación dado que es considerado un programa de salud prioritario por el Gobierno, que intenta mejorar indicadores de morbimortalidad en los menores de 2 años, y dada la importancia de la participación de Enfermería en el mismo. Si bien se han puesto en marcha diferentes iniciativas para consolidar la mejora de la salud infantil, aun hay aspectos a trabajar a largo plazo.

A su vez, el grupo investigador se vio motivado a abordar las Metas Asistenciales propuestas para la población infantil, dado la alta vulnerabilidad de dicho grupo etario. Así como también por tratarse de una etapa crítica en el desarrollo y con repercusiones para toda la vida. Por lo cual, no sólo se hizo referencia al cumplimiento o no de las Metas Asistenciales, sino en que porcentaje se están alcanzando; teniendo en cuenta que la salud de la población infantil es un derecho humano esencial, violentado en la realidad actual.

Así mismo, este estudio busco establecer la cantidad y disponibilidad del Recurso Humano asignado a Programa Aduana; información que servirá a los Centros de Salud para evaluar las gestiones llevadas a cabo o planificar nuevas estrategias. Destacando, que el personal de enfermería, es el Recurso Humano más ligado a Programa Aduana. Y se le ha asignado la responsabilidad de cumplir con el principal objetivo del Programa, control y seguimiento del niño.

² Dirección General de la Salud. MSP presentó informe: mortalidad infantil disminuyó y se espera bajar un dígito durante 2009. Sitio del MSP [en línea] 2008. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_2323_1.htm [Fecha de acceso 2 de Junio de 2009].

³ Dirección General de la Salud. MSP presentó informe: mortalidad infantil disminuyó y se espera bajar un dígito durante 2009. Sitio del MSP [en línea] 2008. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_2302_1.htm [Fecha de acceso 2 de Junio de 2009].

Por lo tanto, la investigación es importante ya que los resultados pueden beneficiar a los servicios estudiados, mediante la cual conocerán su situación actual en cuanto al comportamiento de las Metas Asistenciales, teniendo en cuenta la disposición de los Recursos Humanos con los que cuentan. Pudiendo de esta forma identificar sus debilidades y fortalezas y así poder re direccionar acciones, potenciando los aspectos positivos; mejorar los negativos y continuar buscando el beneficio para la salud de la población infantil. Para Enfermería, este trabajo es de interés, ya que es importante su participación en este programa y los resultados pueden significar cambios en estrategias o nuevas propuestas. Para la población objetivo es importante porque como ya se ha mencionado, el control de salud y el seguimiento del menor de 2 años pueden contribuir a disminuir los indicadores de morbimortalidad.

ANTECEDENTES

Mediante la búsqueda de material sobre el cumplimiento de las Metas Asistenciales propuestas por el Programa Aduana nos encontramos con estudios realizados en nuestro país y América Latina, de los cuales hemos tomado como referencia a dos de ellos.

En la siguiente investigación, "Lactancia Materna: una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y niño pequeño"⁴, se estudiaron las prácticas de alimentación de 2.986 niños y niñas de entre cero a dos años de edad, en Uruguay. Los resultados obtenidos fueron comparados con dos estudios de idéntica metodología realizados en 1996 y 1999 a través del apoyo de UNICEF al entonces Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP. Las muestras fueron ajustadas según la edad en meses y la distribución de los nacimientos según región (Montevideo e interior) y tipo de Servicio de Salud (Público y Mutua).

Los datos que se obtuvieron de dicho estudio fueron:

Tabla Nº 1: Tasa de Lactancia Materna Exclusiva en menores de 4 y en menores de 6 meses.

Taza de Lactancia Materna exclusiva	1996	1999	2003
Niño < 4 meses (0a3 meses)	37,6%	63,2%	63%
N	289	286	314
Niño < 6 meses (0a5 meses)	28,4%	50,7%	54,1%
N	334	346	397

Se observa que la tasa en menores de 6 meses aumento ligeramente en el 2003, esto podría explicarse por la consolidación en el ámbito de los organismos internacionales de la recomendación de que la lactancia materna exclusiva se extienda hasta el sexto mes, en contraposición al ambiguo 4 a 6 meses recomendado en años anteriores.

Tabla Nº 2: Tasa de Lactancia Materna Exclusiva según tipo de Servicio de Salud (menores de 4 meses).

Lactancia Materna Exclusiva en Niños < 4 meses	1996	1999	2003
Servicio de Salud Pública de Montevideo	33,4%	65,9%	64,4%
Servicio de Salud Pública del Interior	41,8%	58,6%	67,6%
Servicio de Salud Mutua de Montevideo	46,1%	58,3%	55,7%
Servicio de Salud Mutua del Interior	41,8%	69,5%	52,7%

Los Servicios de Salud participantes en este estudio fueron de la ciudad de Montevideo así como del interior del país.

⁴ Medina L, et al. Lactancia Materna: una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y niño pequeño. Sitio de UNICEF [en línea] 2004. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_lactancia_uy2004.pdf (fecha de acceso 14 de Agosto 2009).

En comparación con la región, este trabajo de investigación también muestra, que en cuanto a América Latina, Uruguay se encuentra entre los países con mayor porcentaje de inicio de la lactancia (98,1% de Lactancia Exclusiva al alta). Así mismo, aunque la prevalencia de lactancia exclusiva en los primeros meses aún esta lejos de alcanzar las recomendaciones internacionales en la materia, las cifras son de las mejores de la región.

Tabla Nº 3: Patrones de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en siete países de Latinoamérica.

LME	Paraguay 1990	Bolivia 1994	Colombia 1995	Guatemala 1995	República Dominicana 1996	Perú 1996	Uruguay 2003
0 – 1 mes	10,1%	61,4%	26,7%	54,8%	39,1%	71,2%	72,9%
2 – 3 meses	5,7%	47,8%	9,1%	45,3%	17,4%	54,2%	52,6%
4 – 5 meses	0,9%	27,3%	4,8%	40,3%	8,3%	38,6%	35,4%

Fuente: Adaptado de Chessa K. Luller, *Breastfeeding Promotion – Is Its Effectiveness Supported by Scientific Evidence and Global Changes in Breastfeeding Behaviors?*, Food and Nutrition Program, Division of Health Promotion and Protection, Pan American Health Organization, Washington DC, 2003.

Como se encuentra en el artículo "Evaluación del Programa de Atención al Niño en las Policlínicas Municipales, año 1998"⁵, de Uruguay, en el cual se realiza una evaluación del Programa de Atención al Niño en 27 Policlínicas; 19 de ellas Municipales y 8 por convenio, donde los resultados muestran lo siguiente:

Tabla Nº 4: Controles en niños de 4 meses de edad.

Controles en niños de 4 meses de edad	FA	FR%
< 5 controles	10	10%
5 – 8 controles	77	76%
> 8 controles	14	14%
Total	101	100%

Se considero estas cifras de óptimo nivel dado que el 90% contaba con 5 controles y mas, ya que en ese año los controles de salud hasta los 4 meses, estaban fijados por el servicio en 7 controles promedio y el resultado fue de 6,7 promedio de controles.

El 73,4% presento pecho directo exclusivo al cuarto mes, en una muestra de 113 niños.

Por último, en cuanto a las inmunizaciones al cuarto mes, con una muestra de 101 niños, el 84% se encontraba correctamente inmunizado.

⁵ Forem M, Gómez-Haedo M, Vivas P. Evaluación del Programa de Atención al Niño en las Policlínicas Municipales, año 1998. Sitio de Scielo [en línea] 2000. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0370-41062002000300015&script=scl_artext [Fecha de acceso 27 de Agosto de 2009].

Se presenta a continuación datos trimestrales sobre el cumplimiento de las Metas Asistenciales propuestas por Programa Aduana, a nivel de todos los Centros de Salud de Montevideo, Uruguay⁶:

Tabla N° 5: Cumplimiento de las Metas Asistenciales, según pauta del MSP.

Meta Asistencial	Cumplimiento de la Meta Asistencial según pauta del MSP		
	Octubre - Diciembre 2008	Enero – Marzo 2009	Abril – Julio 2009
Control de Salud	16,5%	15,4%	25,8%
Inmunizaciones	74,9%	75,9%	82,7%
LME	45,6%	48,5%	48,4%
Eco – Cadera	37,5%	36,4%	36,8%
Total niños captados	725	1927	1032

⁶ Nota: Información brindada por la Socióloga Ingrid Bercovich, Directora del Departamento de Gestión de Información de ASSE, MSP.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo es el comportamiento de las Metas Asistenciales de Programa Aduana y la disponibilidad del Recurso Humano asignado al mismo, en trece Centros de Salud del Primer Nivel del Sector Público de Montevideo, en los meses de Marzo y Abril del año 2010?

OBJETIVOS

General:

Determinar el comportamiento de las Metas Asistenciales de Programa Aduana y la disponibilidad del Recurso Humano asignado al mismo, en trece Centros de Salud del Primer Nivel del Sector Público de la ciudad de Montevideo, en los meses de Marzo y Abril, del año 2010.

Específicos:

- Describir:
 - El comportamiento de las Metas Asistenciales de Programa Aduana en los meses de Marzo y Abril del año 2010, en los trece Centros de Salud de la ciudad de Montevideo.
 - Los Recursos Humanos asignados a Programa Aduana en los meses de Marzo y Abril del año 2010, en cada Centro de Salud; estableciendo el número, horas disponibles y tarea que desempeñan los mismos.

MARCO CONCEPTUAL

Para la realización de dicho trabajo de investigación es necesario destacar algunos conceptos teóricos que son pilares a tener en cuenta desde el principio y a lo largo de toda la carrera de Licenciatura en Enfermería.

Dichos conceptos se han ido incorporando e interiorizando en el transcurso de toda la formación y por lo tanto serán necesarios y fundamentales para la realización del siguiente trabajo de investigación.

Comenzando es importante tener en cuenta que:

"El Ser Humano es un ser bio-psico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad, se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psicológico, aun cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta"⁷.

Como el hombre es un ser en continuo cambio, el concepto de Salud más adecuado es el que nos da el autor Salleras el cual define a la salud desde un punto de vista dinámico, ya que la salud y enfermedad no pueden separarse en términos absolutos, puesto que existe un dinamismo entre ambos conceptos: "es el logro del mas alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad"⁸.

Con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema.

Un primer eje es el cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención de enfermedades, protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la mas adecuada recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y dispensarización del crónico y que proporcione cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y asegurando la mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención y la satisfacción de los uruguayos.

Un segundo aspecto se refiere al rol del MSP como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la

⁷ Instituto Nacional de Enfermería asimilado a facultad, Plan de Estudios 93, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo.

⁸ Salleras L. Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 2a. ed. Madrid: Díaz de Santos; 1985.

policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS⁹.

Un tercer aspecto se refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud.

Por otra parte, es pertinente nombrar al **Primer Nivel de Atención**, el cual se define como: "el conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados para resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de una población dada. Constituye la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. Un funcionamiento adecuado del Primer Nivel, unido a un relacionamiento armónico con los otros niveles, le permite resolver a nivel local un elevado porcentaje de problemas de salud, seleccionando y derivando los casos que requieren otros niveles de atención". En él se realizan actividades de promoción, prevención, atención médica, vigilancia epidemiológica, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; siendo las acciones de atención a los usuarios de carácter fundamentalmente ambulatorio.

Requiere:

- Área geográfica delimitada.
- Población asignada.
- Distribución de recursos acorde a las necesidades de la población.
- Trabajo en equipo interdisciplinario.
- Redes sociales.
- Coordinación intersectorial.
- Articulación con los otros niveles de atención- referencia y contrarreferencia¹⁰.

Según la organización con la que se cuenta, encontramos al **Centro de Salud**¹¹, que se define como el espacio físico y la estructura funcional en la cual se realiza la mayor parte de la Atención Primaria de Salud y desde donde se proyectan las actividades de cuidados domiciliarios y de trabajo en la comunidad. Es además, la puerta de entrada de los ciudadanos al Sistema de Salud.

El Centro de Salud constituye la estructura sanitaria desde la cual se desarrollan de forma integrada, continuada, permanente y mediante el trabajo coordinado de todos los miembros del equipo, las actividades encaminadas a la promoción, prevención y restauración de la salud, tanto individual como colectiva, de todos los habitantes de su zona de influencia.

Ante todo es importante partir del concepto **Programa de Salud** para luego comprender, en que se basan los lineamientos generales del Programa al cual nos abocamos en nuestra investigación: Programa Aduana.

Un Programa de Salud está constituido por un conjunto de recursos reunidos y aplicados para proporcionar a una población definida unos servicios

⁹ Muñoz M, Basso J. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sitio del MSP (en línea) 2009. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> [Fecha de acceso 10 de Marzo de 2010].

¹⁰ Martín Zurro A. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4a. ed. Madrid: Harcourt Brace Jovanovich; 1999.

¹¹ Calero E. Enfermería comunitaria, métodos y técnicas. Madrid: DAE; 2000.

organizados de forma coherente en el tiempo y en el espacio en vistas a conseguir los objetivos determinados en relación a un problema de salud determinado. (Los programas de salud se han elaborado tradicionalmente en función de poblaciones objetivo correspondientes a categorías de edad precisas).

Un programa de salud contiene tres componentes principales: 1) un objetivo de salud, expresado en términos de estado de salud; 2) actividades o servicios; 3) recursos humanos, físicos y financieros.

En salud comunitaria, los programas de salud se definen ordinariamente según tres dimensiones:

-Los programas de promoción de salud y de prevención en relación con un aspecto de la salud (por ejemplo, salud mental, salud bucal, enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares, accidentes, suicidio, etc.).

-Los programas que conciernen un medio particular (por ejemplo, medio escolar, medio del trabajo, medio ambiente, centro de acogida, domicilio, etc.).

-Los programas que se dirigen a poblaciones objetivo (por ejemplo, madres-niños, adolescentes, adultos, ancianos, personas que han intentado suicidarse, deficientes físicos, etc.)¹².

El MSP definió como prioritarios los Programas de Atención al Niño y de la Mujer y Género; superando la referencia al viejo programa materno infantil. Para un país ciertamente envejecido y donde la pobreza se ha venido concentrando en los niños y las mujeres, esta prioridad nacional entendemos, es fácilmente compartida.

Es importante destacar que el Programa Aduana, se encuentra dentro del Programa Nacional de Salud de la Niñez, el cual busca contribuir a una adecuada atención a la salud de los niños/as que comprenda y reubique las pautas y programas anteriores, extendiendo sus competencias para asegurar, entre otras, la accesibilidad y continuidad en la atención, y facilitando una integración en este ámbito programático.

La atención a la salud de toda la población infantil y adolescente de nuestro país busca constituirse en un elemento central de las propuestas programáticas a través de un accionar coordinado de todos los efectores, en la implementación de políticas, pautas y criterios comunes.

