

**EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE INASISTENCIA AL PROGRAMA DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD CON
CAMAS DE PASACABALLOS EN EL AÑO 2014**



Universidad de Cartagena

**LUZ MERY CIFUENTES CALIFA
HIROLDO MENDOZA NARVÁEZ
SANDRA MILENA ORTIZ MARTÍNEZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD
COHORTE XXIII
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.
2015**

**EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE INASISTENCIA AL PROGRAMA DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD CON
CAMAS DE PASACABALLOS EN EL AÑO 2014**

**LUZ MERY CIFUENTES CALIFA
HIROLDO MENDOZA NARVÁEZ
SANDRA MILENA ORTIZ MARTÍNEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Gerencia en Salud.**

**DR. FABIO DUITAMA VERGARA
Director del Proyecto**

**DRA. MONICA DE LA VALLE
Coordinador de la Especialización**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD
COHORTE XXIII
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.
2015**

Dedicatoria

El resultado de este trabajo de grado está dedicado a Dios y, especialmente, a nuestras familias, por ayudarnos a no desfallecer, a obtener los recursos necesarios para solucionar todos los problemas relacionados con el desarrollo de la especialización, por ser ese gran apoyo, sus buenos consejos y amor que nos guiaron e impulsaron a realizar todas las metas propuestas. Por esto, reconfirmamos esta dedicación:

A Dios

A nuestros padres

A nuestros esposos y esposas

A nuestros hijos

A nuestros hermanos

A nuestros sobrinos

Porque con seguridad en todos los logros han estado y estarán presentes...

Agradecimientos

Gracias de corazón a quienes de una u otra manera nos ayudaron y apoyaron. En primer lugar a Dios, quien ha permitido dar cada paso en esta especialización puesto que, luego de casi un año de trabajo y de superar algunas dificultades para llevar a cabo esta tesis, es indispensable darle el mérito a quien mayormente ha aportado para este feliz término.

Además, los agradecimientos van, de forma especial, para el doctor y tutor Fabio Duitama Vergara, a quien damos las gracias por su paciencia, dedicación, motivación, ofrecimiento de criterios y porque han hecho fácil lo difícil. Agradecemos también por sus siempre atentas y rápidas respuestas a las inquietudes y tutorías en todo el desarrollo de este trabajo y ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

Como participantes nos congratulamos porque hubo el empuje para la aventura hacia el nuevo conocimiento, desear mejorar la calidad de vida de cada participante y haber aprendido a manejar la tensión surgida en varios momentos de esta empresa pues aunque fueron escasas las veces que se presentaron pequeñas discusiones, estas no opacaron el resultado del presente trabajo.

Resumen

El presente proyecto fue realizado en el Centro de Salud con Camas del municipio de Pasacaballos que atiende no solo a esta población sino a la de los corregimientos de Ararca, Santa Ana, Barú, etc., y tuvo como objetivo evaluar las causas de inasistencia de los menores de edad al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud con Camas de Pasacaballos en el año 2014, ya que este programa está dirigido a llevar el control de los menores de edad en cuanto a su crecimiento y desarrollo con el fin de que, en el futuro, sean personas útiles a la sociedad.

Con base en lo anterior, se hicieron análisis detallados para determinar por qué sucede la inasistencia y, así, presentar un plan de acción que permita llevar estadísticas de las problemáticas que se presentan y que ocasionan la no presencia de los menores en los diferentes controles médicos establecidos.

Así, en el documento se presenta el Plan de Acción que, se espera, pueda ayudar al personal médico asistencial realizar de mejor manera y con mayor cobertura, su labor de apoyo a la comunidad, en especial a los niños que son el futuro del país.

Abstract

This project was carried out in the Health Center with beds in a Township Pasacaballos serving not only its population but to others that of the districts of Ararca, Santa Ana, Barú, etc., and aimed to assess the causes of absence from Minors Program of Growth and Development in the Health Center with beds Pasacaballos in 2014, since this program is designed to keep track of

the minors in their growth and development in order to that, in the future, are useful to society vi people.

