



Evaluación del programa de atención al niño en las policlínicas municipales. Año 1998

DRAS. MYRTHA FOREN¹, MIREYA GÓMEZ-HAEDO¹, PERLA VIVAS²

COLABORADORAS: DRAS. CRISTINA GIRI, ELSA ROMERO, GABRIELA RODRÍGUEZ, ALICIA OBIAGUE, SILVIA RODRÍGUEZ, SRA. CRISTINA DE PRATTE, DRA. MARÍA MICHELINI, NUT. CRISTINA RIVAS, DRA. ANA OLIVERA, PART. MARTA SCAVARELLI, NUT. ANDREA VELÁZQUEZ, PART. MARGOT VELÁZQUEZ, E.U. ROSARIO GULARTE.

EQUIPOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE TODAS LAS POLICLÍNICAS

Resumen

La evaluación de la atención a la salud es necesaria para evaluar la eficacia y la eficiencia. La División Salud de la Intendencia Municipal así lo cree y centra su interés en la evaluación del modelo alternativo de atención propuesto, con énfasis en la promoción y la prevención de salud. Para proceder a evaluar el Programa de Atención al Niño durante 1998, fueron estudiados el número total de atenciones a niños (total: 88.445). Este análisis muestra un porcentaje de atenciones preventivas muy aceptables: 48% de las mismas fueron controles de salud y el promedio de visitas de control en el primer año de vida fue de 6,7. Este estudio se profundizó con particular atención en cinco policlínicas, donde hubo un apoyo especial a las madres a través de "grupos de promoción de salud". Se describe allí el resultado del análisis de indicadores en una población de 118 niños de cuatro meses de edad. A esto se agrega una encuesta a madres y técnicos participantes en dichos grupos de promoción.

Resultados: pecho directo exclusivo al cuarto mes: 73%; estado nutricional adecuado en 95% de los casos; 90% de casos con más de cinco controles de salud hasta el cuarto mes.

La opinión de madres participantes en los grupos fue muy satisfactorio, tanto con los planes de control como con la organización de la atención. A modo de conclusión se destaca la importancia de contar con un Programa de Atención al Niño con objetivos claros, actividades e indicadores, que permitan identificar la mejora de resultados de un modelo alternativo de atención

Resumo

A avaliação da atenção à saúde é necessária para avaliar a eficácia e a eficiência. A Divisão Saúde da Prefeitura Municipal concorda com isso e centra seu interesse na avaliação do modelo alternativo de atendimento proposto, com ênfase na promoção e a prevenção da saúde. Para proceder a avaliar o Programa de Atendimento à Criança durante 1998, foram estudados o número total de atendimentos a crianças (total: 88.445). Esta análise deixa ver uma percentagem de atendimentos preventivos muito aceitáveis: 48% dos mesmos foram controles de saúde, e o promedio de visitas de controle no primeiro ano de vida foi de 6,7.

Este estudo aprofundou-se com especial atenção em cinco policlinicas onde houve um apoio especial das mães através de "grupos de promoção de saúde". Descreve-se ali o resultado da análise de indicadores em uma população de 118 crianças de quatro meses de idade. Acrescenta-se também um questionário a mães e técnicos participantes nestes grupos de promoção.

Resultados. amamentação exclusiva até o quarto mês: 73%, estado nutricional adequado em 95% dos casos, 90% dos casos com mais de cinco controles até o quarto mês.

A opinião das mães participantes nos grupos foi muito positiva, tanto com as estratégias de controle como com a organização da atenção. Para concluir, destaca-se a importância de contar com um Programa de Atendimento à Criança com objetivos definidos, atividades e indicadores, que permitam identificar a melhora de resultados de um modelo alternativo de atendimento.

Palabras clave: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
PREVENCIÓN PRIMARIA
PROMOCIÓN DE LA SALUD

Palabras chave: CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE
PREVENÇÃO PRIMÁRIA
PROMOÇÃO DA SAÚDE

1. Médicas pediatras de policlínicas municipales.

2. Médica administradora de salud-División Salud.

Asesoría del Programa de Atención al Niño. Intendencia Municipal de Montevideo.

Publicado en Archivos de Pediatría del Uruguay 2000; 71(1-4): 44-55.

Justificación

En nuestros países ha existido, tradicionalmente, la tendencia a considerar a los servicios de salud públicos como actividades de bajo perfil y escasa importancia, particularmente si se trata de servicios en el primer nivel de atención. Esta tendencia es altamente contradictoria con el impacto que puedan alcanzar y con sus objetivos altamente valorados en el ámbito social.

