

MOTIVOS DE INASISTENCIA AL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
CALDAS – ANTIOQUIA, AÑOS 2009-2010.

VICTORIA EUGENIA ESTRADA VÉLEZ
VIVIANA SANMARTÍN LAVERDE
ANA MARÍA BARRAGÁN DÍAZ

ASESOR:
DR. JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD CES
MEDELLÍN
2010

CONTENIDO

	Pag.
1. FICHA TÉCNICA	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
5. MARCO TEÓRICO	12
6. OBJETIVOS	24
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
7. DISEÑO METODOLÓGICO	25
Metodología	
Operacionalización De Variables	
8. CRONOGRAMA	32
9. PRESUPUESTO	34
10. ANALISIS DE RESULTADOS	36
Metodología	
Caracterización de la población	
Caracterización del programa	
11. CONCLUSIONES	46

12. PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	48
Objetivo general	
Objetivos específicos	
Metodología Propuesta	
13. ANEXO 1	52
14. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	58

1. FICHA TÉCNICA

DATOS DEL PROYECTO						
TITULO	Motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas, Antioquia AñoS 2009-2010					
INVESTIGADOR PRINCIPAL	Estrada V, Barragán D, Sanmartín L.	TOTAL	3			
AUXILIARES DE INVETIGACIÓN	Hernández R.	TOTAL	1			
LINEA DE INVESTIGACIÓN	Estudio descriptivo – Retrospectivo					
DESCRIPTORES Y PALABRAS CLAVES	Inasistencia, programa de crecimiento y desarrollo, morbilidad, factores socioculturales, Caldas.					
DURACIÓN DEL PROYECTO EN MESES	8 meses	LUGAR DE EJECUCIÓN			Caldas – Antioquia	
TIPO DE PROYECTO	Investigación básica		Investigación aplicada	X	Desarrollo tecnológico o experimental	

FINANCIACIÓN DEL PROYECTO					
COSTO TOTAL		COSTO FINANCIADO		COSTO POR FINANCIAR	
ENTIDAD A LA QUE SOLICITA FINANCIACIÓN				MONTO SOLICITADO	
INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIONES					
FECHA DE RECEPCIÓN	Año: ____ Mes: ____ Día: ____		CODIGO DE IDENTIFICACION DEL PROYECTO		
DEVUELTO PARA CORREGIR, FECHA Y No. DE ACTA	APROVACION FECHA Y No. DE ACTA	ENVIO AL COMITÉ INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIONES FECHA Y No. DE ACTA	ENVIO AL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA FECHA Y No. DE ACTA		
FIRMA AUTORIZADA	FIRMA AUTORIZADA	FIRMA AUTORIZADA	FIRMA AUTORIZADA		

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caldas es un municipio de segunda categoría¹ ubicado al sur del Valle de Aburra en el departamento de Antioquia, con una población estimada por el DANE para el año 2007 de 71.136² habitantes, distribuidos por aseguramiento de la siguiente manera: afiliada al régimen contributivo 49,9%, subsidiado 13,1%, población pobre no asegurada 36,6% y particulares 0,5%.

Para satisfacer la demanda en Salud de la población caldense, el Municipio cuenta con varias Instituciones Prestadora de Salud, entre ellas la ESE Hospital San Vicente de Paúl, institución de primer y segundo nivel, la cual es centro de referencia para el suroeste antioqueño por ofrecer múltiple especialidades; su primer nivel ofrece atención de medicina general, dispensación de medicamentos ambulatorios y ejecución de todos los programas de Protección Específica y Detección Temprana, según lo dispuesto en la Resolución 412 de 2000, donde se reglamenta la atención individual y colectiva a niños, jóvenes, mujeres en edad fértil, adultos, entre otros a través de programas de Promoción de salud y Prevención de la Enfermedad .

Uno de los grandes desafíos de la salud a nivel mundial es la atención integral de la primera infancia, cuyas acciones han logrado disminuir las causas de morbilidad y mortalidad evitables; un ejemplo de esta situación es el departamento

¹ La Ley 617 del 6 de octubre de 2000, Capítulo 2.

² Plan territorial de Salud Pública 2008 – 2011 [Internet]. Caldas: Secretaría Local de Salud, 2009 [Consulta 3 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.caldasantioquia.gov.co/Sitio/Index.asp?LANG=&IP=2>

de Antioquia donde para el año 2004 se presentaron 1789 muertes en menores de 5 años y para el 2009 se redujo a 1082³.

Lo anterior reafirma la importancia de implementar estrategias locales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población infantil y, es por esto que el programa de crecimiento y desarrollo se convierte en una prioridad de salud pública que pretende atender integralmente al niño menor de 10 años y vigilar continuamente los cambios somáticos y funcionales que se presentan en el ser humano desde el momento de la concepción.

A pesar de la importancia de la estrategia, el programa de Crecimiento y desarrollo presenta un gran porcentaje de inasistencia⁴ Según la Encuesta Nacional en Salud los resultados en Antioquia⁵ con relación al programa no son muy diferentes dado que sólo el 30,6% de los padres de los menores ha llevado a su hijo a un control de crecimiento y desarrollo, seguido del 12,7% que han asistido a dos controles, estas proporciones disminuyen a medida que va aumentando el número de controles.

Es de vital importancia identificar si factores como el nivel de educación, la falta de recursos económicos, la dificultad para acceder a los servicios de salud, la falta de calidez en la atención, el desconocimiento del programa y/o el poco convencimiento de las madres sobre la importancia del monitorio periódico del

³ Estadísticas de morbilidad y mortalidad en Antioquia. [Internet]. Antioquia: Dirección Seccional de Salud y protección social, 2009 [Consulta 9 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad>

⁴ Entiéndase por Inasistencia a la falta de asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo, aun cuando la niña o niño es citado.

⁵ Encuesta de Salud de Antioquia 2007 [Internet]. Antioquia: Ministerio de la Protección social [Consulta 11 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9091.PDF>

niño, inciden directamente en la no asistencia al programa de crecimiento y desarrollo.

En esta investigación de tipo descriptivo se estudiará a la población de madres o responsables de los niños inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital de San Vicente de Paúl y su comportamiento durante el año 2009; con el fin de formular estrategias que impacten en el cumplimiento de los controles programados generándose de la situación anteriormente descrita el siguiente interrogante: ¿Tienen asociación los factores socioculturales con la no asistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE San Vicente de Paúl del municipio de Caldas Antioquia?

3. JUSTIFICACIÓN

Para monitorear de manera adecuada y oportuna la evolución del niño sano, se deben implementar estrategias que permitan ejecutar actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, como lo es el Programa de Crecimiento y Desarrollo; cuya efectividad se ve afectada por el alto porcentaje de inasistencia.

Uno de los entes responsables de la salud de la población infantil, es la Dirección Seccional de Salud de Antioquia que a través de la vigilancia y control de eventos como la morbilidad infantil, puede analizar la situación de salud de la población y el impacto de las estrategias implementadas. Muestra de esto es la disminución significativa de la mortalidad que se evidencia en los últimos nueve años, pues para el año 2000 se registraron en el municipio de Caldas 275,6 muertes por cada 1.000 niños menores de 5 años y para el 2009 se redujo a 86,5 muertes por cada 1.000 niños menores de 5 años⁶.

La implementación, intervención y evaluación oportuna y adecuada durante la niñez con el programa de Crecimiento y Desarrollo impacta en forma positiva en la disminución a futuro de complicaciones tales como la desnutrición, enfermedades inmunoprevenibles, trastornos de tipo motriz, hospitalizaciones por deshidratación y enfermedades respiratorias, entre otros; motivo por el cual se considera de gran importancia estudiar la población ausente del programa para analizar la relación entre los factores socioculturales, la morbilidad de la población infantil y la inasistencia al control.