Based on the above, detailed analyzes they were made to determine what happens absenteeism and thus present a plan of action to keep statistics of the problems that arise and that cause no presence of minors in the different medical checks established.

So, it documents the Plan of Action, it is hoped, can help the healthcare medical staff make improvements and with greater coverage, its support to the community, particularly children who are the future of the country is presented.

Tabla de Contenidos

Resumen	v
Introducción	1
1. El Problema	3
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Formulación del Problema	5
2. Justificación	6
3. Objetivos	9
3.1 Objetivo General	9
3.2 Objetivos Específicos	9
4. Marco de Referencia	10
4.1 Antecedentes Históricos	10
4.2 Marco Legal	15
4.3 Marco Conceptual	18
4.4 Marco Institucional	25
5. Delimitación	32
5.1 Delimitación Espacial	32
5.2 Delimitación Temporal	32
5.3 Delimitación Temática	32
6. Diseño Metodológico	33
6.1 Enfoque y Tipo de Investigación	33
6.2 Población y Tamaño de la Muestra	35
6.3 Criterio de Inclusión y Exclusión	35
6.4 Técnicas, Instrumentos y Fuentes de Información	36
6.5 Plan de Recolección de Datos, Tabulación y Análisis de la Información	37
6.6 Operacionalización de Variables	37
6.7 Presupuesto	38
7. Resultados	40
7.1 Causas que generan inasistencia de los niños al programa	40
7.2 Determinación del grado de cumplimiento de las guías y protocolos	42
7.3 Percepción de calidad de la atención prestada a los niños por los asistentes	44
7.4 Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Programa	47
8. Conclusiones	49
9. Recomendaciones	51
Lista de Referencias	53
Anexos	

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Operacionalización de Variables.....	37
Cuadro 2. Presupuesto de Costos y Gastos.....	38
Cuadro 3. Cronograma de Actividades.....	39

Lista de figuras

Figura 1. Organigrama Empresarial..... 31

Introducción

Atendiendo a Cano (2013), el proceso de crecimiento y desarrollo de los seres humanos, en la etapa infantil, consiste en la transformación y evolución dinámica y saludable de los niños durante su ciclo vital de vida, por lo que la vigilancia y acompañamiento de ese crecimiento, así como la detección temprana y atención oportuna de las alteraciones que puedan ocurrir en el infante, debe ser la mejor oportunidad para que cualquier niño acceda a los servicios que, a través del programa de Crecimiento y Desarrollo, se prestan en cada uno de los Centros de Salud del país. (1)

Por esto, durante los procedimientos de control rutinario realizados al niño, el médico o la enfermera deberán darse cuenta de manera temprana y mediante el interrogatorio a los padres y con el examen físico, de las alteraciones a que está expuesto o sufre el menor a quien, de no ser intervenido oportunamente, le podrían generar consecuencias graves en el futuro cercano. Cano Jiménez et. al (2013).

Entonces, durante el control del crecimiento y desarrollo de los menores de edad se deben evaluar aspectos referidos al estado físico general ya que mediante el examen físico el médico puede darse cuenta de múltiples problemas tales como: a) alteraciones en cabeza (Formación, cierre de suturas frontales), b) alteraciones en los órganos de los sentidos (problemas de agudeza visual, estrabismo, dificultades en la agudeza auditiva, otitis crónicas, alteraciones de los cornetes, adenoides, amigdalitis crónicas sin síntomas, alteraciones en los dientes, frenillo lingual, entre otros); c) alteraciones en el cuello (masas), d) alteraciones en tórax (cardiopatías congénitas o soplos en el corazón, asma y

otras enfermedades de los pulmones), e) alteraciones en abdomen (crecimiento del hígado, del bazo, hernias umbilicales), f) alteraciones Genitourinarias (testículos no descendidos, hernias inguinales, fimosis), g) alteraciones del sistema locomotor (pie plano, desviaciones de la columna vertebral, displasia de caderas), alteraciones de la piel y del sistema nervioso, h) problemas de nutrición. i) Desarrollo de la Motricidad Gruesa, j) Lenguaje y k) Desarrollo Social. (1)

Entonces, todos aquellos niños que tanto en la valoración como en los controles que se hagan regularmente y resulten con hallazgos como los descritos, deberán ser manejados por el médico general o, si es el caso, se realiza su remisión a pediatría.