Ya que la población en estudio comprende la etapa de la niñez, es necesario definir la misma, así como también en qué consiste el desarrollo y crecimiento. Se entiende por **Niñez** a el período de la vida humana que abarca al recién nacido, al niño que no ha adquirido aún signos cronológicos de desarrollo puberal¹³.

Y el **Crecimiento y Desarrollo** son procesos ordenados y predecibles que empiezan con la concepción y continúan hasta la muerte. Todas las personas progresan a través de fases bien definidas de crecimiento y desarrollo, pero el ritmo y la conducta de esta progresión es básicamente individual.

¹² Pineault R., Davey C. La planificación sanitaria, conceptos, métodos, estrategias. 2a. ed. Barcelona: Masson; 1989.

¹³ Behrman R., Kliegman R., Jenson H. Tratado de pediatría. 17a. ed. Madrid: Elsevier, 2004.

La capacidad de progresar a través de cada etapa del desarrollo tiene una influencia en la salud holística del individuo.

Crecimiento: nos define los cambios morfológicos y estructurales del individuo. Se produce por un aumento en el tamaño de las células (hipertrofia) y un aumento en el número de células (hiperplasia).

El crecimiento es el resultado de la interacción entre componentes genéticos que tiene cada individuo, con el medio ambiente, aspectos nutricionales y factores socio-económicos y culturales.

Desarrollo: es el proceso por el cual los seres vivos logran su mayor capacidad funcional de sus sistemas, a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones.

El desarrollo es el resultado de interacciones genéticas con respecto a riesgos biológicos y ambientales.

Otro concepto de desarrollo: es el proceso de cambios mediante el cual el niño/a alcanza mayor complejidad en sus movimientos, pensamientos, emociones y relaciones con los otros¹⁴.

El Programa Aduana consiste en la captación y control del recién nacido y del niño/a hasta los 24 meses de vida: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, integración a redes e instituciones.

Fortalecer este Programa a nivel público a través del liderazgo y control del efector definido como cabecera sanitaria de la zona de responsabilidad programática con definición y evaluación de indicadores de proceso y resultado.

Implementación de este a nivel privado, asegurando la llegada de todos los recién nacidos, a técnicos/equipos de referencia, y estableciendo niveles de información que posibiliten una adecuada evaluación¹⁵.

Características:

El Programa Aduana presenta algunas características particulares que definen su perfil y sus aportes específicos al Sistema de Salud en general, y específicamente a la salud de los niños y niñas que nacen y son atendidos en los servicios públicos.

Algunos de estos rasgos destacables son:

- Permite identificar a la población a cubrir en cada cohorte de recién nacidos en un territorio y centro de salud dados, situación que no ocurre aun con ninguna otra población. Sin duda esto va de la mano con la jerarquización del cuidado de salud de recién nacidos, facilitando su captación a nivel ambulatorio y su seguimiento.
- Ha capitalizado una trayectoria histórica y una experiencia acumulada de tres décadas sobre los ejes del enfoque preventivo y la coordinación intra e inter institucional.
- Los diferentes componentes de su estructura (hospitalario, central y descentralizado) conforman un puente de referencia y contrarreferencia entre el Primer Nivel de Atención y el Tercer Nivel, que es único en nuestra organización sanitaria con permanencia en el tiempo.

¹⁴ Berfman R, Kérgman R, Jenson H. Tratado de pediatría. 17a. ed. Madrid: Elsevier, 2004.

¹⁵ División General de Salud, División Salud de la Población. Programa Nacional de Salud de la Niñez. Montevideo; 2006.

- El componente descentralizado articula con eficacia y efectividad, diferentes efectores del Primer Nivel del sub sector público en Montevideo(Centros de Salud del MSP, Médicos de Familia, policlínicas de la IMM) y privado (policlínicas comunitarias autogestionadas)
- Es un Programa que ha contado en forma ininterrumpida entre sus actividades con salidas a terreno a través de las visitas domiciliarias lo cual se significa un bagaje específico de conocimientos y destrezas en la comprensión y el relacionamiento con las comunidades y las familias.
- A fortalecido un enfoque sistemático de monitoreo y evaluación, tanto a nivel de los servicios de primer nivel de atención, como el nivel central del departamento, lo cual es bastante inusual en el ámbito público y a permitido un desarrollo particular del Sistema de Gestión de Salud hacia su gerenciamiento.

Objetivos

Sus objetivos principales son:

- Identificar a los recién nacidos en maternidades públicas, brindar nociones básicas de promoción de salud infantil y jerarquizar el control de salud derivando al mismo/a al servicio barrial mas accesible a través de un mecanismo de referencia informado desde la maternidad a los servicios de Primer Nivel de Atención.
- Apoyar el adecuado control de salud y seguimiento hasta el primer año, extendiéndolo hasta el segundo año de vida a partir del 2007, en base a instrumentos de seguimiento y apoyo como la Visita Domiciliaria y la Tarjeta de Seguimiento.
- Realizar el monitoreo de las acciones a nivel local y devolver información al nivel central para la evaluación global de la actividad (contra-Referencia).
- Realizar el seguimiento en el Primer Nivel de los niños egresados de las salas de internación del Tercer Nivel de Atención¹⁶.

Dado que uno de los objetivos principales de este trabajo de investigación es conocer los indicadores de las **Metas Asistenciales**¹⁷ propuestas por el Programa Aduana en distintos Centros de Salud, es pertinente mencionar que son y en que consiste cada una de ellas:

La **Meta Asistencial** se define como el componente de las cuotas Salud, que resulta de la evaluación de la "performance" institucional a través de la definición de un conjunto de indicadores vinculados a objetivos sanitarios establecidos por el MSP. Dicho componente pretende medir el esfuerzo institucional en el cambio del modelo de atención, y por tanto los indicadores que lo componen, en principio buscan ese objetivo. Se trata entonces, de generar estímulos económicos que promuevan mejoras en la calidad de la asistencia a la población. Esas mejoras resultan en primer lugar, de preocuparse por la salud del conjunto de afiliados y usuarios y no solamente por la correcta atención de los que consultan. En segundo término en

¹⁶Nota: Documento presentado en reunión científica de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), 26 de Mayo, 2009; Montevideo.

¹⁷Basso J. Instructivo de Metas Asistenciales. Sitio del MSP [en línea] . Disponible en: <http://www.hospitalsi.onfrce.com/niño/ma.pdf> [Fecha de acceso 15 de Abril de 2010].

reconocer que si no trabajamos en un modelo de atención integral, con énfasis en la prevención tanto primaria, secundaria y terciaria, no mejoraremos la salud de la población, no superaremos los indicadores sanitarios con que cuenta nuestro país, sin contar que se seguirá gastando recursos innecesariamente.

La fijación de las metas por la propia institución tuvo sólo 2 requisitos, el primero de ellos fue que las mismas no fueran menor a la propia "línea de base" de cada prestador, es decir el estado inicial o de partida. Estas líneas de base se construyeron por parte de cada institución y fue requisito inicial para cobrar el componente meta asistencial. El segundo requisito fue que su valor no fuera cero, en la medida que muchas instituciones partieron de cero en muchos de los indicadores seleccionados, dando cuenta del esfuerzo que como sistema de salud resultaba necesario construir.

A partir de este diseño, cada 3 meses las instituciones envían la información vía correo electrónico de los 12 indicadores.

En el MSP (Digesa-Unidad de Información-Metas Asistenciales-Digesa-Economía de la Salud) se compara la información recibida de ese trimestre con las metas trimestralizadas y se determina si la meta se alcanza o no se alcanza. El cumplimiento de estos indicadores determina el pago de \$50 por socio del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Si se cumple parcialmente con las metas, la institución cobra la cuota parte de los 12 indicadores durante todo el trimestre.

Si la información llega fuera de fecha, dado que alcanzar la meta supone también entregar en fecha la información (plazo de 35 días vencido el trimestre), la institución cobra lo que correspondiera a partir del próximo mes del trimestre, perdiendo esa/s mensualidad/es dependiendo del tiempo de atraso registrado.

A continuación describimos las cuatro **Metas Asistenciales de la niñez**.

-De los niños que cumplieron el año en el mes correspondiente, se establecerá el número de ellos controlados según pauta.

La frecuencia mínima de controles aceptables es la siguiente:

-Dos controles el primer mes de vida. El primero de ellos antes de los 10 días.

-Un control mensual hasta los 6 meses de vida.

-Un control bimensual en el segundo semestre del año.

Dado que esta primera meta se refiere al **Control de Salud del Niño** es importante definir que este consiste en realizar consultas fundamentalmente para la supervisión y control del crecimiento y desarrollo del niño. En los controles el pediatra analizará como se encuentra el recién nacido desde la última consulta, los avances que ha tenido y las próximas etapas. Controlara como se esta alimentando y descansando, realizara un examen físico e indicara las vacunas que corresponde e ira registrando su historia clínica, así mismo actualizara el carne del niño en cada control¹⁸.

¹⁸Berhman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de pediatría. 17a. ed. Madrid: Elsevier, 2004.

-La segunda meta refiere que, de los niños que cumplieron el año en el mes correspondiente, se establecerá el número de ellos con **Certificado de vacunación** al día.

Se considerara que tienen certificado de vacunación al día, aquellos niños que tengan por lo menos las inmunizaciones correspondientes al sexto mes de vida:

BCG, una única dosis al nacer.

Pentavalente, administrada en tres dosis, a los 2, 4 y 6 meses.

Poliomielítica, administrada en tres dosis, a los 2, 4 y 6 meses.

Neumococo C7V, administrada en dos dosis, a los 2 y 4 meses.

Cabe destacar que con respecto a las **Inmunizaciones** en el cono Sur, nuestro país se encuentra en similares porcentajes de cobertura que Brasil, con un 99% de cobertura de la BCG y DPT y un 96% de cobertura de la polio y Hib en nuestro país, en tanto que Brasil cuenta con un 99% de cobertura de la BCG, 98% para la polio y 96% para la DPT y Hib. Superando con estos porcentajes a países como son Argentina y Paraguay, entre otros; según de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁹.

-La tercera meta refiere que de los niños que cumplieron el año en el mes correspondiente, se establecerá el número de ellos que tuvieron **Lactancia Materna** según lo establecido en la pauta:

-Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida.

Entendiéndose que al cumplir con ello, el niño sólo a recibido alimentación por medio del pecho materno.

-Y la última, establece que de los niños que cumplieron el año en el mes correspondiente, se establecerá el número de ellos que fueron controlados con **Ecografía de Cadera** antes de cumplir los 4 meses.

Destacando que para el diagnóstico, prevención y detección precoz de la luxación congénita de cadera, se debe realizar una ecografía de cadera, antes del cuarto mes de vida, ya que luego de este período crecerá tejido blando en la cavidad articular de la misma y su detección posterior requerirá de tratamientos invasivos^{20 21}.

Por otra parte, es importante a tener en cuenta los conceptos de: Recursos Humanos así como también el de Recurso Humano de Enfermería de Salud Pública y el de Enfermería Comunitaria, ya que estos cumplen un papel muy importante dentro de la investigación.

Los **Recursos Humanos** de los centros de salud se integran en el denominado equipo de Atención Primaria de Salud, que se define como el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con responsabilidad en la prestación de Atención Primaria y salud pública en la zona básica de salud.

¹⁹ OPS, OMS. Inmunizaciones de las Américas. Sitio de OPS y OMS [en línea] 2008. Disponible en: www.oaho.org/inmunizacion [Fecha de acceso 5 de Marzo de 2010].

²⁰ Berner E. Luxación congénita de cadera. Sitio de Crecer Juntos [en línea] 2009. Disponible en: <http://www.crecejuntos.com.ar/luxacionc.htm> [Fecha de acceso 3 de Abril de 2010].

²¹ Barreda P. Enfermedad luxante de las caderas. Sitio del Dr. Pedro Barreda [en línea] 2007. Disponible en: www.pediatricdia.cl/diagnosia_caderas.htm [Fecha de acceso 19 de Abril 2010].

El número, profesión y/o especialidad de los componentes del equipo estará en función de la población asignada, de las necesidades de salud identificadas, de las características de la zona, de la disponibilidad presupuestaria, de la política de recursos humanos o de las prioridades de la administración sanitaria, entre otros factores²².

Entendiendo por **Disponibilidad del Recurso Humano** al número de recurso humano asignado a Programa Aduana, sobre el número total de recurso humano existente en el Centro de Salud. Y como **Disponibilidad Horaria del Recurso Humano** al número de horas disponibles a Programa Aduana, sobre el número total de horas contratadas.

El **Concepto de Enfermería de Salud Pública** se define como aquella actividad que tiene como objeto mejorar la salud de la población, partiendo de una detección de sus necesidades y desarrollando una atención integral (promoción de la salud y prevención, cuidado y rehabilitación de la enfermedad) del individuo, la familia y la comunidad. Incorpora en su estrategia el modelo de autocuidados y la red de apoyo²³.

La **Enfermería Comunitaria** es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la Enfermería y de la Salud Pública y los aplica, como alternativa de trabajo en la comunidad, con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación de ésta, mediante cuidados directos e indirectos a los individuos, a las familias, a otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto, como miembro de un equipo multidisciplinario y en el marco de una planificación general de atención a la salud²⁴.

²² Calero E. Enfermería comunitaria, métodos y técnicas. Madrid: DAE; 2000.

²³ Gil P. Medicina preventiva y salud pública. 10a. ed. Barcelona: Masson; 2001.

²⁴ Calero E. Enfermería comunitaria, métodos y técnicas. Madrid: DAE; 2000.

MARCO REFERENCIAL

HORARIOS DE CONTRATOS ESTIPULADOS PARA EL RECURSO HUMANO, SEGÚN LA RAP, URUGUAY

Según datos aportados por el Área de Recursos Humanos de la RAP, los horarios estipulados habitualmente para el personal en un Centro de Salud Público de Primer Nivel de Atención en Uruguay, son los siguientes:

Licenciado en Enfermería: 96 ó 120 horas mensuales, según el tipo de contrato firmado.

Auxiliar de Enfermería: 144 horas mensuales para presupuestados o contratados.

Administrativos: 36 horas semanales y como excepción también se encuentran con 30 horas semanales, según el contrato firmado. Esto depende de cada Centro de Salud.

Internos en Enfermería: 30 horas semanales.

Cabe destacar que en relación a las horas del personal destinadas al Programa Aduana, no están especificadas por el Área de Recursos Humanos de la RAP; es decir, dentro de la carga horaria contratada por la RAP a cada profesional, el tiempo destinado al desarrollo del programa depende de la demanda de cada centro, y de la disponibilidad de cada profesional para ocuparse del Programa²⁵.

²⁵ Nota: Datos aportados por la Sra. Sara Arbuló, Área de Recursos Humanos de la Red del Primer Nivel de Atención en Salud; Cerro Largo 1726 bis, Montevideo, Uruguay.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal.

Población de estudio:

La población de estudio fueron los responsables de Programa Aduana de cada uno de los Centros de Salud.

