



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



# **IMPACTO DE LA GESTIÓN DEL INTERNO DE ENFERMERÍA EN EL PROYECTO "ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA A USUARIOS DE 0 A 6 AÑOS CON BAJO PESO Y GRADOS DE DESNUTRICIÓN"**

**AUTORES:**

Br. Fernández, Ma. Alejandra  
Br. Lobelcho, Javier  
Br. Rozano, Lorena  
Br. Schiera, Sara  
Br. Vasconcellos, Yeylan

**TUTOR:**

Lic. Enf. Quintero, Valeria

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

**Montevideo, 2011**

INDICE	Pág.
Resumen.	3
Planteamiento del problema.	4
Objetivo General.	4
Objetivo específico.	4
Justificación.	5
Metodología.	7
Resultados.	9
Discusión.	19
Conclusión.	24
Referencias bibliográficas.	26
Anexos.	28

El estudio del Impacto del Programa Internado forma parte de las líneas de investigación de la Cátedra de Administración de los Servicios de Salud perteneciente a la Facultad de Enfermería (FENF) de la Universidad de la República (UDELAR).

El objetivo de esta investigación es conocer cual es el impacto producido por las prestaciones realizadas por los Internos de Enfermería en el Proyecto: "Atención integral de enfermería a usuarios de 0 a 6 años con bajo peso y grados de desnutrición" en las Policlínicas seleccionadas.

Este grupo propone medir el impacto de la gestión del interno mediante la productividad con el objetivo de contribuir a la mejora de calidad de los servicios.

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal que pretende sistematizar información de las Guías de acreditación de los internos de Enfermería en las policlinicas seleccionadas en el marco del proyecto ya citado. El análisis de la información se realiza mediante indicadores, tablas y gráficas en relación a las variables definidas por el equipo investigador. Los datos obtenidos nos muestran que se contó con un total de 592 usuarios, de los cuales 388 presentaron lactancia materna exclusiva, 407 alimentación adecuada para la edad y 209 de estos presentaron alimentación adecuada post intervención de enfermería; los niños egresados del proyecto fueron mayoritariamente por encontrarse por encima del percentil 20.; el 98% de los usuarios presentaron inmunizaciones completas.

¿Cuál es el impacto de la gestión del interno de enfermería en la atención integral a usuarios de 0 a 6 años con bajo peso y grados de desnutrición en los servicios seleccionados?

#### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer el impacto en la atención en salud que realizan los internos de enfermería en el proyecto: "atención integral de enfermería a usuarios de 0 a 6 años con bajo peso o desnutrición" en las policlínicas seleccionadas: Policlínica Villa Constitución – Salto; policlínica Municipales II ASSE – Paysandú; policlínica del centro poblado Pintadito – Artigas; Policlínica norte –Paysandú; Policlínica Purificación 3 – Paysandú; Policlínica Cerro del Ejido – Artigas; Unidad básica asistencial N°7 (uba N°7) "María Celeste Belzarena – Salto; Policlínica "Ayuí" – Artigas; Policlínica periférica Nueva York – Paysandú; Unidad básica asistencial (uba) N° 1 – Salto; en el período comprendido entre el 1° de Abril al 30 de Setiembre de 2008.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer la población abordada de las policlínicas seleccionadas.
- Determinar el grado de impacto, evidenciado por el perfil de productividad, perfil de resultados y perfil de calidad.
- Identificar los indicadores de calidad que están relacionados con el impacto.

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla lo que son los Objetivos del Milenio (ODM)<sup>1</sup>, (Ver anexo 1) estos son para América Latina y el Mundo, destinados a combatir la pobreza en sus numerosas dimensiones, entre ellas la reducción de la pobreza de ingresos, el hambre, la enfermedad, la degradación del medio ambiente y la discriminación entre los géneros, haciendo énfasis en la población más vulnerable entre ellos los niños.

Desde inicios de la década del 90 Uruguay ha sido ubicado entre los países de alto desarrollo humano debido a sus logros en educación y salud, los cuales resultan elevados en relación a su nivel de producto bruto por habitante. Actualmente Uruguay se sitúa en el lugar 46 en el ordenamiento mundial del Índice de Desarrollo Humano (IDH) (Ver anexo 2) y ocupa el tercer lugar en América Latina, superado por Argentina y Chile.

A comienzos de esta década, nuestro país se situaba en el lugar 40. Sin embargo, luego de la crisis del 2002 bajó seis posiciones en el orden mundial, recuperó tres en el 2004 y volvió a perder tres posiciones en el 2005<sup>2</sup>.

En la misma línea de análisis en nuestro país más del 50% de la población infantil se encuentra por debajo de la línea de pobreza comprometiendo su desarrollo físico e intelectual, preocupando además el aumento de la desnutrición en los niños menores de 2 años de las zonas más excluidas.

La prevalencia de niños desnutridos al año 2007, por déficit ponderal es del 3,4%, por talla baja el 11,3%, y prevalencia por emaciación el 1,9%, últimos registros del INE para nuestro país<sup>3</sup>.

---

1 [http://www.unicef.org/spanish/statistics/index\\_24304.html](http://www.unicef.org/spanish/statistics/index_24304.html)

2 [www.undp.org.uy](http://www.undp.org.uy) Informe sobre Desarrollo Humano en Uruguay 2008; Política, políticas y Desarrollo humano; PNUD. Año 1, número 1. 2008

3 [www.ine.gub.uy/biblioteca/anuario2010/pdf/ANUARIO\\_TOTAL.pdf](http://www.ine.gub.uy/biblioteca/anuario2010/pdf/ANUARIO_TOTAL.pdf)

Dado las elevadas estadísticas, la vulnerabilidad de este grupo etéreo y la relevancia de las complicaciones, a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) se plantea desarrollar el Proyecto: "Atención integral de enfermería a usuarios de 0 a 6 años con bajo peso y grados de desnutrición" (Ver anexo 3).

La FENF – UDELAR en convenio a través del programa internado posibilita, integrar al estudiante en esta etapa de la carrera, el mismo trabaja inserto en la población para abordar aquellos niños con bajo peso y desnutrición, contribuyendo con los objetivos que las metas del milenio propone mediante una experiencia académica pre profesional (Ver anexo 4).

La evaluación de esta implementación es uno de los argumentos que justifican este trabajo.

Como antecedentes al mismo se recabaron datos de diferentes fuentes, entre ellas citamos el libro "Formados para un nuevo modelo. Experiencias de Gestión Asistencial." de la FENF<sup>4</sup>; se indagaron investigaciones científicas en los buscadores lilax, pubmed, scielo, utilizando palabras clave como: impacto-enfermería- niñez- desnutrición- riesgo de desnutrición<sup>5</sup>. Así como artículos en las revistas INDEX de Enfermería en la biblioteca de la FENF (Ver anexo 5).

---

4 Santana, S. Verde, J. Cabrera, A. "Formados para un Nuevo Modelo. Experiencias de Gestión Asistencial." Capítulo VIII. Editorial Dourleau; Montevideo, Uruguay; Setiembre 2006  
5 [http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis\\_part2.pdf](http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis_part2.pdf)  
[www.scielo.br/pdf/rtae/v6n3/13892.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rtae/v6n3/13892.pdf)  
[http://scielo.isciii.es/pdf/gsv23n1/13\\_politica.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/gsv23n1/13_politica.pdf)  
<http://www.ces.edu.co/Descargas/Evaluaciondeimpacto.pdf>  
[http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05\\_6/491.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_6/491.pdf)

Tipo y diseño general del estudio: descriptivo, transversal, cuantitativo, fuente de información secundaria (documental).

Definiciones operacionales: (variables)

Consultas de enfermería, contacto telefónico, actividades educativas, visitas domiciliarias, coordinaciones, alimentación, riesgo de desnutrición, desnutrición grados I, II y III, evolución del peso, inmunizaciones, procesos mórbidos, egresos (Ver anexo 9).

Universo de estudio: todos los usuarios de 0 a 6 años pertenecientes a las policlínicas seleccionadas para el estudio en el período 1º de abril a 30 de septiembre de 2008, correspondiendo a un total de 7629 usuarios.

Criterio de inclusión: todos los usuarios de 0 a 6 años que presentan riesgo de desnutrición y grados de desnutrición, asistidos por los Internos de Enfermería de los diferentes servicios seleccionados en el período comprendido entre el 1º abril y 30º setiembre del 2008.

Criterios de exclusión: todos los usuarios de 0 a 6 años asistidos en las Policlínicas seleccionadas en el período comprendido entre 1º abril y 30º setiembre del 2008, que no presentan riesgo de desnutrición o desnutrición, que se encuentran por encima del percentil 20, mayores de 6 años y aquellos que no presentaron seguimientos de internos de enfermería.

Muestra de estudio: todos los usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el Proyecto: "Atención integral de enfermería a usuarios de 0 a 6 años con bajo peso y grados de desnutrición" en el período 1º de abril a 30 de septiembre de 2008, de las Policlínicas seleccionadas, correspondiendo a un total de 592 usuarios. Es una muestra por conveniencia, no probabilística.

*Universidad de la República*

*Facultad de Enfermería*

*Cátedra de Administración de Servicios de Salud*

Unidad de análisis: guías finales brindadas por Programa Internado, de Cátedra de Administración de los Servicios en Salud de la Facultad de Enfermería, empleadas por los Internos de Enfermería (Ver anexo 10).

Procedimientos para la recolección de información:

Se utilizarán las Guías finales brindadas por Programa Internado, de Cátedra de Administración de los Servicios en Salud de la Facultad de Enfermería, empleadas por los Internos de Enfermería. Pínanilla en Excel como instrumento para tabulación de datos (ver anexo 3). Indicadores de evaluación: estructura, proceso y resultado (Ver anexo 11).

Plan de análisis de los resultados: Acorde a la información obtenida se efectuará con posterioridad un análisis de esta que permitirá la elaboración de los resultados (Ver anexo 12).



**RESULTADOS**

La información se ha organizado mediante los indicadores de las variables objetos de estudio, con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados.

Tabla 1. Datos Globales de la Gestión del Interno de Enfermería en las policlínicas seleccionadas, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.

<b>DISTRIBUCION FINAL DE VARIABLES</b>	<b>FA</b>
Población	592
Actividades	18168
Total de actividades por usuario	31
Contactos telefónicos	190
Actividades educativas	8935
Coordinaciones	172
Consultas de enfermería	8421
Visitas domiciliarias	450
<b>ALIMENTACIÓN</b>	
LME	388
Adecuada a la edad	407
Adecuada post intervención de enfermería	209
<b>RIESGO Y GRADOS DE DESNUTRICIÓN</b>	
Riesgo de desnutrición	223
Grado I	307
Grado II	58
Grado III	2
<b>MOTIVOS DE EGRESOS</b>	
>P20	135
>6Años	21
Cambio de domicilio	32
Cambio de mutualista	7
<b>EVOLUCIÓN DE PESO</b>	
Aumenta peso	375
Mantiene el peso	158
Baja el peso	59
<b>INMUNIZACIONES</b>	
Completas	580
Incompletas	12
<b>PROCESOS MÓRBIDOS</b>	
Presenta	223
No presenta	369

En el estudio identificamos una población de 592 usuarios, se realizaron un total de 18168

actividades (llamados telefónicos, visitas domiciliarias, consultas de enfermería, actividades educativas y coordinaciones). Se logró que 388 usuarios presentaran lactancia materna exclusiva y 407 una adecuada alimentación para la edad y 209 presentaron una alimentación adecuada luego de la intervención de enfermería.

El predominio en niveles de riesgo es de desnutrición grado I en 307 usuarios, seguido por riesgo de desnutrición 223 usuarios.

En motivo de egreso se destacan 135 usuarios por encontrarse por encima del percentil 20. Se evidencia una tendencia al aumento de peso en 375 usuarios.

Se logró que 580 usuarios presentaran inmunizaciones completas.

En cuanto a la última variable no presentaron procesos mórbidos 369 usuarios.

Tabla 2. Distribución de la población según las policlínicas seleccionadas en el estudio, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Policlinica	FA	FR %	Policlinica	FA	FR %
A	13	2,2	G	50	8,5
B	57	9,6	H	60	10,1
C	44	7,4	I	177	29,9
D	23	3,9	J	72	12,1
E	50	8,5			
F	46	7,8	TOTAL	592	100

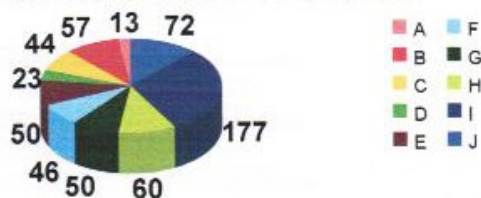
La muestra es de 592 usuarios integrados en el Proyecto.

La policlínica con mayor cantidad de usuarios es la policlínica I con un total de 177 usuarios.

Gráfica 1. Distribución de frecuencias absolutas en población según Policlínicas

seleccionadas en el estudio, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN**



Gráfica 2. Distribución de frecuencias relativas porcentuales en población según

Policlínicas seleccionadas en el estudio, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN**

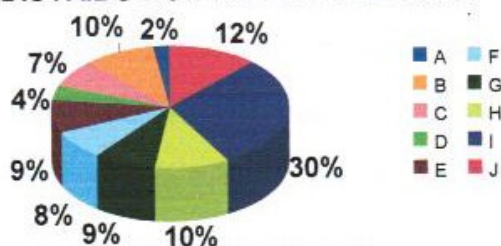
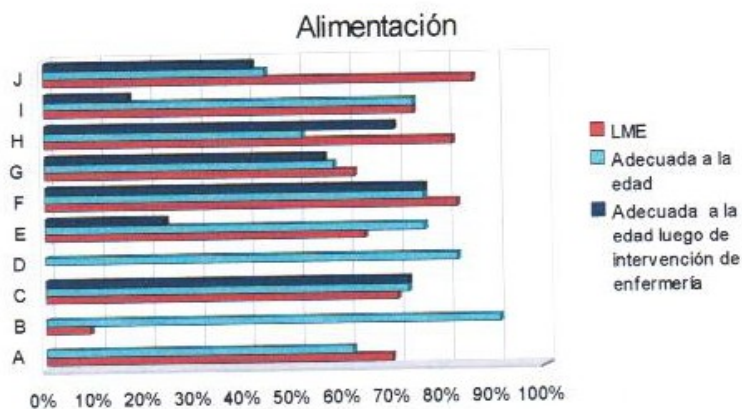


Tabla 3. Distribución de la población según perfil de alimentación de las policlínicas seleccionadas en el estudio, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Policlínicas	Perfil de Alimentación						Total
	LME		Adecuada Edad		Adecuada . Pos		
	FA	FR	FA	FR	Intervención		
A	9	69,2	8	61,5	S/d		17
B	5	8,8	52	91,2	S/d		57
C	31	70,5	32	72,7	32	72,7	95
D	S/d		19	82,6	S/d		19
E	32	64	38	76	12	24	94
F	38	82,6	35	76,1	35	76,1	108
G	31	62	29	58	28	56	88
H	49	81,7	31	51,7	42	70	122
I	131	74	131	74	30	16,9	292
J	62	86,1	32	44,4	30	41,7	124
Total	388		407		209		1004

Grafico 3. Distribución de frecuencias relativas porcentuales de la alimentación por policlínicas, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.



Podemos observar que la policlínica J obtuvo mayor impacto en cuanto a lactancia materna exclusiva con un total de 86,1%, mientras que la policlínica B obtuvo un total de 91,2% en alimentación adecuada para la edad y la policlínica F logro una alimentación adecuada a la edad luego de intervención de enfermería con un 76,1%.

La policlínica H presenta un 51,7% de alimentación adecuada para la edad y un 70 % en alimentación adecuada para la edad post intervención de enfermería.

Tabla 4. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de los niveles de riesgo y grados de desnutrición según la policlínica, Uruguay, en el período abril-setiembre 2008.