Lo anteriormente planteado ha motivado a los autores a realizar el presente trabajo puesto que la evaluación de las causas de la inasistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud con Camas de Pasacaballos es un aspecto que no ha sido tratado y dicho Centro necesita conocer el por qué se origina la no asistencia a las sesiones del mencionado programa, tan importante en la vida de los niños.

.

1. El Problema

1.1 Descripción del Problema

El Centro de Salud con Camas del municipio de Pasacaballos, hace parte de la sub-red de la Empresa Social del Estado o EPS de Cartagena de Indias y se encuentra ubicado en la zona suroriental de Cartagena. Este Centro se encarga de prestar servicios integrales de salud de baja complejidad entre los que se cuentan: Consulta externa, Atención de enfermería, Urgencias y el servicio de Promoción y Prevención (este último basado en la Resolución 412 del 2000 y demás normas que lo cobijan) en el cual se encuentra el programa de Crecimiento y Desarrollo, que consiste en un proceso de vigilancia y acompañamiento a los menores de edad y, por otro lado, se encarga de la atención temprana y oportuna de las alteraciones que se pueden presentar en la niñez, tal como lo indica Cardona (2007) (2)

A pesar de esto, se encontró que en este Centro de Salud no se está realizando una atención periódica y sistematizada de los niños del municipio tal como lo exige la Norma Técnica y el Anexo Técnico 1-2000 que hacen parte de la Resolución 0412 de 2000 en su Artículo 9., Detección Temprana, lo que ha fomentado que se incremente la inasistencia de los menores al programa y, por lo tanto, se presente baja productividad, bajo rendimiento e incumplimiento de metas y logros por parte del personal asistencial encargado del programa. (Cardona et. al 2011) (2)

Por otra parte, se ha detectado que hay factores internos deficientes como el proceso de inscripciones al programa de Crecimiento y Desarrollo, donde factores como

la deficiencia en la conectividad y la no permanencia del personal encargado en su sitio de trabajo influyen en la calidad del proceso, sin dejar de lado la no unificación de las historias clínicas y la falta de programas computarizados para el manejo y control de toda la información que, actualmente, se encuentra ubicada en estantes, de forma desordenada y no secuencial lo que podría dificultar la digitación de los datos importantes y de toda la información existente de forma que permita una mejor evaluación y seguimiento de los controles. En adición, haciendo referencia a Cardona (2011), existen falencias por el no cumplimiento y adherencia a las guías y protocolos estandarizados para este programa, la poca capacitación del personal luego del ingreso a laborar y la falta de los instrumentos necesarios para su evaluación. (2)

Así mismo, la falta de una infraestructura adecuada puede influir en que falle la atención del usuario del programa, lo que alimenta las inasistencias e insatisfacción de los usuarios y, además, en el Centro de Salud no se cuenta con una sala de espera acorde al volumen de usuarios ni con las comodidades dadas para su habilitación como tal y, por otro lado, no se tiene una ventilación adecuada, se cuenta solo con un baño para ambos sexos y el consultorio tiene ventilación natural que no es suficiente para el calor que se siente, lo que ocasiona la insatisfacción del usuario.

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta la importancia de estos factores de riesgo en la morbi-mortalidad infantil, con este estudio analítico descriptivo se pretende identificar entre la población objeto, inscritos en el programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud con Cama de Pasacaballo, los factores y causas que

indican en inasistencia al programa en mención y que pueden afectar la situación de salud de las niñas y niños atendidos en esta Institución.

1.2 Formulación del Problema. ¿Cómo reconocer los factores o causas que influyen en la inasistencia de los menores de edad al programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Pasacaballos?