Método:

Los pasos a seguir fueron:

Realizar prueba piloto en Centro de Salud perteneciente a la IMM.

Solicitar autorización a la Dirección de la RAP;

Coordinar las entrevistas con los encargados de Programa Aduana de los trece Centros de Salud;

Realizar las entrevistas pautadas;

Recabar los datos para el informe;

Llevar a cabo tabulación, análisis y discusión de los datos recogidos para la realización del informe de investigación final;

Divulgar y comunicar los resultados obtenidos.

Instrumentos de recolección de datos:

La herramienta utilizada fue una entrevista semi estructurada e individual, conteniendo preguntas múltiples. La misma estuvo guiada por un formulario previamente diseñado, mediante el cual se determinaron, el Recurso Humano asignado a Programa Aduana, y el comportamiento de las Metas Asistenciales propuestas en el mismo, en los meses de Marzo y Abril del año 2010.

La entrevista fue realizada a la persona responsable de Programa Aduana en cada uno de los diferentes Centro de Salud.

Estas se desarrollaron por parte del equipo investigador.

Materiales:

Los materiales que se utilizaron fueron los siguientes:

Formulario de recolección de datos²⁶,

Insumos de escritorio y computación.

Aspectos Ético Legales:

Para llevar a cabo la investigación en los servicios seleccionados, previo a la recolección de datos, se informó al Director/a y a la persona responsable de Programa Aduana de cada Centro de Salud, cual sería el trabajo a realizar y quienes son las personas que lo llevaran a cabo. Se adjunto protocolo del mismo.

Se solicito consentimiento informado, dejando en claro que se mantendrá el anonimato de los participantes y sólo se divulgaran los nombres de los servicios, si la dirección lo autoriza.

Dimensiones Éticas: Para asegurar los derechos de los participantes, se adoptó el informe Belmont como guía de conducta ética. Este se publicó en

²⁶Nota: Ver anexo 2 y 3.

1978 por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en Investigación Biomédica y de la Conducta.

El mismo, establece tres principios éticos fundamentales "sobre los que se basan las normas de conducta ética en la investigación: el principio de beneficencia, el de respeto a la dignidad humana y el de justicia".

Variables:

Para el estudio de las Metas Asistenciales de Programa Aduana y el Recurso Humano, se estudiaron las siguientes variables:

1. Control de salud en el niño de un año de edad

Definición conceptual: El control de salud del niño consiste en realizar consultas fundamentalmente para la supervisión y control del crecimiento y desarrollo del niño. Según la pauta establecida por el MSP, el niño debe contar con diez controles al año de vida.

Definición operativa: Niños y niñas que cumplieron un año de edad en los meses de Marzo y Abril de 2010, que cuentan con los controles según la pauta del MSP.

Categorías:

- Niños y niñas que cumplieron con los controles pautados.
- Niños y niñas que no cumplieron con los controles pautados.

Indicador de categoría:

Cumplir con los controles pautados significa:

-Dos controles en el primer mes de vida; el primero de ellos antes de los diez días.

-Un control mensual hasta los seis meses de vida.

-Un control bimensual en el segundo semestre del año.

Unidad de medición: Variable cualitativa nominal.

2. Inmunización en el niño de un año de edad

Definición conceptual: Conjunto de vacunas administradas a lo largo del primer año de vida, que según la ley cada niño/a, debe tener. Comprende los siguientes tipos y dosis:

BCG, administrada en una única dosis al nacer.

Pentavalente, administrada en tres dosis, a los 2, 4 y 6 meses.

Poliomielítica, administrada en tres dosis, a los 2, 4 y 6 meses.

Neumococo C7V, administrada en dos dosis, a los 2 y 4 meses.

Definición operativa: Número de niños y niñas que cumplieron un año de edad en los meses de Marzo y Abril de 2010, que cuentan con las inmunizaciones según la pauta del MSP.

Categorías:

- Niños y niñas que cumplieron con las inmunizaciones según la pauta.
- Niños y niñas que no cumplieron con las inmunizaciones según la pauta.

Indicador de categoría:

Cumplir con el certificado esquema de vacunación según la pauta, significa:

- BCG: 0 meses.
- Pentavalente: 2, 4 y 6 meses.
- Poliomielítica: 2,4 y 6 meses.
- Neumococo C7V: 2 y 4 meses.

Unidad de medición: Variable cualitativa nominal.

3. Lactancia Materna en el niño de un año de edad

Definición conceptual: Alimentación del niño, exclusivamente, por medio del pecho materno, utilizando leche materna.

Definición operativa: Niños y niñas que cumplieron un año de edad en los meses de Marzo y Abril de 2010, que contaron con la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, según lo pauta el MSP. Del total de niños menores de seis meses serán excluidos aquellos que con justificación según la Norma Nacional de Lactancia (Ordenanza 217/009) tienen razones médicas aceptables para la alimentación artificial.

Categorías:

- Niños y niñas que cumplieron con la lactancia materna según pauta.
- Niños y niñas que no cumplieron con la lactancia materna según pauta.

Indicador de Categoría:

Cumplir con la lactancia materna exclusiva según la pauta, significa:

-Que el niño haya recibido como alimentación sólo pecho directo exclusivo durante los primeros seis meses de vida.

Unidad de medición: Variable cualitativa nominal.

4. Ecografía de Cadera en el niño de un año de edad

Definición conceptual: Reflexión de ondas ultrasónicas que atraviesan distintas estructuras corporales, utilizada para el diagnóstico de luxación congénita de cadera. Para la prevención y detección precoz de esta afección se debe realizar una ecografía de cadera antes del cuarto mes de vida, ya que luego de este período crecerá tejido blando en la cavidad articular de la misma y su detección posterior requerirá de tratamientos invasivos.

Definición operativa: Niños y niñas que cumplieron un año de edad en los meses de Marzo y Abril de 2010, que cuentan con la ecografía de cadera realizada antes de los cuatro meses, según lo pauta el MSP. Se excluyen a los niños que cumplen un año en la institución pero que no eran usuarios de la misma, antes de los cuatro meses de vida.

Categorías:

- Niños y niñas que cumplieron con la realización de ecografía de cadera según la pauta.
- Niños y niñas que no cumplieron con la realización de ecografía de cadera según la pauta.

Indicador de Categoría:

Cumplir con la realización de la ecografía de cadera antes de los cuatro meses de vida, significa:

-Que los niños de un año que están afiliados a la institución desde antes de los 4 meses de vida, cuenten con la ecografía de cadera realizada antes de cumplir los 4 meses de vida.

Unidad de medición: Variable cualitativa nominal.

5. Recurso Humano asignado a Programa Aduana

Definición conceptual: Conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con responsabilidad en la prestación de Atención Primaria y salud pública en cada uno de los Centros de Salud.

Definición operativa: Auxiliares de Enfermería, Licenciados en Enfermería, Licenciados Internos de Enfermería y Administrativos que se encuentren trabajando para Programa Aduana en los meses de Marzo y Abril de 2010, en cada Centro de Salud, Montevideo.

Categorías:

- Licenciada/os en Enfermería.
- Auxiliar en Enfermería.
- Licenciada/os Internos de Enfermería.
- Administrativos.

Unidad de medición: Variable cualitativa discreta.

6. Tarea que desempeña el Recurso Humano asignado a Programa Aduana

Definición conceptual: Tarea, actividad que desempeña el Recurso Humano dentro de Programa Aduana.

Definición operativa: Actividades que realizan los de Auxiliares de Enfermería, Licenciados en Enfermería, Internos en Enfermería y Administrativos que se encuentren trabajando para Programa Aduana en los meses de Marzo y Abril de 2010, en cada Centro de Salud.

Tarea que desempeña la Licenciada/o en Enfermería:

Categorías:

- Consulta de control.
- Visita Domiciliaria.
- Supervisión.

- Registro escrito (Tarjeta de seguimiento, historia clínica, carne del niño).
- Registro informático a Sistema Central de Programa Aduana.

Tareas que realiza la Auxiliar en Enfermería:

Categorías:

- Consulta de control.
- Visita Domiciliaria.
- Seguimiento.
- Registro escrito (Tarjeta de seguimiento, historia clínica, carne del niño).
- Registro informático a Sistema Central de Programa Aduana.

Tareas que realiza la/el Interna/o en Enfermería:

Categorías:

- Consulta de control.
- Visita Domiciliaria.
- Seguimiento.
- Registro escrito (Tarjeta de seguimiento, historia clínica, carne del niño).
- Registro informático a Sistema Central de Programa Aduana.

Tareas que realiza el Administrativo:

Categorías:

- Registro escrito (Tarjeta de seguimiento, historia clínica, carne del niño).
- Registro informático a Sistema Central de Programa Aduana.

Unidad de medición: Variable cualitativa nominal.

7. Horas disponibles para Programa Aduana del Recurso Humano asignado al mismo.

Definición conceptual: Horas que se dedicaron a llevar a cabo Programa Aduana, específicamente, por parte de cada uno de los recursos humanos, dentro de la horas del contrato estipulado por la RAP.

Definición operativa: Horas que dedicaron a llevar a cabo Programa Aduana, los de Auxiliares de Enfermería, Licenciados en Enfermería, Internos en Enfermería y Administrativos asignados al mismo, en los meses de Marzo y Abril de 2010, en cada Centro de Salud.

Categorías:

- Horas disponibles para Programa Aduana de Licenciados en Enfermería.
- Horas disponibles para Programa Aduana de Auxiliares de Enfermería.
- Horas disponibles para Programa Aduana de Internas/os en Enfermería.
- Horas disponibles para Programa Aduana de Administrativos.

Unidad de medición: Variable cualitativa nominal.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Los datos recolectados fueron agrupados, ordenados y analizados por los investigadores. Dichos datos posteriormente fueron ingresados a una planilla de cálculo y presentados mediante estadística descriptiva.

Los mismos permitieron determinar el comportamiento de las Metas Asistenciales en once Centros de Salud y conocer la disponibilidad de los Recursos Humanos, con los que estos cuentan para Programa Aduana.

A partir de esto se obtuvieron diferentes conclusiones acerca del problema y objetivos planteados.

Para preservar el anonimato de los trece Centros de Salud investigados, los mismos serán nombrados con letras, de la A a la M, respectivamente.

La fuente de datos para todas las tablas presentadas, fue el formulario de recolección de datos²⁷.

Presentación de resultados:

La investigación cubría los trece Centros de Salud Pública de Montevideo, de los cuales al momento de la recolección de datos, el grupo investigador se encuentra con que dos de ellos (18%), L y M, no aportaron datos, refiriendo no contar con los mismos.

A continuación se describirán los hallazgos correspondientes a los meses de Marzo y Abril de 2010 en los 11 Centros de Salud restantes:

Tabla Nº 1: Comportamiento de la Meta Asistencial, Inmunización, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.

Centro de Salud	Cumplimiento de la Inmunización en el niño de 1 año de edad		
	Si	No	Total
A	19 (54%)	16 (46%)	35
B	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13
C	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13
D	14 (82%)	3 (18%)	17
E	2 (100%)	0 (0%)	2
F	6 (6%)	96 (94%)	102
G	20 (100%)	0 (0%)	20
H	4 (80%)	1 (20%)	5
I	12 (100%)	0 (0%)	12
J	4 (10%)	37 (90%)	41
K	16 (64%)	9 (36%)	25
L	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD
Total	113(40%)	172(60%)	285

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

²⁷Nota: Ver anexo 2 y 3.

Grafica N° 1: Comportamiento de la Meta Asistencial, Inmunización, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

En cuanto al cumplimiento de la Meta Asistencial **Inmunizaciones**, se destaca al Centro de Salud F que de un total de 102 niños, solamente 6 cumplen la Meta. Seguido por J que de 41 niños, sólo 4 de ellos cumplieron con la misma. El resto de los Centros se encontraban en un promedio entre un 54% y un 100% del cumplimiento de la Meta.

De un total de 285 niños en los 11 Centros de Salud, el 40% cumplió con las Inmunizaciones.

Tabla N° 2: Comportamiento de la Meta Asistencial, Inmunización, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.

Centro de Salud	Cumplimiento de la Inmunización en el niño de 1 año de edad		
	Si	No	Total
A	19 (73%)	7 (27%)	26
B	13 (81%)	3 (19%)	16
C	6 (40%)	9 (60%)	15
D	11 (79%)	3 (21%)	14
E	6 (100%)	0 (0%)	6
F	55 (46%)	65 (54%)	120
G	33 (100%)	0 (0%)	33
H	4 (100%)	0 (0%)	4
I	10 (100%)	0 (0%)	10
J	11 (18%)	51 (82%)	62
K	9 (39%)	14 (61%)	23
L	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD
Total	177(54%)	152(46%)	329

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Grafica N° 2: Comportamiento de la Meta Asistencial, Inmunización, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

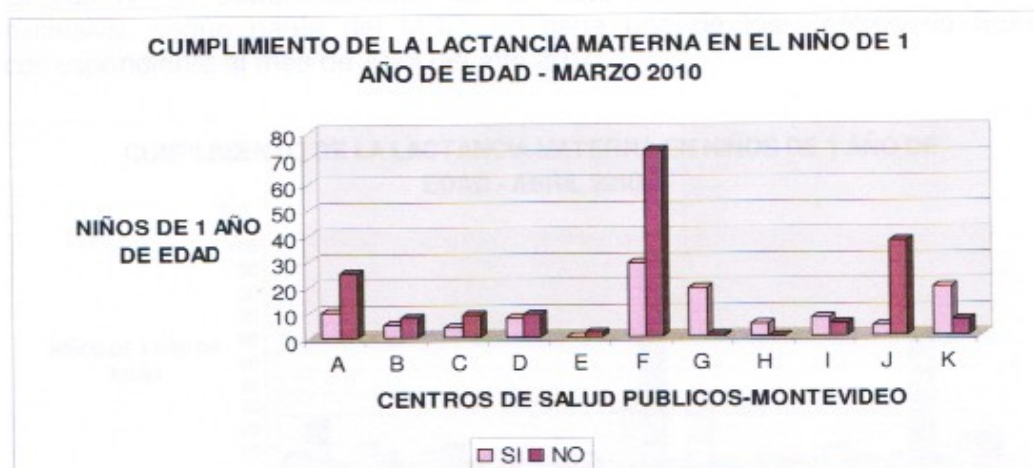
En lo que respecta al mes de Abril, se destaca que el Centro I llega al 100%, con una cobertura de 10 niños.
 El Centro de Salud G, con un total de 33 niños y E con 6 niños, alcanzaron también el 100 % en este mes.
 Los Centros F y J elevaron la cobertura de la población, quedando el primero de ellos con un 46% de niños inmunizados, de un total de 120; y el Centro de Salud J con una inferior cobertura del 18%, de un total de 62 niños.
 Los demás Centros se mantuvieron con un promedio entre 39% y 81%.
 De un total de 329 niños en los 11 Centros de Salud, el 54% cumplió con las Inmunizaciones.