Asimismo, la complejidad que ha alcanzado el proceso de atención a la salud, con sus características funcionales burocráticas, supera con creces el modelo tradicional médico – paciente. De hecho podemos definir el modelo de atención prevalente como dirigido a curar la enfermedad y no a proteger la salud, fuertemente hospital-céntrico, con gran atracción por la compleja tecnología hoy reinante. La relación médico – paciente se ve desvirtuada por la gran especialización técnica que literalmente desintegra la atención y privilegia la aplicación tecnológica como prueba de eficacia, desentendiéndose de la búsqueda de la necesaria integralidad y empatía entre los servicios y la población.

A pesar de la gran producción tecnológica aplicada a las ciencias de la salud, a la introducción de grandes mejoras en lo que a estructura se refiere y a la superespecialización de los recursos humanos, no se encuentra una correlación lineal con la calidad del servicio, con la satisfacción del usuario ni con la adecuación de costos.

La eficiencia de los servicios de salud, según Lázaro, es la mejor relación posible entre recursos consumidos y resultados obtenidos. En función de esto, el análisis de eficiencia de los servicios se basa en el análisis de costo - efectividad y en la evaluación del uso de recursos y tecnología. La calidad está profundamente ligada a la eficiencia, basándose la misma tradicionalmente en la satisfacción del usuario, a lo que debería agregarse la satisfacción con el resultado clínico producto de la correcta aplicación de conocimientos médicos y el contexto en el cual ésta se aplica: organizacional y de relación interpersonal (Vivas, D).

Existe coincidencia, entre los autores que desde la década del 70 encaran propuestas de evaluación y medida de la calidad asistencial (Donabedian, Brook, Vuori), respecto a que la misma tiene tres componentes esenciales: la calidad técnica, la calidad de la relación interpersonal y la calidad organizativa.

Actualmente los enfoques conocidos como Mejora Continuada de la Calidad o Gestión total de Calidad (Deming) se basan en la satisfacción de los usuarios y en la participación de los técnicos. El análisis de la Calidad Total busca incentivar la participación de los trabajadores en la identificación, análisis y resolución de los problemas. Evidentemente la práctica del trabajo en equipo favorece esta participación protagónica en la evaluación.

En nuestro medio son pocos los servicios de atención a la salud que han implantado programas de calidad, y la excusa frecuente sigue siendo la propia estructura burocrática existente y la respuesta negativa o restrictiva a la pregunta “¿qué saben los pacientes sobre sus necesidades de salud?”. Esto encubre ciertamente el temor de técnicos y directivos a las reclamaciones. Sin embargo, experiencias realizadas vienen demostrando que los reclamos, las encuestas e informes de los usuarios ofrecen valiosísima información para mejorar la calidad de la atención, al igual que la opinión de los prestadores o proveedores internos del sistema.

El compromiso de asumir programas de mejora de calidad debe partir de la convicción de los directivos de los servicios y la de los cuadros de staff o direcciones intermedias. Para lograr esto es sin duda necesario privilegiar la formación continua en metodología de gestión de calidad para logran la mejora de los procesos de atención.

Las innovaciones que aporta la Mejora Continua de la Calidad se sustentan en la responsabilidad colectiva, la planificación flexible, y la evaluación continua.

La División Salud de la Intendencia Municipal se ha planteado el objetivo de generar un programa de mejora continua en la calidad de atención, iniciando un proceso de evaluación permanente por parte de los equipos de atención, aplicando cambios organizativos en base a un modelo alternativo de atención: privilegio de los controles en salud y la instalación de grupos de promoción de salud que mejoren la relación con los usuarios, con amplia participación del equipo en la planificación y evaluación de los mismos.

Esta investigación da cuenta de la evaluación del programa de atención al niño en función de lo antedicho.

Breve descripción de los servicios

La Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) ha asumido responsabilidades en la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención aplicando, en las dos últimas administraciones, una concepción que privilegia los espacios educativos, la promoción del autocuidado y los controles en salud. Asimismo, la participación vecinal viene jugando un importante papel en la definición de la asignación de recursos y en instancias de planificación y evaluación de las actividades, en el marco de la política de descentralización impulsada por el gobierno municipal.

Los servicios de atención municipales en Montevideo comparten la cobertura del primer nivel de atención con los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), principalmente, con los cuales están ligados por un Convenio que garantiza la continuidad de atención entre los distintos niveles.

Sus usuarios son mayoritariamente, en más del 90% de los casos, provenientes de la franja de población be-

neficiaria del subsector público, la cual se estima para Montevideo en aproximadamente 35% de la población total, lo que corresponde a unas 500.000/550.000 personas. Concurren a los servicios barriales periféricos dependientes de la Intendencia Municipal de Montevideo entre 30%-45% de los mismos, según su rango etario.

Estas policlínicas municipales cuentan con un equipo multidisciplinario que brinda atención a niños, mujeres y adultos en general: medicina general, pediatría, ginecología, odontología, enfermería, psicología, trabajo social, a los que se suma obstetricia y nutrición, en muchos casos.