2. Justificación

El presente proyecto se justifica porque entre las acciones más importantes del Centro de Salud con Camas del corregimiento de Pasacaballos deben estar los procesos de atención al cliente en todos los programas que se manejan en la entidad; en especial el programa de Crecimiento y Desarrollo durante el ciclo vital de los niños. Esto, porque por normatividad, el Ministerio de la Protección Social exige que se sigan rigurosamente los protocolos definidos para cada uno de los programas para, así, cumplir y hacer seguimiento a las actividades dirigidas al desarrollo y crecimiento óptimo de toda la niñez.

En segundo lugar, el proyecto se justifica porque para los padres de familia del Corregimiento puede ser la oportunidad para que sean atendidas aquellas carencias y problemas de salud que evitan el normal crecimiento y desarrollo de sus hijos y que su cuidado y control médico sea una realidad y tengan la certeza de que éstos van a lograr ser personas sanas y, así, tener el potencial de educarse para el futuro y ser útiles a la sociedad.

El mismo Centro de Salud de Pasacaballos puede verse beneficiado con el presente proyecto porque podría mostrar indicadores de logro acordes por el eficaz desarrollo de los planes y programas de salud entre la comunidad, en especial con el trabajo realizado con la infancia de Pasacaballos en cuanto a su crecimiento y desarrollo tanto físico como cognitivo. En adición, la efectiva atención de la salud de la población en general, en especial de los menores de edad, es un excelente indicador del desarrollo

de un país donde los niños constituyen una parte muy importante ya que son el futuro de la sociedad y, por tal motivo, a nivel mundial existen estrategias dirigidas a su protección, desde las acordadas por diferentes organizaciones hasta las que cada país establece a nivel interno.

Es necesario recalcar que la importancia del presente proyecto se da debido a que se busca la detección de factores internos deficientes en el proceso de inscripción, asistencia, atención del usuario y el control general al programa de Crecimiento y Desarrollo. Esto porque, al comparar la situación del Centro de Salud con lo planteado por Cuyul (2012), se detectaron factores como la no realización de una atención periódica y sistematizada, como lo dispone la norma, que están ayudando al incremento de la inasistencia al tratamiento y por lo tanto hacen que se presente baja productividad, bajo rendimiento e incumplimiento de metas por el personal asistencial encargado del programa. En adición, factores como la falta de ventilación u otros, pueden ayudar a que no se brinde una eficiente atención o que haya problemas para poder llevar a cabo la implementación de las estrategias requeridas o realizar el seguimiento y control del programa de Crecimiento y Desarrollo, cuyo resultado puede ayudar a la niñez y futuros adolescentes. (4)

Adicionalmente, el proyecto se justifica porque se busca demostrar a los directivos administrativos la importancia que tiene una infraestructura diseñada para la atención en salud en la percepción del usuario sobre la calidad de la atención por la comodidad, número de unidades de atención, el sistema de ventilación y de iluminación,

entre otros aspectos, que hacen posible dar soluciones prácticas y que beneficien a la comunidad de Pasacaballos atendidas en el Centro de Salud con Camas.

Finalmente, analizando lo planteado por Estrada et al (2010), con la realización de este proyecto se busca dar ideas dirigidas a la solución a la problemática antes mencionada y, así, beneficiar a la mayor parte de los niños de Pasacaballos, Todo esto se llevará a cabo mediante encuestas a los usuarios y a los funcionarios involucrados en el programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud mencionado, buscando hacer factible que la investigación y el análisis de la información permee la institución y contribuya a que los padres de familia comprendan y entiendan los beneficios y la importancia de asistir periódicamente al programa y lo tomen como una oportunidad para mejorar el estado de salud de la poblacional infantil de Pasacaballos. (5)

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Evaluar las causas de la inasistencia de los menores de edad al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud con Camas de Pasacaballos en el año 2014.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Establecer las causas que generan la inasistencia de los niños al programa de Crecimiento y Desarrollo de la institución y su correspondencia con las estrategias utilizadas.
- 3.2.2 Determinar el grado de cumplimiento de las guías y protocolos establecidos por el Ministerio de la Protección Social colombiano, así como los tipos de capacitación realizadas al recurso humano a cargo del programa de Crecimiento y Desarrollo.
- 3.2.3 Identificar la percepción de calidad de la atención médica prestada a los niños por los encargados del programa de Crecimiento y Desarrollo.
- 3.2.4 Presentar un Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Programa de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud con Camas de Pasacaballos