Tabla N° 3: Comportamiento de la Meta Asistencial, Lactancia Materna exclusiva, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.

Centro de Salud	Cumplimiento de la Lactancia Materna en el niño de 1 año de edad		
	Si	No	Total
A	10 (29%)	25 (71%)	35
B	5 (38,5%)	8 (61,5%)	13
C	4 (31%)	9 (69%)	13
D	8 (47%)	9 (53%)	17
E	0 (0%)	2 (100%)	2
F	29 (28%)	73 (72%)	102
G	19 (95%)	1 (5%)	20
H	5 (100%)	0 (0%)	5
I	7 (58%)	5 (42%)	12
J	4 (10%)	37 (90%)	41
K	19 (76%)	6 (24%)	25
L	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD
Total	110(39%)	175(61%)	285

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Grafica N° 3: Comportamiento de la Meta Asistencial, Lactancia Materna exclusiva, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Marzo del 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Con respecto a la Meta Asistencial **Lactancia Materna Exclusiva**, en el mes de Marzo, se destaca el Centro de Salud H con un 100% alcanzado, que corresponde a un total de 5 niños. Se observo que el Centro de Salud E, con un total de 2 niños, no cumplió con la misma.

El Centro de Salud J alcanza el 10%, de un total de 41 niños. Los restantes Centros de Salud se mantienen entre un 28% y 95% con poblaciones que varían entre 5 y 102 niños.

De un total de 285 niños en los 11 Centros de Salud, el 39% cumplió con la Lactancia Materna.

Tabla N° 4: Comportamiento de la Meta Asistencial, Lactancia Materna exclusiva, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.

Centro de Salud	Cumplimiento de la Lactancia Materna en el niño de 1 año de edad		
	Si	No	Total
A	6 (23%)	20 (77%)	26
B	10 (62,5%)	6 (37,5%)	16
C	6 (40%)	9 (60%)	15
D	6 (43%)	8 (57%)	14
E	1 (17%)	5 (83%)	6
F	26 (22%)	94 (78%)	120
G	33 (100%)	0 (0%)	33
H	2 (50%)	2 (50%)	4
I	8 (80%)	2 (20%)	10
J	4 (6%)	58 (94%)	62
K	12 (52%)	11 (48%)	23
L	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD
Total	114(35%)	215(65%)	329

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Grafica N° 4: Comportamiento de la Meta Asistencial, Lactancia Materna exclusiva, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

En el mes de Abril, se destaca el Centro de Salud G, que con un total de 33 niños alcanza el 100% de cobertura. El Centro de Salud F con un total de 120 niños asistidos, solamente alcanzó el cumplimiento de la meta en un 22%.

En cuanto al Centro de Salud J de un total de 62 niños, solamente 4 de ellos cumplieron la Meta, lo que equivale a un 6%.

Los restantes Centros de Salud se mantienen entre un 17% y 80% del cumplimiento de la misma; con poblaciones que oscilan entre 4 y 33 niños.

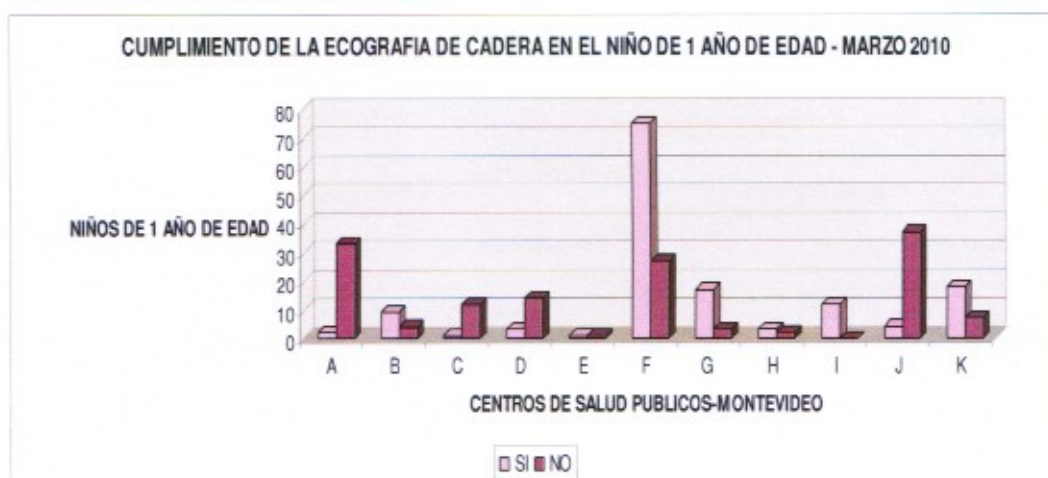
De un total de 329 niños en los 11 Centros de Salud, el 35% cumplió con la Lactancia Materna.

Tabla N° 5: Comportamiento de la Meta Asistencial, Ecografía de cadera, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.

Centro de Salud	Cumplimiento de la Ecografía de Cadera en el niño de 1 año de edad		
	Si	No	Total
A	2 (6%)	33 (94%)	35
B	9 (69%)	4 (31%)	13
C	1 (8%)	12 (92%)	13
D	3 (18%)	14 (82%)	17
E	1 (50%)	1 (50%)	2
F	75 (73,5%)	27 (26,5%)	102
G	17 (85%)	3 (15%)	20
H	3 (60%)	2 (40%)	5
I	12 (100%)	0 (0%)	12
J	4 (10%)	37 (90%)	41
K	18 (72%)	7 (28%)	25
L	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD
Total	145(51%)	140(49%)	285

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Grafica N° 5: Comportamiento de la Meta Asistencial, Ecografía de cadera, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

En cuanto a la **Ecografía de Cadera** se observó que el único Centro de Salud que alcanzó el 100% fue I, equivalente a un total de 12 niños.

Los Centros de Salud con menor porcentaje alcanzado fueron: A con un 6% (2 niños) de un total de 35 niños; 8% (1 niño) el Centro de Salud C, de un total de 13 niños y 10% (4 niños) el Centro de Salud J, de un total de 41 niños.

Cabe destacar al Centro de Salud F, que alcanzó un 73,5%, correspondiente a 75 niños, de un total de 102.

El promedio fue de 49%, los Centros de Salud G, K, B, H y E se encontraron por encima de este, en tanto que sólo D se ubicó por debajo del mismo.

De un total de 285 niños en los 11 Centros de Salud, el 51% cumplió con la Ecografía de Cadera.

Tabla Nº 6: Comportamiento de la Meta Asistencial, Ecografía de cadera, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.

Centro de Salud	Cumplimiento de la Ecografía de Cadera en el niño de un año		
	Si	No	Total
A	2 (8%)	24 (92%)	26
B	6 (37,5%)	10 (62,5%)	16
C	1 (7%)	14 (93%)	15
D	5 (36%)	9 (64%)	14
E	2 (33%)	4 (67%)	6
F	2 (2%)	118 (98%)	120
G	32 (97%)	1 (3%)	33
H	3 (75%)	1 (25%)	4
I	8 (80%)	2 (20%)	10
J	4 (6%)	58 (94%)	62
K	11 (48%)	12 (52%)	23
L	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD
Total	76(23%)	253(77%)	329

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Grafica N° 6: Comportamiento de la Meta Asistencial, Ecografía de cadera, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Los Centros de Salud con menor porcentaje alcanzado fueron: con un 8% (2 niños) el Centro de Salud A, en un total de 26 niños; el Centro de Salud C con 7% (1 niño), de un total de 15 niños y el Centro de Salud J con 6% (4 niños), de un total de 62 niños.

Cabe destacar al Centro de Salud F que alcanza el 2% (2 niños) del cumplimiento de la meta con una población total de 120 niños.

El promedio fue de 39%, encontrándose los Centros de Salud G, I, H y K por encima del mismo y B, D y E por debajo, respectivamente.

De un total de 329 niños en los 11 Centros de Salud, el 23% cumplió con la Ecografía de Cadera.

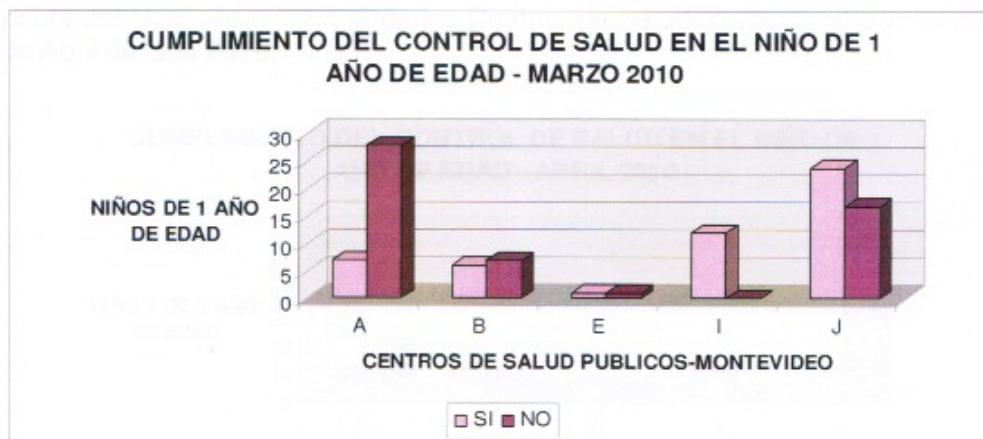
Tabla N° 7: Comportamiento de la Meta Asistencial, Control de Salud, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.

En cuanto al **Control de Salud del Niño**, los siguientes Centros de Salud: C, D, F, G, H y K, lo que corresponde a un 54% del total de los Centros donde se realizó la investigación, no contaban con este dato, refiriendo que lo contabiliza la RAP.

Centro de Salud	Cumplimiento del Control de Salud en el niño de un año de edad		
	Si	No	Total
A	7 (20%)	28 (80%)	35
B	6 (46%)	7 (54%)	13
C	SD	SD	SD
D	SD	SD	SD
E	1 (50%)	1 (50%)	2
F	SD	SD	SD
G	SD	SD	SD
H	SD	SD	SD
I	12 (100%)	0 (0%)	12
J	24 (58,5%)	17 (41,5%)	41
K	SD	SD	SD
L	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD
Total	50 (49%)	53 (51%)	103

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Gráfica N° 7: Comportamiento de la Meta Asistencial, Control de Salud, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

En el mes de Marzo, únicamente I llegó al 100% (12 niños) del cumplimiento de esta Meta Asistencial.

El Centro de Salud que presentó menor porcentaje fue A, que de un total de 35 niños solamente cubrió un 20% (7 niños).

Cabe destacar que el Centro de Salud J logró alcanzar un 58,5% (24 niños), de un total de 41 niños.

Otro Centro de Salud a destacar es E que de un total de 2, sólo cumplió con esta Meta 1 niño.

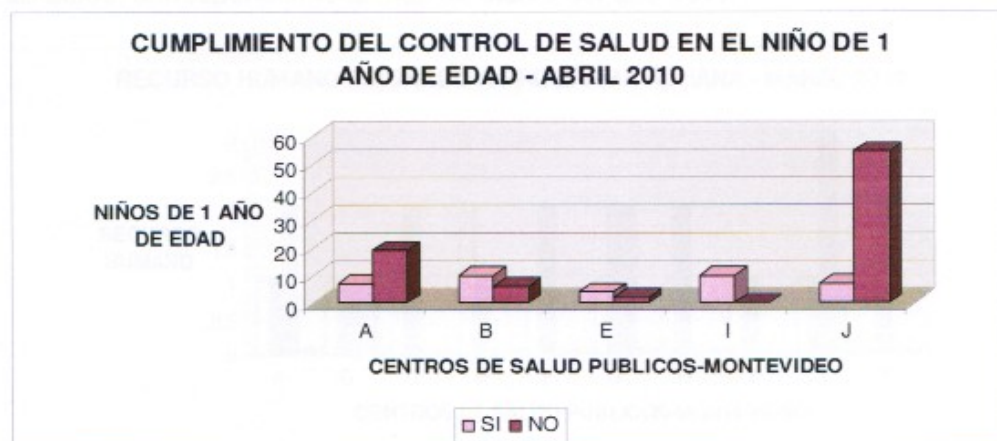
De un total de 103 niños, de los 5 Centros de Salud que aportaron este dato, el 49% cumplió con los Controles de Salud.

Tabla N° 8: Comportamiento de la Meta Asistencial, Control de Salud, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.

Centro de Salud	Cumplimiento del Control de Salud En el niño de 1 año de edad		
	Si	No	Total
A	7 (27%)	19 (73%)	26
B	10 (62,5%)	6 (37,5%)	16
C	SD	SD	SD
D	SD	SD	SD
E	4 (67%)	2 (33%)	6
F	SD	SD	SD
G	SD	SD	SD
H	SD	SD	SD
I	10 (100%)	0 (0%)	10
J	7 (11%)	55 (89%)	62
K	SD	SD	SD
L	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD
Total	38 (32%)	82 (68%)	120

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Grafica N° 8: Comportamiento de la Meta Asistencial, Control de Salud, según pauta del MSP, en cada uno de los Centros de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

En el mes de Abril, nuevamente el Centro de Salud I logro alcanzar el 100% del cumplimiento de esta Meta, con una población total de 10 niños.

El Centro de Salud que presentó menor porcentaje fue A, que cubrió 27% (7 niños), de un total de 26 niños.

Se destaca al Centro de Salud J, ya que mostró un descenso importante en el mes de Abril, decayendo al 11% de cumplimiento (7 niños), de un total de 62 niños.

Los restantes Centros promediaron entre 62,5% y 67%.

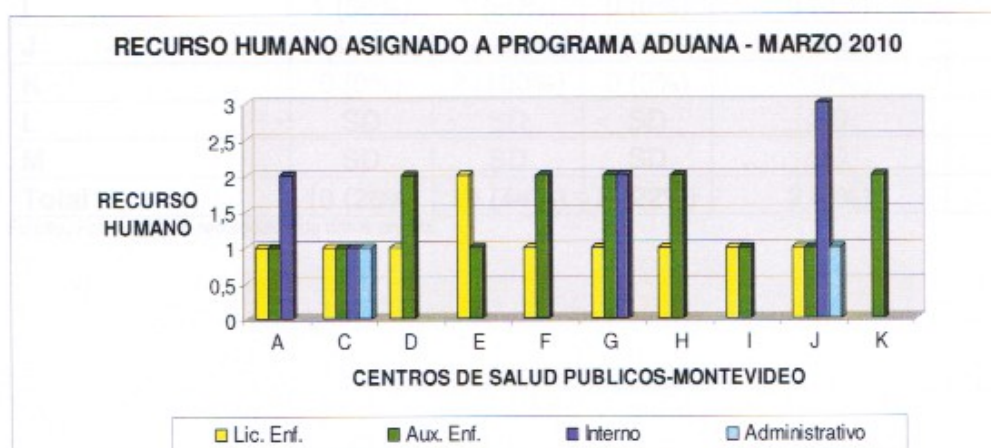
De un total de 120 niños, de los 5 Centros de Salud que aportaron este dato, el 32% cumplió con los Controles de Salud.