Policlínicas	Niveles de Riesgo según policlínica								Total
	Riesgo de desnutrición		Grado I		Grado II		Grado III		
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	
A	5	38,5	8	61,5	0		0		13
B	19	33,3	32	56	6	10,5	0		57
C	15	39,5	19	50	4	10,5	0		38
D	9	39,1	14	60,9	0		0		23
E	9	18	37	74	4	8	0		50
F	16	35	28	60,9	1	2,2	1	2,2	46
G	17	34	30	60	3	6	0		50
H	30	50	26	43,3	4	6,7	0		60
I	72	40,7	90	50,8	15	8,5	0		177
J	27	37,5	23	31,9	21	29,2	1	1,4	72
<b>Total</b>	<b>219</b>		<b>307</b>		<b>58</b>		<b>2</b>		<b>586</b>

Gráfico 4. Distribución de frecuencias relativas porcentuales en riesgo de desnutrición por policlínicas, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

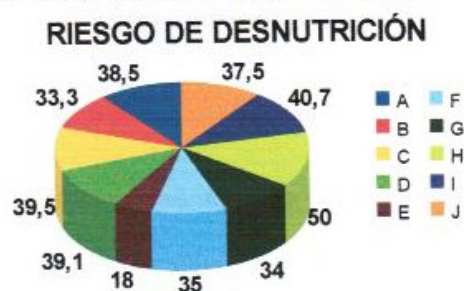


Grafico 5. Distribución de frecuencias relativas porcentuales en desnutrición grado I por policlínicas, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

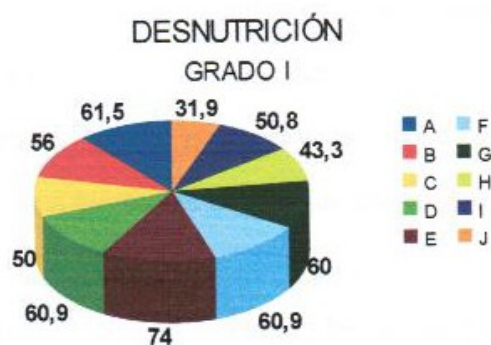


Grafico 6. Distribución de frecuencias relativas porcentuales en desnutrición grado II por Policlínicas, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

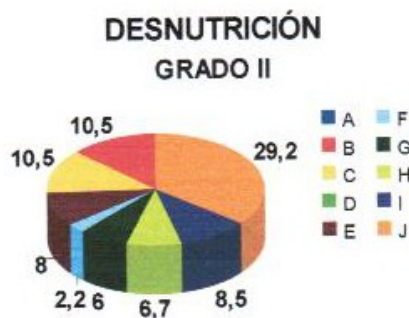


Grafico 7. Distribución de frecuencias relativas porcentuales en desnutrición grado III por Policlínicas, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.



Aquí se evidencia que del total de policlínicas analizadas presentan mayoritariamente usuarios con desnutrición grado I siendo un total de 307 usuarios seguido por riesgo de desnutrición 223 usuarios. La policlínica con mayor porcentaje de usuarios con riesgo de desnutrición es la H con un 50%. Respecto a la desnutrición grado I encontramos que la policlínica E presento el mayor porcentaje de usuarios 74%.

Las policlínicas F y J fueron las únicas que presentaron usuarios con desnutrición grado III.

Los datos de la policlínica C no corresponden con el total de la población, por lo que no es tomada en cuenta para el análisis de esta variable.

Tabla 5. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de los motivos de egreso según la policlínica, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Policlínicas	Motivo de egreso								Total
	> P20		> 6 Años		Cambio de domicilio		Cambio de mutualista		
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	
A	8	61,5	0		0		4	30,8	12
B	4	7	0		0		S/d		4
C	6	13,6	1	2,3	0		S/d		7
D	4	17,4	0		0		S/d		4
E	7	14	4	8	5	10	S/d		16
F	12	26,1	3	6,5	3	6,5	S/d		18
G	19	38	2	4	4	8	3	6	28
H	17	28,3	1	1,7	0		S/d		18
I	42	23,7	10	5,6	17	9,6	S/d		69
J	16	22,2	0		3	4,2	S/d		19
Total	135		21		32		7		195

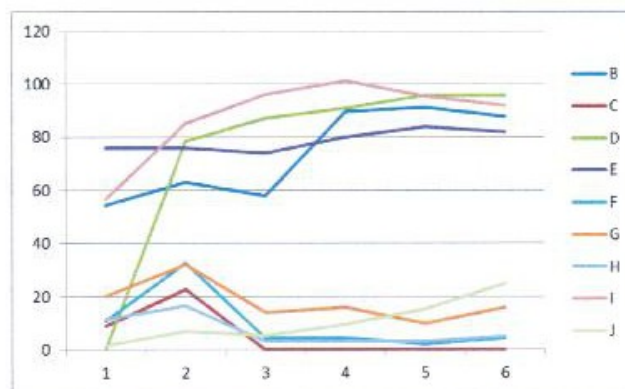
Los motivos de egreso de los usuarios fueron en su totalidad por encontrarse los mismos por encima del percentil 20.

La policlínica con mayor porcentaje de usuarios egresados por encima del percentil 20, fue la policlínica A con 61.5 % que corresponde a 8 usuarios.

Tabla 6. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de evolución de peso según la policlínica, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

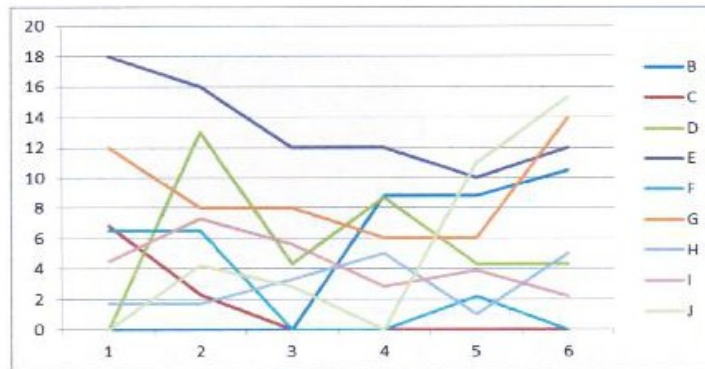
Policlinicas	Evolución del peso						Total
	Aumenta		Mantiene		Baja		
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	
A	6	46,1	4	30,8	3	23,1	13
B	50	87,8	1	1,7	6	10,5	57
C	14	31,8	26	59,1	4	9,1	44
D	22	95,6	0		1	4,4	23
E	41	82	3	6	6	12	50
F	27	58,7	12	26,1	7	15,2	46
G	8	16	35	70	7	14	50
H	26	43,3	24	40	10	16,7	60
I	163	92,1	10	5,6	4	2,3	177
J	18	25	43	59,7	11	15,3	72
Total	375		158		59		592

Gráfica 8. Distribución de tendencia en frecuencia relativa porcentual del aumento de peso por mes, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.





Gráfica 9. Distribución de tendencia relativa porcentual en la baja de peso por mes, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.



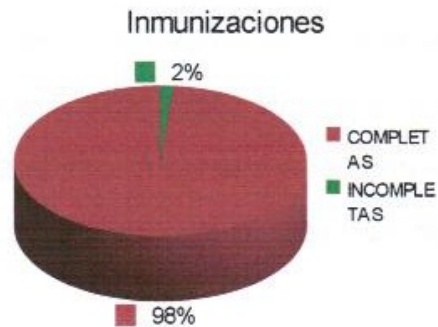
Se destaca una tendencia al aumento de incremento ponderal de los usuarios de la Policlínica I.

Las policlínicas que tienden a mantener su peso son G y F, y los usuarios de la policlínica J a disminuir el mismo.

Tabla 7. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las inmunizaciones según la policlínica, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.

INMUNIZACIONES		
	FA	FR
Completas	580	98
Incompletas	12	2
Total	592	100

Grafico 10. Distribución de frecuencias relativas porcentuales en inmunizaciones, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.



Se observa que el 98% de las Policlínicas en esta variable logró inmunizaciones completas, a excepción de las Policlínicas D e I.

## **DISCUSIÓN**

La información se presenta mediante los indicadores de las variables objetos de estudio, con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados.

Los datos obtenidos en la investigación permitieron conocer que se cuenta con una muestra de 592 usuarios integrados en el "Proyecto de atención integral de enfermería a usuarios de 0 a 6 años con bajo peso y grados de desnutrición".

La policlínica con mayor cantidad de usuarios es la policlínica I con un total de 177 usuarios que corresponden a un 29,9% de la población total siendo la policlínica con menor número de usuarios corresponde a la A con sólo 13 usuarios incluidos dentro del proyecto, correspondiendo al 2,2% de la población total.

Haciendo referencia a la Productividad para el mismo período, se realizaron un total de 18168 actividades en todas las policlínicas desconociendo si estas fueron en forma oportuna. Discriminada el total de actividades realizadas por usuario, podemos observar que se destacan a nivel individual las policlínicas A, E, J y G; la primera con un promedio de 68 actividades / usuario; J con 53 actividades/usuario y la G con 52 actividades / usuario. La policlínica D refleja un bajo número de actividades, 1 actividad por usuario, mientras la policlínica I, presenta un número importante de actividades, 29 por individuo.

Se realizaron un total de 190 contactos telefónicos, de los cuales 75 fueron realizados por la policlínica B (39.5% del total de los llamados), es en esta policlínica en donde un 56% de la población presenta desnutrición requiriendo un mayor seguimiento.

Sobre las actividades educativas (A.E) se realizaron 8935 (incidentales y programadas). La Policlínica I fue la que más actividades educativas realizó, 2486 correspondiendo a 28% del total.

Sobre el total de A.E realizadas por usuario la policlínica que se destaca es la A con un total de 34 actividades, mientras la policlínica I realizó 14; B y J 25. Las policlínicas que tienen mayor cantidad de población incluidos en el proyecto no necesariamente realizaron más actividades educativas por usuario. Según el indicador de evaluación esto refleja que cada interno por cada hora realizó 18,7 actividades.

Respecto a las coordinaciones, podemos observar que sólo 4 Policlínicas presentaron registro de esta actividad siendo la policlínica J la que realizó 50 de las mismas (36% del total de coordinaciones).

En cuanto a consulta de enfermería se registró un total de 8421 consultas donde la Policlínica I presentó 2480 correspondiendo al 29% siendo el servicio con mayor número de usuarios. La policlínica E con un total de 1739 de consultas de enfermería, con un promedio de 35 por usuario.

Se realizaron un total de 450 visitas domiciliarias, de las cuales 121 fueron realizadas por la policlínica J.

Durante la gestión de enfermería realizada por cada interno, se destinaron 1,22 horas por cada usuario durante los 6 meses de internado.

Podemos decir luego de analizar los datos obtenidos en cuanto a productividad del interno, que el impacto generado es positivo, ya que pudimos contabilizar en la mayoría de los casos las variables determinadas para evaluar dicho impacto, según los pasos determinados por Avedis Donabedian.

En lo que refiere a los **resultados** del proyecto podemos señalar que, de acuerdo a los datos analizados se observa que 388 usuarios presentaron lactancia materna exclusiva, 407 alimentación adecuada para la edad y 209 de estos presentaron una alimentación adecuada luego de la intervención de enfermería; la policlínica J obtuvo mayor impacto en cuanto a lactancia materna exclusiva con un total de 86,1%, mientras que la policlínica B obtuvo un total de 91,2% en alimentación adecuada para la edad y la policlínica H la cual presentó mayor número de usuarios con alimentación adecuada luego de la intervención de enfermería con un 70%. Estos datos nos dicen que se logró un alto porcentaje de niños que se alimentan adecuadamente, lo que nos indica su favorable estado de salud, fundamental para favorecer así su egreso del proyecto.

Se considera de importancia el indicador "Alimentación" ya que este es fundamental en el crecimiento y desarrollo del niño, cabe destacar la falta de datos en algunas de estas categorías de algunas policlínicas, lo cual dificulta el análisis completo de las mismas.

En lo que respecta a riesgo de desnutrición y grados de desnutrición se puede analizar que del total de policlínicas, mayoritariamente presentan usuarios con desnutrición grado I siendo un total de 307, en segundo lugar están los usuarios que presentan riesgo de desnutrición, siendo estos un total de 223, seguido por desnutrición grado II (58 usuarios) y por último grado III (2 usuarios). La policlínica con mayor porcentaje de usuarios con riesgo de desnutrición es la H con un 50% del total de su población, y la policlínica E presentó un 18% siendo esta la de menor valor.

Respecto a la desnutrición grado I encontramos que la policlínica E presentó el mayor porcentaje de usuarios (74%) mientras que el menor porcentaje lo presentó la policlínica J (32%), sin embargo esta última presentó el mayor porcentaje de usuarios con grado de desnutrición II (29%).

En las policlínicas F y J se registraron los únicos casos de desnutrición severa grado III (correspondiendo a un 2,2% y 1,4% respectivamente), teniendo como contrapartida un bajo nivel de desnutrición grado II (2,2%) la policlínica F.

Los datos de la policlínica C no corresponden con el total de la población, por lo que no es tomada en cuenta para el análisis de esta variable.

Los motivos de egreso de los usuarios en las diferentes policlínicas dentro del proyecto, fue en su totalidad por encontrarse los mismos por encima del percentil 20, dado que esta variable es excluyente.

La policlínica con mayor porcentaje de usuarios egresados por encima del percentil 20, fue la policlínica A con 61,5 % (8 usuarios), siendo esta también la que presentó mayor porcentaje de usuarios que egresaron del proyecto dado al cambio de mutualista con un 30,8% (4 usuarios), seguido por la policlínica G que presentó 38% (19 usuarios) por encima del percentil 20 y un 6% (3 usuarios) egresaron por cambio de mutualista. En cuanto a la evolución de peso se observa una tendencia al aumento en la mayoría de las policlínicas destacándose la policlínica D con un 95,6% (22 usuarios), siendo también la que presenta uno de los menores porcentajes de usuarios que bajan de peso 4,4% (1 usuario), no presentando usuarios que mantengan su peso. Las policlínicas que presentan usuarios que mantienen su peso son C, G y J correspondiendo a 59,1% (26 usuarios), 70% (35 usuarios) y 59,7% (43 usuarios) consecutivamente.

En cuanto a porcentaje de usuarios que bajan de peso la policlínica A presenta un 23,1% (3 usuarios) siendo este valor relevante en cuanto a la cantidad de usuarios que presenta, pero la policlínica J es la que presenta mayor cantidad de usuarios (11) 15,3% del total. Observándose que esta policlínica en cuanto a su evolución de peso no tuvo un aumento considerable dado que la mayoría de la población mantuvo su peso.

En estas graficas podemos observar que la fluctuación en el aumento y la disminución del peso de los usuarios, se ve reflejado en la variable mantención del peso ponderal de los mismos.

Respecto a las inmunizaciones las presentan completas la mayoría de las policlínicas a excepción de las policlínicas D 8,7% (2 usuarios) e I 5,7% (10 usuarios), lo que muestra un seguimiento y correcto control de las mismas por parte de enfermería ya que este es un factor de suma importancia para la prevención de enfermedades que pueden agravar la desnutrición. En lo que respecta a procesos mórbidos las policlínicas con mayor porcentaje son: D con 73.9% (17 usuarios), C con 65.9% (29 usuarios), H con 60% (36 usuarios). Se evidencia un número importante de niños que presentan procesos mórbidos; estos procesos pueden haber desencadenado la desnutrición o de otro modo causar complicaciones en dichos niños. Ante estos problemas el interno trabajó con el fin de evitar complicaciones y mejorar el estado de salud del niño; para ello realizó visitas domiciliarias, actividades educativas, coordinaciones, etc.

El internado lleva una carga horaria de 720 horas, de las cuales fueron destinadas 1.22 horas por cada usuarios.

## **CONCLUSIÓN**

Como equipo podemos concluir el logro de los objetivos planteados.

Consideramos relevante la aplicación de este proyecto. Haciendo hincapié en las policlínicas F y J, las cuales presentan usuarios con grado de desnutrición III; en Policlínica I la cual presenta mayor cantidad de usuarios incluidos en el proyecto.

Aconsejando la aplicación de las estrategias implementadas en la policlínica H la cual presento mayor número de usuarios con alimentación adecuada luego de la intervención de enfermería, la de la policlínica D la cual evidencia mayor tendencia al incremento de peso, y la policlínica A que presenta mayor porcentaje de usuarios egresados por encima del percentil 20, en el período durante la gestión del interno.

Se observa que las policlínicas no se destacan individualmente en forma pronunciada.

El motivo de esto puede ser asignado a la diferencia de población incluida en el proyecto de cada policlínica, el sub registro por parte del interno, y la posible diferencia de criterios al priorizar, aunque todos utilizaron las mismas guías como síntesis de gestión. Esta variabilidad no hizo fácil el análisis y la comparación entre las mismas.

Esto nos lleva a la dificultad que se nos presenta al momento de evaluar el impacto de la gestión del interno en cada policlínica, los recursos materiales con los que contó cada interno en cada policlínica es diferente, así como ya nombramos, la diferencia de criterios que tomo cada uno al momento de tabular los datos obtenidos durante su experiencia.