⁶ Estadísticas de morbilidad en Antioquia. [Internet]. Antioquia: Dirección Seccional de Salud y protección social, 2009 [Consulta 9 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad>

Para el desarrollo del propósito de la investigación se aplicará una encuesta telefónica (ver anexo 1) al usuario inasistente durante el año 2009 al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl diligenciada por el personal auxiliar de enfermería capacitado para dicho fin. Haciendo factible la investigación y análisis de la información y viable la propuesta de implementar medidas educativas que contribuyan a que todas las madres de familia sepan y entiendan los beneficios para su hijo, la importancia de asistir periódicamente al programa como oportunidad para mejorar el estado de salud de la población infantil y establecer pautas en la crianza a nivel familiar y comunitario.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE San Vicente de Paúl del municipio de Caldas Antioquia?

5. MARCO TEÓRICO

La Constitución Política de Colombia señala que la vida, la integridad física y la salud, entre otros, son derechos fundamentales de los niños y las niñas. Gozar de buenas condiciones de salud en esta población se convierte en un requisito esencial para que puedan aprender, desarrollar sus capacidades y adquirir las aptitudes necesarias para una vida en sociedad. Las inversiones públicas orientadas a garantizar la supervivencia y la buena salud de los niños durante los primeros años de vida tienen una alta rentabilidad social, ya que conducen a un mayor rendimiento académico, una mayor productividad en el futuro y además, contribuyen a la disminución de la pobreza y la desigualdad.

Es importante entonces anotar que lo anterior se ve plasmado como prioridad en la estrategia “Colombia hechos y derechos” Colombia tierra de niños y adolescentes⁷; publicación dirigida a todos aquellos responsables en el ámbito territorial del diseño, la implementación y la evaluación de las políticas públicas para la infancia y la adolescencia; la estrategia focaliza su trabajo en torno a ocho prioridades que corresponden a los derechos establecidos en el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia y en la convención sobre los derechos del niño. Adicionalmente propone acciones preventivas orientadas al cumplimiento universal de los derechos de la niñez y la adolescencia y recomienda acciones de protección especial para los niños, niñas y adolescentes a quienes se les han vulnerado sus derechos, conduciendo de esta manera a la toma de decisiones y a

⁷ Estrategia “HECHOS Y DERECHOS” para la República de Colombia. Acuerdo de la UNICEF. República de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Contraloría General de la Nación.

la implementación de acciones para cambios positivos en la vida de la niñez Colombiana.

La corte constitucional ha emitido numerosas sentencias relacionadas directamente con la atención integral a la población infantil, una de ellas es la Sentencia T-356-05 (Derecho a la salud y a la seguridad social de los niños fundamental y prevalente. Procedencia de la acción de tutela) la cual hace referencia: “El carácter fundamental y prevalente de los derechos a la salud y a la seguridad social de los niños se encuentre reconocido tanto en la Constitución Política como en el derecho internacional, el cual ha sido aplicado en forma reiterada y permanente por la Corte Constitucional”⁸. Según el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia⁹, son derechos fundamentales de los niños, entre otros, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social. Este artículo también señala que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

De otro lado la Ley 1098 de 2006 de infancia y adolescencia de la Republica de Colombia en su Artículo número 27 dice en forma textual “Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud. En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el

⁸Sentencia de la Honorable Corte Constitucional de la República de Colombia. Número T-356 de 2005. “Derecho a la Salud y a la Seguridad Social de los niños y niñas”.

⁹ Constitución Política de Colombia 1991. Artículo 44.

régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación”¹⁰.

Un buen indicador del desarrollo de un país es el nivel de salud de su población, y una parte importante de ella son los niños, es por esta razón que existen estrategias enfocadas a su protección, desde las acordadas por diferentes países hasta las que cada uno establece a nivel interno. Para el caso de Colombia se podrían enumerar diferentes convenios y normas que garantizan la protección de los niños, sin embargo no todas tiene explícito la protección a esta población, por ejemplo para el año 2002 “El Sistema de Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de la vida de los colombianos especialmente de los más desprotegidos” (Art. 1 Ley 789 del 2002, fondo emprendedor), entre este grupo están incluidos los niños objeto de esta investigación.

Para el año 2004, se elaboró el Programa de Apoyo para la formulación de la Política de Primera Infancia en el que participaron 19 instituciones nacionales, esta política está orientada a mejorar las condiciones de vida de los menores de 6 años; surge de los “acuerdos internacionales suscritos por Colombia y a los compromisos establecidos por la sociedad internacional en Dakar en la Cumbre Mundial de “Educación para Todos” (Unesco)”¹¹.

En el mismo sentido, para el año 2004 se formula la Política de Primera Infancia que está orientada a mejorar las condiciones de vida de los menores de 6 años, esta política comparte sus objetivos con el Plan de Desarrollo Nacional y los

¹⁰ Congreso de la república de Colombia. Ley 1098 de 2006, “infancia y adolescencia”.

¹¹ Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos comunes; Marco de acción Dakar, Senegal [Consulta 17 Marzo 2010]. Disponible en: http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/PDF/Marco_accion_spa.pdf

Objetivos del Milenio; así mismo para dar cumplimiento a ésta en el año 2005 se generó a nivel local (municipios) la “Estrategia Municipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia”.

Otro hecho de importancia es la aprobación del Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006), a través de la cual se adecua la legislación colombiana a los principios consagrados en la Convención de los Derechos del Niño y parte de principios básicos como el interés superior del niño, la prevalencia de los derechos de la infancia, la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado como garantes de derechos y la exigibilidad de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes¹².

La ley 100 de 1993¹³ y la Ley 1122¹⁴ de 2007 establecen dentro del Plan Obligatorio de Salud POS, las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, reglamentadas inicialmente en la Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996¹⁵, la cual determinó las acciones que son de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado con el fin de brindar atención individual, familiar o grupal.

Se define la promoción de la salud como “la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el fin de garantizar, mas allá de la ausencia de enfermedad mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades; y la prevención de la enfermedad como el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación control o reducción de los factores

¹² Congreso de la república de Colombia. Ley 1098 de 2006, “infancia y adolescencia”.

¹³ República de Colombia. Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

¹⁴ República de Colombia. Ley 1122 del 9 de Enero 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

¹⁵ República de Colombia. **Resolución 3997 del 30 de Octubre de 1996**. Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el sistema general de seguridad social en salud (Sgss).

de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables de la salud”¹⁶.

Con el fin de estandarizar y sistematizar estas acciones, se modifica la normatividad hasta esa fecha vigente, para lo cual se formula la Resolución 412 de 2000 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

Una de estas acciones es la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años; “dirigida a esta población con el fin de garantizar su atención periódica y sistemática, detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte”¹⁷.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, legislado a través del Decreto 3039 de 2007¹⁸, propone en su Capítulo IV el análisis de la situación de salud con el fin de caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como los factores asociados y sus determinantes. A partir de este análisis define en su Capítulo V las Prioridades nacionales en salud, dentro de las que se destacan la *salud infantil*, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental y las lesiones violentas

¹⁶ Ministerio de Salud de la república de Colombia. Resolución 3997 de octubre de 1996, “por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS”.

¹⁷ Ministerio de salud de la república de Colombia. Resolución 412 de diciembre de 2000, Guías de promoción y prevención en salud.

¹⁸ Ministerio de salud de la república de Colombia. Decreto 3039 del 10 de Agosto de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

evitables, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, la nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente, entre otras.

Además de las acciones individuales ejecutadas en el programa de crecimiento y desarrollo existen intervenciones colectivas, las cuales están a cargo de las entidades territoriales¹⁹; en el caso del municipio de Caldas estas acciones están bajo la responsabilidad de la Secretaría Local de Salud, quien por medio del Acuerdo No 004 DE 2008 ha elaborado y se encuentra en proceso de ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial de Salud para el periodo 2008-2011.