Tabla N° 9: Recurso humano asignado a Programa Aduana; en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.

Centro de Salud	Recurso Humano asignado a Programa Aduana				
	Lic. Enf.	Aux. Enf.	Interno	Administrativo	Total
A	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	0 (0%)	4
B	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0
C	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	4
D	1 (33%)	2 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	3
E	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	3
F	1 (33%)	2 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	3
G	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)	5
H	1 (33%)	2 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	3
I	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2
J	1 (16,6%)	1 (16,6%)	3 (50%)	1 (16,6%)	6
K	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2
L	SD	SD	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD	SD	SD
Total	10 (28%)	15 (43%)	8 (23%)	2 (6%)	35

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Grafica N° 9: Recurso Humano asignado a Programa Aduana; en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Todos los Centros de Salud presentan 1 Licenciado en Enfermería asignado a Programa Aduana, a excepción de los Centros de Salud K y B. Este último, tuvo la particularidad de no contar con ningún Recurso asignado al Programa, durante el mes de Marzo.

J fue el Centro de Salud que presentó mayor cantidad de Recurso Humano, con un total de 6; de los cuales 3 son Internos en Enfermería, 1 corresponde a Licenciada en Enfermería, un Auxiliar en Enfermería y un Administrativo.

Los Centros de Salud que presentaron menor cantidad de Recurso Humano fueron I y K, con 2 Recursos; en el primer Centro de Salud, un Licenciado en Enfermería y un Auxiliar en Enfermería; mientras que en el Centro de Salud K, el 100% de Recurso Humano correspondió a los Auxiliares de Enfermería.

Se destaca que de los 11 Centros de Salud, sólo 4 de ellos (J, A, G y C) contaban con Internos en Enfermería, y sólo en 2 (C y J) había Administrativos.

Se observó que E contaba con 2 Licenciadas en Enfermería asignadas a Programa Aduana.

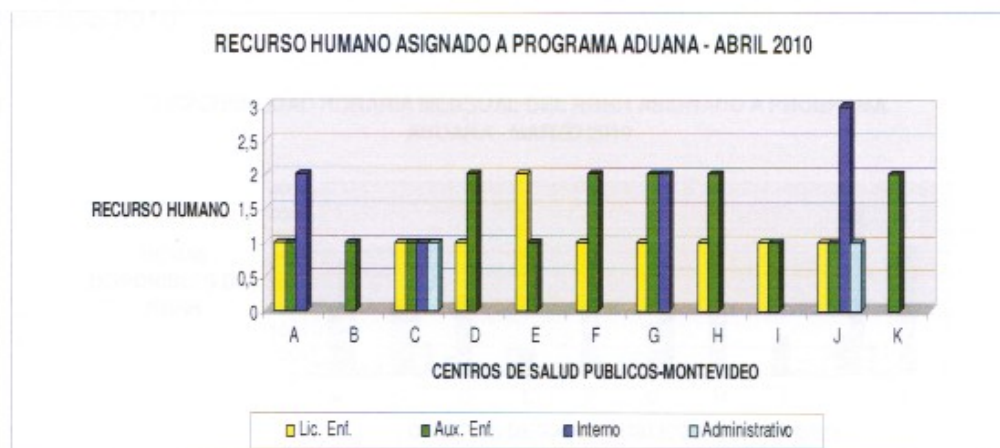
Los 11 Centros de Salud en los que se llevó a cabo la investigación, presentaron un total de 35 Recursos Humanos, de los cuales 43% eran Auxiliares, 28% Licenciados, 23% Internos y 6% Administrativos.

Tabla N° 10: Recurso humano asignado a Programa Aduana; en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.

Centro de Salud	Recurso Humano asignado a Programa Aduana				
	Lic. Enf.	Aux. Enf.	Interno	Administrativo	Total
A	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	0 (0%)	4
B	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1
C	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	4
D	1 (33%)	2 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	3
E	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	3
F	1 (33%)	2 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	3
G	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)	5
H	1 (33%)	2 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	3
I	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2
J	1 (16,6%)	1 (16,6%)	3 (50%)	1 (16,6%)	6
K	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2
L	SD	SD	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD	SD	SD
Total	10 (28%)	16 (44%)	8 (22%)	2 (6%)	36

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Gráfica N° 10: Recurso humano asignado a Programa Aduana; en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

En el mes de Abril, el Recurso Humano fue el mismo que en el mes de Marzo, a excepción del Centro de Salud B que en este mes contó con un Auxiliar de Enfermería.

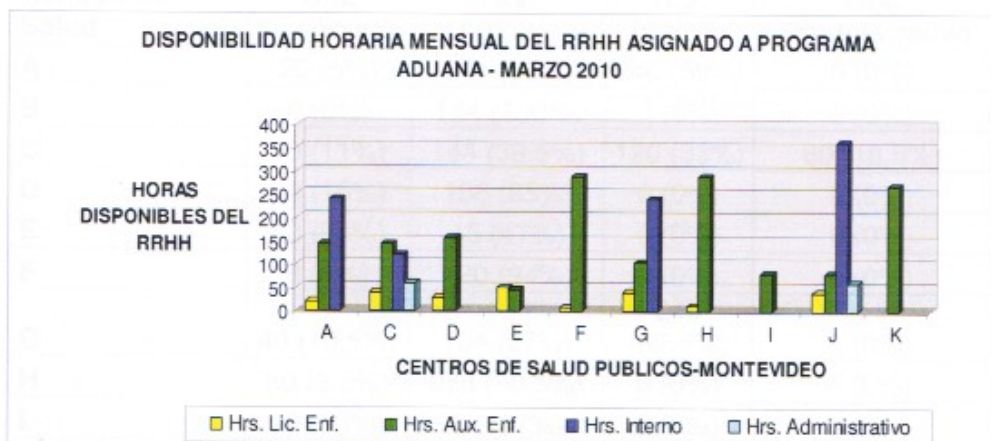
Los 11 Centros de Salud en los que se llevó a cabo la investigación, presentaron en Abril un total de 36 Recursos Humanos, de los cuales 44% eran Auxiliares, 28% Licenciados, 22% Internos y 6% Administrativos.

Tabla N° 11: Disponibilidad horaria mensual del Recurso Humano, asignado a Programa Aduana; en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.

Centros de Salud	Disponibilidad horaria del RRHH asignado a Programa Aduana				Total
	Hrs. Licenciada	Hrs. Auxiliar	Hrs. Interno	Hrs. Administrativo	
A	20 (5%)	144 (36%)	240 (59%)	0 (0%)	404
B	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0
C	40 (11%)	144 (39,5%)	120 (33%)	60 (16,5%)	364
D	28 (15%)	156 (85%)	0 (0%)	0 (0%)	184
E	50 (53%)	45 (47%)	0 (0%)	0 (0%)	95
F	8 (3%)	288 (97%)	0 (0%)	0 (0%)	296
G	40 (10,5%)	104 (27%)	240 (62,5%)	0 (0%)	384
H	10 (3%)	288 (97%)	0 (0%)	0 (0%)	298
I	0 (0%)	80 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	80
J	40 (7%)	80 (15%)	360 (67%)	60 (11%)	540
K	0 (0%)	268 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	268
L	SD	SD	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD	SD	SD
Total	236 (8%)	1597 (55%)	960 (33%)	120 (4%)	2913

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Grafica N° 11: Disponibilidad horaria mensual del Recurso Humano, asignado a Programa Aduana; en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Se pasa a detallar la **Disponibilidad Horaria mensual del Recurso Humano** para Programa Aduana, en el mes de Marzo.

La Licenciada en Enfermería, presente en 9 Centros de Salud, es el Recurso Humano de Enfermería que tiene menor disponibilidad horaria, al observar esta variable Centro a Centro.

Se destaca el Centro de Salud B que no contó con horas disponibles de Recurso Humano para el Programa.

Del Centro de Salud F se observa que la Licenciada en Enfermería sólo dispone de 8 horas mensuales destinadas a Programa Aduana.

El Centro de Salud con mayor cantidad de horas disponibles de Licenciada es E, con un total de 50 horas mensuales.

El Centro de Salud K sólo cuenta con horas disponibles de Auxiliar de Enfermería, equivalente a 268 horas mensuales.

Los demás Centros promedian entre 10 y 40 horas de Licenciada en Enfermería, mientras que las horas disponibles de Auxiliar en Enfermería varían entre 80 y 288 horas mensuales.

Solamente 4 Centros de Salud presentan horas disponibles de Internos, que varían entre 120 y 360 horas mensuales.

Los Centros de Salud C y J son los únicos Centros que cuentan con Recurso Humano Administrativo, con 60 horas mensuales cada uno.

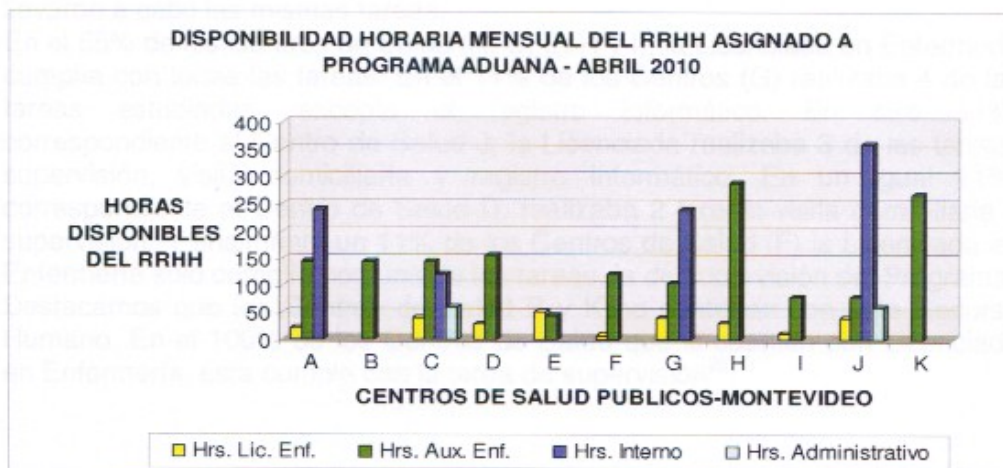
Los 11 Centros de Salud en los que se llevo a cabo la investigación, presentaron un total de 2913 horas disponibles, de las cuales 55% corresponde a las horas del Auxiliar, 33% de los Internos, 8% Licenciados y 4% Administrativos.

Tabla N° 12: Disponibilidad horaria mensual del Recurso Humano, asignado a Programa Aduana; en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.

Centros de Salud	Disponibilidad horaria del RRHH asignado a Programa Aduana				
	Hrs. Licenciada	Hrs. Auxiliar	Hrs. Interno	Hrs. Administrativo	Total
A	20 (5%)	144 (36%)	240 (59%)	0 (0%)	404
B	0 (0%)	144 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	144
C	40 (11%)	144 (39,5%)	120 (33%)	60 (16,5%)	364
D	28 (15%)	156 (85%)	0 (0%)	0 (0%)	184
E	50 (53%)	45 (47%)	0 (0%)	0 (0%)	95
F	8 (6%)	120 (94%)	0 (0%)	0 (0%)	128
G	40 (10,5%)	104 (27%)	240 (62,5%)	0 (0%)	384
H	30 (9,5%)	288 (90,5%)	0 (0%)	0 (0%)	318
I	12 (13%)	80 (87%)	0 (0%)	0 (0%)	92
J	40 (7%)	80 (15%)	360 (67%)	60 (11%)	540
K	0 (0%)	268 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	268
L	SD	SD	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD	SD	SD
Total	268 (9%)	1573 (54%)	960 (33%)	120 (4%)	2921

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Grafica N° 12: Disponibilidad horaria mensual del Recurso Humano, asignado a Programa Aduana; en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.



Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

El mes de Abril presentó un patrón de horas disponibles del Recurso Humano similar al mes de Marzo.

Los cambios que se observaron fueron: en el Centro de Salud B que presenta 144 horas mensuales de Auxiliar en Enfermería disponibles al Programa.

Otros Centros que aumentaron las horas disponibles de Licenciada en Enfermería fueron: H, pasando a tener 30 horas mensuales e I que paso a tener 12 horas mensuales.

El único Centro que disminuyo en Horas de Auxiliar en Enfermería fue el Centro de Salud F con un total de 120 horas.

Los 11 Centros de Salud en los que se llevo a cabo la investigación, presentaron un total de 2921 horas disponibles, de las cuales 54% corresponde a las horas del Auxiliar, 33% de los Internos, 9% Licenciados y 4% Administrativos.

Tabla N° 13: Tarea que desempeña la/el Licenciada/o en Enfermería, en Programa Aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente a los meses Marzo – Abril del año 2010.

Tarea	Tarea de la/el Licenciada/o en Enfermería asignada/o a Programa Aduana	
	FA	FR%
Realiza 5 tareas	5	56
Realiza 4 tareas	1	11
Realiza 3 tareas	1	11
Realiza 2 tareas	1	11
Realiza 1 tarea	1	11
Total	9	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

A continuación se describirán las **Tareas que desempeña la Licenciada en Enfermería:** Control de Salud, Visita Domiciliaria, Supervisión, Registro Escrito y Registro Informático, en cada uno de los Centros de Salud.

Con respecto a este Recurso, aclaramos que tanto en Marzo como en Abril llevaron a cabo las mismas tareas.

En el 56% de los Centros de Salud (A, C, E, H y I), la Licenciada en Enfermería cumplía con todas las tareas. En el 11% de los Centros (G) realizaba 4 de las tareas estudiadas, excepto el registro informático. En otro 11%, correspondiente al Centro de Salud J, la Licenciada realizaba 3 de las tareas: supervisión, visita domiciliaria y registro informático. En un igual 11%, correspondiente al Centro de Salud D, realizaba 2 tareas: visita domiciliaria y supervisión. Y finalmente un 11% de los Centros de Salud (F) la Licenciada en Enfermería sólo cumplía con una de las tareas, la de supervisión del Programa. Destacamos que los Centros de Salud B y K no contaban con este Recurso Humano. En el 100% de los Centros de Salud que si cuentan con Licenciada en Enfermería, esta cumple con la tarea de supervisión²⁸.

²⁸ Nota: Ver anexo 4.

Tabla N° 14: Tarea que desempeña el Auxiliar de Enfermería, en Programa aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.

Tarea	Tarea de la/el Auxiliar en Enfermería asignada/o a Programa Aduana	
	FA	FR%
Realiza 5 tareas	4	40
Realiza 4 tareas	5	50
Realiza 3 tareas	1	10
Total	10	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Referente a las **Tareas que desempeña el Auxiliar en Enfermería:** Control de Salud, Visita Domiciliaria, Seguimiento, Registro Escrito y Registro Informático; en el 40% de los Centros de Salud: A, B, G, H y I, estos realizaban todas las tareas.