Se concluye que la gestión realizada por el interno de enfermería, ha logrado un impacto positivo en la población, basándonos en los resultados de las variables utilizadas en la investigación; a través de las funciones que enfermería profesional desarrolla con las herramientas de la consulta de enfermería y la visita domiciliaria, entre otras.

El éxito del proyecto se obtuvo mediante el monitoreo y seguimiento de la población vulnerable, evidenciado a través de la gestión del interno demostrada por un elevado número de inmunizaciones completas, egresos por encima del percentil 20, alimentación adecuada; los cuales contribuyen a la calidad del servicio.

#### **SUGERENCIAS**

- Entendemos necesaria la continuidad de dicha investigación dada la relevancia de brindar cuidados enfermeros de calidad a la población más vulnerable.
  - Para eventuales investigaciones creemos conveniente que se realice un fortalecimiento de la importancia del adecuado uso de los sistemas de registros
  - orientado con criterio unificador, de cómo y cuales son los datos necesarios para el registro de las guías a utilizar proporcionadas por la Cátedra de Administración de los Servicios de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Bacigalupe, A. Esnaola, S. Calderón, C. Zuazagoitia, J. y Aldasoro, E. "La evaluación de impacto sobre la salud :una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias"

Ballesteros.H; Vitancur.A. "Bases científicas de la Administración", Montevideo, Uruguay. Editorial Interamericana.

Cuesta Gómez A, Moreno Ruiz J.A, Gutiérrez Martí R. "Calidad de la Asistencia Hospitalaria". Doyma S.A. España 1986.

"Diccionario de Medicina", Editorial Océano Mosby. 4ª Edición. España.

Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería. Estrategias para su aplicación. Autores: Ortega y Suarez. Editorial médica Panamericana S.AA DE C.V., México, 2006

Meneghello J."Pediatria", Volumen I, Tercera Edición, Editorial Universitaria, Chile, 1988.

Ortega, Suárez. "Manual de Evaluación del Servicio e Calidad en Enfermería. Estrategias para su aplicación."Editorial médica Panamericana S.AA DE C.V., México, 2006

*Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Cátedra de Administración de Servicios de Salud*

Pineda E, Alvarado E. *"Metodología de la investigación", Tercera Edición,*  
*Editorial Paltex, Washington, EEUU, 2008.*

Santana, S. Verde, J. Cabrera, A. *"Formados para un Nuevo Modelo.  
Experiencias de Gestión Asistencial."* Editorial Dourteau; Montevideo,  
Uruguay; Setiembre 2006.

[http://www.unicef.org/spanish/statistics/index\\_24304.html](http://www.unicef.org/spanish/statistics/index_24304.html)

<http://www.cubava.cu/cuida/envejecer.html>

[http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis\\_part2.pdf](http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis_part2.pdf)

[http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/catalogo/  
pdf/didactic.pdf](http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/catalogo/pdf/didactic.pdf)

[www.scielo.br/pdf/rae/v6n3/13892.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rae/v6n3/13892.pdf)

[http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v23n1/13\\_politica.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v23n1/13_politica.pdf)

<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v105n3/v105n3a04.pdf>

<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a05.pdf>

<http://www.ces.edu.co/Descargas/Evaluaciondeimpacto.pdf>

[http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05\\_6/491.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_6/491.pdf)

<http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v24n2/v24n2a03.pdf>

[http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis\\_part2.pdf](http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis_part2.pdf)

*Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Cátedra de Administración de Servicios de Salud*

# **ANEXOS**

*Trabajo Final de Investigación*

## ANEXO 1

### MARCO TEÓRICO

El programa internado esta concebido como un modulo integrador de los contenidos académicos obtenidos en los ciclos anteriores, con el objetivo de permitir una instancia integradora que le permite a la institución, la formación de un profesional involucrado con la realidad, capaz de realizarla y transformarla a través de un desempeño crítico-científico, el producto de este proceso, será la consecución de un mejor nivel científico de la atención, lo que significa mejorar la calidad de la prestación de los servicios de Enfermería. Entendemos por enfermería que, "es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano y continuo, interpersonal, educativo y terapéutico, en los diferentes niveles de atención"<sup>6</sup>. Considerando el perfil del interno mediremos posteriormente el Impacto que se define como: "Situación que produce un conjunto de cambios significativos y duraderos, positivos o negativos, previstos o imprevistos, en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad"<sup>7</sup>.

En ese proceso de gestión, el impacto debe ser medido o evaluado. Esto significa medir los resultados de las intervenciones en cantidad, calidad y extensión según las reglas preestablecidas. Abarca todos los efectos de la planificación y la ejecución: específicos y globales, intencionales o no; positivos, negativos o neutros; directos o indirectos.

Evaluaremos el impacto teniendo en cuenta la corriente de calidad de Avedis Donabedian<sup>8</sup>, este considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención.

Al tratar específicamente el tema de la atención a la salud, Donabedian (1966) introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado, que hoy en día son los dominantes de la evaluación de la calidad en estos servicios. Según su concepto unificador, la calidad consiste en proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar.

El impacto de un programa en una realidad puede medirse a través de:

Proceso:

Se refiere a la productividad, al número de productos que se obtienen con una cantidad de insumos en un período de tiempo.

Esto se traduce en los programas por indicadores como: N° de visitas domiciliarias, N° de consultas de enfermería, N° de actividades educativas, N° de contactos telefónicos, N° de coordinaciones realizadas.

Resultado:

Se traduce a través de logros en el alcance de objetivos y metas establecidas por los internos de los diferentes servicios.

6 Plan de estudios 1993. I.N.D.E

7Santana, S. Verde, J. Cabrera, A. "Formados para un Nuevo Modelo. Experiencias de Gestión Asistencial." - Capítulo IV. Editorial Dourleau; Montevideo, Uruguay, Setiembre 2006.

8 [http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis\\_parte2.pdf](http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis_parte2.pdf)

Para lograr una atención de calidad el interno abordara la población desde el área de enfermería e interdisciplinariamente con el equipo de salud, entendiendo como equipo de salud a la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la Atención Primaria en Salud (APS) en el seno de una comunidad determinada. A nivel mundial se considera de suma importancia la mejora de las condiciones de vida, para ello las Naciones Unidas (UN) en el año 2000 crea los objetivos del desarrollo del milenio, estableciendo objetivos y metas con un plazo específico y cuantificados, destinados a combatir la pobreza en sus numerosas dimensiones, entre ellas la reducción de la pobreza de ingresos, el hambre, la enfermedad, la degradación del medio ambiente y la discriminación entre los géneros.

Los ODM incluyen 8 objetivos, 21 metas y 60 indicadores para medir los progresos entre 1990 y 2015, que es cuando se espera que se alcancen los objetivos.

Para lograr satisfacer las necesidades de la población surgen los programas que se caracterizan por ser un conjunto de actividades realizadas mediante técnicas y procedimientos bien definidos, cumplidos en plazos y áreas, con recursos calificados y cuantificados para alcanzar propósitos, objetivos y metas previamente establecidos<sup>9</sup>.

Dentro de estos programas se desarrollan proyectos, como lo es el de "Atención integral de Enfermería a usuarios de 0 a 6 años con bajo peso y grados de desnutrición", llevado adelante por internos de Licenciatura en Enfermería.

Teniendo en cuenta lo anterior, exploraremos a continuación la importancia de la alimentación para un correcto crecimiento del niño, ya que es indispensable contar con el aporte de una dieta adecuada en cuanto a calidad, cantidad y proporción armónica de sus componentes<sup>10</sup>.

El riesgo nutricional es la probabilidad de padecer enfermedad o complicaciones médicas en el tratamiento, relacionadas con la nutrición.

Algunos hábitos alimentarios y ciertas actitudes suponen un riesgo para la salud. Mediante la evaluación y posterior modificación de dichas situaciones o riesgos se puede reducir la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, continuamos definiendo a la desnutrición como el aporte insuficiente de nutrientes, la cual en función del tiempo, lleva a una pérdida de peso y talla en relación con la edad. Las causas de la desnutrición son multifactoriales.

---

<sup>9</sup>Ander Egg, Pineda E, Alvarado E. *Metodología de la investigación*, Tercera Edición, Editorial Paxtex, Washington, EEUU, 2008.

<sup>10</sup>Meneghello J. *Pediatría*, Volumen I, Tercera Edición, Editorial Universitaria, Chile, 1988.

## ANEXO 2

### Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

#### Panorama general

En septiembre de 2000, 189 países firmaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas [A/RES/55/2], en la que se comprometían a erradicar la pobreza extrema en todas sus formas para 2015. Con el fin de contribuir a registrar los progresos hacia estos compromisos, se establecieron una serie de objetivos y metas con un plazo específico y cuantificados, denominados los Objetivos de Desarrollo del Milenio, destinados a combatir la pobreza en sus numerosas dimensiones, entre ellas la reducción de la pobreza de ingresos, el hambre, la enfermedad, la degradación del medio ambiente y la discriminación entre los géneros.

#### Acerca de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) incluyen 8 objetivos, 21 metas y 60 indicadores para medir los progresos entre 1990 y 2015, cuando se espera que se alcancen los objetivos. En la tabla que aparece más abajo se describen los objetivos, las metas y los indicadores incluidos en los ODM.

### Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM)

Objetivos y metas	Indicadores para el seguimiento de los progresos
<b>Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre</b>	
Meta 1.A Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	1.1 Proporción de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA (paridad del poder adquisitivo) por día 1.2 Coeficiente de la brecha de pobreza 1.3 Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población
Meta 1.B Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes	1.4 Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada 1.5 Relación empleo-población 1.6 Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1 dólar PPA por día 1.7 Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar
Meta 1.C Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	1.8 Proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal 1.9 Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
<b>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal</b>	
Meta 2.A Asegurar que, para el año 2015, los	2.1 Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria

*Trabajo Final de Investigación*

- niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria
- Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer**
- Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años**
- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna**
- Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
- Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades**
- Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA
- Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten
- Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**
- Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir en la pérdida de recursos del medio ambiente
- 2.2 Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado de enseñanza primaria
- 2.3 Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años, mujeres y hombres
- 3.1 Relación entre niñas y niños en la enseñanza primaria, secundaria y superior
- 3.2 Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola
- 3.3 Proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales
- 4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
- 4.2 Tasa de mortalidad infantil
- 4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
- 5.1 Tasa de mortalidad materna
- 5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
- 5.3 Tasa de uso de anticonceptivos
- 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes
- 5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)
- 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar
- 6.1 Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años
- 6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo
- 6.3 Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA
- 6.4 Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años
- 6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales
- 6.6 Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo
- 6.7 Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida
- 6.8 Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo
- 6.9 Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis
- 6.10 Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa
- 7.1 Proporción de la superficie cubierta por bosques
- 7.2 Emisiones de dióxido de carbono (total, per cápita y por cada dólar PPA del PIB)
- 7.3 Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono



	ambiente	7.4 Proporción de poblaciones de peces que están dentro de límites biológicos seguros 7.5 Proporción del total de recursos hídricos utilizada
Meta 7.B	Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida	7.6 Proporción de las áreas terrestres y marinas protegidas 7.7 Proporción de especies en peligro de extinción
Meta 7.C	Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	7.8 Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable 7.9 Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados
Meta 7.D	Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	7.10 Proporción de la población urbana que vive en tugurios
<b>Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo</b>		
Meta 8.A	Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en los planos nacional e internacional	<i>El seguimiento de algunos de los indicadores mencionados a continuación se efectuará por separado para los países menos adelantados, los países africanos, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo</i>
Meta 8.B	Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza	<b>Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)</b> 8.1 AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE 8.2 Proporción de la AOD total bilateral y por sectores que los donantes del CAD de la OCDE destinan a servicios sociales básicos (enseñanza básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento) 8.3 Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada 8.4 AOD recibida por los países en desarrollo sin litoral como proporción de su ingreso nacional bruto 8.5 AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo como proporción de su ingreso nacional bruto
Meta 8.C	Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General)	<b>Acceso a los mercados</b> 8.6 Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y países menos adelantados, admitidas libres de derechos 8.7 Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles, y a las prendas de vestir procedentes de países en desarrollo 8.8 Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE como porcentaje de su producto interno bruto 8.9 Proporción de la AOD destinada a fomentar la capacidad comercial
Meta 8.D	Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo	<b>Sostenibilidad de la deuda</b> 8.10 Número total de países que han alcanzado el punto de decisión y número total de países que han alcanzado el punto de culminación en la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) (acumulativo)

	8.11 Alivio de la deuda comprometido conforme a la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados y la Iniciativa para el alivio de la
Meta 8.F En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles	8.13 Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles
Meta 8.F En colaboración con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones	8.14 Líneas de teléfono fijo por cada 100 habitantes 8.15 Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes 8.16 Usuarios de Internet por cada 100 habitantes

#### Vigente a partir de 15 de enero de 2008

El texto en negrita se refiere a los indicadores para los cuales UNICEF es la agencia líder en el seguimiento de los OMD.

Para el seguimiento de las tendencias de la pobreza en los países, se debería utilizar indicadores basados en las líneas nacionales de pobreza, si se dispone de ellos.

En la práctica, la proporción de personas que viven en tugurios se calcula a partir de un indicador indirecto, que representa la población urbana cuyo hogar presenta al menos una de las siguientes cuatro características: a) falta de acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua; b) falta de acceso a mejores servicios de saneamiento; c) hacinamiento (3 o más personas por habitación); y d) viviendas construidas con materiales precarios.

### **ANEXO 3**

#### **El IDH combina indicadores en materia de educación, salud y acceso a los recursos**

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) referido a Uruguay expresa indicadores cualitativamente muy diferentes: por el lado de la salud y la educación, puede decirse que los niveles son todavía aceptables, pero no sucede lo mismo en referencia al acceso a los recursos.

Para medir los logros de una sociedad se estableció el IDH que busca cuantificar y combinar los logros promedios que alcanza un país para alcanzar una vida larga y saludable (salud), adquirir conocimientos útiles (educación) y contar con los recursos para disfrutar de un nivel de vida decoroso (acceso a recursos).

El trabajo está fechado en 2008, y continúa la serie iniciada en 1999 ("Desarrollo humano en Uruguay") y seguida en 2001 ("Inserción internacional, empleo y desarrollo humano") y en 2005 ("Uruguay hacia una estrategia de desarrollo basada en el conocimiento").

Pese a ser considerado todavía como un país de alto IDH, Uruguay enfrenta problemas como el deterioro de sus niveles de bienestar y creciente insatisfacción de las expectativas.

Los datos permiten comprobar las diferencias que expresa cada una de las tres dimensiones medidas, y si bien en materia de educación y salud "los indicadores resultan elevados en relación a su nivel de producto por habitante, desde la primera medición en 1990 hasta hoy, Uruguay ha perdido posiciones y el crecimiento de su desarrollo humano prácticamente se ha estancado". Uruguay se ubica tercero en América Latina en cuanto a desarrollo humano, pero al igual que sus vecinos enfrenta el deterioro del estado de bienestar y la creciente insatisfacción de las expectativas. El país está en el lugar 46 del mundo en cuanto a desarrollo humano y ocupa el tercer puesto en América Latina, superado por Chile y Argentina.

Al igual que el resto de América Latina, los logros más destacados del país se registran en la esfera de la educación, mientras que las mayores dificultades se concentran en el acceso a recursos, representado mediante el PIB per capita. A comienzos de esta década, Uruguay se situaba en el lugar 40, pero luego de la crisis de 2002 bajó seis posiciones, recuperó tres en el 2004 y las volvió a perder en el 2005.

El informe sobre desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo indica que Uruguay es un país de desarrollo humano alto, cuyo desempeño se ubica claramente por encima del promedio de la región y de los países en desarrollo.

Pero, a diferencia de la mayoría de los países con alto desarrollo humano, en Uruguay las distancias entre los valores alcanzados en cada dimensión (educación, salud y acceso a recursos) son más pronunciadas.

Los logros en educación y salud destacan. Sin embargo desde 1990 el país "ha perdido posiciones y el crecimiento de su desarrollo humano prácticamente se ha estancado", por lo que bajó en el ranking mundial. La alfabetización de adultos es de los logros más importantes en el país, sólo superado por Cuba, aunque el 1,8% de la población adulta no cumplió el ciclo básico (nueve años de educación formal), el 22,9% aprobó entre nueve y once años y sólo el 25% finalizó la enseñanza media o cursó estudios terciarios. La proporción de jóvenes con menos de nueve años de educación se redujo de 41% a 35% y la retención de los estudiantes en la enseñanza media sigue siendo un problema central. La enseñanza terciaria presentó un marcado aumento en la década del 90 y a partir de entonces se estancó. "Este fenómeno, aunado a la situación en el ciclo medio, podría implicar que en los próximos años no se logrará aumentar significativamente los niveles educativos de la población adulta", dice el informe del PNUD. El informe señala que en la salud los logros son dispares. La tasa de mortalidad infantil descendió paulatinamente desde 1986, con un leve aumento entre 2006 y 2007, pero en ese indicador Uruguay fue superado por varios países de la región. El acceso a los servicios de salud alcanza a más del 90% de la población, sin embargo la brecha de calidad entre el sistema privado y el público se reforzó en los últimos años.