4. Marco de Referencia

4.1 Antecedentes Históricos

En 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 y 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” de la Unesco. (19)

Así mismo, la Política de Primera Infancia comparte sus objetivos con el Plan Nacional de Desarrollo y con los Objetivos del Milenio; por esto, para dar cumplimiento a ésta en el año 2005, se generó a nivel de municipios la estrategia Municipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia. (6)

Con esto en mente, se puede decir que las leyes colombianas son muy claras y puntuales al decir que la vida, la integridad física y la salud entre otros, son derechos fundamentales de los niños y las niñas, por lo que poder gozar de buenas condiciones de salud en esta población, a pesar de todo lo que ocurre en contra, se convierte en un requisito esencial para que puedan aprender, desarrollar sus capacidades y adquirir las aptitudes necesarias para una vida en sociedad. (8)

Conviene, sin embargo, advertir que las inversiones públicas encaminadas a garantizar la supervivencia y la buena salud de los niños en el inicio de sus primeros años de vida, tienen un alto provecho social ya que llevan a un mayor rendimiento académico,

una mayor productividad a futuro y contribuyen a la minimización de la pobreza y la desigualdad. Esto se ve plasmado en la Revista “Colombia hechos y derechos” en la cual es la estrategia que se presenta en la publicación “Colombia tierra de niños y adolescentes”; publicación dirigida a todos los responsables, en el ámbito territorial, del diseño, la implementación y la evaluación de las políticas públicas para la infancia y la adolescencia; esta 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 la implementación de acciones para cambios positivos en la vida de la niñez colombiana. (8)

En este mismo sentido, la Declaración de Yakarta describe la promoción de la salud como un elemento esencial del desarrollo de la salud (14), también 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 (15); y la prevención de la enfermedad como el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación control o reducción de los factores 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”. (15)

Además de las acciones individuales ejecutadas en el Programa de Crecimiento y Desarrollo, existen intervenciones colectivas, las cuales están a cargo de las entidades territoriales. Por ejemplo, en el caso del municipio de Caldas (Antioquia), estas acciones están bajo la responsabilidad de la Secretaría Local de Salud quien, por medio del Acuerdo No 004 del 2008, ha elaborado y se encuentra en proceso de ejecución, el seguimiento, evaluación y control del Plan Territorial de Salud para el periodo 2008-2011. (22).

De igual manera se presentan factores de riesgo por el lugar de nacimiento; en la ciudad de Cartagena de Indias los índices de mortalidad son menores, mientras que en las áreas rurales se presenta mayor riesgo reproductivo y de posible muerte de los bebés. Así, mientras en la zona urbana la reducción de la mortalidad post-neonatal en el quinquenio es importante (pasó de 10 a 6 por cada mil nacimientos), en la zona rural el nivel ha permanecido básicamente igual (11- 12 por mil)”. (16)

En general Colombia presenta niveles moderados a bajos de mortalidad general, 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 años;

las principales causas de muerte de los menores de un año son las afecciones originadas en el período perinatal (40%), las enfermedades de las vías 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 (20).

La Encuesta Nacional de Profamilia de los períodos 1990 – 1995 y 1995 - 2000 también reveló datos representativos relacionados con el tratamiento de fiebres y diarreas. Se compararon los resultados de la última 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. Se encontró que al 93% se les suministró acetaminofén; el 37% fue llevado a hospitales; el 8% fue atendido por médicos y el 43% 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 %. (7)

Por otro lado, 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 pues pasó del 68% en 1995 a 61% en el año 2000.