Son dirigidas por un integrante del grupo que cumple roles asistenciales y de coordinación.

La actividad desarrollada se basa en las normas de carácter nacional emanadas del MSP y se consideran de carácter prioritario aquellas dirigidas a la población infantil: normas de control del crecimiento y desarrollo de niños sanos, y normas de atención en enfermedades prevalentes como infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda.

Estas normas se dirigen a todos los menores de 14 años en general y a los menores de un año en particular, en función de uno de los objetivos prioritarios del Ministerio: el abatimiento de las cifras de mortalidad infantil, en especial en el subsector público.

La IMM define su Programa de Atención al Niño en base a estas normas, que incluye los siguientes subprogramas de atención programada:

- Subprograma de Control del recién nacido.
- Subprograma de Seguimiento hasta el año de vida.
- Subprograma de Control del Crecimiento y Desarrollo.
- Subprograma de Control de preescolares en Centros Comunitarios de Educación Integral del "Programa Nuestros Niños" (actividad extramural).

La División Salud, enmarcada por dichas normativas, ha planteado a sus policlínicas dependientes la reorientación de las actividades hacia un modelo alternativo de atención cuyos ejes son:

- La jerarquización de la salud sobre la enfermedad, apuntando a la promoción integral del individuo, el autocuidado y la prevención oportuna.
- El abordaje integral de la atención, a partir de la acción en equipo multidisciplinario de salud, asegurando la continuidad y resolutivez de las intervenciones y fortaleciendo el vínculo interpersonal.
- La promoción de instancias de participación vecinal en la planificación de actividades, ejecución y evaluación de las mismas.

La propuesta se apoya en el reconocimiento de la potencialidad del equipo multidisciplinario y de la ri-

queza de su participación colectiva en las actividades programadas.

En base a la metodología de promoción propuesta se generan espacios de promoción de salud grupales con apoyo desde las diferentes disciplinas, considerando en su temática los intereses de la población destinataria. Destacamos de esta actividad la riqueza de la interacción entre técnicos y usuarios, así como el aprendizaje horizontal entre estos últimos.

En este contexto nos planteamos la realización de actividades de mejora continua de calidad en el Programa de Atención al Niño en las policlínicas municipales, a través de la obtención de indicadores y del conocimiento de la opinión de usuarios y técnicos.

Objetivo general

Evaluación de calidad de atención en el programa del niño en las policlínicas municipales de Montevideo en el año 1998.

Objetivos específicos

- 1) Descripción de datos básicos de servicios de atención al niño, recursos humanos y productividad en policlínicas de la IMM en el año 1998.
- 2) Estudio de indicadores de la atención programada pediátrica en policlínicas municipales de Montevideo en el año 1998.
- 3) Estudio descriptivo de indicadores de impacto sobre la población de niños cuyas madres han participado en grupos de promoción de salud en policlínicas municipales.
- 4) Evaluación de satisfacción de madres de niños controlados en policlínicas municipales de Montevideo que hayan participado en grupos de promoción de salud.
- 5) Evaluación de satisfacción a técnicos integrantes del equipo de atención al niño en servicios de salud municipales que trabajen en grupos de promoción de salud.

Material y método

La investigación del objetivo N°1 se realiza sobre la totalidad de policlínicas municipales en lo que refiere a número de servicios y recursos humanos.

El mismo dará cuenta de datos básicos de servicios, relaciones humanas y productividad de acuerdo a:

- a) Número de servicios.
 - Total de policlínicas.
 - Total de turnos de pediatría.
- b) RRHH.
 - Municipales.
 - Pasantías universitarias.
 - Pediatras por convenios.

c) Productividad:

- Global.
- Por policlínica.
- Por mes.
- Promedio individual.

El análisis de indicadores, objetivo N°2, tiene en cuenta las atenciones de aquellos servicios fijos (no se incluyen los servicios móviles por su peculiar forma de trabajo). Se analiza la cifra total de atenciones pediátricas brindadas a niños durante el período enero-diciembre 1998 y se estudian los siguientes indicadores de actividad programada:

a) Medición de actividades preventivas:

- Porcentaje de controles sobre el total de atenciones.

b) Controles de recién nacidos.

- Número de recién nacidos ingresados a control.
- Evaluación del Programa Aduana (en coordinación con los Centros de Salud del MSP).

c) Seguimiento a menores de 1 año:

- Intensidad de uso (promedio de controles).

La fuente de datos en ambos objetivos está constituida por los partes diarios de atención, los resúmenes mensuales de indicadores pediátricos que confecciona cada equipo de atención y las planillas de Programa Aduana.

La sumatoria de datos de atenciones de los partes diarios es realizada por el equipo estadístico del Servicio de Atención a la Salud en soporte informático y las planillas de indicadores son chequeados y procesados manualmente.