Recursos: En cuanto al acceso a los recursos, "la pauta de crecimiento no ha estado orientada a mejorar la situación de los más pobres, en términos de acortar la brecha de desigualdad entre los sectores de ingreso". Si bien la pobreza descendió entre 1986 y 1994, a partir de allí comenzó a aumentar, expresa el informe. Añade que la recuperación económica iniciada a mediados de 2003, no se hizo visible en la evolución de los ingresos de los hogares hasta fines de 2005. Recién en 2006 se detectó una reducción significativa de la indigencia y de la incidencia e intensidad de la pobreza.

#### ANEXO 4

POLICLINICAS	LUGAR
Policlínica A	Constitución, Salto.
Policlínica B	Municipal 2, Paysandú.
Policlínica C	Pintadito, Artigas.
Policlínica D	Norte, Paysandú.
Policlínica E	Purificación 3, Paysandú.
Policlínica F	Cerro del Ejido, Artigas.
Policlínica G	UBA Nº 7.
Policlínica H	Ayui, artigas.
Policlínica I	UBA Nº 1, Salto
Policlínica J	Nueva York, Paysandú.

#### ANEXO 5

### PROGRAMA INTERNADO

#### Introducción.

El programa internado esta concebido como un modulo integrador de los contenidos académicos obtenidos en los ciclos anteriores.

Nace como estrategia en el nuevo plan de estudios, con el objetivo de permitir una instancia integradora que le permite a la institución, la formación de un profesional involucrado con la realidad, capaz de realizarla y transformarla a través de un desempeño crítico-científico.

En este sentido, puede incorporarse a los cuadros de enfermería de cualquiera de las instituciones prestadoras de servicios en carácter de interno, con responsabilidades profesionales supervisadas por Licenciados en Enfermería Docentes y Asistenciales.

La experiencia deberá insertarse en convenios interinstitucionales que den marco a la producción de acciones de salud así como al proceso educacional. En contrapartida, el producto de este proceso, será la consecución de un mejor nivel científico de la atención, lo que significa mejorar la calidad de la prestación de los servicios de Enfermería por la necesaria integración teórico-practica, así como la incorporación de la Investigación que todo interno de enfermería deberá realizar en coordinación con la Institución Asistencial y Docente.

**Propósitos del Internado:**

- Fortalecer el aprendizaje teórico-práctico del Interno de Enfermería en la práctica profesional, ubicándolo en situaciones concretas que le permitan iniciarlo en el quehacer profesional.
- Proporcionar experiencias clínicas que permitan complementar los conocimientos, habilidades y destrezas del Interno para su futuro desempeño profesional.
- Reforzar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas por los estudiantes, en los años de formación para consolidarlos, previo a su actuación profesional.
- Promover la participación del interno en las áreas de atención comunitaria y hospitalaria, en el área pública y privada.
- Incentivar en el interno el sentido de responsabilidad humana y social en el ámbito profesional, al desarrollar las actividades de atención integral a usuarios sanos, enfermos, familia y comunidad.
- Desarrollar actividades de enseñanza e investigación en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los Internos, con el fin de prepararlos integralmente para el desarrollo de sus funciones futuras.
- Participar en la optimización de la calidad de atención de enfermería en los servicios de salud.
- Proporcionar el desarrollo de las acciones de salud en equipos multiprofesionales y de enfermería, estimulando el desarrollo científico-tecnológico de sus integrantes.
- Participar en programas de educación a trabajadores y estudiantes de enfermería, así como en Programas dirigidos al usuario y su familia.

**Requisitos generales**

1) **Del programa de Internado**

Se denomina Internado al período curricular de ejercicio pre profesional cuya duración será de un semestre y sin cuya aprobación no podrá el estudiante del INDE, acceder al título de Licenciado en Enfermería.

Podrá desarrollarse en las Instituciones en las cuales se tenga convenio y/o en todas aquellas con las que se puedan firmar preacuerdos que den marco a la propuesta. Las mismas podrán ser públicas o privadas, en capital o Interior del país.

Las áreas clínicas corresponderán a:

- En las instituciones hospitalarias, se desarrollara en unidades de organización simple, con una población definida.
- En el primer nivel de atención, el Internado, podrá desarrollarse en Centros de Salud, policlínicas zonales, en Montevideo y/o Interior del país. Dentro de las Instituciones Hospitalarias, insertos en la consulta externa, en un programa o subprograma.

- La realización del Internado en áreas de cuidados intensivos o de alta especialización serán en carácter de excepcionalidad y bajo estricta supervisión de enfermería profesional del área asistencial.
- El tamaño poblacional en cualquiera de las áreas será definido de acuerdo al programa.

El Internado tendrá carácter remunerado, el monto será el determinado por las partes, las excepciones estarán previstas en el Decreto General del Internado.

## 2) Del Interno del INDE

INTERNO es el estudiante del Instituto Nacional de Enfermería, que tiene cursado y aprobado todas las materias integradas e independientes del primero, segundo y tercer ciclo, estando en condiciones de cursar el cuarto ciclo correspondiente al INTERNADO.

La provisión de cargos de Internos será realizada por el INDE, quien establecerá la nómina, de acuerdo al resultado del proceso de concurso. El orden de procedencia establecido por el concurso, le dará al Interno la posibilidad de elección de las plazas de internado. Siempre existirá un número de plazas de internado que garantice la continuación y finalización de la carrera de Licenciatura.

En caso que haya más cargos vacantes, que postulantes y suplencias, la Institución podrá optar por mantener el excedente de los cargos destinados a prorrogar a los Internos del periodo anterior, por un plazo no mayor al establecido en la ordenanza de pasantías de la Universidad de la República.

## 3) Del recurso docente asistencial.

La cátedra de Administración del INDE, tendrá la responsabilidad del desarrollo del Programa Internado, de acuerdo al marco normativo Interinstitucional y el perfil del interno.

El servicio asistencial actuará en coordinación con la Institución formadora a través de un Docente Asistencial local designado a tal fin.

Todas las Instituciones Asistenciales deberán contar con una estructura mínima: Jefatura y supervisión de Enfermería que garanticen el desarrollo del programa.

La Institución formadora (INDE), garantizará la realización de cursos de formación para todas aquellas Licenciadas Enfermeras involucradas con el desarrollo del programa.

La Institución formadora garantizará dos plazas para las Instituciones Asistenciales, en todos los cursos de formación permanente, especialidades, Maestrías y Doctorados, como contrapartida al apoyo del programa de Internado.

4) A los efectos de la duración

El programa internado se desarrollara durante el año escolar, dividido en dos semestres.

El ejercicio del cargo será parte de la actividad curricular, deberá cumplir con el programa y alcanzar el perfil del Interno. No podrá usufructuar licencias por ningún concepto, las inasistencias se admitirán de acuerdo a lo establecido en el plan 93.

La suspensión del desarrollo del programa admitirá solamente las causas establecidas en el decreto de pasantías de la Universidad de la República. El interno de enfermería realizará 30 horas semanales, deberá ajustarse a las normativas de la Institución, en tanto a horarios y disposiciones internas, en acuerdo con la Institución formadora.

5) De la evaluación.

La evaluación y acreditación se realizará a través del alcance del perfil, por parte de cada estudiante valorado por:

Jefe y Supervisor de enfermería de la Institución Asistencial responsable del Interno.

Docente del INDE, local y/o central, quien deberá seguir la evaluación del estudiante, a través de:

- Visitas de enfermería.
- Participación en las instancias de seminario obligatorias.
- Tutorías programadas para el estudiante.
- Trabajo final, de su proceso asistencial, educativo y de investigación.
- La evaluación final se realizará entre la Institución formadora y la Institución Asistencial y su aprobación se calificara con puntaje y nota, siendo el mínimo de aprobación la calificación de 06 – BUENO.

**PERFIL DEL INTERNO**

- Aplicar el proceso administrativo en una unidad de enfermería o programa, dispuesta para atender una población limitada en número y complejidad, con los recursos acordes al programa.
- Realizar el diagnóstico primario de la unidad o programa que administra, incluyendo: Situación de salud de la población a su cargo, recursos que dispone (materiales, humanos, tiempo, financieros), dinámica de trabajo, resultado de la atención ofrecida.
- Realizar un proyecto de trabajo dirigido a la reorganización estandarizada de la asistencia de la población bajo su responsabilidad, en concordancia con los recursos materiales disponibles y el equipo de enfermería destinado a la unidad.



- Asume el rol codirigente del equipo de enfermería, bajo las normativas Institucionales establecidas, favoreciendo la participación del usuario y su núcleo familiar, así como la integración del personal de la unidad.
- Realiza asistencia personalizada, aplicando el plan de atención, de acuerdo a los recursos disponibles, en el marco de los programas definidos.
- Realiza actividades de coordinación para el funcionamiento de la unidad, intra e intersectorial.
- Conoce y aplica la normativa Institucional, dentro del área de su responsabilidad.
- Busca mecanismos de comunicación que favorezcan el trabajo interdisciplinario desde su rol profesional.
- Representa el equipo de enfermería operativo ante la organización de enfermería, en la medida que compete a su rol, por la administración del área asignada.
- Participa en el abordaje de situaciones de carácter jurídico legal, conjuntamente con la Licenciada del servicio, según su competencia, en acciones propias del equipo de enfermería.

## **ANEXO 6**

### **LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOBRE LA SALUD: UNA HERRAMIENTA PARA INCORPORAR LA SALUD EN LAS INTERVENCIONES NO SANITARIAS**

#### **Resumen**

Las intervenciones que se realizan desde las administraciones públicas, muy a menudo tienen que ver con los determinantes de la salud. La evaluación del impacto en la salud (EIS) se utiliza como una herramienta predictiva para incorporar la salud en las políticas públicas no sanitarias. En este trabajo se definen la EIS y sus métodos, procedimientos y aplicaciones, y se discuten las oportunidades y los retos que plantea. La realización de una EIS implica estudiar la intervención, caracterizar la población objeto de la intervención y, mediante la combinación de evidencias cuantitativas y cualitativas, estimar sus impactos potenciales sobre la salud. La EIS se ha ido extendiendo a múltiples sectores (transportes, regeneración urbana, cultura, desarrollo energético, etc.), en ámbitos diversos (local, nacional, europeo) y en numerosos países. A pesar de su escaso uso en España, la EIS permite incorporar la salud en la toma de decisiones de las políticas sectoriales, teniendo en cuenta las desigualdades sociales en salud, y desarrollar así políticas públicas más saludables y equitativas. Por otra parte, se trata de una herramienta en pleno desarrollo metodológico, cuya aplicación se ve dificultada por el predominio de la visión biomédica reduccionista de los determinantes de la salud, y por la dificultad de trabajar con enfoques multisectoriales y participativos en las actuaciones del ámbito público.

Palabras clave: Evaluación del impacto en la salud, Desigualdades en salud Factores socio-económicos, Política de salud.

## IMPACTO DE LAS BACTERIEMIAS NOSOCOMIALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

### RESUMEN

**Introducción.** Las infecciones nosocomiales tienen un alto impacto en la mortalidad y morbilidad de los neonatos.

La implementación de un programa de vigilancia epidemiológica continua es fundamental en su prevención y control. Los objetivos propuestos fueron:

- 1) establecer un sistema de vigilancia por componentes
- 2) ajustar un diagnóstico de situación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
- 3) analizar las bacteriemias
- 4) estudiar el impacto de la mortalidad de las bacteriemias y sus factores de riesgo.

**Población, material y métodos.**

Se estudiaron en forma prospectiva, desde abril de 1995 hasta noviembre de 2001, todos los neonatos con infección hospitalaria, especialmente las bacteriemias, de acuerdo con los criterios del NNISS.

Se diseñó un modelo analítico de cohorte para la vigilancia epidemiológica y un diseño analítico de casos y controles para el análisis de la mortalidad y sus factores de riesgo. Se usó el Epi6 v6.1 y el SSPS para el análisis estadístico.

**Resultados.** No se observaron cambios en las tasas de infección hospitalaria en los primeros cuatro años de estudio (1995: 14,5%; 1996: 14,9%; 1997: 14,5%; 1998: 12,4%), con un descenso significativo en los últimos tres (1999: 5%; 2000: 10,2%; 2001: 10,8%) ( $p=0,00006$ ). Se analizaron 332 episodios, 39% (128/332) fueron bacteriemias, de las cuales sólo 43 (34%) se asociaron a catéteres.

Desde 1996, las tasas de bacteriemias asociadas a catéter disminuyeron significativamente (1995: 15,8%; 1996: 6,2%; 1997: 5,8%; 1998: 2,8%; 1999: 1,5%; 2000: 4,3%; 2001: 4,6%) ( $p=0,011$ ). También decrecieron en forma significativa las bacteriemias no asociadas a catéter (1995: 4,4%; 1996: 3,7%; 1997: 5,8%; 1998: 3,4%; 1999: 1%; 2000: 1,8%; 2001: 1,3%) ( $p<0,001$ ).

Los gérmenes prevalentes en las bacteriemias asociadas a catéter fueron el *staphylococcus coagulasa negativo* y *Candida* spp. En las no asociadas a catéter fue la *Klebsiella pneumoniae*.

La mortalidad de las bacteriemias fue de 21,3%. El riesgo atribuible a ellas es de 50% con respecto a la mortalidad de la Unidad.

Los factores de riesgo asociados a la mortalidad fueron la infección por *K. pneumoniae* ( $p=0,04$ ) y por bacilos gramnegativos ( $p=0,05$ ) tanto en el análisis univariado como en el multivariado.

**Conclusiones.** 39% de las infecciones intrahospitalarias son bacteriemias, la mayoría no asociadas a catéter, con alta mortalidad. El Programa de Vigilancia y Control de las Infecciones hospitalarias fue efectivo para disminuir su incidencia.

**Palabras clave:** bacteriemias nosocomiales, programa de vigilancia, factores de riesgo.

## **LACTANCIA MATERNA: IMPACTO DE LA CONSULTA DE APOYO A LA MADRE QUE TRABAJA**

### **Resumen**

La presente investigación, descriptiva exploratoria, retrospectiva y transversal, pretende responder el siguiente cuestionamiento:  
¿Cuál es el impacto que la Consulta de apoyo a la madre que trabaja, del Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, tiene en la prolongación de la lactancia materna?

La población estudiada la constituyen 82 madres atendidas en la Consulta de apoyo, durante el período de marzo y septiembre de 1995, de las cuales se tomó una muestra de treinta madres. El impacto de esta consulta fue evaluado a través de un instrumento que se aplicó por entrevista dirigida a cada una de las madres. Los datos fueron analizados estadísticamente con el programa estadístico EPIINFO, el método de sobre vida de Kaplan-Meier y el test de Mantel-Haenszel para comparar curvas de sobre vida.

Al analizar los datos se encontró que las madres estudiadas son en su mayoría adultas jóvenes, con pareja estable, primíparas, con un nivel de educación técnico y/o profesional y que se desempeñan mayoritariamente como empleadas de oficina. Tienen una jornada laboral completa, y existe una diferencia significativa entre el sueldo mínimo y el máximo que perciben.

Los resultados de este estudio permiten concluir que las madres lograron una lactancia materna exclusiva y edad de destete ideal. El poder de resolución de la Consulta según las madres resultó satisfactorio. El factor reforzador más significativo en relación al aumento de la probabilidad de continuar amamantando, es el apoyo que recibe la madre después de su reincorporación laboral.

Finalmente la Consulta tiene un buen impacto.

**TÉRMINOS CLAVES:** lactancia, madre trabajadora, factores influyentes, prolongación de la lactancia, destete

## **EVALUACIÓN DE IMPACTO: UN RETO INELUDIBLE PARA LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN JUVENIL** **ERNESTO ABDALA**

El presente artículo aborda el tema de la evaluación del impacto de los programas de capacitación laboral de jóvenes. Aquí se consideran las diversas dimensiones que deben ser consideradas al evaluar este tipo de programa y se presentan alternativas metodológicas para el diseño de este componente, imprescindible a la vez que polémico, de los programas de capacitación laboral juvenil. Ernesto Abdala es consultor de Cinterfor/OIT en temas de formación profesional y juventud.