En un 50%, correspondiente a los Centros de Salud C, F, K, J y E, los Auxiliares realizaban 4 de las tareas. En los 3 primeros Centros nombrados anteriormente, no llevaban a cabo el control de salud y en los 2 últimos no realizaban registro informático.

Por último, en el Centro de Salud D, lo que corresponde a un 10% el Auxiliar de Enfermería desempeñaba 3 tareas: Visita Domiciliaria, Seguimiento y Registro Informático.

Destacamos que en el mes de Marzo, en el Centro de Salud B, no había Recurso Humano disponible para Programa Aduana, según se nos refirió en la entrevista realizada.

En el 100% de los Centros de Salud que contaban con Auxiliar de Enfermería, estos realizaban las tareas de Seguimiento y Visita Domiciliaria; en un 90% de estos realizaban Registro Escrito; en un 80% Registro Informático y en un 60% Control de Salud²⁹.

Tabla N° 15: Tarea que desempeña el Auxiliar de Enfermería, en Programa Aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.

Tarea	Tarea de la/el Auxiliar en Enfermería asignada/o a Programa Aduana	
	FA	FR%
Realiza 5 tareas	5	45,5
Realiza 4 tareas	5	45,5
Realiza 3 tareas	1	9
Total	11	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Referente a las tareas realizadas por el Auxiliar de Enfermería en el mes de Abril, fueron desempeñadas las mismas que en el mes de Marzo, en todos los Centros de Salud. La diferencia en los porcentajes de este mes, se encuentra

²⁹Nota: Ver anexo 4.

en que en el Centro de Salud B contaban con este Recurso Humano disponible para Programa Aduana; la cual desempeñaba las 5 tareas.

En el 100% de los Centros de Salud, donde se llevo a cabo la investigación, la Auxiliar realizaba las tareas de Seguimiento y Visita Domiciliaria; en un 91% de estos realizaba Registro Escrito; en un 82% Registro Informático y en un 73% Control de Salud³⁰.

Tabla N° 16: Tarea que desempeña el Interno en Enfermería, en Programa Aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente a los meses Marzo – Abril del año 2010.

Tarea del Interno en Enfermería asignado a Programa Aduana		
Tarea	FA	FR%
Realiza 5 tareas	1	25
Realiza 4 tareas	3	75
Total	4	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

En cuanto a las **Tareas que desempeña el Interno en Enfermería**, en el 25% de los Centro de Salud donde se encontró este Recurso, correspondiente a J; el Interno realizaba todas las tareas: Control de Salud, Visita Domiciliaria, Registro Escrito, Registro Informático y Seguimiento. En tanto que en los Centros de Salud G, A y C, lo que corresponde a un 75%, llevaban a cabo 4 tareas, excepto Registro Informático.

Este Recurso sólo se encontró en los Centros de Salud anteriormente mencionados³¹.

Tabla N° 17: Tarea que desempeña el Administrativo, en Programa aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente a los meses Marzo – Abril del año 2010.

Tarea del Administrativo asignado a Programa Aduana		
Tarea	FA	FR%
Realiza 2 tareas	0	0
Realiza 1 tarea	2	100
Total	4	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Teniendo en cuenta las **Tareas que desempeña el Administrativo** para Programa Aduana, el mismo sólo realizaba el Registro Informático en los dos Centros de Salud donde se encuentra presente, C y J³².

³⁰ Nota: Ver anexo 4.

³¹ Nota: Ver anexo 4.

³² Nota: Ver anexo 4.

ANALISIS

La población infantil fue seleccionada ya que en la revisión sobre antecedentes, se pudo constatar que la morbimortalidad infantil es un problema presente en nuestro país, y por la vulnerabilidad de este grupo etario.

Las Metas Asistenciales para la niñez planteadas por el MSP, se basan en cuatro pilares: Inmunizaciones, Lactancia Materna, Ecografía de Cadera y Control de Salud del niño.

A continuación se pasa a detallar los promedios generales en ambos meses de esta investigación.

Con respecto a las inmunizaciones, los resultados obtenidos fueron: de 614 niños, el 47% cumplió con esta meta; lo que demostró un descenso brusco de la misma, en comparación con resultados obtenidos anteriormente por la OPS y datos de las Metas Asistenciales 2008-2009 del MSP.

En cuanto a la Lactancia Materna y la Ecografía de Cadera, ambas presentan un 36% de cumplimiento, manteniendo los parámetros en comparación con los estudios tomados como referencia.

La Lactancia Materna podría verse afectada por factores, endógenos y/o exógenos, que a su vez directamente influyen en el no cumplimiento de la Meta Asistencial, como por ejemplo adicciones, madres portadoras de HIV, uso de determinados fármacos, entre otros.

En lo que respecta a Ecografía de Cadera, esta puede verse afectada por ejemplo, por problemas técnicos del ecógrafo, o directamente sobre el Recurso Humano destinado al manejo del mismo, entre otros.

Recordando que con respecto al Control de Salud sólo 5 centros brindaron este dato; con una población total de 223 niños, se logró alcanzar el 39% del cumplimiento de la meta. Si bien el porcentaje alcanzado no llega al 50%, se destaca como aspecto positivo que va en ascenso año a año. Extraña el escaso número que presenta datos, esto afecta al procesamiento de datos y al análisis. Surgen inquietudes o preguntas sobre las causas de esta situación, entre las que se plantea: ¿Qué origina la falta de datos? ¿Son dificultades de los registros?

Referido a los Recursos Humanos asignados a Programa Aduana, con un total de 35 individuos en Marzo y 36 en Abril, se encontró que un 28% eran Licenciados en Enfermería, un 44% Auxiliares de Enfermería, 22% Internos en Enfermería y 6% Administrativos.

Respecto a la Disponibilidad Horaria del Recurso Humano para Programa Aduana, se encontró 9% de horas para la Licenciada en Enfermería, 54% Auxiliar de Enfermería, 33% de Internos en Enfermería y 4% Administrativos, en un total de 5834 horas.

En el caso de la Tarea que desempeña el Recurso Humano en todos los Centros de Salud que participaron en la investigación, con respecto a la

Licenciada en Enfermería, se constató que en el 100% de los casos realizaba la tarea de supervisión, en el 89% realizaba Visita Domiciliaria y en igual porcentaje, 67% realizaba Control de Salud, Registro Escrito y Registro Informático, respectivamente. El Auxiliar de Enfermería en el 100% de los Centros realizaba Visita Domiciliaria y Seguimiento, en el 90,5% Registro Escrito, en el 81% Registro Informático y en el 66,5% Control de Salud. Se recuerda que sólo en 4 de los Centros de Salud había Internos en Enfermería; en los cuales realizaban Control de Salud, Visita Domiciliaria, Seguimiento y Registro Escrito, y sólo en uno de ellos realizaba Registro Informático. Finalmente el Administrativo presente sólo en dos Centros de Salud, realizaba únicamente Registro Informático.

Al relacionar el Recurso Humano asignado a Programa Aduana con la población asistida, dos casos que llamaron notablemente la atención, fueron: el Centro de Salud F, que contando con un total de 3 Recursos para el Programa, cubría una población de 222 niños. En contraposición, el Centro de Salud H, con el mismo número de Recurso Humano, asistía a un total de 9 niños. Situación similar se encuentra, si relacionamos Disponibilidad Horaria del Recurso Humano con la cantidad de población asistida; ya que en el Centro de Salud F contó con 424 horas en los dos meses investigados, para 222 niños; en tanto que en el Centro de Salud H contó con 616 horas para 9 niños.

El bajo porcentaje alcanzado de las Metas Asistenciales, probablemente esté relacionado con diversos factores condicionantes para el cumplimiento de las mismas. Uno de ellos estaría vinculado al Recurso Humano asignado al Programa Aduana. Por ejemplo: el Administrativo sólo estaba presente en dos de los Centros de Salud, no habían Licenciados ni Internos en Enfermería en algunos Centros. Otro de los factores estaría relacionado a la Disponibilidad Horaria del Recurso Humano para el Programa; en el caso de Enfermería, el Licenciado fue el que menos disponibilidad horaria presentó; el Auxiliar, en algunos Centros, no disponía de todas sus horas contratadas exclusivamente para el Programa. Otro factor vinculado al bajo porcentaje alcanzado de las Metas, sería la Tarea que Desempeña el Recurso Humano; la participación en el Control de Salud, fue la tarea que presentó menor porcentaje.

De la relación entre las variables expuestas anteriormente, se ponen en manifiesto diferentes supuestos, siendo estos, hipótesis para futuras investigaciones.

La Licenciada en Enfermería es el Recurso Humano con mayor capacitación para desempeñar la tarea de supervisión de un programa, y sobre todo, un Programa prioritario como lo es Aduana. Probablemente, debería de encontrarse presente en todos Centros de Salud y en los que ya está, contar con mayor disponibilidad horaria, lo que posiblemente reflejaría mejoras en lo que respecta a objetivos y metas planteadas por el Programa.

El Control de Salud, es una tarea primordial a cumplir por Enfermería. Esta instancia es fundamental en la Educación para la Salud, ya que se fomentan y reafirman aspectos importantes sobre las 4 Metas.

Esta investigación muestra al Control de Salud, como la tarea con menor participación del personal de Enfermería. Lo que probablemente también contribuye a que las Metas se alcancen en tan bajo porcentaje.

El administrativo es parte fundamental para la realización de los registros. Los Servicios de Salud que no cuentan con este Recurso, probablemente presenten inconvenientes en la actualización de los mismos.

Un ejemplo que reafirma esta interrogante, es la diferencia encontrada entre los resultados obtenidos en esta investigación y en estudios anteriores, respecto al descenso abrupto de la Inmunización. Tal vez, las metas se estén alcanzando en un mayor porcentaje, pero, no se ven evidenciadas por posibles fallas a nivel de los registros.

Finalmente, la investigación llevó a plantear posibles causas por las que los niños no cumple con las Metas Asistenciales. ¿No las cumplen por razones personales, o por razones de organización del Servicio de Salud?

CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

A partir del análisis, se llega a la conclusión que se lograron cumplir los objetivos planteados, ya que se realizó una descripción del comportamiento de las Metas Asistenciales del Programa Aduana así como la disponibilidad del Recurso Humano asignado al mismo.

Esta investigación servirá a los Servicios de Salud para evaluar su situación actual, la gestión llevada a cabo y planificar nuevas estrategias con los Recursos Humanos que cuentan, con el fin de optimizar la salud de la población infantil.

Asimismo, permite a la RAP conocer la situación existente; y si este efector lo considerara necesario, realizar un estudio de este tipo en forma trimestral, por ejemplo, o si hubiera futuras investigaciones, haya con que comparar.

A lo largo de la investigación surgieron hipótesis, sobre diversos aspectos relacionados al Programa, que quedaron planteadas para futuros trabajos.

Sería interesante tener estipulado por la RAP la profesión y número de Recurso Humano destinado a Programa Aduana, en relación a la cantidad de niños; para tener equilibrio entre ambos aspectos.

Tener en cuenta el registro como una herramienta integral y esencial para el control del cumplimiento de las Metas Asistenciales. Es decir, haciendo énfasis en la realización del mismo y también, que estén detallados los motivos por los cuales cada niño no cumplió con las metas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Libros:

- Berhman R, Klierman R, Jenson H. Tratado de pediatría. 17a. ed. Madrid: Elseiver; 2004.
- Calero E. Enfermería comunitaria, métodos y técnicas. Madrid: DAE; 2000.
- División General de Salud, División Salud de la Población. Programa Nacional de Salud de la Niñez. Montevideo; 2006.
- Gil P. Medicina preventiva y salud pública. 10a. ed. Barcelona: Masson; 2001.
- Instituto Nacional de Enfermería asimilado a facultad, Plan de Estudios 93, Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Montevideo.
- Martín Zurro A. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4a. ed. Madrid: Harcourt Brace Jovanovich; 1999.
- Pineault R., Daveluy C. La planificación sanitaria, conceptos, métodos, estrategias. 2a. ed. Barcelona: Masson; 1989.
- Salleras L. Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 2a. ed. Madrid: Díaz de Santos; 1985.

Sitio Web:

- Barrera P. Enfermedad luxante de las caderas. Sitio del Dr. Pedro Barrera [en línea] 2007. Disponible en: www.pediatrialdia.cl/displasia_caderas.htm [Fecha de acceso 19 de Abril 2010].
- Basso J. Instructivo de Metas Asistenciales. Sitio del MSP [en línea]. Disponible en: <http://www.hospitalsj.orgfree.com/info/ma.pdf> [Fecha de acceso 15 de Abril de 2010].
- Berner E. Luxación congénita de cadera. Sitio de Crecer Juntos [en línea] 2009. Disponible en: <http://www.crecejuntos.com.ar/luxcadera.htm> [Fecha de acceso 3 de Abril de 2010].
- Dirección General de la Salud. MSP presento informe: mortalidad infantil disminuyo y se espera bajar un dígito durante 2009. Sitio del MSP [en línea] 2008. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_2828_1.html [Fecha de acceso 2 de Junio de 2009].
- Dirección General de la Salud. MSP presento informe: mortalidad infantil disminuyo y se espera bajar un dígito durante 2009. Sitio del MSP [en línea] 2008. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_2802_1.html [Fecha de acceso 2 de Junio de 2009].
- Forem M, Gómez-Haedo M, Vivas P. Evaluación del Programa de Atención al Niño en las Policlínicas Municipales, año 1998. Sitio de Scielo [en línea] 2000. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062002000300015&script=sci_arttext [Fecha de acceso 27 de Agosto de 2009].
- Medina L, et al. Lactancia Materna: una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y niño pequeño. Sitio de UNICEF [en línea] 2004. Disponible en:

http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_lactancia_uy2004.pdf [fecha de acceso 14 de Agosto 2009].

- Muñoz M, Basso J. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sitio del MSP [en línea] 2009. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> [Fecha de acceso 10 de Marzo de 2010].
- OPS, OMS. Inmunizaciones de las Américas. Sitio de OPS y OMS [en línea] 2006. Disponible en: www.paho.org/inmunizacion [Fecha de acceso 5 de Marzo de 2010].

ANEXOS

ANEXO Nº 1

PROGRAMA ADUANA RAP-ASSE

PROGRAMA ADUANA

Antecedentes

Los orígenes del programa Aduana se remontan al año 1971 en que el Prof. Dr. Ramón Guerra, preocupado por la alta mortalidad infantil imperante, propuso dos instrumentos de mejora de la atención a la salud infantil: uno vinculado a la tecnología del tercer nivel de atención, la creación de centros de pediatría intensiva a nivel del Hospital público, y otro destinado a mejorar la atención en el primer nivel de atención de los recién nacidos egresados de la maternidad, captándolos antes de su egreso y derivándolos de manera informada a centros de atención próximos a su domicilio. Así surge el Programa Aduana, como puerta de salida custodiada desde el Hospital, paso de Aduana hacia el primer nivel de atención a quien informaba que niños llegarían para su control.