La investigación de los objetivos N°3, 4 y 5 se realizó en aquellas policlínicas que han trabajado en el año 1998 con “grupos de promoción de salud” a embarazadas y madres de recién nacidos.

El objetivo N°3, que refiere a la medición del impacto de atención considera a una población de 118 niños al cuarto mes de vida, cuyas madres participaron en estos grupos en el curso del embarazo o en los primeros meses de vida del niño. Estudia los siguientes indicadores:

- Promedio de controles.
- Porcentaje de lactancia materna.
- Porcentaje de menores correctamente vacunados.
- Porcentaje de niños con desarrollo neurológico adecuado a la edad.
- Visitas domiciliarias de recaptación realizadas.
- Porcentaje de colecho.
- Número de internaciones.

Los instrumentos de registro son: planilla de Programa Aduana y tarjeta de seguimiento del niño, y ficha de relevamiento de datos. La responsabilidad del relevamiento recayó en integrantes del equipo de salud. Los datos se acumularon centralmente procesándose manualmente.

El objetivo N°4, que refiere al estudio de opinión de usuarias, considera a la población de madres de los niños antes estudiados, las que participaron en grupos de promoción de salud. El instrumento usado fue la “Encuesta de opinión a usuarias”. La misma fue aplicada a nivel de los servicios por personas ajenas a la atención directa de los menores. Fueron procesadas en forma manual.

Las variables a considerar en la misma fueron:

- Accesibilidad geográfica, al servicio y al mismo pediatra.
- Trato proporcionado por el equipo de salud.
- Privacidad /comodidad en la consulta.
- Oportunidad para el planteo de preocupaciones.
- Consideraciones respecto a la importancia del control y la educación para la salud.
- Evaluación de los espacios de promoción generados por el servicio.

El objetivo N°5, que refiere a la opinión profesional, consideró a una población de técnicos de distintas disciplinas procedentes de las cinco policlínicas que aplicaron trabajo en grupos de promoción de salud. El instrumento usado fue la “Encuesta a Técnicos” que fue aplicada por personal de salud no perteneciente a dicha policlínica.

En la misma se consideró pertinente interrogar a los técnicos acerca de los aportes para las madres y para el mismo equipo de la actividad grupal cumplida, así como las dificultades planteadas.

Resultados y análisis de los mismos

Objetivo 1: descripción de datos básicos de servicios de atención al niño, recursos humanos y productividad en policlínicas de la IMM en 1998.

1) Descripción de servicios

1.1) Número de policlínicas con atención al niño:

- Policlínicas municipales: 19.
- Policlínicas por convenio: 8.
- Total: 27.

(En convenios se incluyen los tres policlínicos móviles, Pol. Quinta de Batlle, Pol. Z. Sánchez, PAZ 14, APEX y Zona 11).

1.2) Número de turnos de atención pediátrica:

- Turnos matutinos: 23.
- Turnos de tarde: 20.
- Total: 43.

2) Descripción de recursos humanos

2.1) Número de recursos humanos en pediatría:

- Pediatras municipales: 29.
- Pediatras por convenio: 6.
- Pasantes por convenio: 8.
- Total: 43.

3) Datos de productividad

3.1) Global

- Año 1998: 88.445 consultas de pediatría.

3.2) Evolución de total de consultas pediátricas desde 1995:

■ Número de consultas según año:

- 1995: 71.503.
- 1996: 80.590.
- 1997: 81.389.
- 1998: 88.445.

3.3) Promedio de atenciones pediátricas por día/pediatra: 11,68.

Se observa una amplia distribución de 27 policlínicas con actividad pediátrica en zonas prioritariamente periféricas de la capital, con turnos matutinos y vespertinos, lo que muestra una situación aceptable en la accesibilidad horaria presentada a la población. Sin embargo, corresponde señalar las dificultades que genera la falta de delimitación de áreas de responsabilidad.

Objetivo 2: estudio de indicadores de la atención programada pediátrica en policlínicas municipales de Montevideo en el año 1998.

2.1) Medición de actividad preventiva en atención al niño (controles a niños sanos).

- Indicador: porcentaje de controles sobre el total de atenciones: 48%.

Se genera un indicador “macro” de la atención programada al niño: el porcentaje de atenciones preventivas. Este porcentaje se nutre del seguimiento a menores de cinco años y especialmente a los menores de uno y dos años, quienes más cumplen la norma de controles.

Si bien no conocemos antecedentes de este parámetro, que permitiera marcar una “meta”, el servicio valora que cifras próximas y superiores al 50% muestran un adecuado trabajo de programación de citas y un respeto a la misma por parte del equipo de salud y de los usuarios (aceptable “cultura de control en salud” de determinada población).

2.2) Controles de recién nacidos

- Indicador: número de recién nacidos ingresados al control: 1.734.