### **Introducción**

La necesidad de la evaluación: En la búsqueda de la "transparencia"

Hoy se puede constatar que el mundo ha cambiado, y con él, la cantidad y calidad de las competencias, habilidades y destrezas básicas, educativas, actitudinales y comportamentales que son necesarias para acceder a un empleo, y que, por regla general, están ausentes en los mecanismos de socialización de los adolescentes y jóvenes pobres, quienes, además, carecen de redes sociales de apoyo e inserción.

La detección de esta realidad hace más urgente la evaluación lúcida y objetiva de lo hecho hasta ahora en las actividades dirigidas a adolescentes (especialmente mujeres) carenciados y estigmatizados.

En la región, se han desarrollado múltiples iniciativas de capacitación inserción laboral para jóvenes en un amplio abanico de modalidades heterogéneas, desde las elaboradas por las IFP (Instituciones de Formación Profesional), hasta los programas del tipo Chile Joven. El conocimiento interactivo y la posible articulación de ambos modelos colaborarían a esclarecer parte de los interrogantes planteados en las evaluaciones y los seguimientos de estos programas.

En un momento de ajuste económico y de reafirmación de los derechos plenos de la sociedad civil, se torna imprescindible la puesta en marcha de mecanismos de "rendición de cuentas", que consoliden una cultura de evaluación de las acciones implementadas en las áreas de educación, formación y capacitación, tratando de renovar las vías de inversión en capital humano.

En la discusión de « qué es lo público y qué es lo privado », varios autores (Gallart, Ramírez, Ibarrola) sostienen que « público » enmarca las políticas que favorecen a toda la sociedad en defensa del bien común. En este camino, aconsejan que el Estado sea el único responsable de normalizar reglas claras de juego en el diseño global y el desarrollo de los programas.

La información a los responsables de las decisiones, a partir de evaluaciones de buena calidad, cobra destacada magnitud a la hora de dar a luz a este marco regulatorio.

En ese sentido, la evaluación de impacto evita el riesgo de que los programas arranquen siempre de cero precariamente, sin recoger ninguna experiencia anterior, algunas de décadas. Se trata, además, de crear mecanismos de rendición de cuentas.

La evaluación de impacto en un proceso de "rendición de cuentas" a toda la sociedad, permite:

- registrar y analizar todas las experiencias, positivas y negativas, mediante la comparación en el grupo control, sistematizándolas;
- evaluar el contexto socioeconómico y político en que se da la experiencia;
- identificar los actores involucrados y su peso específico en los resultados;
- estudiar la articulación interinstitucional y público/privado;
- ofrecer estudios de costo-beneficio;
- concertar aportes de los técnicos en gestión, mediante la difusión de la información proveniente de la evaluación y su posterior discusión entre todos los responsables de la gestión;
- informar de forma clara y objetiva a los responsables de la toma de decisiones sobre la marcha de los programas; esta retroalimentación promueve el reforzamiento institucional;
- seleccionar qué acciones brindan mayor "valor agregado" a los jóvenes, a las familias y a la sociedad en su conjunto.

## **IMPACTO DE UNA CAMPAÑA ESCOLAR DE PREVENCIÓN DE RIESGOS**

### **RESUMEN**

La prevención de accidentes infantiles, como estrategia dirigida a la posterior prevención de riesgos laborales se ha convertido en un tópico de gran interés por sus ventajas en incidencia, transversalidad y economía, por ello parece interesante la valoración del impacto de este tipo de acciones. En este estudio se presenta la valoración de una campaña de prevención de accidentes infantiles aplicada en la comunidad andaluza, denominada: "Aprende a Crecer con Seguridad". La campaña pretende mejorar la "cultura de la prevención" en la población infantil con la finalidad de que estos conocimientos se generalicen y repercutan en el futuro sobre la prevención de accidentes laborales. Para valorar la campaña se ha empleado un diseño cuasiexperimental pre/post con Grupo Control no equivalente con la aplicación de diversos instrumentos de evaluación elaborados a tal efecto. Los resultados muestran diferencias significativas del Grupo Experimental en conocimientos sobre prevención y en la generalización de estos conocimientos al ámbito laboral. Así mismo, se concluye que en los pueblos grandes y en las capitales los conocimientos sobre riesgos y prevención son superiores a los pueblos pequeños y que los participantes con mayores conocimientos sobre prevención tienen menor tasa de accidentalidad.

**PALABRAS CLAVE:** Prevención de accidentes infantiles, Prevención de riesgos, Acciones educativas, Valoración de una campaña, Campaña de prevención.

### **ANEXO 7**

Citando la definición de Prof. Adj. Josefina Verde el IMPACTO se define como: "Situación que produce un conjunto de cambios significativos y duraderos, positivos o negativos, previstos o imprevistos, en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad.

En ese proceso de gestión, el impacto debe ser medido o evaluado. Esto significa medir los resultados de las intervenciones en cantidad, calidad y extensión según las reglas preestablecidas. Abarca todos los efectos de la planificación y la ejecución: específicos y globales, intencionales o no; positivos, negativos o neutros; directos o indirectos".

### **ANEXO 8**

Calidad Asistencial; Avedis Donabedian

En el año 1966, Donabedian formula su conocida estrategia de evaluación de calidad basada en:

- El análisis de la calidad de los medios (estructura).
- El análisis de la calidad de los métodos (proceso).
- El análisis de la calidad de los resultados alcanzados (resultado).

Luego en 1980 realiza una revisión de estas estrategias comparándolas con su formulación de año 1966 y llega a la conclusión que todas ellas son variaciones de su formulación estructura-proceso-resultado.

Se cree vigente y muy apropiada esta estrategia:

- Análisis de la estructura o valoración de la calidad de los medios.
- Análisis del proceso de valoración de la calidad de los métodos.
- Análisis de los resultados o análisis de la calidad del producto.

#### Análisis de la estructura

Es el método más sencillo y el más antiguo, consistente en el establecimiento de unos baremos (índice, escala) y la comparación de la realidad con éstos. Estos baremos, con niveles y escala de valor, se refieren a los medios materiales (edificio, equipamiento, instalaciones, utilaje) a los medios humanos (índice de personal, dedicación, estructura, porcentaje del personal más cualificado, vinculación, etc.). Y a la estructura organizativa (órganos de gobierno, grado de profesionalidad en los directivos, grado de participación, órganos consultivos, número y operatividad de las comisiones y juntas, etc.). Normalmente, este método exige el establecimiento de la estructura "prototipo" con quien comparar cada hospital, lo que no siempre resulta fácil, ya que cada tipo de hospital exige el correspondiente prototipo. Esto es una condición imprescindible para que el método sirva, para el control de calidad, es que tiene que ser conocido por cada hospital el prototipo que le corresponde, que tiene que estar definido objetiva y numéricamente y además, para cada prototipo tiene que establecerse un baremo.

Es fundamento de este método de control de calidad el que si "los medios son de calidad, el producto o resultado que determinan, también lo será". Los medios de calidad son condición necesaria para un servicio hospitalario de calidad pero no suficiente. Es de gran utilidad para el directivo del hospital, pues le permite fijar los puntos fuertes y débiles, tarea previa y fundamental en el proceso directivo.

#### Análisis del Proceso

A diferencia del método estructural, este es un método dinámico, aunque también indirecto, que pretende analizar lo que el hospital está haciendo, como funciona, en lugar de cómo debería funcionar. Se basa en el análisis de la historia clínica, fundamentalmente, pero también en la observación directa de los métodos de trabajo de médicos y profesionales de la enfermería. Consiste en seleccionar un proceso o un grupo de procesos, (apendicetomías, cirrosis, neumonías, etc.) buscar por muestreo, un grupo de historias clínicas de cada proceso y analizar el método de trabajo seguido para establecer el diagnóstico y el proceso terapéutico. Se requiere como en el caso anterior establecer prototipos que en este método son los protocolos de actuación médica y de enfermería.

Sin ello el análisis de las historias clínicas, además de utilizar criterios que no son conocidos por el resto del equipo y del hospital se basan, se basan en subjetivismos más que en baremos de comparación estándar. Además de los protocolos se precisan también los baremos o escalas de valoración, como etapa previa.

Aparte de analizar la historia clínica, se observan los aspectos fundamentales del trabajo médico y de enfermería de forma directa, como son la visita de enfermos hospitalizados, la consulta externa, o los diferentes trabajos de cuidados de enfermería.

Este método presenta inconvenientes como valorar objetivamente el ejercicio médico y de enfermería, otro inconveniente son las dificultades que supone para la práctica el tenerse que ajustar a "protocolos" establecidos, por ello muchas veces se utilizan requisitos mínimos en lugar de estas opciones.

### Análisis de resultados

Tanto el método estructural como el de proceso, son indirectos, y por lo tanto no garantizan la calidad del servicio que el paciente recibe.

Fundamentalmente, el abordaje del análisis de los resultados pensamos que pueden realizarse por los siguientes procedimientos:

- Encuestas de opinión de los usuarios.
- Indicadores comparativos de las diferentes comunidades científicas).
- Indicadores epidemiológicos en la comunidad receptora.
- Posibilidad de estudios cibernéticos.

Análisis de la opinión del paciente:

Se está introduciendo en los métodos de control de calidad, el grado de satisfacción del paciente, teniendo en la calidad de servicio que el hospital presta al paciente, tal y como este lo percibe, este es un proceso de gestión integrada de la calidad.

Nadie mejor que el paciente para valorar la calidad humana del servicio que presta el hospital, aspecto de la terapéutica, de valor equiparable a los puramente técnicos.

Por ello se plantean la siguiente pregunta: ¿Qué es más importante dar al paciente: lo que el experto dice que le conviene más, o lo que el paciente espera percibir del hospital? La verdad es que las dos cosas son igualmente esenciales, y por atender un aspecto no se puede abandonar el otro.

Uno de los expertos más reconocidos, Avedis Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención. Para ello requiere de recursos humanos, económicos y de infraestructura, con una organización efectiva de los mismos y un sistema gerencial que incluye planificación de actividades, supervisión, evaluación de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de la comunidad.

Al tratar específicamente el tema de la atención a la salud, Donabedian (1966) introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado, que hoy en día son los dominantes de la evaluación de la calidad en estos servicios. Según su concepto unificador, la calidad consiste en proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en todas las partes del proceso de atención, sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes, entre ellos las conocidas máximas: al menos no dañar, usualmente hacer algún bien e idealmente lograr el mayor beneficio. La comisión Interinstitucional de Enfermería define la calidad de los servicios de Enfermería como "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional, competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios", lo cual requiere de una planeación óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro. Las intervenciones seguras tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios y determinan la garantía de calidad del cuidado.

No obstante para que dicha garantía esté implícita en las actividades de enfermería, es necesario desarrollar la denominada gestión para la calidad del cuidado, la cual se basa en una filosofía de cambio que involucra a todos los miembros del servicio mediante el establecimiento de un cuerpo teórico, misión y visión en torno al trabajo, los que han de estar fundamentados en valores que sirva de guía para determinar como se deben otorgar los servicios al usuario o cliente. La gestión tiene como finalidad hacer que la organización funcione de manera paulatina y coherente con respecto a las necesidades y expectativas de sus usuarios, por medio de la mejora continua y sistemática de sus procesos, con la participación creciente de todas las personas de la organización, para ello utiliza indicadores que permiten evaluar los resultados obtenidos.

La garantía de calidad de acuerdo con Donabedian es "el conjunto de arreglos y actividades que tienen como fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención"

Donabedian plantea, además, que la calidad en la atención a la salud comprende dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología de una manera que brinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar por ello sus riesgos; por lo tanto, el grado de calidad está dado por el equilibrio entre riesgo y beneficio. La dimensión interpersonal incluye valores y normas socialmente definidos en la interacción general entre individuos, y también en situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios; esto implica que la calidad interpersonal se mida por el grado de apego a esos valores, normas, expectativas y aspiraciones.

En lo que respecta a los sistemas para evaluar la calidad de la atención,



Donabedian adapta su teoría y utiliza los indicadores de estructura, proceso y resultado. La evaluación de la primera se enfoca al análisis de la configuración física y organizativa que se considera necesaria para proporcionar una asistencia de calidad, es decir incluye los RRHH, materiales y operaciones administrativas; el proceso se refiere a las actividades encaminadas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios, las cuales pueden estratificarse con el fin de identificar las que tienen mayor impacto; finalmente los indicadores de resultado miden los efectos de la atención en el estado de salud de los usuarios; es importante aclarar que dichos indicadores no distinguen entre la efectividad de una terapéutica y la efectividad de la provisión de los servicios asistenciales de calidad, por lo que se considera necesario utilizar indicadores de los tres tipos para realizar una evaluación global de la calidad.

Asimismo la evaluación implica revisar las actividades previas llevadas a cabo por enfermería, con el fin de enfocar las actuales y las futuras desde una perspectiva histórica para adaptarse en forma oportuna y anticipada a los cambios y desafíos que genera el entorno.

La evaluación puede ser de carácter interno o externo. La primera la realiza la misma institución con el propósito de conocer aspectos como nivel de atención y satisfacción de los usuarios externos e internos, establecer estándares comparativos y de hacer un cotejo en relación a otras instituciones; por lo general se basa en el análisis del proceso y su resultado.

### Siete Pilares de calidad

#### **Eficacia**

Eficacia es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables.

La eficacia relativa de las estrategias alternativas de atención se establece a través de la investigación clínica controlada o utilizando un término más moderno, "evaluación de la tecnología". La estrategia más eficaz de manejo clínico que se conoce, establece el límite superior de lo que se puede alcanzar; es la frontera tecnológica. La importancia de este concepto para definir y evaluar la calidad se aprecia de manera más clara si consideramos la efectividad, el segundo de los siete pilares.

#### **Efectividad**

La efectividad, a diferencia de la eficacia, es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. En la definición y evaluación de la calidad, la efectividad puede especificarse de manera más precisa, como el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables.

Asumimos que una enfermedad tiene una evolución autolimitada. La enfermedad provoca un deterioro rápido de la salud que dura un tiempo y se corrige. Si los estudios previos clínicos, epidemiológicos y experimentales nos facilitan toda la información descrita anteriormente, podemos llegar a una estimación definitiva de la efectividad, del modo siguiente:

Área A

Efectividad= Áreas A + B

A menudo, sin embargo, no disponemos de toda la información y; por consiguiente, deben realizarse algunos compromisos, lo que conlleva mediciones poco exactas. Aunque no contemos con toda la información sobre las curvas, podemos simplemente comparar un punto de cada curva en un momento determinado. Además, aún sin disponer del estándar representado por la frontera tecnológica, podemos comparar el modo en que dos tratamientos alteran la evolución natural de la enfermedad.

Aunque desconozcamos el curso natural de la enfermedad, podemos también comparar dos o más tratamientos relativos a un perfecto (o suficientemente alto) estado de salud. No obstante, solemos acabar con estimaciones sesgadas. Las estimaciones se sesgan en contra de los tratamientos menos efectivos, cuando el curso natural de la enfermedad va hacia el deterioro, y se sesgan a favor de los tratamientos menos efectivos, si el curso natural de la enfermedad va encaminado a la mejora.

El planteamiento de medición de la efectividad no se altera, si el curso de la enfermedad es progresivo en lugar de autolimitado. También se basa en circunstancias más realistas cuando no tratamos con certidumbres, como en el modelo, sino con probabilidades y expectativas de acontecimientos futuros. Hay que tener en cuenta que no se han mencionado costes. Los efectos de la salud considerados hasta el momento, son tan sólo la suma de cualquier mejora o daño que la atención sanitaria ha producido o se prevé que pueda causar. Si introducimos el coste, debemos considerar otros dos pilares de calidad: la eficiencia y la optimización.

### **Eficiencia**

La eficiencia no es más que el coste que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias de asistencia igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente.

Los valores establecidos en la atención sanitaria nos exigen el objetivo de obtener la mayor mejora alcanzable en salud para cada paciente, y todos estamos de acuerdo en que lo mejor es conseguir esta mejora al coste más bajo posible. No obstante, podemos estar en desacuerdo sobre si el coste de la asistencia, es o no un aspecto de la calidad-uno de sus pilares.

Existen ventajas en desligar la eficiencia, como atributo, del concepto de calidad: los conceptos sencillos son más manejables que los conceptos demasiado amplios. Sin embargo, la atención innecesaria y la atención innecesariamente cara, aunque no interfieran en la consecución de las mejoras máximas en la salud, muestran una clara ineptitud, negligencia o irresponsabilidad social, que uno difícilmente puede relacionar con la buena atención.