Esta actividad que surge como sub. Programa en el marco del programa Materno Infantil, comenzó a funcionar a partir de 1974 en los hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell. Consistía en un sistema de referencia de los Recién Nacidos y Lactantes internados que al alta eran derivados a cuatro centros de Salud del MSP y diez Servicios del Consejo del Niño denominados: Gotas de Leche; era desarrollado por el personal de enfermería de los servicios. En 1976 se realizó una capacitación especial al personal y se les asignó a tiempo completo para estas tareas específicas.

A partir del cierre del Hospital Pedro Visca en 1983, continúa realizándose a partir del Hospital Pereira Rossell, incorporándose posteriormente la coordinación con el Hospital de Clínicas.

A partir de 1992 se estableció el criterio de Área de responsabilidad de cada Centro de Salud.

Se implementó la derivación zonal a diversos efectores: Centro y Policlínicas del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE), Policlínicas municipales de Montevideo y Médicos de Familia, coordinados y supervisados localmente por el equipo del Centro de Salud. De esta forma se logró derivar a todos los Recién Nacidos del área de Montevideo, bajo la responsabilidad de un centro o su supervisión.

También se fortaleció el mecanismo central de referencia y contrarreferencia de la información, con el monitoreo y evaluación periódica de resultados.

Entre los años 1995-2000 el Programa Aduana recibió un fuerte impulso en el marco del Programa Materno Infantil de la DIGESA, incorporándose recursos específicos, nuevos campos de trabajo (por ejemplo: embarazadas, niños egresados de alto riesgo), y pautas de referencia según riesgos con el CHPR.

Desde el año 2001 su implementación y desarrollo ha tenido como marco institucional de referencia, al SSAE-ASSE y se ha sustentado con recursos genuinos de esa unidad ejecutora. Se mantuvo y fortaleció la red local de

diversos efectores en las áreas de responsabilidad de los Centros de Salud, y se inició un proceso de seguimiento informalizado hasta el control de salud del primer año de edad.

El actual proceso de implantación de un Sistema de Información en la RAP que conecta en red a los Centros de Salud, Policlínicas de la Intendencia de Montevideo, las Maternidades y la Central de la RAP, ha iniciado una nueva etapa de su desarrollo con nuevos desafíos y potencialidades. El mismo se enmarca en el Programa de Atención a la Salud de la Niñez y en su prioridad: el control de salud de la primera infancia. Este Programa ha ampliado sus objetivos transformándose en un sistema de apoyo al control de salud desde el nacimiento hasta los dos años de edad.

Características

El Programa Aduana presenta algunas características particulares que definen su perfil y sus aportes específicos al sistema de salud en general, y específicamente a la salud de los niños y niñas que nacen y son atendidos en los servicios públicos.

Algunos de estos rasgos destacables son:

- Permite identificar a la población a cubrir en cada corte de recién nacidos en un territorio y centro de salud dados, situación que no ocurre aún con ninguna otra población. Sin duda esto va de la mano con la jerarquización del cuidado de salud de recién nacidos, facilitando su captación a nivel ambulatorio y su seguimiento.
- Ha capitalizado una trayectoria histórica y una experiencia acumulada de tres décadas sobre los ejes del enfoque preventivo y la coordinación intra e inter institucional.
- Los diferentes componentes de su estructura (hospitalario, central y descentralizado) conforman un puente de referencia y contrarreferencia entre el Primer Nivel de Atención y el Tercer Nivel, que es único en nuestra organización sanitaria con permanencia en el tiempo.
- El componente descentralizado articula con eficacia y efectividad, diferentes efectores del Primer Nivel del subsector público en Montevideo (Centros de Salud del MSP, Médicos de Familia, policlínicas de la IMM) y privado (policlínicas comunitarias autogestionadas).
- Es un Programa que ha contado en forma ininterrumpida entre sus actividades con salidas a terreno a través de las visitas domiciliarias, lo cual se significa, un bagaje específico de conocimientos y destrezas en la comprensión y el relacionamiento con las comunidades y las familias.
- Ha fortalecido un enfoque sistemático de monitoreo y evaluación, tanto a nivel de los servicios del primer nivel de atención, como el nivel central del departamento, lo cual es bastante inusual en el ámbito público y ha permitido un desarrollo particular del Sistema de Gestión de Salud hacia su gerenciamiento.

Objetivos

Sus objetivos principales son:

-Identificar a los recién nacidos en maternidades públicas, brindar nociones básicas de promoción de salud infantil y jerarquizar el control de salud derivando al mismo/a al servicio barrial más accesible a través de un mecanismo de referencia informado desde la maternidad a los servicios de Primer Nivel de Atención.

-Apoyar el adecuado control de salud y seguimiento hasta el primer año, extendiéndolo hasta el segundo año de vida a partir del 2007, en base a instrumentos de seguimiento y apoyo como la Visita Domiciliaria y la Tarjeta de Seguimiento.

-Realizar el monitoreo de las acciones a nivel local y devolver información al nivel central para la evaluación global de la actividad (contra-Referencia).

-Realizar el seguimiento en el Primer Nivel de los niños egresados de las salas de internación del Tercer Nivel de Atención.

Componentes Básicos del Programa Aduana

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

-Componente Hospitalario constituido por el dispositivo de captación de los recién nacidos en las maternidades.

La captación de lactantes-niños/as al alta de su internación deberá integrarse paulatinamente a este dispositivo.

-Componente central constituido por un equipo central de nivel departamental o regional, a ubicar en un ámbito con acceso al sistema de información (de preferencia vinculado al Primer Nivel de Atención).

-Componente descentralizado constituido por los efectores en el Primer Nivel, a saber:

- Equipos de Programa Aduana de Centro Departamental o Auxiliar y Policlínicas.
- Médicos de familia asignados a cada Centro de Salud.
- Equipos de salud de policlínicas municipales.
- Algunas policlínicas barriales comunitarias autogestionadas.

Recursos humanos y su responsabilidad

-Recursos Humanos del componente Hospitalario:

A nivel de cada maternidad deberá contarse con funcionarias/os que tengan la responsabilidad de cubrir diariamente los trescientos sesenta y cinco días del año la captación de recién nacidos antes del alta en todos los turnos (y de lactantes y niños al egreso de salas de internación).

Según la Maternidad, esta tarea podrá ser asumida por personal de enfermería debidamente adiestrado en la importancia de la tarea, en el conocimiento de los servicios de primer nivel con los cuales vincula el Hospital, en nociones básicas de promoción de Salud materna e infantil, y de los registros correspondientes.

De preferencia contara con un mapa con los servicios articulados por el Programa.

La gestión de control sobre esta actividad será realizada por la Coordinación central de Programa Aduana, desde donde se respaldará la tarea de este personal, se verificará la continuidad de la misma (licencias-enfermedad) y se brindará apoyo para su adecuado seguimiento (ejemplo, coordinar con el área de egreso hospitalario, con los jefes de servicio para otorgar altas una vez que hayan sido orientados por Programa Aduana).

Esta tarea debe ser integrada al equipo de trabajo de la maternidad y de las salas de internación, cuando se integren al Programa y debidamente jerarquizada y apoyada, de modo de facilitar la tarea del referente del Programa Aduana, en particular en la situación de recién nacidos que permanecen internados y que exigen un seguimiento particular.

-Recursos Humanos del componente central:

El componente central es el articulador entre la/s maternidad/es y los servicios de Primer Nivel y el evaluador del cumplimiento de la tarea de control y seguimiento de los lactantes.

Estará vinculado, de ser posible, a un puesto informático donde se ingresaran los datos de los recién nacidos a derivar, y donde se volcara la información de la contra-referencia procedente del Primer Nivel.

El equipo central debe centralizar la información de la captación y seguimiento de los recién nacidos de todo el departamento, de ser posible. En caso de dificultad en la consecución de información sistemática de varias maternidades, podrán establecerse dos o más equipos centrales vinculados a cada eje maternidad-servicios de primer nivel.

Este componente debe incluir:

-Una coordinadora operativa e informática articuladora entre los componentes hospitalario y periférico.

-Un profesional de nivel universitario-médico, enfermero-que supervise la operativa de forma permanente y participe de la evaluación información de las autoridades y consecución de recursos.

-Recursos humanos del componente descentralizado:

Según la complejidad del efector de primer nivel, la responsabilidad del Programa Aduana podrá ser exclusiva o no de un técnico, en general personal de enfermería, de preferencia que participe de la consulta pediátrica.

Tendrá funciones vinculadas al registro, seguimiento y evaluación de los controles realizados, y de preferencia realizara las visitas domiciliarias que se requieran. Realizara la contrarreferencia hacia el componente central del Programa.

Trabajara en equipo con el médico responsable del control de salud, con quien evaluara periódicamente el éxito o las dificultades de los controles.

Actividades

- A nivel Hospitalario:

- Visita diaria a sala de internación de:
 - * Maternidad
 - * Lactantes
 - * Registro civil por defunciones
- Entrevista a las madres y bebés captados para:
 - * brindar nociones primarias de cuidados del recién nacido y puérpera, y sobre el uso del carnet de control y la importancia del mismo.
 - * derivación al servicio de primer nivel que corresponda anotando en el carnet del niño la fecha de control.
- Registro de información en el sistema informático/ planilla de Programa Aduana. De trabajarse con Planilla, esta deberá fotocopiarse y entregarse al coordinador/a central del Programa en forma semestral.
- Pasaje telefónico de información a los responsables locales de Programa Aduana, anotando día y persona que recibió dicha información, y quien realizó la referencia.

- A nivel descentralizado:

- Recepción de información del alta de recién nacidos y lactantes internados a través de llamada telefónica, datos que se registran en la planilla mensual de programa aduana.
- Apertura de tarjetas de Programa Aduana por cada niño.
- Registro de controles, captación y seguimiento del recién nacido y lactantes realizados por el equipo de salud en la Planilla y en la Tarjeta.
- Coordinación e intercambio de información en el componente central, el componente hospitalario y otros efectores del área.
- Monitoreo semanal del Tarjetero para verificar seguimiento.
- Se realizan visitas domiciliarias a los niños, priorizando a aquellos de mayor riesgo. Se realizan además visitas de fallecidos.
- Evaluación mensual de controles de recién nacidos derivados y dificultades surgidas, en conjunto con la coordinación central de programa.

La visita domiciliaria en general es una técnica de gran valor en los Programas preventivo –asistenciales. Posibilita el acercamiento hacia el usuario, su familia, y su hábitat por parte del equipo de salud, lo que debe redundar en la humanización de la relación y en mejorar el conocimiento de las condiciones de los usuarios. Permite realizar citas programadas y detectar riesgos sin control. La visita domiciliaria en el marco del Programa Aduana busca estrechar el lazo entre madre y equipo de salud, destacando la importancia del control del niño, conociendo la situación socioeconómica concreta y adaptando a las mismas, nociones elementales de puericultura.

La visita domiciliaria se realiza en general por el personal de enfermería, sea Enfermera Universitaria o Auxiliar, Médico de Familia. Podrá ser acompañada por otro funcionario del equipo o si hay otras acciones planteadas por asistente social, etc.

Los datos obtenidos durante la visita son registrados en un formulario.

- A nivel central:

- Ingreso de la información de captación de recién nacidos (y lactantes) según copia semanal de Planilla de Programa Aduana hospitalaria entregada, y de la referencia realizada.
- Centralización y coordinación de la información de contra-referencia desde cada centro de salud y efectores del área así como contacto permanente con el equipo de maternidad.
- Análisis de la información y elaboración de informes periódicos (trimestrales, semestrales y anuales) de resultados.
- Supervisión de los componentes hospitalarios y periféricos del programa.
- Capacitación continua a los integrantes del componente hospitalario del programa y en terreno a los equipos del Programa Aduana del componente periférico en aspectos de Educación para la Salud y normas vigentes de intervención en diferentes situaciones en el Primer Nivel de Atención.
- Apoyo a la resolución de dificultades de los Equipos del Programa Aduana en los Centros de Salud.
- Coordinación y capacitación continua sobre el sistema informático y sus modificaciones, a los Centros de Salud que obtengan puestos informáticos.
- Planificación y ejecución de una jornada anual de difusión de la información y retroalimentación a las fuentes de datos, con participación de todos los funcionarios del Programa Aduana, directores de los Centros, Pediatras etc.

Indicadores de Programa Aduana y definiciones operativas

El sistema de indicadores actual del Programa Aduana refiere fundamentalmente a los recién nacidos. Su futuro desarrollo con el apoyo del Sistema de Información permitirá definir y obtener indicadores de seguimiento de lactantes, egresos hospitalarios, etc.

Los indicadores utilizados se han definido de la siguiente manera:

1-Vinculados a la captación en la maternidad y a la derivación a servicios de Primer Nivel:

- Total de recién nacidos captados por la maternidad en x período.
- Distribución de la derivación de los mismos según servicio de Primer nivel de Atención.
- Proporción de embarazos no controlados, mal controlados y bien controlados según servicios de Primer Nivel de Atención. (*)
- Proporción de embarazos en adolescentes según centro de salud. (Se consideran adolescentes a las mujeres con 18 años o menos).
- Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer según Centros de Salud (se considera bajo peso al nacer cuando es igual o menor a 2.500 grs.).

(*) Las categorías de embarazo se definen según los criterios por el CLAP:

- embarazo no controlado: no se realizó ningún control durante el periodo de gestación.
- embarazo mal controlado: concurrió entre 1 a 4 veces a consultar por su gravidez.
- embarazo bien controlado: tiene 5 o mas concurrencias para control.

La cantidad de controles se recogen durante la entrevista que se le realiza en la Sala de Puérperas solicitando el carne del SIP a la madre.

2-Vinculados al primer control de salud:

2.1-Proporción de niños controlados sobre el total de RN derivados por efector de salud. (Se define como RN controlado a aquel que a tenido su primera consulta de control a los 28 días posteriores a su nacimiento).

2.2-Proporción de control de RN de madres adolescentes según Centros de Salud. (Es la proporción de RN de madres adolescentes controlados, sobre el total de RN hijos de madres adolescentes referidos).

2.3-Visitas domiciliarias para captación-seguimiento de RN según efector de referencia. Se programa la visita para realizar la captación del niño y el control según las normas pediátricas que marcan las frecuencias de las consultas.

2.4-Distribución de RN captados espontáneamente por lugar de nacimiento según Centros de Salud.

Este grupo esta constituido por niños que nacieron en otras instituciones como: BPS, IAMC, Hospital Militar, Hospital Policial, etc. Y concurren a un servicio de primer nivel del área a su control pediátrico dentro de sus 28 días de vida, sin haber sido referido a los mismos.

Se visitan los niños que no son traídos a la consulta en el tiempo establecido. Al realizar esta tarea, en algunos casos se comprueba cambio de domicilio, cambio de Centro al que concurren o incorporación a otro sistema de Atención (BPS, IAMC, etc.).