Así mismo, se evidencia igual preocupación por esta situación en otros países como el Salvador, en donde se desarrolló un estudio con objetivos similares a esta investigación. Fue así como en el Municipio de Quezaltepeque, Departamento de la Libertad realizaron una investigación con las madres que no asistían al programa de Crecimiento y Desarrollo con el fin de comprobar si los factores socioculturales inciden directamente en su inasistencia a las sesiones, pero la falta de colaboración y la poca veracidad de los datos fueron las principales limitantes para alcanzar los objetivos propuestos. (24)

Los fines planteados en el Plan Territorial de Salud, de mayor interés y asociados con el tema de esta investigación, corresponden a la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad infantil, la promoción de la salud del infante, el mejoramiento de las condiciones de salud de la población de Pasacaballos, la identificación de necesidades en salud y la 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: a) complementación y educación alimentaria y nutricional; b) mantener en cero las muertes por desnutrición y disminuir en un 1% la prevalencia de la desnutrición crónica en la población infantil del corregimiento. (20)

4.2 Marco Legal

Entre las Leyes, Decretos, Normas y demás aspectos legales de obligatorio cumplimiento y que se tienen en cuenta en el presente trabajo, están:

- Resolución 412 del año 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de la demanda inducida, de obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, la 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. (8)
- Constitución Política de Colombia que en el artículo 44 indica que 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. (9)
- Ley 100 de 1993 con la cual se crea el Sistema General de Salud. (10)
- La Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996, que determina 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.

(11)

- Ministerio de la Protección Social. Resolución 5221 de 2013 por la cual se deroga el Acuerdo 029 de 2011 y se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS) vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que se refiere a un conjunto básico de servicios de atención en salud al que tienen derecho todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados.

(12)

- Ley 789 del 2002 en su Art. 1, Fondo Emprender, donde se estipula que para el año 2010, 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. Entre este grupo están incluidos los niños objeto de esta investigación. (13)

- Acuerdo 117 de 1998, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. (14)

- Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia de la Republica de Colombia que en su Artículo 27 indica que, en cuanto al 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 régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación”. (15)

- Sentencia T-356-05 de la Corte Constitucional denominada Derecho a La Salud y a la Seguridad Social de los Niños Fundamental y Prevalente. Procedencia de la Acción de Tutela que está relacionada directamente con la atención integral a la población infantil. en la cual se hace referencia a que el carácter fundamental y prevalente de los derechos a la salud y a la seguridad social de los niños se encuentran reconocidos tanto en la Constitución Política como en el derecho internacional, el cual ha sido aplicado en forma reiterada y permanente por la Corte Constitucional. (16)
- Resolución 412 de 2000 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de la demanda inducida, de obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública.
- Decreto 3039 de 2007 en el cual se define el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que a través del Capítulo IV propone 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, en el Capítulo V define 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 evitables, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, la nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente, entre otras. (18)

4.3 Marco Conceptual

Basados en que la calidad de vida se refleja en personas saludables, dinámicas, trabajadoras, inteligentes, etc., se entiende que dicha calidad de vida es un derecho fundamental para todo ser humano, en este caso los niños pertenecientes al programa de Control y Desarrollo, en este apartado se define lo siguiente:

4.3.1 Salud: La Organización Mundial de la Salud la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. (28)

4.3.2 Promoción y Prevención de la Salud: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos. El propósito de los

programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, y promuevan en ellos una vida sana, feliz, placentera y productiva. Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones, las IPS y la EPS. (27)

4.3.3 Salud pública: es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria, es decir, es la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud. Esta distinción entre lo “antiguo” y lo “nuevo” puede no ser necesaria en el futuro conforme se vaya desarrollando y difundiendo un concepto unificado de salud pública. (25)

4.3.4 Atención Primaria de Salud: es la asistencia sanitaria esencial y accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la *comunidad*, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles. Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control. (28)

4.3.5 Prevención de la enfermedad: abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias, una vez establecida. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria como terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la *promoción de la salud*. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la

enfermedad es la acción que normalmente emana del *sector sanitario*, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a *factores de riesgo* identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes *comportamientos de riesgo*. (29)