No se ha hecho mención, hasta el momento, de la renuncia a posibles mejoras en la salud para ahorrar dinero, sino únicamente en perseguir los mejores resultados con el menor coste. Es posible sostener que algunas pequeñas mejoras en la salud no compensan unos costes mucho más elevados. Esto provoca el debate del cuarto pilar de la calidad, la optimización.

### **Optimización**

La optimización se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al coste de la asistencia.

### **Aceptabilidad**

De manera arbitraria, asumo la aceptabilidad como la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Obviamente, los pacientes tienen unas expectativas acerca de los efectos de la asistencia sobre su propia salud y bienestar, y la manera de conseguir estos efectos. Podemos decir pues, que en gran medida, la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización- aunque no de manera absoluta. Existen nuevos elementos que entran en escena. Se trata de la accesibilidad a la asistencia, los atributos de la relación médico y paciente y el confort.

### **Accesibilidad**

Podría debatirse largo y tendido sobre si la accesibilidad forma parte del concepto de calidad en sí misma, o se trata de una característica aparte de la atención. Para los potenciales pacientes, la capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil y apropiada, es un factor importante de la calidad.

### **Legitimidad**

Alguien podría pensar en la legitimidad como la aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general. En una sociedad democrática, cabe esperar que todas las características de la atención importantes para el individuo, sean también asuntos de relevancia social; de eso se trata. No obstante, en un ámbito social, además de la preocupación de los individuos, existe también la responsabilidad por el bienestar general. Por consiguiente, lo que algunos individuos o sus médicos podrían considerar como la mejor atención, es distinto del bien común.

Cuando los individuos reciben atención, o no la pueden recibir, no son éstos necesariamente los que se benefician o sufren. Al producirse beneficios o daños a terceros, el planteamiento de qué es lo apropiado por parte de la sociedad, será distinto al de los individuos. Algunos ejemplos son; consejo genético; planificación familiar; inmunización; información de enfermedades transmisibles y conductas agresivas; y supervisión sanitaria de aquellos cuya discapacidad pueda representar un peligro para los demás.

Aunque los efectos de la atención en la salud estén confinados a individuos, la sociedad puede no valorar los en una medida tan alta como los individuos. Por ejemplo, como sociedad puede que deseemos dedicar menos a la asistencia de los mayores y más a la asistencia de los niños.

A menudo, la sociedad tiene una visión de los costes muy distinta a la de los individuos. La razón principal es la financiación social de la asistencia. Cuando la atención la paga, en parte o en su totalidad, un tercero, el nivel de atención solicitado por un individuo podría exceder lo que la sociedad se siente capaz de financiar.

Por estos motivos y algunos otros, aquello que la sociedad considera una atención óptima puede diferir, a veces de manera significativa, de lo que los individuos considerarían óptimo. También podría haber diferencias en la interpretación de lo que es equitativo o justo.

### **Equidad**

Equidad es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos. La equidad como atributo de la asistencia es tan importante que se merece figurar como un "pilar" aparte de la calidad.

Cada individuo tiene alguna noción acerca de qué es justo en cuanto a acceso a la asistencia y en la calidad de atención posterior. Es probable que los individuos estén motivados para buscar lo mejor para sí mismos, a menos que sean especialmente altruistas. No obstante, a nivel social, la distribución equitativa del acceso y de la calidad es a la fuerza un asunto de política social. Debe quedar claro que la distribución más equitativa puede no representar necesariamente la que aporta una mayor mejora de la salud a un coste más bajo. La equidad es un principio adicional, un compromiso moral, en cumplimiento del cual algunos pueden recibir una atención que podría aportar grandes mejoras en la salud si fuera utilizada por otras personas.

### **Características de Evaluación**

Entre los atributos de evaluación de los criterios, el más importante es la validez. De manera ideal, la validez deriva de documentar de forma seria y científica la relación entre el proceso de asistencia y sus consecuencias. Si esta relación está bien establecida podemos utilizar como criterios los elementos del proceso que contribuyan significativamente en la consecución de los resultados deseados. Por la misma razón podemos utilizar como criterios la consecución de resultados, con la certeza razonable (asumiendo que en ciertas precauciones se establecen el diseño y análisis del estudio) de que los resultados alcanzados son atribuibles a una asistencia previa. Si no se establece una relación entre el proceso y el resultado, no podemos decir que ciertos resultados se deben a la atención dispensada. Simplemente no podemos evaluar la calidad de la atención con ninguna certeza.

Cuando las pruebas científicas en cuanto a la validez no son del todo concluyentes, se opta a menudo en su lugar o para complementar la documentación científica por un acuerdo entre expertos. Este consenso además de contribuir a un tipo de validez, confiere una legitimidad profesional a los criterios, haciéndolos más aceptables para clasificar y evaluar la práctica. Una segunda característica de la evaluación de criterios, es su importancia o relevancia en el manejo de los casos y en los resultados de la atención. Más allá de la confianza o de la preponderancia del juicio de los expertos, para incluir o excluir ciertos criterios de proceso, sabemos poco de la manera de ponderar los criterios y de las consecuencias de esa ponderación. En cuanto a las mejoras en la salud atribuibles a una atención previa, su importancia debe basarse, en gran medida, en las circunstancias y los valores de los pacientes individuales.

La capacidad de ser documentada es la tercera característica de evaluación de los criterios. Todo el trabajo de evaluación de calidad depende de la disponibilidad y calidad de las historias clínicas. En especial, la omisión de anotar los "resultados negativos" en la historia y la exploración física, ha creado un vacío importante, así como la escasez de información a partir de la cual, se puede deducir la información que recibió el paciente y como se manejó la relación social entablada por médico y paciente.

Como resultado de estas dificultades, los criterios de calidad seleccionados para la evaluación están hechos a medida y se limitan a la información de la historia clínica.

Llega el momento de considerar las posibilidades de modificar las historias clínicas para poderla adaptar mejor a la evaluación de la calidad.

La adaptabilidad a la variabilidad entre los casos, incluso dentro de un subgrupo de diagnóstico ya se ha descrito como un aspecto del formato. Su reparación aquí demuestra que la distinción entre las características descriptivas y las características evaluativas es bastante arbitraria.

Las características descriptivas se caracterizan únicamente porque afectan a la actuación de los criterios, y las características de evaluación tienen su equivalente en las formas que adoptan los criterios.

Los criterios varían también en cuanto a su estabilidad, es decir, su susceptibilidad de sufrir modificaciones con el tiempo. Por ejemplo, el proceso de elaboración de una historia clínica o de realizar una exploración física experimenta pocos cambios con el tiempo, aunque en otros aspectos de la asistencia no es así. Los criterios de atención deben modificarse adecuadamente. A algunos les preocupa que ciertos criterios, una vez adoptados, se conviertan en inamovibles, evitando la introducción de innovaciones útiles. Puede argumentarse, contrariamente, que si los criterios se revisan constantemente por parte de los mejores médicos, su diseminación podría contribuir a un abandono más rápido de lo obsoleto ya una adopción más temprana de lo nuevo, aunque nunca antes de determinar previamente su valor. De este modo, los criterios pueden emplearse como valiosas herramientas de formación. No obstante, también es cierto, que los criterios se pueden utilizar para impedir la innovación y restringir la práctica. Ciertamente, los que controlan los criterios, tienen también mucha parte del control del sistema asistencial.

Otra característica de la evaluación de criterios es la rigurosidad, o el nivel de calidad que consideran aceptable. Los criterios pueden ser tan estrictos, que la práctica totalidad de casos no cumplen, o tan indulgentes que casi todo se acepte.

Existe, obviamente, un aspecto intermedio apropiado para cada situación. Sin embargo, si el objetivo es la mejora continua, el nivel de calidad exigido debe aumentar gradualmente.

El análisis de la eficiencia es el atributo final de la evaluación.

Aparece en escena cuando los criterios explícitos simplificados, tanto del proceso como del resultado, se utilizan como primer paso para separar los casos, entre los que requieren una revisión mayor y más intensivo y los que no. En estas situaciones, la eficiencia del análisis viene determinada por el porcentaje de casos catalogados como cuestionables, que más tarde demuestran no serlo (error de comisión) y el porcentaje de casos aceptados que deberían haber sido cuestionados (error de omisión). Un "screening" muy estricto permite detectar un mayor número de casos cuestionables, aunque también es más probable que detecte casos que, más tarde, se demuestra que se habían tratado adecuadamente. Además de crear un sentimiento de práctica inadecuada, esta estrategia es costosa, ya que se detecta un mayor número de casos que hay que revisar con detalle. Pero si los criterios de "screening" son menos rigurosos, pueden conducir a errores en la dirección contraria, permitiendo que mucha asistencia cuestionable no se detecte y, consecuentemente, se desacredite el programa. Lo ideal, por supuesto, es elaborar los criterios de análisis de modo que se limiten los errores, tanto de comisión como de omisión. Aunque, en el momento de elegir, el grado de rigurosidad dependerá de las penalizaciones asociadas a cada tipo de error: costes, daños morales o lesiones en los pacientes. Desgraciadamente, algunas de estas penalizaciones son muy difíciles de cuantificar.

Algunas características de valoración de criterios

A. Validez

1. Científica

2. Consensuada

B. Importancia, relevancia

1. Para el manejo del caso

2. Para los resultados

C. Posibilidad de registros

D. Adaptación a las variaciones entre los distintos casos

E. Estabilidad, Oportunidad

F. Rigor

G. Eficiencia como elemento de screening

## **ANEXO 9**

### **ALIMENTACIÓN**

#### 0 a 6 meses: lactancia materna exclusiva a demanda.

Se caracteriza este periodo en la vida del niño por presentar un ritmo de crecimiento particularmente acelerado, lo que condiciona unas necesidades energéticas y de nutrientes más elevadas.

La lactancia materna exclusiva será importante hasta los 6 meses dado que a partir de los 6 meses la leche humana no cubre todas las necesidades energéticas del niño. A partir de esta fecha dejará de ser un alimento exclusivo, introduciéndose gradualmente la alimentación complementaria.

#### Alimentación complementaria durante el primer año de vida.

La incorporación de los nuevos alimentos debe ajustarse a las reales necesidades biológicas del niño y debe permitir un crecimiento y desarrollo adecuado.

Los alimentos deben incorporarse de forma gradual, de menor a mayor consistencia.

Líquidos, semisólidos, sólidos y estos deben ser fácilmente digeribles.

Los volúmenes deberán progresar de acuerdo a la capacidad gástrica del niño (30 ml por Kg. de peso, al inicio se administrara el alimento una vez al día, luego se aumenta gradualmente la frecuencia hasta alcanzar 2 a 4 raciones diarias.

El personal de salud debe adecuar la alimentación al entorno socio-económico y cultural del niño.

#### Alimentación del niño de 1 a 2 años.

Las características que hay que tener en cuenta al planificar la dieta del niño de esta edad son las siguientes: al disminuir la velocidad de crecimiento ocurre una pérdida fisiológica del apetito.

#### Alimentación del niño de 2 a 6 años.

Es en este período cuando se deben enseñar los buenos hábitos en la alimentación.

A partir de los 2 años el niño muestra sus apetencias personales y la comida constituye una fuente de conflictos.

En este período la dieta del niño va a estar muy influenciada por los hábitos alimenticios de la familia y la comunidad. Por ello, para lograr un patrón de alimentación adecuada en el niño, en muchas ocasiones será necesario modificar los hábitos familiares que no sean saludables.

El niño debe comer lo mismo que el resto de la familia y si es posible al mismo tiempo.

## **DESNUTRICIÓN**

Se denomina desnutrición al aporte insuficiente de nutrientes, y sobrealimentación al aporte excesivo de uno o más nutrientes y generalmente también de calorías. Ambas situaciones pueden alterar la salud; en conjunto se las denomina malnutrición.

La desnutrición en función del tiempo, lleva a una pérdida de peso y talla en relación con la edad. A medida que se agrava se acompaña de otros síntomas. Las causas de la desnutrición son multifactoriales.

Alguna de ellas pueden ser: déficit de aporte, déficit de utilización, aumento de las necesidades (etapas del crecimiento secundario a enfermedades crónicas), aumento de pérdidas.

Cuando existe la desnutrición afecta principalmente al niño menor de seis años, ello se debe a que su rápido crecimiento tiene requerimientos nutritivos que son más elevados y específicos.

Se han logrado significativos avances en la prevención de la misma, más que ha los progresos económicos, se deben a intervenciones directas en las áreas de salud primaria, nutrición, educación y mejoría de las condiciones sanitarias ambientales.

Estos progresos se han visto reflejados en la disminución de la mortalidad del preescolar y también del lactante y a su vez se ha visto un desplazamiento de la desnutrición a edades cada vez más tempranas, especialmente en menores de un año.

La desnutrición es un cuadro clínico general producido por disminución crónica del aporte de nutrientes, así como las pérdidas excesivas de estos, consecutiva a trastornos digestivos o cuadros infecciosos en general.

En función del tiempo esto lleva a una pérdida de peso en relación con la edad y a un retardo en el crecimiento.

Se utiliza como parámetro (especialmente en el niño mayor) la relación del peso con la talla, lo que puede dar una idea de la duración de la desnutrición. Si se ha retardado el crecimiento (talla) es un signo de que la desnutrición a sido crónica. Si se ha afectado el peso, lo probable es que la desnutrición haya sido más aguda.

Sin embargo la relación peso para la talla no parece útil durante el primer año, en este caso es más útil evaluarlo por pérdida de peso.

### **Clasificación**

Según causas y mecanismos: -Desnutrición exógena (o Primaria): La misma la podemos dividir en: Kwashiorkor y marasmo.

-Desnutrición endógena (o Secundaria):

### **Desnutrición Exógena**

#### **Kwashiorkor marasmático:**

En el niño es frecuente la desnutrición proteico-calórico, esto se debe por una parte a los requerimientos muy altos de esta etapa de la vida vinculados a la gran velocidad de crecimiento y desarrollo, lo que aumenta la posibilidad de caer en déficit. Además en los primeros años de vida la gran frecuencia de infecciones, interfieren en el aporte y aumenta los requerimientos, lo que agrava el riesgo de desnutrición.

En el caso del lactante este es absolutamente dependiente de su madre o de otras personas para asegurar el aporte adecuado de alimentos.



**Marasmo:**

Cuadro clínico que se presenta en el primer o segundo año de vida, aunque puede aparecer en edades menores. Se produce por la carencia crónica de calorías y proteínas. Se caracteriza por un gran adelgazamiento, alcanzando la pérdida de peso corporal al 40% o más en relación con la talla. Hay una disminución intensa del panículo adiposo que compromete no solo la pared abdominal y la cintura escapular y pelviana, sino también las mejillas.

En el marasmo, las infecciones son muy frecuentes y contribuyen a agravar la desnutrición, siendo casi siempre la causa de muerte.

**Kwashiorkor:**

Este cuadro clínico se ve principalmente en el lactante mayor y en el niño preescolar, y su causa principal es una dieta deficitaria en proteínas y de vitaminas del complejo B, y las vitaminas A y C. Existe compromiso del sistema circulatorio, produciendo hipotensión, disminución de la frecuencia cardíaca y tiempo de circulación prolongada, además de hepatomegalia, que se produce por una acumulación de grasa en los hepatocitos. También a nivel óseo puede producir osteoporosis. Es característico del Kwashiorkor la hipoproteïnemia, con disminución principalmente de albúminas y en menor proporción de alfa globulinas y beta globulinas. Generalmente existe anemia de tipo carencial o anemias megaloblástica que corresponden a la administración de ácido fólico o Vit B12.

Las dos son iguales de graves, pero se manifiestan físicamente de manera distinta y la incidencia del marasmo se incrementa antes del primer año de edad mientras que la incidencia del Kwashiorkor aumenta después de los 18 meses.

**Desnutrición Endógena:**

En las sociedades desarrolladas, los estados de malnutrición derivan principalmente de otros procesos ya que no se debe a un aporte inadecuado de nutrientes si no que es el resultado de una enfermedad o condición que afecte la ingestión, aumenta las pérdidas o reduce la eficiencia metabólica con la que los nutrientes son utilizados. Las consecuencias de la desnutrición sobre el crecimiento y el desarrollo dependerá del tiempo, severidad y duración de los déficit nutricionales.

Este tipo de desnutrición no se debe necesariamente a una limitación en aporte alimentario si no a:

- Problemas de la ingesta (dificultad de deglución por malformaciones genéticas, problemas neurológicos).
- Problemas de absorción (intolerancias alimentarias, etc).
- Problemas de utilización (enfermedades metabólicas y de depósito, etc).
- Aumento de pérdidas (problemas renales, diarrea crónica, etc).
- Aumento del gasto (hipertiroidismo, infecciones, etc).