Los fines planteados en el Plan Territorial de Salud²⁰ de mayor interés y asociación con el tema de esta investigación son la disminución de índices de morbilidad y mortalidad, la promoción de la salud, el aumento de las condiciones de salud de la población Caldeña, la identificación de necesidades en salud y respuesta oportuna para su mejoramiento, el desarrollo integral para niños, niñas y adolescentes, mejorar la atención a la población desplazada, estímulo de actividades deportivas y recreativas en zona rural, entre otras. Para ejecutar estas acciones, la secretaria de salud del municipio ha diseñado un Plan Operativo Anual, destacándose objetivos como complementación y educación alimentaria y nutricional, mantener en cero las muertes por desnutrición y disminuir en un 1% la prevalencia de la desnutrición crónica en la población infantil del municipio.

El municipio cuenta con varias Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que garantizan la atención a un gran porcentaje de la población, entre ellas está la

¹⁹ Ministerio de la protección social de la república de Colombia. Resolución 425 de 2008, metodología para la elaboración, ejecución y seguimiento del plan territorial de salud pública.

²⁰ Municipio de Caldas Antioquia. Acuerdo 004 de 2008, plan territorial de salud pública.

ESE Hospital San Vicente de Paúl institución de primer y segundo nivel de complejidad, centro de referencia para el suroeste antioqueño. Dispone de dos sedes, en la principal se encuentra instalada la parte de procesos administrativos y asistenciales especializados, en la sede alterna todos los procesos del primer nivel incluyendo las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demanda inducida.

La ESE Hospital San Vicente de Paúl del Caldas, siendo una Institución Prestadora de servicios de Salud, ha acogido y adaptado las normas antes mencionadas para la ejecutar el programa de crecimiento y desarrollo; pues además de cumplir con la normatividad vigente, le apunta a los objetivos definidos en la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo “disminuir las tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años; ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades”²¹.

La atención brindada en el programa de Crecimiento y Desarrollo es estructurada en diferentes estrategias, una de ellas es AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia); El objetivo primordial de esta estrategia es mejorar la calidad de la salud infantil en los establecimientos de la red pública, privada y en la comunidad en general; esta estrategia ha demostrado ser efectiva y de bajo costo y se ejecuta a través de intervenciones sencillas de salud pública como medidas de promoción y prevención, atención oportuna e integrada que incidirán en la reducción de enfermedades y discapacidad en la población,

²¹ Ministerio de salud de la república de Colombia. Resolución 412 de diciembre de 2000, Guías de promoción y prevención en salud.

contribuyendo a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

La implementación de la anterior estrategia en los servicios de salud y en la comunidad produce un importante impacto en términos de reducción de la tasa de mortalidad infantil, en la disminución del número y gravedad de las enfermedades, y en las condiciones nutricionales y de desarrollo de estos niños.

Siguiendo los lineamientos de AIEPI y los dictados por la Resolución 412 del 2000, la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas, tiene implementado el programa de crecimiento y desarrollo cuyo objetivo es “brindar pautas para la atención integral con calidad las niñas y niños sanos menores de 10 años usuarios de la institución, contribuyendo a la disminución de las tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas” (protocolo ESE).

El programa incluye un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a niñas y niños menores de 10 años, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática. El menor de un año debe asistir a cuatro controles, el de un año a los dos años asiste a tres controles, cada seis meses hasta cumplir 5 años y luego cada año hasta los 10 años; lo anterior indica que si un niño cumple con lo programado debe tener aproximadamente 18 controles.

Los encuentros programados tiene varias fases, una es la intervención educativa a las madres, responsables y/o acompañantes del niño (a), con esta actividad se busca empoderar al adulto sobre el adecuado manejo del niño en el hogar en caso de enfermedades inmunoprevenibles, pautas de crianza y estimulación adecuada según la edad. Luego se continúa con el examen físico y se informa a la madre

los hallazgos y sus indicaciones. Todo con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

El cumplimiento de los propósitos anteriormente descritos incide directamente en el comportamiento de la morbimortalidad de la población infantil. Sin embargo existen otros factores que podrían ser igual de importantes en la incidencia de enfermedades o muerte de las niñas y niños. En el año 2000 Profamilia²² ejecutó una encuesta nacional, donde una de sus conclusiones era que *“existen características que inciden en la mortalidad infantil como:*

- *El nivel de educativo de las madres: en mujeres sin educación o con escasos índices de escolaridad, la mortalidad de los niños es tres veces mayor que en aquellas con educación universitaria. Esta cifra de muertes se mantiene cuando las mamás no reciben la atención médica necesaria en el embarazo ni el parto. Cuando existen cuidados prenatales y en el momento del nacimiento, las cifras de muerte descienden a una tercera parte.*
- *La edad. Hay grave riesgo de mortalidad infantil cuando la madre es menor de 20 (31 muertes por mil nacimientos). El menor índice oscila entre las mujeres de 20 a 29 años. Se consideran nacimientos de riesgo elevado los que ocurren en madres menores de 18 años o mayores de 35 y cuando el intervalo entre embarazos es menor de 24 meses. Además, hay serios riesgos cuando las mujeres embarazadas carecen del cuidado prenatal, de atención en el momento del parto.*

²² Encuesta Nacional de Demografía y Salud dl 2000. Colombia [Consulta 10 Marzo 2010]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2000_temas/06mortalidad.html

- *De igual manera se presentan factores de riesgo por el lugar de nacimiento; en la ciudad los índices de mortalidad son menores mientras que se presenta mayor riesgo reproductivo y de posible muerte del bebé en las áreas rurales. Mientras en la zona urbana la reducción de la mortalidad postneonatal en el quinquenio es importante, de 10 pasó a 6 por cada mil nacimientos. En la zona rural el nivel ha permanecido básicamente igual (11- 12 por mil)”.*

Este trabajo sobre la mortalidad infantil refleja que en Colombia disminuyó en un 50 por ciento en las dos últimas décadas (de 44 muertes por cada mil nacimientos, hace 20 años, se pasó a 21 muertes por cada mil nacimientos de 1995 a 2000) y la mortalidad neonatal mostró una disminución del 39 por ciento (pasó de 24 muertes por cada mil nacimientos a 15 muertes).

En general Colombia presenta niveles de mortalidad general moderados a bajos, aunque existe una prevención respecto de estas cifras basada en el alto subregistro que presenta la mortalidad en el país. Se ha registrado un profundo cambio en la distribución etaria de la mortalidad, disminuyeron las muertes en la niñez y se incrementó fuertemente la proporción de muertes en las edades más avanzadas. No obstante, a fines de los ochenta todavía un 28% de las personas fallecidas correspondía a menores de cinco años²³.

Las principales causas de muerte de los menores de un año son las afecciones originadas en el período perinatal (40%), y las enfermedades de las vías

²³ Boletín de Estadística N° 472, DANE 1992, Colombia. [Consulta 22 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/colombia/salu-3.htm>.

respiratorias, las infecciosas intestinales y parasitarias, que en conjunto suman alrededor de 30%. Entre los menores de cinco años las enfermedades respiratorias y las infecciosas intestinales tienen menor peso. Las deficiencias de la nutrición mantienen su presencia como causal de deceso infantil.

La Encuesta Nacional de Profamilia²⁴ también reveló datos representativos relacionados con el tratamiento de fiebres y diarreas. Se compararon los resultados de esta Encuesta y la anterior, presentándose una pequeña disminución en los niños que sufrieron de fiebres; para el período 1990 - 1995 el resultado fue del 28% y para la fase 1995 - 2000 del 26%. Los más afectados fueron los niños de 6 a 35 meses. Al 93 por ciento se les suministró acetaminofén; el 37 por ciento fue llevado a hospitales; el 8 por ciento fue atendido por médicos y el 43 por ciento no recibió ninguna clase de atención. En 1995 el 95% de las madres conocían sobre el uso de sales de rehidratación oral (SRO), mientras que para el año 2000 esta cifra disminuyó a un 92 %. Comparando las dos encuestas, el número de niños menores de 5 años que sufrieron de diarreas pasó de un 17 % a un 14 %. La mayor proporción de infantes afectados se presenta en las zonas rurales, con madres de bajo nivel de educación. La terapia de rehidratación oral tuvo un descenso, pasó del 68 % en 1995 a 61 % en el 2000.