Se destaca que del total de dichos recién nacidos que iniciaron su control en policlínicas municipales, 85% (1.460 niños) corresponden a nacidos en maternidades públicas (particularmente en el Centro Hospitalario Pe-

reira Rossell), y el restante porcentaje engloba a niños procedentes del Banco de Previsión Social, Fuerzas Armadas y mutualistas.

El rango que presenta este ingreso de recién nacidos en cada policlínica es muy variable, desde menos de 50 hasta cerca de 200 ingresos anuales, con una media de 79 niños ingresados por policlínica en el año 1998. Este indicador permite considerar en cada servicio la carga de trabajo exigida mensualmente al equipo de atención en su conjunto (pediatra, enfermera, administrativo, psicólogo, vacunador), así como su eventual capacidad para ampliar su área de responsabilidad.

- Evaluación del Programa Aduana.

Indicador: porcentaje de niños controlados sobre el total de recién nacidos derivados desde la maternidad: 78%.

Señalamos que este año se reinició en marzo/abril la coordinación con Servicios de Asistencia Externa-MSP para la derivación de Programa Aduana, por lo que los valores que se obtienen con el cálculo no reflejan el esfuerzo realizado en todo el año. De hecho, casi 600 niños concurren a control desde la maternidad pública en los primeros cuatro meses sin haber sido coordinados por dicho programa.

La captación de recién nacidos por parte de policlínicas municipales de Montevideo, corresponde al 23% del total de derivados en la capital, de acuerdo a cifras de Servicios de Asistencia Externa-Programa Aduana.

- Seguimiento a menores de un año

Indicador: Intensidad de uso (promedio de controles): 6,7.

El estudio del indicador intensidad de uso en menores de un año permite conocer el grado de adhesión a la norma de controles, así como la correcta organización de la consulta programada por parte del equipo de salud. También se miden en este indicador los esfuerzos de seguimiento que realizan los técnicos: revisión de tarjetas de concurrencia y visita domiciliar de recaptación si faltan a la cita. Influye también el trato interpersonal entre usuario y equipo de atención.

El resultado obtenido en 1998 fue 6,7, cifra muy próxima a la meta de aceptabilidad fijada por el servicio en 7 controles/promedio. Destacamos que este indicador presenta sesgos matemáticos con este cálculo, por ejemplo menores que se mudan cesando su control local.

Objetivo 3: estudio descriptivo de indicadores de impacto sobre la población de niños cuyas madres han participado en “grupos de promoción de salud” en policlínicas municipales.

Tabla 1

Nº de controles al 4º mes (N=101 niños)	Valor absoluto	Valor relativo
Menos de 5 controles	10 niños	10%
De 5 a 8 controles	77 niños	76%
Más de 8 controles	14 niños	14%
Total	101 niños	100%

La población objetivo en este estudio corresponde a 118 niños de cuatro meses; controlados en las policlínicas Aquiles Lanza, Casabó, Casavalle, Paso de la Arena y Tiraparé; cuyas madres participaron en propuestas de “grupos de promoción”.

Distribución

Estas policlínicas se encuentran ubicadas en barrios carenciados, con características socioculturales heterogéneas. La población usuaria es mayoritariamente usuaria del MSP (90–95%).

Sexo

Se evaluaron 118 lactantes, 45,7% sexo femenino (N=54); 54,2% sexo masculino (N=64).

Control del embarazo de dichas madres

Este dato fue relevado por las anotaciones en las tarjetas de seguimiento, donde consta “Control” o “No control”, sin especificar número de los mismos.

El análisis de dicha población muestra que 81% de las madres (N=96) controló su embarazo.

Número de controles pediátricos

De acuerdo a la norma del MSP y a la práctica habitual de los pediatras municipales que la exceden durante el primer mes en muchos servicios (norma: dos visitas al primer mes; estos niños han sido citados tres o cuatro veces), consideramos “Aceptable” el valor “5” y más (tabla 1).

Señalamos que de los 10 niños que cumplieron menos de cinco controles, siete (70%) concurren cuatro veces. De los datos surge que el 90% (N=91) presentó más de cinco controles, lo que demuestra una marcada adhesión al control pediátrico programado (aun teniendo en cuenta su alto porcentaje de madres adolescentes).

Pecho directo exclusivo al 4º mes (tabla 2)

Es de destacar que 73,4% de un total de 113 niños se encontraban alimentados con pecho directo exclusivo (PDE) al cuarto mes, con un rango entre 62,5% y 91,6%. Este hecho refleja el trabajo que se realiza con estas madres en los grupos de promoción donde se colectivizan dudas y apren-

Tabla 2

PDE al 4º mes (N=113 niños)	Total de niños	Valor relativo
Positivo	83	73,4%
Negativo	30	26,6%
Total	113	100%

dizajes, ayudando a superar dificultades con un enfoque práctico, a partir de la promoción de la autoestima materna y el vínculo madre-hijo. Este porcentaje es claramente superior a los valores globales hallados en el estudio nacional de “Situación actual y tendencias de la lactancia materna” (Uruguay 1917-1997): tasa de lactancia exclusiva en menores de cuatro meses: 40,5 cada 100 niños de esa edad (valores a nivel público 34,4%).