Se clasifica:

-Según grados

De acuerdo al porcentaje de deficiencia de peso en relación con la edad, la desnutrición se clasifica en tres grados:

Primer grado: cuando el déficit ponderal oscila entre un 10 y 24 %.

Segundo grado: si el déficit es entre un 25 y 35%.

Tercer grado: si el déficit es de un 40% o más.

-según magnitud:

Leve, moderada: solamente se manifiesta por una pérdida de peso y talla.

Grave: el retraso pondero-estructural se acompaña de otros síntomas. Las formas de desnutrición grave son: marasmo, kwashiorkor y kwashiorkor-marasmático.

Si se ha retardado mucho el crecimiento (talla/edad) es un signo de que la desnutrición ha sido crónica (enanismo nutricional).

En la desnutrición secundaria se debe establecer el diagnóstico y corregir lo que sea posible. Si la condición no es tratable se deben ajustar los aportes nutricionales de modo de llenar los requerimientos especiales del niño y así optimizar el crecimiento.

Actuando como un factor determinante de la calidad de vida de un niño con una enfermedad crónica.

#### Complicaciones de Desnutrición

La gravedad de la desnutrición está en relación directa con la edad en que se produce. Esto es notable en los primeros años de vida, cuando no se ha alcanzado el desarrollo completo de muchos órganos y sistemas.

La gravedad se explica por diferentes razones:

A- La desnutrición llega a producir numerosas alteraciones metabólicas, que afectan los mecanismos de absorción y utilización de los diferentes nutrientes.

B- Afecta también los mecanismos inmunológicos y como consecuencia adquieren enfermedades infecciosas, las cuales son de mayor gravedad.

C- Afecta los mecanismos de regulación ácido básico e hidrosalino, lo que lleva a alteraciones hidroelectrolíticas, con deshidratación y acidosis metabólica intensa.

D- Compromiso Cerebral: Son numerosas las demostraciones del compromiso cerebral en niños con desnutrición grave durante los primeros años de vida, es evidente un menor diámetro craneano con disminución de la masa cerebral, siendo muy significativa la disminución del árbol dendrítico y la orientación aberrante del axón neuronal. Se ha podido comprobar que si durante el tratamiento estos niños son sometidos a estimulación psicoafectiva temprana, la recuperación de déficit psicomotor se acelera, llegando a alcanzar puntajes de coeficiente intelectual normales para su edad.

E- Inmunodeficiencias secundarias: Las inmunodeficiencias secundarias se deben a múltiples causas y en general, afecta a más de un componente de los mecanismos de defensa.

La desnutrición proteico-calórica y de nutrientes específicos causa una serie de alteraciones inmunológicas. Entre sus efectos se destaca la atrofia del timo con deficiencia moderada de la inmunidad celular. Los niveles de inmunoglobulinas están en general normales, pero se han descrito anomalías discretas en la formación de anticuerpos específicos.

Teniendo en cuenta la importancia de la lactancia materna, el calostro contiene niveles elevados de inmunoglobulinas, principalmente Iga secretora que no atraviesa la barrera intestinal, por lo que actúa localmente protegiendo al sistema digestivo frente a diversos microorganismos patógenos.

Asimismo, impide la absorción de antígenos alimentarios, lo que explica la menor incidencia de procesos alérgicos en los niños amamantados. El calostro contiene cantidades elevadas de leucocitos, que en su mayoría son macrófagos con actividad fagocítica y capacidad de sintetizar lisozima, lactoferrina.

#### Valoración del Estado Nutricional

La valoración del estado nutricional es de importancia fundamental, para ello se utilizan diferentes técnicas:

- Observación: que nos dará una impresión general de la situación del niño.
- Interrogatorio a la madre.
- Utilización de fuentes de información (historia clínica)

Para determinar la condición nutricional del niño debe recopilarse la siguiente información.

Datos objetivos: medidas antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico.

Datos subjetivos: determinar si hay emaciación visible (atrofia muscular en hombros, nalgas y piernas), falta de grasa subcutánea, sequedad, Petequias.

- tono muscular disminuido, flacidez, dificultad para caminar.
- Observar caderas del niño (pequeñas con respecto al tórax y abdomen)
- Observar abdomen (grande y distendido)
- Observar si hay palidez palmar (intensa o leve)
- Observar si hay pérdida de cabello, falta de brillo, cabello delgado, escaso, observar signo de la bandera. Uñas finas y quebradizas, protuberantes, y en forma de cuchara.
- Observar irritabilidad o apatía.
- Verificar presencia de edema.
- Succión de manos con avidez.
- Presencia de llanto débil y monótono.
- Presencia de anorexia, astenia, hipotermia
- Ojos: conjuntiva pálida, fisuras en la comisura de los párpados.
- Labios: enrojecimiento, sequedad, descamación, edema, fisura en la comisura.
- Lengua: hinchada, lisa, agrietada, escamosa, papilas engrosadas.
- Dientes: ausentes o sueltos, caries.
- Encías: sangran fácilmente, esponjosas.
- Consumo de alimentos: patrón diario de alimentos y líquidos, calidad, cantidad de los mismos. Cambios recientes en la calidad y cantidad del consumo. Cambios recientes en el apetito.
- Capacidad para comer, problemas en la masticación, deglución.
- En el caso de lactancia materna. Frecuencia diurna y nocturna, técnica de amamantamiento, otros alimentos que ingiere el niño, problemas.
- Patologías agudas recientes o crónicas.

#### Parámetros que determinan el estado nutricional

-Parámetros antropométricos.

-Parámetros bioquímicos.

**Parámetros antropométricos:**

La medición repetida en el tiempo de los diferentes parámetros antropométricos y su comparación con los patrones de referencia permite controlar la evolución del estado nutricional y la respuesta al tratamiento establecido.

**Peso:**

El peso debe determinarse con el niño desnudo (lactantes) o bien en ropa interior y descalzos (niños). Para ello se utiliza básculas clínicas o pesa bebés que deben estar bien calibrados. La información que brinda es sobre el estado nutricional actual (defecto y exceso).

-ventajas: fácil y de uso generalizado.

-inconvenientes: no informa sobre la composición corporal.

**Talla:**

Para la determinación de la talla se utiliza un tacómetro. La técnica de medición consiste en colocar al niño de pie, erecto y descalzo, con los pies unidos por los talones formando un ángulo de 45° y la cabeza en posición horizontal. Debe cuidarse que los talones, las nalgas y la parte media superior de la espalda tome contacto con la guía vertical de medición. Luego se desliza la pieza superior del tacómetro hasta tocar la cabeza del niño.

En lactantes y niños pequeños se obtiene la longitud con el niño en decúbito supino, utilizando un tablero de medición horizontal. El niño debe colocarse sujetando la cabeza con firmeza contra el tablero y con los ojos mirando verticalmente. Las piernas deben estar extendidas y los pies en ángulo recto con las pantorrillas. La pieza deslizante del tablero se desplaza hasta tomar contacto firme con los talones.

La información que brinda es de un estado nutricional crónico (malnutrición crónica):

-ventajas: fácil y de uso generalizado

-inconvenientes: influyen otros factores.

**Perímetro cefálico:**

Se obtiene colocando una cinta métrica inextensible alrededor de la cabeza, de manera que cruce la frente y la parte posterior, sobre la parte más prominente del occipucio. La edad aplicable es de 0 a 4 años.

Ventajas: sencillo.

Inconvenientes: influyen otros factores.

**Pliegues cutáneos:**

Permiten medir la depleción o exceso de los depósitos de grasa. Se puede tomar en diferentes localizaciones, aunque los más utilizados son el pliegue tricipital, bicipital, subescapular y supraíliaco.

Se recomienda la medición de los pliegues cutáneos en los niños que presentan peso en relación con la talla por encima del percentil 90 y por debajo del percentil 10.

La información que brinda es el estado nutricional actual (defecto o exceso).

**Índice peso para la talla.**

Permite identificar niños obesos o con malnutrición proteica energética. Se calcula dividiendo el peso real del niño por el valor del percentil 50 del peso de referencia correspondiente a la edad que representa la talla del niño.

Los niños que representan un valor igual o mayor a 1.1 pueden presentar sobre peso u obesidad; un valor inferior a 0.9 puede presentar desnutrición.

#### **Puntaje Z (score Z)**

El puntaje es una forma de presentar los datos antropométricos, ya que se expresa el valor antropométrico como un número de desviaciones estándar o puntaje Z por debajo o por encima de la media o mediana de referencia.

El criterio basado en puntaje Z es el más conveniente para definir los puntos de corte en la evaluación de programas de salud y nutrición de una población, o del crecimiento y evolución nutricional de un individuo.

**Parámetros bioquímicos:**

#### **Albúmina:**

Es la proteína sérica más importante en el mantenimiento de la presión oncótica intravascular, otra de sus funciones es el transporte de aminoácidos, ácidos grasos, enzimas, etc. Si disminuye produce edema, asimismo la albúmina se considera el recurso nutricional primario para el tejido corporal.

#### **Transferrina:**

Es una proteína del grupo de las globulinas que capta el hierro de la dieta, lo acumula y transporta, constituyendo la principal proteína fijadora del hierro circulante. La transferrina tiene una vida media de 8 días que disminuye en caso de severa desnutrición.

#### **Excreción de creatinina urinaria:**

La creatinina es una proteína, producto del metabolismo proteico, que se deriva de la creatina la cual se sintetiza en el hígado, páncreas y riñón. La creatina se degrada a creatinina, un producto no reutilizable que se excreta por la orina. Refleja el estado general de la masa muscular y disminuye en estados de depleción proteica.

#### **Recuento total de linfocitos:**

Es un marcador de la función inmune y también del riesgo nutricional que en la actualidad es comúnmente utilizado.

## **ANEXO 10**

### **VARIABLES SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO**

#### **ESTRUCTURA**

##### **Población:**

Definición conceptual: modo por el cual el usuario comienza su actividad en el programa.

Población: usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

Clasificación: cuantitativa continuas.

Categoría: número de usuarios captados.

## **PROCESO**

### Consulta de enfermería:

Definición conceptual: es la entrevista entre el usuario (enfermo o sano) y el profesional de enfermería que tiene por objeto proveer cuidados, administrar medicamentos, y/o impartir consejos o educación sanitaria, todo ello para promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla e incluso rehabilitarla tras haberla sufrido.

Clasificación: cualitativa nominal.

Población: usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

Categoría: Proceso de atención de enfermería, seguimiento.

### Contacto telefónico:

Definición conceptual: Actividad que tiene como fin recaptar y realizar seguimiento mediante la llamada telefónica.

Clasificación: cualitativa nominal.

Población: usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto

Categorías: captación, seguimiento, recaptación, sin dato.

### Actividades Educativas:

Definición conceptual: instancias educativas basadas en distintos temas priorizados según los problemas manifestados.

Clasificación: cualitativa nominal.

Población: población en general que concurra a la Policlínica así como madres con usuarios comprendidos entre los 0 a 6 años.

Categorías: programadas e incidentales.

### Visita domiciliaria

Definición conceptual: Es el conjunto de actividades que tiene por objetivo proporcionar atención domiciliaria al binomio en su domicilio, con el fin de lograr su captación precoz y adecuado seguimiento.

Clasificación: cuantitativa nominal.

Población: usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

Categorías: captación, seguimiento y recaptación.

### Coordinaciones:

Definición conceptual: acto en que se logra una relación con otro servicio para bien del usuario.

Clasificación: cualitativa nominal.

Población: usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

Categorías: interdisciplinarias, interinstitucionales, con otros programas.

## **RESULTADO**

### Alimentación:

Definición conceptual: sustancia que sirve para nutrir.

Definición operativa: tipo de alimento que recibe el R.N. y el lactante.

Clasificación: cualitativo ordinal.

Población: usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

**Categoría:** lactancia materna exclusiva (LME), alimentación adecuada a la edad, alimentación adecuada a la edad después de la intervención de enfermería

**Riesgo de desnutrición:**

**Definición conceptual:** Probabilidad de padecer enfermedad o complicaciones médicas en el tratamiento relacionadas con la nutrición.

**Clasificación:** cualitativa nominal.

**Población:** usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

**Desnutrición grado I:**

**Definición conceptual:** Pérdida de peso ponderal entre 10 y 24% del peso esperado para la edad, tomando como peso esperado la mediana que corresponde aproximadamente al percentil 50.

**Clasificación:** cualitativa ordinal.

**Población:** usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

**Desnutrición grado II:**

**Definición conceptual:** Pérdida de peso ponderal entre el 25 y 39% del peso esperado para la edad.

**Clasificación:** cualitativa ordinal.

**Población:** usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

**Desnutrición grado III:**

**Definición conceptual:** Déficit ponderal mayor al 40%

**Clasificación:** cualitativa ordinal.

**Población:** usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

**Evolución del peso:**

**Definición conceptual:** proceso que consiste en el desarrollo gradual del peso corporal.

**Clasificación:** cualitativa ordinal.

**Población:** usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

**Categorías:** aumenta, mantiene, baja.

**Inmunizaciones:**

**Definición conceptual:** suspensión de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad.

**Clasificación:** cualitativa nominal.

**Población:** usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.

**Categoría:** completa, incompleta, atrasadas.

**Procesos mórbidos:**

**Definición conceptual:** presencia de enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

**Clasificación:** cualitativa nominal.

Población: usuarios de 0 a 6 años comprendidos en el proyecto.  
Categorías: presenta, no presenta.

**Egreso del programa:**

Definición conceptual: modo por el cual el usuario se retira del programa.  
Población: usuarios 0 a 6 años  
Clasificación: cualitativa nominal.  
Categorías: >P20, >6 años, cambio de domicilio, cambio de mutualista.

**ANEXO 11**

**PRESENTACIÓN DE LA POLICLÍNICA**

Los objetivos de dicho programa son:

➤ **Objetivos generales:**

➤ **Objetivos específicos**

**Estructura organizativa de enfermería en el programa**  
Cobertura diaria promedio

Cargo	Nº	Horas Mañana	Horas Tarde
Licenciada			
Auxiliar			
Interno			
ASG			
Estudiantes			
Totales			

**PROYECTO: "ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA A NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS CON BAJO PESO Y EN RIESGO DE DESNUTRICIÓN"**

Población asistida de 0 a 14 años en el período abril-septiembre:

Población asistida de 0 a 6 años en el período abril-septiembre:



Numero de usuarios totales del Programa al inicio del Internado:

**Captados para el proyecto en el periodo:**

**Nº total:**

Numero de usuarios **captados** para el Proyecto de acuerdo a criterios determinados

Mes 1	2	3	4	5	6	Total

Clasificación por **riesgo** -Situación en grado

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Riesgo de Desnutrición		
Desnutrición Grado 1		
Desnutrición Grado 2		
Desnutrición Grado 3		

Numero de usuarios en **seguimiento** discriminado en policlínica y domicilio

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Nivel I Policlínica		
Nivel I Domicilio		
Nivel II Policlínica		
Nivel II Domicilio		

Numero de usuarios de **alta mensual**

Mes	1	2	3	4	5	6	Total
> P20							
> 6 años							
Cambio de domicilio							
Cambio a Mutualista							

**Evolución**

Peso	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Aumenta		
Mantiene		
Baja		

**Niños con procesos mórbidos en el período**

Nº Total:

Patologías:

Patologías que requieren internación:

**Desarrollo:**

Nº de niños con desarrollo adecuado a la edad:

**Inmunizaciones**

Nº de niños con inmunizaciones vigentes:

**Alimentación**

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES < DE 6 MESES NO FUE AMAMANTADO TOTAL	FA	FR
--	----	----

Nº de niños con alimentación adecuada a la edad:

INCORPORACION DEL ALIMENTO ADECUADA INADECUADA TOTAL	FA	FR
--	----	----

**Consultas de Enfermería**

Nº- Total:

**Visitas domiciliarias**

Nº Total:

Motivo

Captación:

Seguimiento:

Recaptación

**Llamadas telefónicas**

Nº total:

Captación:

Recaptación:

Coordinación:

Coordinaciones

Interdisciplinarias:

Interinstitucionales:

Con otros programas:

**Actividades Educativas**

Individuales:

Colectivas:

**ANEXO 12**

STRUCTURA	Policlínica A		Policlínica B		Policlínica C		Policlínica D		Policlínica E		Policlínica F		Policlínica G		Policlínica H		Policlínica I		Policlínica J		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
Variables																					
° total de afijos incluidos en el proyecto																					
consulta de enfermería																					
visita																					
consultoría																					
contacto telefónico																					
Actividades Educativas																					
Total sin datos																					

Universidad de la Republica  
 Facultad de Enfermería  
 Cátedra de Administración de Servicios de Salud

PROCESO	Politécnica A		Politécnica B		Politécnica C		Politécnica D		Politécnica E		Politécnica F		Politécnica G		Politécnica H		Politécnica I		Politécnica J		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
Variables	Categorías																				
Consulta de Enfermería	PAF																				
	sin datos																				
Visita Domiciliar	Captación																				
	Seguimiento																				
	Reemplazo																				
	sin datos																				
Contacto Telefónico	Captación																				
	Seguimiento																				
	Reemplazo																				
	sin datos																				
Actividades Educativas	Programáticas																				
	Incidencias																				
	sin datos																				
Coordinaciones	Interdisciplinaria																				
	Institucionales																				
	Otros Programas																				
	sin datos																				
Inmunización	Completa																				
	Incompleta																				
	Atasada																				
	sin datos																				
Procesos no bilingües	Presencia																				

*Universidad de la República*  
*Facultad de Enfermería*  
*Cátedra de Administración de Servicios de Salud*

RESULTADOS	Políticas A		Políticas B		Políticas C		Políticas D		Políticas E		Políticas F		Políticas G		Políticas H		Políticas I		Políticas J		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
Variables																					
Alimentación																					
	LME																				
	Adecuada a la edad																				
	Adeuada a la edad																				
	Dejada de intervención																				
	De enfermería																				
	Sin datos																				
Riesgo de Desnutrición																					
Desnutrición																					
	Grado I																				
	Grado II																				
	Grado III																				
Ejemplos																					
	>6 años																				
	Cambio de Donchillo																				
	Cambio de mutualista																				
Evolución peso																					
	Aumenta																				
	Mantiene																				
	Baja																				

**Resultados de Indicadores de Evaluación**

**Indicador de estructura:**

**POBLACIÓN**

POLA	POLB	POLC	POLD	POLE	POJ.F	POL.G	POL.H	POL.I	POL.J	TOTAL
13	57	44	23	50	46	50	60	177	72	592

El internado lleva una carga horaria de 720 horas por lo que consideramos dicha carga horaria para todos los internos.