Se evidencia igual preocupación por esta situación en otros países como el Salvador²⁵, donde se desarrolló un estudio con objetivos similares a los nuestra investigación; en el Municipio de Quezaltepeque, departamento de la Libertad

²⁴ Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2000. Colombia [Consulta 10 Marzo 2010]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2000_temas/06mortalidad.html

²⁵ Incidencia de factores socioculturales en la inasistencia de las madres a control infantil de menores de 5 años del municipio de Quezaltepeque. El Salvador [Consulta 17 Marzo 2010]. Disponible en: www.unab.edu.sv/bvirtual/4154/capitulo1.pdf-similares

realizaron una investigación con las madres faltistas al programa de crecimiento y desarrollo para comprobar si los factores socioculturales inciden directamente en la inasistencia, pero desafortunadamente la falta de colaboración y la veracidad de los datos fueron las principales limitantes para alcanzar los objetivos propuestos.

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta la importancia de estos factores de riesgo en la morbi-mortalidad infantil, con este estudio descriptivo se pretende identificar en la población objeto del programa de Crecimiento y Desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl, los factores que indiquen en la Situación de Salud de las niñas y niños atendidos en esta Institución, y las causas de inasistencia al programa.

6. OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar las principales causas de inasistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo de la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Caldas durante el año 2009.

Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográfica de la población inasistente al programa de Crecimiento y Desarrollo.
- Identificar las causas de mayor frecuencia de inasistencia al programa.
- Identificar falencias en el proceso de promoción del programa de Crecimiento y Desarrollo de la institución.
- Comparar la morbimortalidad de los niños inasistente al programa con la morbimortalidad con la de los que asisten según los estándares normativos.
- Proponer estrategias para disminuir el porcentaje de inasistencia al programa y mejorar la atención en la ESE Hospital San Vicente de Paúl.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Metodología

- Tipo de estudio: Se realizará un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, para concluir las principales causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl, durante el año 2009.
- Población de estudio: Madres y cuidadores de las niñas y niños entre 0 y 5 años asistentes e inasistentes al programa de Crecimiento y Desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas durante el año 2009; según estimación de las matrices de programación de las entidades que tiene contrato con la institución la población es de 1436 niñas y niños.
- Muestra: El cálculo de la Muestra se efectuará a través del programa EpiInfo 6 y mediante un muestreo aleatorio se seleccionarán 73 niños (a) asistentes e inasistentes al programa de crecimiento y desarrollo durante el periodo evaluado. Esta muestra refleja una confianza del 95% y un error de muestreo del 5%.
- Unidad de análisis: Cada una de las madres y cuidadores a los cuales se les aplicará la encuesta.
- Criterios de inclusión: Madres y cuidadores de las niñas y niños menores de 5 años, asistentes e inasistentes por más de 3 meses al programa de Crecimiento y Desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas durante el año 2009.

- Criterios de exclusión: niños y niñas mayores de 5 años, con enfermedades crónicas incluidos los trastornos mentales, consultas por urgencias con diagnóstico de accidentes o eventos catastróficos.
- Información técnica: A todos los participantes de la investigación se les explicará de manera clara y sencilla, los objetivos e importancia de la encuesta la cual será aplicada telefónicamente por una auxiliar de enfermería reconocida por los usuarios.

Operacionalización De Variables

Codigo	Definición operativa	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida
X ¹	Sexo	Cualitativa	Nominal	1: M 2: F
X ²	Edad en años cumplidos del menor	Cuantitativa	Razón	1: 0 años 2: un año 3: dos años 4: tres años 5: cuatro años 6: cinco años
X ³	Responsable del menor	Cualitativa	Nominal	1: Abuelos 2: Tíos 3: Mamá 4: Hermanos 5: Papá 6: Otros
X ⁴	Edad persona responsable	Cuantitativa	Razón	15 ... n años cumplidos

	del menor			
X ⁵	Cuidador del menor	Cualitativa	Nominal	1: Abuelos 2: Tíos 3: Mamá 4: Hermanos 5: Papá 6: Otros
X ⁶	Menores de 10 años en el hogar dependiente de el responsable del menor	Cuantitativo	Razón	1: uno 2: dos 3: tres 4: cuatro 5: cinco 6: seis o más
X ⁷	Estado civil del responsable del menor	Cualitativa	Nominal	1: soltero 2: unión libre 3: viudo 4: casado 5: separado
X ⁸	Nivel educativo del responsable del menor	Cualitativa	Ordinal	1: Leer y escribir 2: Primaria 3: Secundaria 4: Técnico 5: Profesional 6: Otro
X ⁹	Área de	Cualitativa	Nominal	1: Urbano

	residencia			2: Rural
X ¹⁰	Estrato socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	1: cero 2: uno 3: dos 4: tres 5: cuatro
X ¹¹	Seguridad social	Cualitativa	Nominal	1: Subsidiado 2: Contributivo 3: Vinculado 4: Particular
X ¹²	Nombre de EPS o EPS-S	Cualitativa	Nominal	1: Comfama 2: Camacol 3: Nueva EPS 4: Otro
X ¹³	Ingresos socioeconómico	Cuantitativa	Razón	1: Menor un SMMV 2: Un SMMV 3: Mas SMMV
X ¹⁴	Conocimiento de la existencia del programa	Cualitativa	Nominal	1: Radio 2: Televisión 3: Una vecina y/o amiga 4: Promotora de salud o vacunadora 5: El médico y/o

				enfermera Otros
X ¹⁵	Calificación del personal de salud	Cualitativa	Ordinal	1: excelente 2: bueno 3: regular 4: malo
X ¹⁶	Cumplimiento de expectativas	Cualitativa	Nominal	1: si 2: no
X ¹⁷	Horario flexible	Cualitativa	Nominal	1: si 2: no
X ¹⁸	Causa de inasistencia	Cualitativa	Nominal	1: Vive muy lejos 2: No tiene dinero 3: No tiene quien lo lleve 4: No le pareció importante 5: No se siente bien atendido 6: Se olvida la cita. 7: Otros
X ¹⁹	Aspecto importante del programa	Cualitativa	Nominal	1: Peso y talla 2: Información 3: Nutricional 4: Manejo de enfermedades en

				<p>casa</p> <p>5: Pautas de crianza</p> <p>6: Entrega de subsidios</p>
X ²⁰	Consulta a urgencias y/o consulta externa	Cualitativa	Nominal	<p>1: si</p> <p>2: no</p>
X ²¹	Causas de consulta	Cualitativa	Nominal	<p>1: Infección respiratoria aguda (gripa, otitis)</p> <p>2: Enfermedad diarreica aguda</p> <p>3: Fiebre</p> <p>4: Parasitosis (purgante)</p> <p>5: Escabiosis (alergia)</p> <p>5: Anorexia o inapetencia.</p> <p>6: Otros</p>
X ²²	Hospitalización	Cualitativa	Nominal	<p>1: si</p> <p>2: no</p>
X ²³	Causas de hospitalización	Cualitativa	Nominal	<p>1: Neumonía o bronquitis</p> <p>2: Otitis</p> <p>3: Deshidratación</p> <p>4: Infección</p>

				Urinaria. 5: Otro
--	--	--	--	----------------------

9. PRESUPUESTO

Rubro	Unidad de medida	Cantidad	Valor unidad	Total
Investigadoras	Hora	3	\$14.000 (414 horas)	\$5'796.000
Auxiliar de enfermería	Hora	1	\$9500 (10 horas)	\$95.000
Asesor	Honorarios en pesos	1	Valor de los honorarios de la persona que asesora la investigación o tesis	
Equipo de computo	Pesos	3	\$1'300.000	\$3'900.000
Impresora	Pesos	1	\$ 350.000	\$350.000
Tinta	Pesos	1	\$ 90.000	\$90.000
Papelería	pesos para adquirir las resmas de papel	2	\$12.000	\$24.000
Teléfono	Pesos	730 minutos	Valor del	\$51.465