Inmunización (tabla 3)

Este porcentaje parece bastante aceptable, considerando que este corte al cuarto mes excluye aquellos niños que cumplieron el cronograma con atraso.

Situación nutricional (tabla 4) (referencia: P 10 de las tablas de referencia de peso y talla OMS)

Consideramos muy bueno el estado nutricional de estos niños. Pensamos que esto tiene vinculación directa con el alto porcentaje de PDE.

Desarrollo neurológico

98% de estos niños (N=113) presentaron un desarrollo neurológico esperado para la edad.

Internaciones al cuarto mes

Sobre una población de 113 niños de 4 meses, 6 de ellos (5%) registraron internaciones (causas: infección respiratoria aguda, bronquiolitis, un caso de meningitis).

Visitas domiciliarias de recaptación

Se analizan sólo aquellas visitas destinadas a citar para control en caso de no cumplimiento de cita. De un total de 118 niños, se realizaron 12 visitas de recaptación (10%).

Colecho

Este indicador, considerado de interés para valorar avances en el vínculo, no fue incorporado sistemáticamente por todos los equipos en el registro de tarjetas, por lo que sólo se obtuvieron datos de 37 niños al cuarto mes. De todos modos, se señala que en siete casos se registró coleccion (23%), aun luego del trabajo grupal. Se ignoran antecedentes.

Tabla 3

Situación de inmunización al cuarto mes (N=101 niños)	Total de niños	Valor relativo
Correctamente inmunizados	85	84%
Incorrectamente inmunizados	16	16%

Objetivo 4: evaluación de satisfacción de madres de niños controlados en policlínicas municipales de Montevideo que hayan participado en grupos de promoción de salud.

Población

Madres que concurrieron a instancias de “grupos de promoción de salud” prenatal o posnatal inmediato, con abordaje de temática libre y variada, en cinco policlínicas municipales de Montevideo, con apoyo del equipo multidisciplinario de salud.

Total de encuestas realizadas: se realizaron 37 encuestas a madres participantes de dichos grupos de promoción.

Básicamente la encuesta permitió conocer un perfil de dichas madres, la accesibilidad a la policlínica y a la consulta, el trato con el equipo de salud y la opinión respecto a los grupos de promoción de salud.

Perfil de las madres

Se trata de madres que en su mayoría (88%) tendrían cobertura pública (MSP) con carné de asistencia en 54% de casos (cobertura formal).

- La cuarta parte de las mismas trabaja fuera de la casa.
- Más de la mitad (54%) cuenta entre 20 y 39 años, y 40% eran menores de 20 años.
- 79% cursaron primaria completa y 22% finalizaron secundaria.
- 80% de ellas saben que concurren a una policlínica de tipo municipal.

Accesibilidad

- 84% de las madres viven a menos de 20 cuadras, llegando la mayoría a pie.
- 94% consideraron adecuados los horarios de atención al niño.
- Esperaron no más de una hora en 73% de casos.
- 95% dijeron que les es reservado el número de control pediátrico.
- 89% manifestaron que consiguen atención sin cita previa en caso de enfermedad.
- 86% de dichas madres dicen acceder siempre al mismo pediatra.
- 89% conocen el nombre del pediatra de su hijo.

Tabla 4

Situación nutricional (N=113 niños)	Nº de niños	Valor relativo
Inferior P 10	5	4,5%
Superior P 10	108	95,5%

Trato con el equipo de salud

- El trato fue siempre aceptable con relación a pediatra y enfermería (100%) y en 84% de casos referido al personal de recepción.
- El lenguaje del médico fue siempre comprensible en 86% de las respuestas.
- La totalidad de las madres se sintieron cómodas en la consulta, la cual nunca es interrumpida en forma incorrecta, según 86% de las opiniones.
- 89% de las madres siempre lograron plantear sus dudas al pediatra, y un 65% lo hace a nivel grupal.
- 86% de las madres siente que el pediatra conoce realmente sus dificultades.