Desde el año 2008 se decide la extensión del Programa Aduana a nivel Nacional ya que hasta el momento sólo se realizaba en la RAP (Montevideo), estableciendo una estrategia de trabajo en relación a recursos humanos y capacitación.

- **Recurso Humano:**

- Vinculado a fortalecer el equipo central del Programa desde el CHPR, reforzando a los tres técnicos ya existentes, tres Auxiliares de Registros Médicos.

- Se mantiene el equipo de referencia de Montevideo.

- Se designa un equipo técnico de apoyo informático para capacitar al personal del Programa Aduana de todo el País.

- **Capacitaciones:**

- Dos capacitaciones en todo el país donde asistieron 80 técnicos provenientes de todas las Unidades Ejecutoras del interior.

- Plan de capacitación en informática para implementar el sistema de gestión de Salud a los usuarios del programa Aduana, entre los meses de agosto y octubre se visito todo el País.

- Se realiza una reunión mensual del equipo central del Programa Aduana del CHPR de la RAP y de la mesa de ayuda del interior para acordar criterios y mejorar la referencia y contrarreferencia de los casos de riesgo.

- Se estandariza criterios de riesgo para niños menores de dos años.

ESTABLECIMIENTO DE RIESGOS

Establecimiento de riesgo al alta.

Se establece un sistema de riesgo sencillo y práctico para que sea efectivo.

Riesgo 1:

Se incluyen:

- Todos los niños que por alguna razón requirieron internación por más de 5 días.
- Paso al nacer menor a 1500 gramos.
- Madre adolescente con 15 años o menos.
- Aquello niños que al criterio del pediatra tratante lo consideren de alto riesgo social.

Riesgo 2:

Se incluyen:

- Todos los recién nacidos dados de alta de alojamiento madre – hijo.
- Recién nacidos con resultados de exámenes pendientes.

Se colocará en la historia clínica materna el código de riesgo del recién nacido o en los niños internados en el resumen de alta, carné del recién nacido y en el registro de estadísticas del sector (cuadernos de alta).

Los recién nacidos con Riesgo 1 deben ser controlados por el pediatra entre los tres y cinco días del alta.

Los recién nacidos con Riesgo 2 deben ser controlados por el pediatra entre los siete y diez días del alta hospitalaria.

ANEXO Nº 2

HERRAMIENTA PARA LA RECOLECCION DE DATOS

**COMPORTAMIENTO DE LAS METAS ASISTENCIALES DE PROGRAMA
ADUANA Y DISPONIBILIDAD DEL RECURSO HUMANO**

Firmo dejando consentimiento informado. Conozco el protocolo de investigación y se me explico que se mantendrá el anonimato.

Encargado/a de Programa Aduana:

Entrevistadora:

Centro de Salud:

META ASISTENCIAL – PROGRAMA ADUANA

1a. Total niños

	Marzo2010	Abril2010
Nº de niños de un año de edad		

1b. Control de Salud

	Marzo2010	Abril2010
Nº de niños que cumplen con Control según pauta		
Nº de niños que no cumplen con Control según pauta		

1c. Inmunización

	Marzo2010	Abril2010
Nº de niños que cumplen con Inmunización según pauta		
Nº de niños que no cumplen con Inmunización según pauta		

1d. Lactancia Materna Exclusiva

	Marzo2010	Abril2010
Nº de niños que cumplen con Lactancia según pauta		
Nº de niños que no cumplen con Lactancia según pauta		

1e. Ecografía de Cadera

	Marzo2010	Abril2010
Nº de niños que cumplen con Ecografía de Cadera según pauta		
Nº de niños que no cumplen con Ecografía de Cadera según pauta		

RECURSO HUMANO – PROGRAMA ADUANA

2a. Número de Recurso Humano para Programa Aduana

	Marzo2010	Abril2010
Nº de Licenciada/o en Enfermería		
Nº de Auxiliar de Enfermería		
Nº Interna/o en Enfermería		
Nº de Administrativo		

2b. Tarea que desempeña el Recurso Humano de Programa Aduana

		Marzo2010	Abril2010
Licenciada/o en Enfermería	Consulta de control		
	Registro escrito		
	Registro informático		
	Visita Domiciliaria		
	Supervisión		
Auxiliar de Enfermería	Consulta de control		
	Registro escrito		
	Registro informático		
	Visita domiciliaria		
	Seguimiento		
Interno/a en Enfermería	Consulta de control		
	Registro escrito		
	Registro informático		
	Seguimiento		
	Visita Domiciliaria		
Administrativos	Registro escrito		
	Registro informático		

2d. Horas Mensuales Contratadas para Programa Aduana del Recurso Humano

	Marzo2010	Abril2010
Nº de horas contratadas Licenciada/o en Enfermería		
Nº de horas contratadas Auxiliar de Enfermería		
Nº de horas contratadas Interna/o en Enfermería		
Nº de horas contratadas Administrativo		

2e. Horas Mensuales Disponibles para Programa Aduana del Recurso humano

	Marzo2010	Abril2010
Nº de horas disponibles Licenciada/o en Enfermería		
Nº de horas disponibles Auxiliar de Enfermería		
Nº de horas disponibles Interna/o en Enfermería		
Nº de horas disponibles Administrativo		

ANEXO Nº 3

INSTRUCTIVO PARA FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

En primera instancia se procede a la presentación por parte de los investigadores; a continuación se entrega protocolo y se explica en que consiste la investigación, brindándole una idea general del formulario. Luego se le realizan las preguntas correspondientes a cada uno de los ítems.

La parte uno corresponde a los datos referentes a las Metas Asistenciales del Programa Aduana.

- 1a. Se pregunta cuál es el número total de niños, de Programa Aduana, que cumplieron el año de edad en los meses de Marzo y Abril del año 2010.
- 1b. Teniendo en cuenta, la respuesta brindada en 1a; cuantos de estos niños cumplieron con el control de salud, según la pauta del MSP y cuantos no, en los meses de Marzo y Abril de 2010.
- 1c. Teniendo en cuenta, la respuesta brindada en 1a; cuantos de estos niños cumplieron con la inmunización, según la pauta del MSP y cuantos no, en los meses de Marzo y Abril de 2010.
- 1d. Teniendo en cuenta, la respuesta brindada en 1a; cuantos de estos niños cumplieron con la lactancia materna exclusiva, según la pauta del MSP y cuantos no, en los meses de Marzo y Abril de 2010.
- 1e. Teniendo en cuenta, la respuesta brindada en 1a; cuantos de estos niños cumplieron con la realización de ecografía de cadera, según la pauta del MSP y cuantos no, en los meses de Marzo y Abril de 2010.

La parte dos corresponde a los datos referentes al Recurso Humano de Programa Aduana.

- 2a. Se pregunta cuál es el número de Recurso Humano para el Programa Aduana, especificando el número de: Lic. en Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Interno en Enfermería y Administrativo.
- 2b. Teniendo en cuenta los Recursos Humanos nombrados en ítem 2a, se solicita que se especifique las tareas que desempeñan cada uno de ellos: consulta de control, registro escrito, registro informático, visita domiciliaria, supervisión y seguimiento.
- 2b. Teniendo en cuenta los Recursos Humanos nombrados en ítem 2a, se solicita que se especifique las horas mensuales contratadas de cada uno de ellos.
- 2b. Teniendo en cuenta los Recursos Humanos nombrados en ítem 2a, se solicita que se detallen las horas mensuales disponibles específicamente para Programa Aduana, de cada uno de ellos.

Por último, se le informa a cada una de las personas entrevistadas, que se mantendrá el anonimato, por lo que se le solicita firme el formulario; en el cual se especifica también, los nombres de las entrevistadoras y el nombre del Centro de Salud.

ANEXO Nº 4

MATRIZ DE INFORMACION SOBRE LAS TAREAS QUE DESEMPEÑA EL RECURSO HUMANO ASIGNADO A PROGRAMA ADUANA, EN CADA UNO DE LOS CENTROS DE SALUD.

Tabla Nº 13: Tarea que desempeña la Licenciada/o en Enfermería, en Programa aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente a los meses Marzo – Abril del año 2010.

Centros de Salud	Tarea de la/el Licenciada/o en Enfermería asignada/o a Programa Aduana				
	Control Salud	V. D.	Supervisión	R. Escrito	R. Informático
A	X	X	X	X	X
B	--	--	--	--	--
C	X	X	X	X	X
D	--	X	X	--	--
E	X	X	X	X	X
F	--	--	X	--	--
G	X	X	X	X	--
H	X	X	X	X	X
I	X	X	X	X	X
J	--	X	X	--	X
K	--	--	--	--	--
L	SD	SD	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD	SD	SD

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Tabla Nº 14: Tarea que desempeña el Auxiliar de Enfermería, en Programa aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Marzo del año 2010.

Centros de Salud	Tarea de la/el Auxiliar de Enfermería asignada/o a Programa Aduana				
	Control Salud	V. D.	Seguimiento	R. Escrito	R. Informático
A	X	X	X	X	X
B	--	--	--	--	--
C	--	X	X	X	X
D	--	X	X	--	X
E	X	X	X	X	--
F	--	X	X	X	X
G	X	X	X	X	X
H	X	X	X	X	X
I	X	X	X	X	X
J	X	X	X	X	X
K	--	X	X	X	--
L	SD	SD	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD	SD	SD

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Tabla Nº 15: Tarea que desempeña el Auxiliar de Enfermería, en Programa aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente al mes de Abril del año 2010.

Centros de Salud	Tarea de la/el Auxiliar de Enfermería asignada/o a Programa Aduana				
	Control Salud	V. D.	Seguimiento	R. Escrito	R. Informático
A	X	X	X	X	X
B	X	X	X	X	X
C	--	X	X	X	X
D	--	X	X	--	X
E	X	X	X	X	--
F	--	X	X	X	X
G	X	X	X	X	X
H	X	X	X	X	X
I	X	X	X	X	X
J	X	X	X	X	X
K	--	X	X	X	--
L	SD	SD	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD	SD	SD

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Tabla N° 16: Tarea que desempeña el Interno en Enfermería, en Programa aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente a los meses Marzo – Abril del año 2010.

Centros de Salud	Tarea del Interno asignado a Programa Aduana				
	Control Salud	V. D.	Seguimiento	R. Escrito	R. Informático
A	X	X	X	X	--
B	--	--	--	--	--
C	X	X	X	X	--
D	--	--	--	--	--
E	--	--	--	--	--
F	--	--	--	--	--
G	X	X	X	X	--
H	--	--	--	--	--
I	--	--	--	--	--
J	X	X	X	X	X
K	--	--	--	--	--
L	SD	SD	SD	SD	SD
M	SD	SD	SD	SD	SD

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

Tabla N° 17: Tarea que desempeña el Administrativo, en Programa aduana, en cada Centro de Salud; correspondiente a los meses Marzo – Abril del año 2010.

Centro de Salud	Tarea del Administrativo asignado a Programa Aduana	
	Registro escrito	Registro Informático
A	--	--
B	--	--
C	--	X
D	--	--
E	--	--
F	--	--
G	--	--
H	--	--
I	--	--
J	--	X
K	--	--
L	SD	SD
M	SD	SD

Fuente: Formulario de recolección de datos propio.

ANEXO N° 5

ENTREVISTA CON LIC. ENF. LILIAN TREMEZANA – ENCARGADA DE PROGRAMA ADUANA A NIVEL DEL INTERIOR DEL PAIS, HOSPITAL PEREYRA ROSSEL

1-¿En que consta el Programa Aduana?

El Programa Aduana es un programa de control y seguimiento de los niños, permite captar y seguir al niño, captar y derivarlo de manera informada a los centros de salud y a policlínicas dependientes.

2-¿Cuál sería el flujograma del Programa?

_ Un niño nace en la maternidad, a la 48 horas o sea a los 2 días se le da el alta.

_ Se lo capta en el sistema informático a nivel nacional y lo derivamos a los centros de salud.

_ Es acá donde ingresa al primer nivel de atención.

_ Enfermería realiza los registros pertinentes de los diferentes controles, en la Historia Clínica, carne del niño y tarjeta verde que es la de seguimiento.

_ Estos datos se pasan al sistema informático y si el niño no concurre al control se lo trata de captar telefónicamente para conocer el motivo por el cual no concurre y fijar nueva consulta, si esto no diera resultado se hace visita domiciliaria.

_ Además, todo recién nacido debe de tener una visita domiciliaria.

_ Los niños de riesgo y los que fallecen deben de ser visitados por la Licenciada en Enfermería a cargo del programa.

_ Según sea pertinente se coordina con asistente social o diferentes especialistas.

_ Cuando el niño cumple los 24 meses de edad sale del Programa Aduana pero continúa dentro del Programa de la Niñez.

_ Los niños que no nacen en el Pereyra Rossell luego son captados (dentro de los 2 años de vida) cuando han sido hospitalizados y se identifica que el niño no se encuentra en el sistema informático.

_ Los niños de Riesgo 1 deben tener su primer control entre el tercer y quinto día de vida.

_ Los niños de Riesgo 2, antes de los 10 días.

ANEXO Nº 6

DIAGRAMA DE GANT

ACTIVIDADES	Junio 2010				Julio 2010			
	SEMANAS							
	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación al Servicio de Salud (entrega de carta)		→						
Recolección de datos y entrevista a Lic. en Centro de Salud			→					
Procesamiento de datos recabados				→				
Análisis de resultados y conclusión					→			
Devolución al servicio						→		
Armado del Trabajo Final							→	
Entrega del Trabajo Final en el DIBA								→

ANEXO Nº 7
PRESUPUESTO

Descripción	Costos
Transporte	\$4750
Impresiones	\$1600
Carpetas	\$50
Fotocopias	\$450
Cd	\$20
Encuadernaciones	\$150
Lapiceras	\$20
Hojas	\$100
Total	\$7140

ANEXO Nº 8

CARTA DE AUTORIZACION PARA LA RAP

Montevideo, 4 de Junio de 2010.

Sr. Director de la
Red del Primer Nivel de Atención de ASSE
Dr. Wilson Benia:

Por la presente, solicitamos a usted autorización para realizar el trabajo de investigación final, exigencia para la obtención del grado de Licenciada en Enfermería en los doce Centros de Salud RAP-ASSE. Dicho estudio será realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. La misma abordará el cumplimiento de las Metas Asistenciales propuestas en el Programa Aduana y los Recursos Humanos destinados al mismo. Nuestra tarea será la de realizar una entrevista al recurso humano responsable del Programa Aduana en cada uno de los Centros de Salud. También lo consultamos para conocer si ud. quiere que se mencionen los nombres de cada Centro de Salud en el informe final.

Desde ya, muchas gracias.
Sin otro particular, saludan atentamente.

Guillermina Chrispens.

Lylián Rodríguez.

Mariana Olivera.

Maria Noel Feipe.

Rosina Di Salvatore.

Tutoras

Prof. Agda. Esther Lacava
Prof. Adj. Silvia Crosa