		(cada llamada dure 10 minutos por 73 llamadas a fijos y celular)	minuto local: \$66 Valor minuto a celular : \$75)	
Lapicero	Pesos	8	\$2.000	\$16.000
Internet	Pesos por hora	96 horas mensuales (en 8 meses)	\$600	\$345.600
Viáticos (alimentación)	Pesos por reunión	16 veces en 8 meses por tres investigadoras	\$10.000	\$480.000
TOTAL				11'148.065

10. ANALISIS DE RESULTADOS

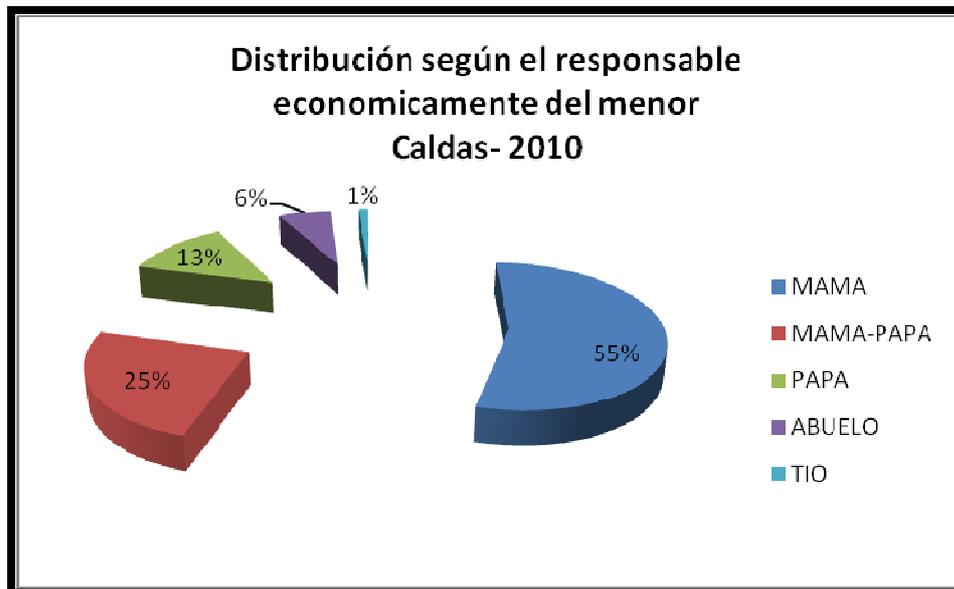
Descripción de metodología

La muestra se calculó con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%. Como unidad de análisis se utilizó el hogar o familia del menor; aplicando la encuesta a la persona encargada del cuidado del niño. En aquellos casos donde no se encontró el adulto responsable, se elige otro menor inasistente de forma aleatoria.

La selección de los encuestados se hizo de forma aleatoria de los listados de los niños inasistentes al programa de Crecimiento y Desarrollo. Se utilizó una encuesta para la recopilación de los datos, la cual arrojó los siguientes resultados:

Caracterización de la población

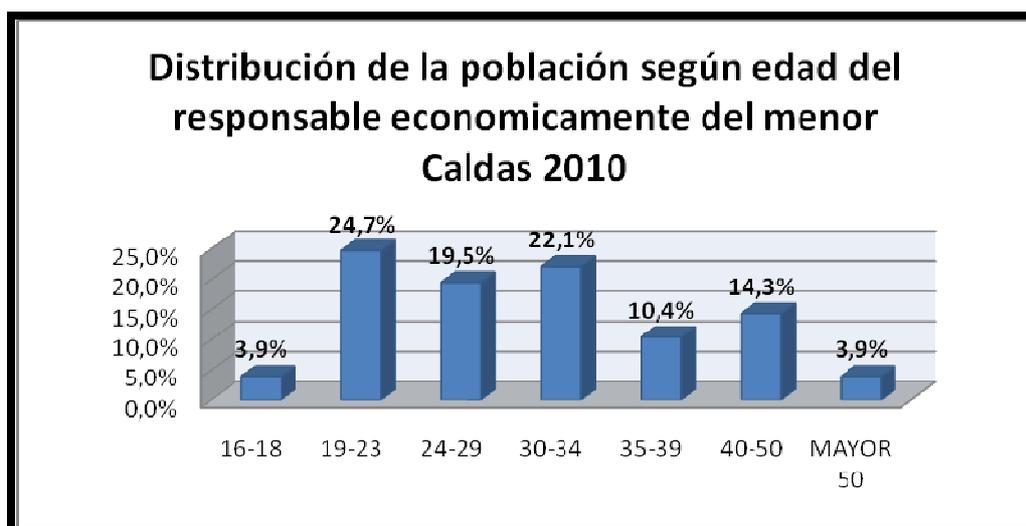
Se realizaron 77 encuestas; del total de las personas encuestadas el 53% son del sexo femenino y el 47% corresponde al sexo masculino. Se encuestaron familiares de niños entre 1 y 9 años, siendo el grupo de 3 años el de mayor representación con un 32%.



Al indagar por la persona responsable económicamente del menor se evidencia que en el 55% de los casos es la madre, de este grupo el 60% están solteras, el 35% tienen un grado de escolaridad de básica primaria y el 14% son menores de 20 años. Es importante resaltar que a menor edad y escolaridad de la madre es mayor el riesgo de mortalidad del menor; según Profamilia en las mujeres sin educación o con escasos índices de escolaridad, la mortalidad de los niños es tres veces mayor que en aquellas con educación universitaria; además si la madre es menor de 20 años la mortalidad registrada es de 31 por mil habitantes. Así mismo se evidencia una responsabilidad económica compartida de padre y madre sólo del 25% y participación solo del padre en un 13%.

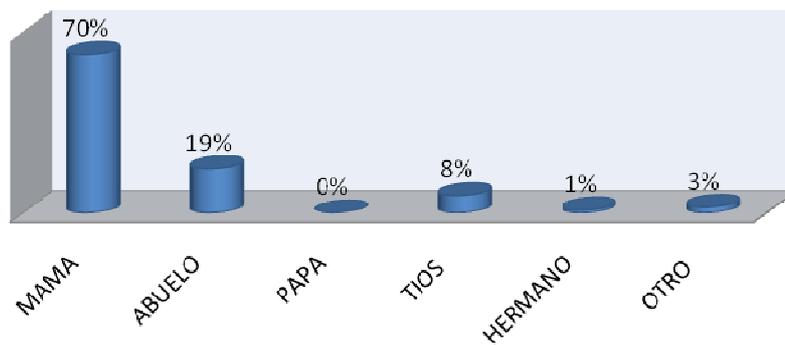
Llama la atención que el 64% de las madres responsables de su grupo familiar son las mismas cuidadoras de sus hijos, lo que quiere decir que son madres cabeza de familia. Lo anterior puede estar asociado con las dos principales causas encontradas de inasistencia al programa, como lo son el olvido con un

31% y falta de un adulto responsable que acompañe al menor al programa con un 18%.



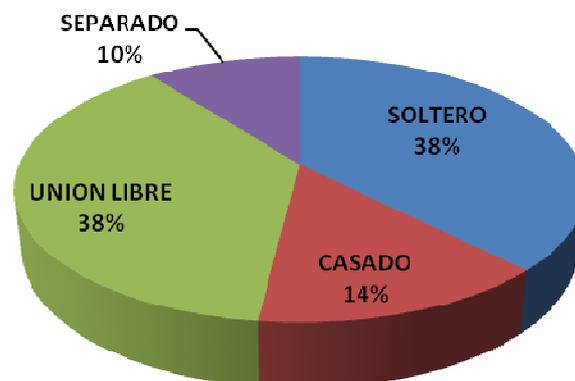
Sin importar el sexo o el parentesco, la edad promedio del responsable económicamente del menor se encuentra entre los 19 y 23 años. Esto puede ser el reflejo del cambio que se está dando en la fecundidad pues en el Municipio de Caldas para el año 2004 la fecundidad en mujeres entre 20-24 años fue del 33% y entre 15-19 fue del 25%, para el año 2007 se equilibran porcentaje con 28% y 27%, respectivamente.