Evaluación de los espacios de promoción de salud (n= 34 madres)

- 1) Número de veces que concurrió a encuentros grupales:
 - Una vez: 6 madres (18%).
 - Dos veces: 6 madres (18%).
 - Tres veces y más: 21 madres (62%).
 - Sin datos: una madre (3%).
- 2) ¿Cómo se sintió en los encuentros del grupo?
 - Cómoda y muy cómoda: 100% de madres.
 - Poco cómoda/incómoda: 0%.
- 3) ¿Pudo contar allí sus temores?
 - Sí: 75%.
 - No: 9%.
 - No contesta: 16%.
- 4) ¿Le fue de utilidad conversar con otras madres?
 - Sí en 94% de las respuestas.
 - Respuestas abiertas: “Se aprende”, “se ven diferentes problemas”; “hay intercambio”; “veo que no soy la única con problemas”; “porque hablamos de nuestras cosas”.
- 5) ¿Qué le fue más útil en su concurrencia al grupo?
 - 19% no recuerda o no contesta.
 - 81% contesta respuestas abiertas: “ayuda en la crianza”; “ayuda del psicólogo”; “ayuda a ser buen padre”, “poder sacarlo de la cama grande”; “ayuda para el parto”; “ayuda para la lactancia”; “conocer otras situaciones similares”; “aprender sobre nuestros cuidados”.

Se destaca, a nivel de las madres participantes en los “grupos de promoción de salud”, la opinión positiva respecto a la utilidad de estos grupos, por la variedad de temas abordados y el aporte de varias disciplinas así como la mejora del vínculo con el equipo de salud.

Objetivo 5: evaluación de satisfacción a técnicos integrantes del equipo de atención al niño en servicios de salud municipal que trabajen en grupos de promoción de salud.

Fueron encuestados 21 técnicos, agrupados según su especialidad en la siguiente distribución:

- Siete pediatras.
- Dos enfermeras universitarias.
- Cuatro ginecólogos.
- Tres psicólogas.
- Dos auxiliares de enfermería.
- Dos nutricionistas.
- Una partera.

Respecto a las opiniones de los técnicos participantes en dichos grupos, se consigna que:

- En todos los casos, el trabajo en “grupos de promoción de salud” fue considerado un trabajo en equipo y positivo para todos ellos, con respuestas que señalan el involucramiento con la tarea y el aprendizaje a partir de la misma (respuestas abiertas: “la tarea mejora el respeto a las usuarias”, “torna al equipo más consustanciado con la realidad de las usuarias”, “se genera un espacio de participación”, “hay más intercambio que individualmente”, “ayuda a quitar miedos”).
- Referido a las ganancias en lo personal, 75% de los técnicos encuestados destacaron el conocimiento de otras disciplinas y la mayor tolerancia frente a otros planteos (respuestas abiertas: “aumenta el compromiso hacia las usuarias”, “obliga a actualizarse”, “se aprende entre todos”).
- Respecto a las ganancias hacia las usuarias, se destaca la opinión de las 3/4 partes de los encuestados de que mejora la integralidad de la atención y el vínculo entre usuarias y técnicos, promoviendo la adhesión al control (respuestas abiertas: “eleva la autoestima de las usuarias”, “crea otro espacio de atención de valor para las mismas”).
- En cuanto a los obstáculos más notorios, se destaca la dificultad de trabajar en esta propuesta frente al desborde de la demanda asistencial, la falta de formación académica para trabajar en equipo y en espacios de aprendizaje, la falta de materiales de apoyo y de políticas de seguimiento institucionales.

Conclusiones

Esta primera experiencia de evaluación del Programa de Atención al Niño permite destacar a nuestro juicio dos importantes elementos que lo han hecho posible:

- La existencia de una definición programática clara: el Programa de Atención al Niño, sus objetivos, actividades, indicadores y metas compartidas y supervisadas por los equipos de salud.
- La importancia de contar con sistemas de registro e instrumentos de evaluación que incluyen, en este caso, la opinión de usuarios y técnicos, primera experiencia de un estudio de calidad en este programa, así como los avances que los equipos de salud vienen realizando en el procesamiento y manejo de los propios indicadores, lo cual es un primer paso hacia la “cultura de la evaluación”.

La atención pediátrica desde las policlínicas de la IMM se viene incrementando paulatinamente a partir de sus 27 servicios (propios y por convenio) y sus 43 turnos de atención (23 matutinos y 20 vespertinos), contando con 43 pediatras durante el año 1998.

Las atenciones pediátricas ascendieron a 88.445 en dicho año, con una media por servicio de 7.370 y 12 atenciones / promedio día por cada técnico, presentando las mismas una curva ascendente de julio a octubre con pico previo en marzo.

Los indicadores cuantitativos señalan que 48% de las atenciones fueron preventivas, controles en salud, y que ingresaron a control 1.734 recién nacidos al servicio, 85% de los cuales provinieron de maternidades públicas del MSP, lo que significó 23% de la derivación de recién nacidos de Montevideo en dicho año, constatándose una mejora en la coordinación de Programa Aduana que posibilita la correcta captación de dichos niños. Los menores de un año registraron en promedio 6,8 visitas de control.