$\frac{\text{Nº de horas de interno}}{\text{Nº de usuarios de 0 a 6 años incluidos en el proyecto}} \times 100$  (usuarios)=

POLA	POLB	POLC	POLD	POLE	POJ.F	POL.G	POL.H	POL.I	POL.J
5538	1263	16	1636	1440	1562	1440	1200	407	1000

**TOTAL:**  $720 / 592 \times 100 = 122$  1.22 horas por cada usuarios.

**Indicadores de proceso:**

$\frac{\text{Nº de actividades}}{\text{Nº de horas de interno}} \times 100 =$

Policlinicas	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Total de actividades	451	1659	394	26	2662	394	2589	597	2647	2028	13447

Universidad de la República  
 Facultad de Enfermería  
 Cátedra de Administración de Servicios de Salud

Policlínicas	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
actividades	63	230	55	3	370	55	359	83	368	282	1868

**TOTAL:**  $13447 / 720 \times 100 = 1868$

Cada interno por cada 1 hora esta haciendo 18.68 actividades

### **INMUNIZACIONES**

**Nº de usuarios con inmunizaciones vigentes acorde a su edad X 100 =**  
**Nº usuarios de 0 a 6 años incluidos en el proyecto**

POLA	POLB	POLC	POLD	POLE	POLF	POLG	POLH	POLI	POLJ	TOTAL
13	57	44	21	50	46	50	60	167	72	580

POLA	POLB	POLC	POLD	POLE	POLF	POLG	POLH	POLI	POLJ
100	100	100	91,3	100	100	100	100	94,3	100

### **Inmunizados adecuadamente**

**TOTAL:**  $580 / 592 \times 100 = 98\%$



**Indicadores de resultados**

Niveles de Riesgo según policlínica	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
Riesgo de Desnutrición	9	19	15	9	9	16	17	30	72	27	223
Grado I	8	32	19	14	37	28	30	26	90	23	307
Grado II	0	6	4	0	4	1	3	4	15	21	58
Grado III	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2

Niveles de Riesgo según policlínica	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Riesgo de Desnutrición	69,2	33,3	39,5	39,1	18	35	34	50	40,7	37,5
Grado I	61,5	56	50	60,9	74	60,9	60	43,3	50,8	31,9
Grado II	0	10,5	10,5	0	8	2,2	6	6,7	8,5	29,2
Grado III	0	0	0	0	0	2,2	0	0	0	1,4

Nº de usuarios de 0 a 6 años con riesgo de desnutrición grado I X 100 =

Nº usuarios de 0 a 6 años incluidos en el proyecto

Nº de usuarios de 0 a 6 años con riesgo de desnutrición grado II X 100 =

Nº usuarios de 0 a 6 años incluidos en el proyecto

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios de 0 a 6 años con riesgo de desnutrición grado III}}{\text{N}^\circ \text{ usuarios de 0 a 6 años incluidos en el proyecto}} \times 100 =$

Nº usuarios de 0 a 6 años incluidos en el proyecto

RIESGO DE DESNUTRICIÓN:  $223 / 592 \times 100 = 37,7\%$

GRADO I TOTAL:  $307 / 592 \times 100 = 51,8\%$

GRADO II TOTAL:  $58 / 592 \times 100 = 9,8\%$

GRADO III TOTAL:  $2 / 592 \times 100 = 0,33\%$

Podemos observar que el grado I presenta mayor porcentaje representado por un 51,8 %.

Alimentación Según Policlínica	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	total
Adecuada a la edad luego de intervención de enfermería	s/d	s/d	32	s/d	12	35	28	42	30	30	209

$\frac{\text{N}^\circ \text{ usuarios de 0 a 6 años alimentados acorde a su edad luego de la intervención de enfermería}}{\text{N}^\circ \text{ usuarios de 0 a 6 años incluidos en el proyecto}} \times 100 =$

Adecuada a la edad luego de Intervención de enfermería

TOTAL:  $209 / 499 \times 100 = 42 \%$

Consideramos las policlínicas que tenían datos, las que no fueron excluidas.

Motivo de egreso	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	total
	12	4	7	4	16	18	28	18	69	19	195

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos del proyecto}}{\text{N}^\circ \text{ usuarios de 0 a 6 años incluidos en el proyecto}} \times 100 =$

**TOTAL:**  $195 / 592 \times 100 = 33 \%$

**ANEXO 13**

Tabla 2. Distribución de actividades por policlínica, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Servi- cios	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Total	883	1659	394	26	2662	394	2589	597	5127	3837	18168
De act.											

Grafico 2. Distribución de actividades por policlinicas, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.



Tabla 3. Distribución de actividades por usuario, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Policlínicas	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Total de actividades por usuario	68	29	9	1	53	9	52	10	29	53

Gráfico 3. Distribución de actividades por usuarios, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008

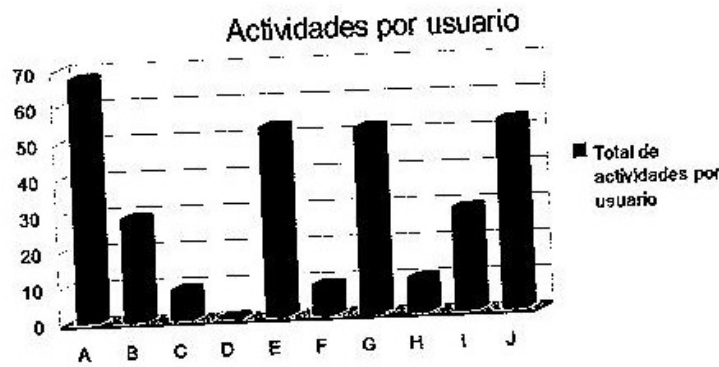


Tabla 4. Distribución de actividades realizadas por policlínica, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Policlínica	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Contacto telefónico	s/d	75	0	s/d	0	0	s/d	0	70	45	190
Actividades educativas	440	1450	223	s/d	845	181	1267	231	2486	1812	8935
Actividades de coordinación	s/d	46	s/d	s/d	41	s/d	s/d	s/d	35	50	172

Actividades											
Consultas de enfermería	432	52	171	s/d	1739	162	1266	310	2480	1809	8421
Visitas domiciliarias	11	36	s/d	26	37	51	56	56	56	121	450

Gráfico 4. Distribución de actividades por policlínicas, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.



Tabla 9. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las evoluciones del peso según el mes de seguimiento en la policlínica B, Municipal II, Paysandú, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Evolución del peso POL. B	MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
AUMENTA	31	73,8	34	73,9	38	82,6	51	89,5	52	91,2	50	87,8
MANTIENE	11	26,2	12	26,1	8	17,4	1	1,7	0	0	1	1,7
BAJA	0	0	0	0	0	0	5	8,8	5	8,8	6	10,5

Tabla 10. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las evoluciones del peso según el mes de seguimiento en la policlínica C, Pintadito, Artigas, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Evolución del peso POL. C	MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
AUMENTA	4	25	10	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0
MANTIENE	9	56,2	4	26,6	3	100	7	100	1	100	2	100
BAJA	3	18,8	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 11. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las evoluciones del peso según el mes de seguimiento en la policlínica D, Norte, Paysandú, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Evolución del peso POL. D	MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
AUMENTA	0	0	18	85,7	20	95,2	21	91,3	22	95,7	22	95,7
MANTIENE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BAJA	0	0	3	14,3	1	4,8	2	8,7	1	4,3	1	4,3

Tabla 12. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las evoluciones del peso según el mes de seguimiento en la policlínica E, Purificación III, Paysandú, Uruguay, en el período abril- setiembre 2008.

Evolución del peso POL. E	MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
AUMENTA	38	69,1	38	69,1	37	63,8	40	70,2	42	84	41	82
MANTIENE	8	14,5	9	16,4	15	25,9	11	19,3	3	6	3	6
BAJA	9	16,4	8	14,5	6	10,3	6	10,5	5	10	6	12

Tabla 13. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las evoluciones del peso según el mes de seguimiento en la policlínica F, Cerro del Ejido, Artigas, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.

Evolución del peso POL. F	MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
AUMENTA	5	50	15	75	2	66,7	2	66,7	1	25	2	33,3
MANTIENE	2	20	2	10	1	33,3	1	33,3	2	50	4	66,7
BAJA	3	30	3	15	0	0	0	0	1	25	0	0

Tabla 14. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las evoluciones del peso según el mes de seguimiento en la policlínica G, UBA 7, Salto, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.

Evolución del peso POL. G	MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
AUMENTA	10	17,9	16	28,1	7	12,5	8	14,5	5	9,3	8	16
MANTIENE	40	71,4	37	64,9	45	80,4	44	80	46	85,2	35	70
BAJA	6	10,7	4	7	4	7,1	3	5,5	3	5,5	7	14



Tabla 15. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las evoluciones del peso según el mes de seguimiento en la policlínica F, Ayuí, Artigas, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.

Evolución del peso POL. H	MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
AUMENTA	7	43,7	10	50	2	33,3	2	25	2	40	3	50
MANTIENE	8	50	9	45	2	33,4	3	37,5	2	40	0	0
BAJA	1	6,3	1	5	2	33,3	3	37,5	1	20	3	50

Tabla 16. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las evoluciones del peso según el mes de seguimiento en la policlínica I, UBA1, Salto, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.

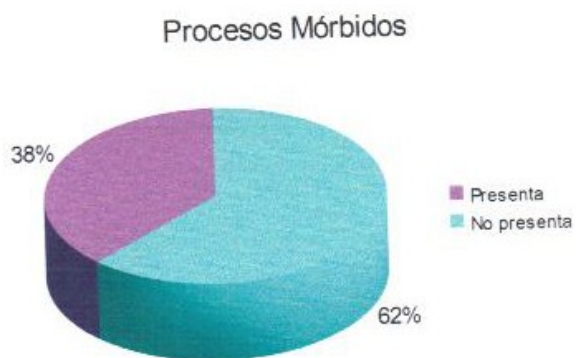
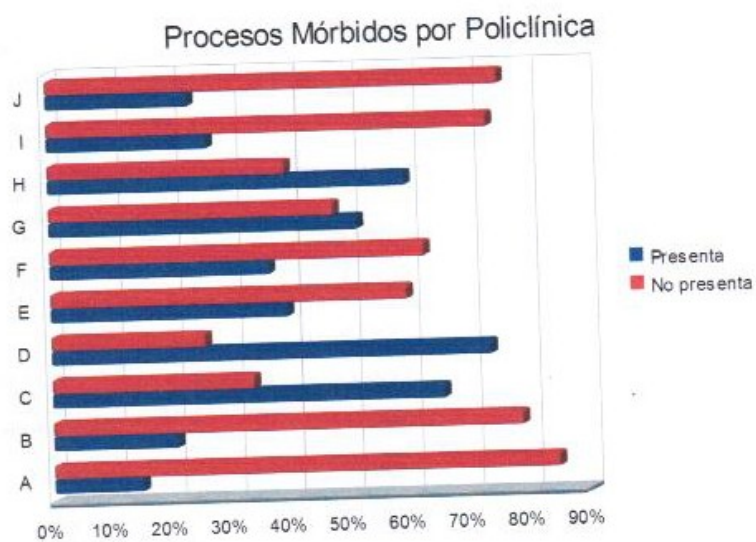
Evolución del peso POL. I	MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
AUMENTA	100	64,1	150	73,9	170	80,9	179	91,8	169	91,3	163	92,1
MANTIEN E	48	30,8	40	19,7	30	14,3	11	5,6	9	4,9	10	5,6
BAJA	8	5,1	13	6,4	10	4,8	5	2,6	7	3,8	4	2,3

Tabla 17. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las evoluciones del peso según el mes de seguimiento en la policlínica J, Nueva York, Paysandú, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.

Evolución del peso POL. J	MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
AUMENTA	1	1,7	5	6,8	4	5,1	7	9,7	11	14,3	18	25
MANTIENE	57	90,3	66	89,2	72	92,3	65	90,3	58	75,3	43	59,7
BAJA	0	0	3	4	2	2,6	0	0	8	10,4	11	15,3

Policlinicas	PROCESOS MÓRBIDOS				
	Presenta		No presenta		TOTAL
	FA	FR	FA	FR	
A	2	15,4	11	84,6	13
B	12	21	45	79	52
C	29	65,9	15	34,1	44
D	17	73,9	6	26,1	23
E	20	40	30	60	50
F	17	36,9	29	63,1	46
G	26	52	24	48	50
H	36	60	24	40	60
I	47	26,5	130	73,5	177
J	17	23,6	55	76,4	72
Total	223		369		592

Gráfico 19. Distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales de los procesos mórbidos según la policlínica, Uruguay en el período abril- setiembre 2008.



**ANEXO 14**

**PRESUPUESTO**

**RR MM Y RREE**

Transporte	\$7.000
Fotocopias	\$3.600
Sobres manila	\$320
Boísas Nylon Gruesas	\$100
Hojas A4	\$ 800
Hojas Carta	\$300
Grapadora y grapas	\$100
Impresiones	\$3.400
Tiempo en Internet	\$1.200
Encuademaciones	\$400
1,5 lt agua sin gas	\$35
4 Botellas agua sin gas 500cc	\$64
4 Carpetines con hojas	\$120
6 DVD	\$120
Flores	\$300
Nafta	\$2.500
Copas	280
<b>TOTAL \$</b>	<b>\$20.640</b>

ANEXO 15

DIAGRAMA DE GANTT

MESES

ACTIVIDADES	ABRIL 2010	MAYO 2010	JUNIO 2010	JULIO 2010	AGOSTO 2010	SEPTIEMBRE 2010	OCTUBRE 2010	NOVIEMBRE 2010	DICIEMBRE 2010	ENERO 2011	FEBRERO 2011	MARZO 2011	ABRIL 2011	MAYO 2011	JUNIO 2011	JULIO 2011	AGOSTO 2011	SEPTIEMBRE 2011	OCTUBRE 2011	NOVIEMBRE 2011	
Aproximación al tema de investigación																					
Elaboración del Marco Teórico																					
estudio de variables y selección para análisis de datos obtenidos																					
Elaboración del Protocolo de Investigación																					
Tabulación y Análisis de los resultados																					
Evaluación de la investigación (detalles finales)																					
Entrega a tutor, devolución y correcciones																					
Informe Final																					
Defensa del Trabajo Final de investigación																					