Distribución según tipo de cuidador del menor Caldas 2010

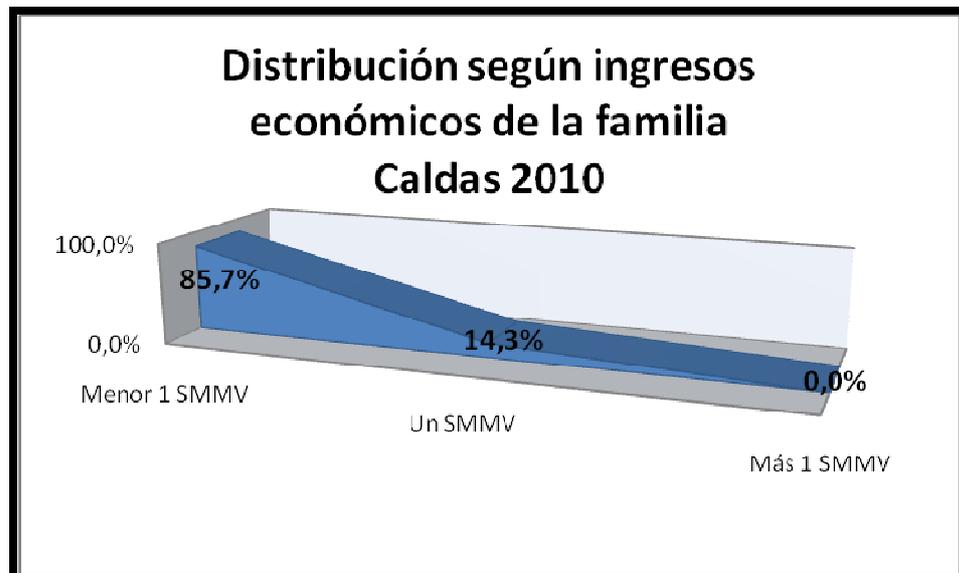


Otro grupo importante de cuidadores son los abuelos con una participación del 19% mientras que la del padre es del 0%, lo que confirma la mayor participación de la madre en el cuidado integral del menor (económicamente y como cuidadora).

Distribución según estado civil del responsable del menor Caldas 2010



En cuanto al estado civil de los encuestados responsables económicamente del menor, encontramos que el 37% son solteros, el 52% están casados o viven en unión libre y el 10% son separados. De la población soltera, el 86% son madres cabeza de familia, es decir responden económicamente por el niño. Así mismo se evidencia en la población encuestado un bajo nivel educativo pues el nivel de escolaridad de los responsables del ingreso tiene en un 40% estudios únicamente primarios y el 53% secundarios.



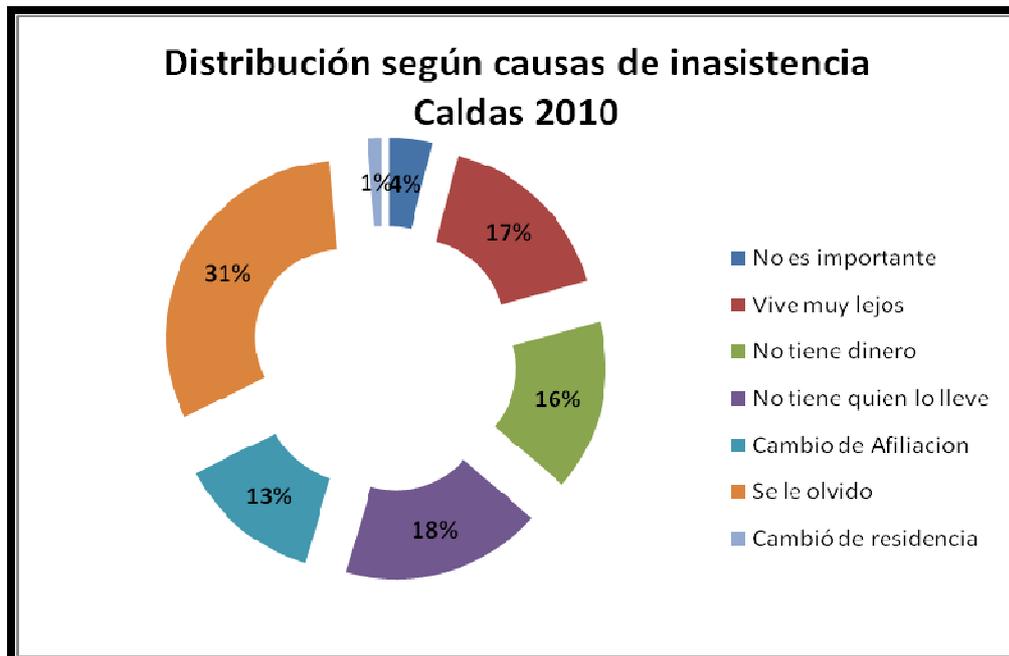
El 97% de la población estudiada se encuentra entre los estratos socioeconómicos 1 y 2, sólo el 3% pertenece al estrato 3. Este comportamiento se reafirma al analizar la afiliación al SGSSS, pues el 79% pertenecen al régimen subsidiado. Con respecto a los ingresos de la familia el 86% de los encuestados gana menos de un SMMLV y el 14% tiene sólo un SMMLV.

Caracterización del programa

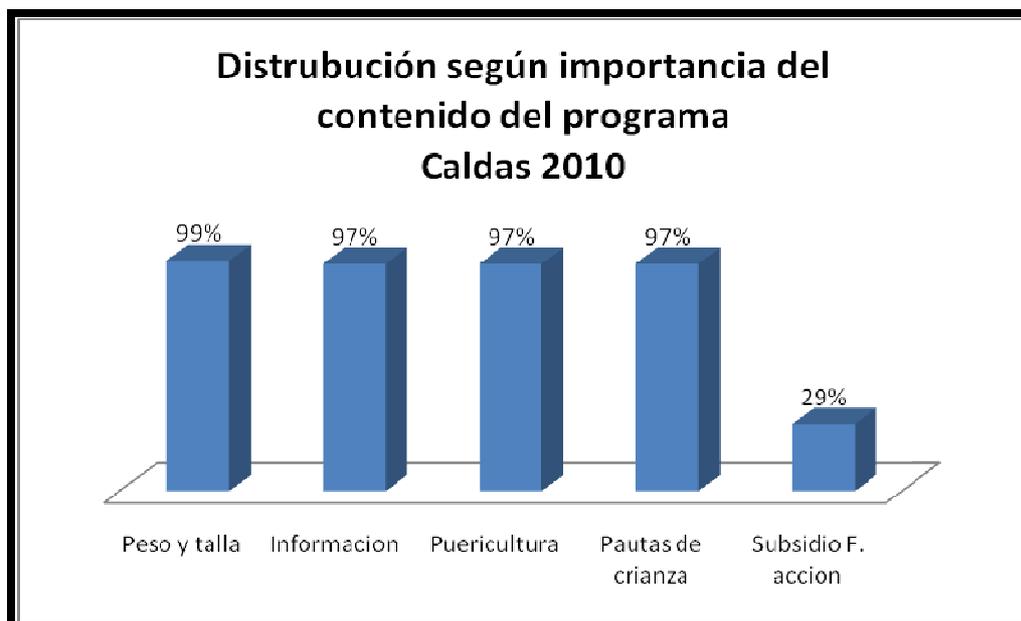
Del total de las personas encuestadas el 72 % afirma estar enterado de la existencia del programa de Crecimiento y Desarrollo, de éstos el 98% se enteraron por el personal de salud y sólo el 2% por personal ajeno a la institución. Lo anterior reafirma la importancia del papel del personal médico y asistencial en el proceso de captación en los programas de Promoción y Prevención y demanda inducida.

La percepción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios recibidos está catalogada como excelente en un 50%, buena en un 48 % y sólo el 2% lo calificó como regular; al indagar la proveniencia se encontró que este último porcentaje es del área de admisiones y facturación.