Descripción cuantitativa y cualitativa en servicios de la IMM que aplicaron “grupos de promoción de salud”:

- Los niños evaluados procedentes de esta experiencia al cuarto mes de vida mostraron excelentes cifras de PDE (73%), óptimo nivel de controles (90% con cinco controles y más), 84% de correcta inmunización, 95,5% de buen estado nutricional y adecuado desarrollo neurológico en 98% de los casos.
- Respecto al estudio de opinión materna (37 madres encuestadas) se señala la continuidad de la atención por parte del mismo pediatra (86% de casos), el respeto a la cita programada (95% de casos) y la facilidad de acceso a la consulta por patología (89%), el trato adecuado (100% en caso de pediatras y enfermeras, 84% para personal de recepción) y un vínculo

lo interpersonal adecuado que permite el planteo de dudas a la mayoría de las madres (89% de las respuestas). En cuanto a la valoración de la actividad de "grupos de promoción de salud" se destaca a nivel de las madres participantes la opinión positiva respecto a la utilidad de estos grupos por la variedad de temas abordados y el aporte de varias disciplinas (81% de respuestas), así como la mejora del vínculo con el equipo de salud (84% de casos).

- Los integrantes encuestados de los equipos de salud participantes en estos grupos (21 técnicos) señalaron el enriquecimiento en el relacionamiento con las usuarias y su mayor conocimiento de las mismas, generando un espacio de participación y mayor respeto que promovió la autoestima, el autocuidado y el control en salud, así como el fortalecimiento hacia la interna del equipo de los vínculos grupales.

La evaluación particularizada de este instrumento "grupos de promoción de salud" muestra un interesante potencial en muchos aspectos: beneficios en el estado de salud de los niños, beneficios hacia las usuarias y hacia el equipo de salud.

Esto apoya la propuesta municipal de extensión paulatina de esta experiencia al resto de los equipos de salud, debiendo la institución aportar elementos de apoyo en capacitación, seguimiento y materiales para facilitar la tarea.

La evaluación de calidad de atención en el Programa del Niño aquí presentada significa un primer esfuerzo hacia la revisión sistemática de la práctica en el primer nivel de atención, aplicando estrategias con valor potencial en busca de la mejora de la calidad de atención hacia los niños y sus familias.

Summary

The evaluation of efficiency and efficacy of health care is necessary. The I.M.M.'s Health Division believes so and is especially interested in evaluating an alternative model of health care which emphasizes health promotion and prevention. In order to evaluate the Child Health Care Program during 1998 the total number of child consultations (88.445) were considered. The analysis of these shows acceptable indices of preventive consultations: 48% were control visits and there was a mean of 6,7 control visits per child during the first year of life.

The study was centered on five outpatient clinics where a special support for mothers was developed by

means of "health promotion teams". The analysis of a group of 118 children up to four months old and an opinion poll of mothers and technicians participating in the health promotion teams shows: 73% of children are exclusively breastfed, 95% have an adequate nutritional status, 90% have more than five clinical controls. The opinion expressed by mothers respect of the clinical control plan and the organization of health care is very satisfactory.

In conclusion we stress the importance of having a Child Health Care Program with clearly defined objectives, activities and indicators, which allows us to recognize the improvement of results of an alternative model of health care.

Palabras clave: PRIMARY HEALTH CARE
PRIMARY PREVENTION
HEALTH PROMOTION

Bibliografía

Bonino M. Estudio de satisfacción de usuarias en policlínica Casavalle. Montevideo, 1993. Material sin publicar.

CERFE. El análisis del estado de los derechos de los ciudadanos. CERFE: Roma, 1997.

Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: La Prensa mejicana, 1984.

García Olmos L. La medida de producto de atención primaria. En: Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria. Barcelona: Trecho, 1998.

Lázaro P. Evaluación de la tecnología médica. En: Papeles de gestión sanitaria. Valencia: MCQ Ediciones, 1994.

Ministerio de Salud Pública. División Promoción Salud. Situación actual y tendencias de la lactancia materna : Uruguay 1916-1997. Montevideo: Arca, 1998.

Ministerio de Salud Pública. Programa Materno Infantil. Normas de atención pediátrica. Montevideo: MSP, 1997.

Pabon Lasso H. Evaluación de los servicios de salud. Cali: XYZ, 1985.

Rico R. Calidad total en servicios. Valencia: MCQ Ediciones, 1995.

Vivas D. Mejora continuada de la calidad de los servicios de salud: los gráficos del control estadístico del proceso. En: Papeles de gestión sanitaria. Valencia: MCQ Ediciones, 1994.

Vuori H. Introducir el control de calidad: un ejercicio de audacia. Control de calidad asistencial 1980; 2(1): 1-4.

Correspondencia: Dra. Mireya Gómez-Haedo. Luis Piera 1835/Ap 8. Montevideo, Uruguay.