Existe un cumplimiento de expectativas del 100%, lo anterior debido a que las personas expresan satisfacción de su necesidad de recibir información sobre las pautas de crianza, estándares de crecimiento y puericultura.

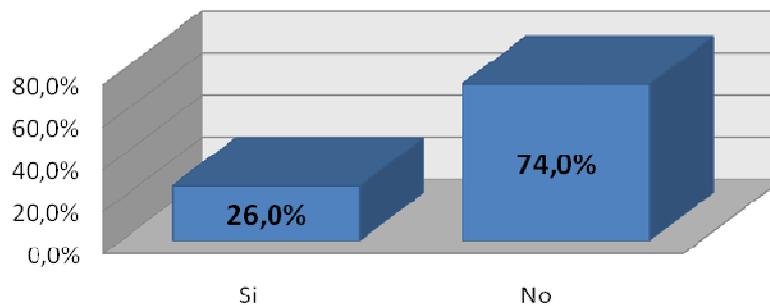


Entre las causas principales de inasistencia al programa, la primera es el olvido de la cita programada en un 31%, seguida por falta de un adulto que acompañe al menor en un 18%; comportamiento similares reflejan el hecho de vivir lejos y la falta de dinero en un 17% y 16% respectivamente; finalmente el cambio en la afiliación al sistema de seguridad social en salud con un 13%.

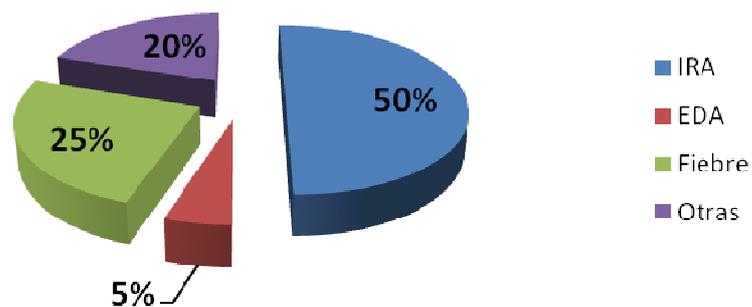


En promedio el 98% de la población encuestada se encuentra satisfecha con el contenido del programa, sólo un 29% enuncia como un aspecto adicional el subsidio de Familias en Acción, lo que quiere decir que a pesar del nivel socioeconómico de las familias, el dinero no representa la principal causa de interés en asistir al programa.

Distribución según consulta al servicio de urgencia en los últimos 6 meses Caldas 2010



Distribución por causa de consulta a urgencias Caldas 2010



Una manera de medir el impacto de las intervenciones realizadas en el programa de Crecimiento y Desarrollo es la poca asistencia de esta población al servicio de Urgencias, pues sólo el 26% consultó a dicho servicio. De esta cifra el 80% tiene como motivo de consulta enfermedades prevalentes de la infancia como EDA, IRA

y síndrome febril, siendo la primera causa las infecciones respiratorias agudas con un 50%, las cuales representan en un 1.3% la necesidad de hospitalización por Bronconeumonía. Es importante resaltar que un 20% de las consultas por Urgencias en la Institución son causadas por los accidentes de tránsito debido a la ubicación geográfica del municipio y por tener una vía de acceso de alto tránsito vehicular.

11. CONCLUSIONES

Dando respuesta a la pregunta de investigación y objetivos del estudio ¿cuáles son los motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Caldas Antioquia?, se puede concluir que:

1. Los factores sociales, económicos, culturales y la educación están directamente relacionados con los motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital san Vicente de paúl del municipio de Caldas.
2. El *olvido de la cita programada* es la causa principal de inasistencia al programa; la cual está relacionada con otros aspectos como falta de un adulto que acompañe al menor, vivir lejos de la institución, falta de recursos económicos y cambio en la afiliación al sistema de seguridad social en salud. En el mismo sentido y no menos importante se relacionan con aspectos como el grado de escolaridad de los padres y ser madre cabeza de familia.
3. Si bien los responsables y cuidadores de los menores conocen el contenido e importancia del programa de Crecimiento y Desarrollo existen motivos de inasistencia evitables como el olvido de la cita programada.
4. El alto porcentaje de satisfacción de los usuarios nos permite destacar el adecuado manejo del programa por el personal asistencial de la institución y se ve reflejado en la percepción que empieza a tener la comunidad de las actividades de promoción y prevención. Además el programa tiene unos

objetivos claros basados en las necesidades de la comunidad, pues sus aspectos más relevantes, también fueron los más destacados por los encuestados.

5. Asistir al programa de crecimiento y desarrollo disminuye notablemente la consulta por urgencias, pues de alguna manera los responsables del cuidado del menor aprenden a manejar adecuadamente en casa o por consulta médica oportuna determinadas situaciones de salud, lo que disminuye la necesidad de hospitalización.

12. PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El análisis antes realizado permite esclarecer la principal causa de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo, lo que facilita la formulación de una propuesta de mejoramiento para el programa, la cual se presenta a continuación:

Objetivo general:

- Mejorar la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el municipio de Caldas.

Objetivos específicos:

- Implementar estrategias para facilitar la adherencia al programa.
- Aplicar métodos educativos que permitan abarcar de forma integral a la población objeto, basados en las necesidades y el contexto de la misma.
- Realizar atención en crecimiento y desarrollo en forma extramural en áreas de difícil acceso del municipio.

Metodología propuesta:

1. Llamada de recordatorio:

- a. Designar a la secretaria médica la responsabilidad de la llamada telefónica a los usuarios para recordar su cita y los requisitos a cumplir.
 - b. Establecer el tiempo previo de llamada: máximo dos días hábiles antes de la cita.
 - c. Contar con personal de apoyo como la auxiliar de enfermería del programa y/o alfabetizadoras.
2. Realizar proceso para el seguimiento a los inasistentes:
- a. Verificación diaria de asistencia.
 - b. Llamado para verificar causa de la inasistencia.
 - c. Reasignar cita según la necesidad de la paciente, para esto se debe tener diferentes horarios de atención.
3. Hacer del espacio un lugar amigable para niños y acompañantes, permitiendo el fácil acceso en caso de inquietudes.
4. Formular según la edad del menor, temas de interés para la familia o cuidador que asiste al control:

Temas	Edades
Lactancia Materna	2 a 6 meses
Nutrición según la edad y lonchera escolar	De los 6 meses en adelante
Pautas de crianza	24 meses en adelante
Higiene corporal	Todas las edades
Prevención y manejo de enfermedades prevalentes en la infancia	12 meses en adelante

Prevención de accidentes: Entorno Seguro	12- 60 meses
Sexualidad y cambios corporales.	6 años en adelante
Primeros auxilios	5 años en adelante

Nota: cada encuentro educativo se reforzará con temas de interés para la madre como autocuidado, citología y autoexamen de mama.

5. Tener un equipo interdisciplinario y con un adecuado perfil para la atención de los menores: medico general, enfermera profesional, auxiliar de enfermería.

6. Realizar una propuesta donde se programen actividades extramurales, justificando de forma clara el desplazamiento del equipo de trabajo; para esto se debe identificar con anterioridad la población susceptible de atención y de difícil acceso; actividad que pueden realizar *las vacunadoras en su actividad diaria (demanda inducida)*.

Además de intervenir la principal causa de inasistencia se recomiendan otras estrategias de aplicación más general para el mejoramiento del estado de salud de la población:

1. La divulgación y el acceso a otros programas de promoción y prevención que repercutan directamente en factores determinantes de la población estudiada como lo son por ejemplo la prevención del embarazo adolescente, planificación familiar, la deserción escolar y en general todo lo que pueda hacer cada vez menos pobre a la comunidad.

2. Proponer la implementación de políticas públicas que permitan mayores y mejores oportunidades a los jóvenes, a los padres de familia, a las madres cabeza de familia y en general a toda la comunidad, pues de esta manera estaríamos hablando y participando directamente en el desarrollo del municipio.

3. Fortalecer los hogares comunitarios para los niños de madres trabajadoras e insistir en la educación y la implementación de los objetivos principales del programa de crecimiento y desarrollo para de alguna manera ayudar a los menores de escasos recursos económicos.

4. Promover en los diferentes escenarios municipales la importancia que tienen este tipo de programas, pues el manejo, interpretación e implementación adecuada de ellos permite mejorar el estado de salud de la comunidad e ir cambiando el mal entendido concepto de salud como ausencia de enfermedad.



13. ANEXO N° 1

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

UNIVERSIDAD CES

**ENCUESTA SOBRE CAUSAS DE INASISTENCIA AL PROGRAMA DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DURANTE AÑOS 2009-2010**

CALDAS - ANTIOQUIA

Encuesta N° _____

Fecha: ____ ____ ____ (día/mes/año)

Para la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas es fundamental contar con su valiosa opinión sobre los aspectos más importantes del Programa de Crecimiento y Desarrollo, con el fin de realizar acciones de mejora y continuar con la buena atención. Esta encuesta es **voluntaria, confidencial y anónima**.

Agradecemos su valiosa colaboración y sinceridad en las respuestas.

INFORMACION DEL ENCUESTADO

Para las siguientes preguntas selecciones solo una opción de respuesta:

1. Sexo del menor inasistente: F ____ M ____

2. Edad del menor inasistente: _____ en años cumplidos.

3. Responsable del menor inasistente:
Abuelos ____ Tíos ____ Mamá ____
Hermanos ____ Papá ____ Otros, Cuál ____

4. Edad de la persona responsable del menor: _____ años cumplidos

5. Quien cuida el niño la mayor parte del tiempo:
Abuelos ____ Tíos ____ Mamá ____
Hermanos ____ Papá ____ Otros, Cuál ____

6. Número de menores de 10 años a cargo del responsable del niño en encuestado (hijos propios, adoptivos, sobrinos, niños del ICBF, entre otros):
1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ o más, cuántos? ____

7. Estado civil del responsable del menor:

Soltero _____ Unión libre _____ Viudo _____
Casado _____ Separado _____

8. Nivel educativo de la madre o responsable del menor:

Leer y escribir _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnico _____
Profesional _____ Otro, Cuál _____

9. Área de residencia: Urbano _____ Rural _____

10. Estrato socioeconómico: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

11. Seguridad social:

Subsidiado _____ Contributivo _____
Vinculado _____ Particular _____

12. Nombre de la EPS o EPS-S a la que pertenece:

Comfama _____ Camacol _____ Nueva EPS _____ Otro, Cuál? _____

13. Ingresos económicos:

Menos de un SMMV _____ Un SMMV _____ Mas SMMV _____

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN:

14. Por cuál de los siguientes medios se enteró del programa de crecimiento y desarrollo:

- a. Radio
- b. Televisión
- c. Una vecina y/o amiga
- d. Promotora de salud o vacunadora
- e. El médico y/o enfermera
- f. Otros, cuál? _____

15. Como califica el personal que lo atendió en el programa de Crecimiento y Desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl.

Calificación	Admisiones	Médicos	Enfermera	Auxiliares de enfermería
Excelente				
Bueno				
Regular				
Malo				

16. La última vez que asistió al Control de Crecimiento y Desarrollo con el niño (a) llenó sus expectativas

- a) Si
- b) No, por qué? _____

17. El programa le brinda un horario de atención que se adapta a sus necesidades:

- a) Si
- b) No, por qué? _____

18. Si el encuestado pertenece al grupo de inasistente, ¿cuál ha sido la causa para haber faltado?:

- a) Vive muy lejos
- b) No tiene dinero
- c) No tiene quien lo lleve
- d) No le pareció importante
- e) No se siente bien atendido
- f) Se olvida la cita.
- g) Otros, Cuál? _____

19.Cuál es para usted el aspecto más importante del programa? Señale uno o varias de las respuestas:

- a) Peso y talla _____
- b) Información Nutricional _____
- c) Manejo de enfermedades en casa _____
- d) Pautas de crianza _____
- e) Entrega de subsidios _____

20. Ha consultado en los últimos 6 meses al servicio de urgencias o consulta externa.

- a) Si
- b) No

21.Cuál fue el motivo de la consulta.

- a) Infección respiratoria aguda (gripa, otitis)
- b) Enfermedad diarreica aguda
- c) Fiebre
- d) Parasitosis (purgante)
- e) Escabiosis (alergia)
- f) Anorexia o inapetencia.
- g) Otros, cuál _____

22. Ha hospitalizado al menor en los últimos 6 meses:

- a) No
- b) Si

23. Causas de hospitalización:

- a) Neumonía o bronquitis
- b) Otitis
- c) Deshidratación.
- d) Infección Urinaria.
- e) Otro, Cuál _____

Gracias por su tiempo; tenga la certeza de que sus opiniones contribuirán de manera eficaz a mejorar nuestros servicios.

14. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Plan territorial de Salud Publica 2008 – 2011 [Internet]. Caldas: Secretaria Local de Salud, 2009 [Consulta 3 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.caldasantioquia.gov.co/Sitio/Index.asp?LANG=&IP=2>
2. Estadísticas de morbilidad y mortalidad en Antioquia. [Internet]. Antioquia: Dirección Seccional de Salud y protección social, 2009 [Consulta 9 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad>
3. Atención Integral a Enfermedad Prevalentes de la Infancia AIEPI. [Internet]. Antioquia: Organización Mundial de la Salud [Consulta 11 Marzo 2010]. Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/es/index.html
4. Incidencia de factores socioculturales en la inasistencia de las madres a control infantil de menores de 5 años del municipio de Quezaltepeque. El Salvador [Consulta 17 Marzo 2010]. Disponible en: www.unab.edu.sv/bvirtual/4154/capitulo1.pdf-similares
5. Encuesta de Salud de Antioquia 2007 [Internet]. Antioquia: Ministerio de la Protección social [Consulta 11 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9091.PDF>
6. Ley 789 del 2002 [Internet]. Antioquia: Ministerio de la Protección social. [Consulta 11 Marzo 2010]. Disponible en: http://www.fondoemprender.com/BancoMedios/Documentos%20PDF/Ley_789-2002.pdf

7. Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos comunes; Marco de acción Dakar, Senegal [Consulta 17 Marzo 2010]. Disponible en: http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/PDF/Marco_accion_spa.pdf
8. Encuesta Nacional de Demografía y Salud dl 2000. Colombia [Consulta 10 Marzo 2010]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2000_temas/06mortalidad.html
9. Boletín de Estadística N° 472, DANE 1992, Colombia. [Consulta 22 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/colombia/salu-3.htm>.
10. Congreso de la república de Colombia. Ley 617 de octubre de 2000, categorización de entidades territoriales.
11. Estrategia “HECHOS Y DERECHOS” para la República de Colombia. Acuerdo de la UNICEF. República de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Contraloría General de la Nación
12. Corte Constitucional de la república de Colombia. Sentencia t-356 de 2005 “Derecho a la salud y a la seguridad social de los niños y niñas”.
13. Constitución política de Colombia.1991, Artículo 44.
14. Congreso de la república de Colombia. Ley 1098 de 2006, “infancia y adolescencia”.
15. Ministerio de Salud de la república de Colombia. Resolución 3997 de octubre de 1996, “por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS”.
16. Ministerio de salud de la república de Colombia. Resolución 412 de diciembre de 2000, Guías de promoción y prevención en salud.

17. Ministerio de la protección social de la república de Colombia. Decreto 3039 de agosto de 2007, plan nacional de salud pública.
18. Ministerio de la protección social de la república de Colombia. Resolución 425 de 2008, metodología para la elaboración, ejecución y seguimiento del plan territorial de salud pública.
19. Municipio de Caldas Antioquia. Acuerdo 004 de 2008, plan territorial de salud pública.
20. Congreso de la república de Colombia. Ley 100 de diciembre de 1993, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”