4.3.6 Comunidad: (del latín *communitas, -ātis*) es un grupo de seres humanos que tienen ciertos elementos en común, tales como el idioma, las costumbres, valores, tareas, visión del mundo, edad, ubicación geográfica (un barrio, por ejemplo), estatus social o roles. Por lo general, en una comunidad se crea una identidad común, mediante la diferenciación de otros grupos o comunidades (generalmente por signos o acciones), que es compartida y elaborada entre sus integrantes y socializada. Generalmente, una comunidad se une bajo la necesidad o mejora de un objetivo en común, como puede ser el bien común; si bien esto no es algo necesario, basta una identidad común para conformar una comunidad sin la necesidad de un objetivo específico. También se llama comunidad a un conjunto de animales (o de cualquier otro tipo de vida) que comparten ciertos elementos (30)

4.3.7 Determinantes de la salud: los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: (31)

4.3.8 Epidemiología: es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud. La información epidemiológica, principalmente aquella que define los riesgos individuales de la población y /o del entorno físico, ha sido la esencia de la salud pública, y ha servido de base a las actividades de prevención de la enfermedad. Los estudios epidemiológicos utilizan clasificaciones sociales (como el estatus socioeconómico) en el estudio de la enfermedad en las poblaciones, pero por lo general hacen un uso poco óptimo de las ciencias sociales, incluida la información económica y de política pública, en la investigación y comprensión de la enfermedad y la salud de las poblaciones. (32)

4.3.9 Desarrollo de la salud: es el proceso de mejora continua y progresiva del estado de salud de los individuos y grupos de una población. (33)

4.3.10 Metas de salud: resumen los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un período de tiempo definido. Las metas de salud son declaraciones generales de intenciones y aspiraciones destinadas a reflejar los valores de la comunidad en general y del *sector sanitario* en particular, en relación con una sociedad sana. En muchos países las metas y objetivos de salud sirven también como referencia para decidir la dirección y prototipos de sus inversiones en salud. La OMS ha apoyado y promovido el desarrollo y uso de los objetivos y metas de salud a nivel mundial, regional, nacional y local. (21)

4.3.11 Evaluación de la promoción de la salud: es una valoración del grado en que las acciones de promoción de la salud alcanzan un resultado “estimado”. El grado en que las acciones de promoción de la salud permiten a los individuos o a las comunidades ejercer control sobre su salud, constituye un elemento primordial de la evaluación de la promoción de la salud. (21)

4.3.12 Objetivos de salud: indican, con relación a una población determinada, la cantidad de cambios (usando un indicador de salud) que razonablemente cabe esperar dentro de un período de tiempo definido. Los objetivos se basan por lo general en

cambios específicos y mensurables de los resultados de salud o de los resultados de salud intermedios. Los objetivos de salud definen los pasos concretos que se pueden dar para alcanzar las metas de salud. La fijación de objetivos ofrece asimismo un enfoque para la valuación de los progresos en relación con una política de salud o un programa definidos estableciendo cotas que sirvan de referencia para medir los progresos. Para fijar los objetivos es preciso que exista un indicador de salud relevante e información sobre la distribución de dicho indicador dentro de una población de interés. También requiere una estimación de las tendencias actuales y tendencias probables futuras en relación con el cambio en la distribución del indicador y la comprensión del potencial para cambiar la distribución del indicador en la población de interés. (20)

4.3.13 Infraestructura para la promoción de la salud: Son aquellos recursos humanos y materiales, estructuras organizativas y administrativas, políticas, reglamentaciones e incentivos, que facilitan una respuesta organizada, de la promoción de la salud, a los temas y desafíos de la salud pública. Es posible encontrar estas infraestructuras en diversos tipos de estructuras organizativas, que incluyen la atención primaria de salud, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de autoayuda, además de los organismos y fundaciones dedicados a la promoción de la salud. Pese a que muchos países cuentan con una estructura específica de promoción de la salud, los mayores recursos humanos se encuentran entre todo el personal sanitario, los trabajadores de otros sectores ajenos a la salud (por ejemplo,

educación, bienestar social), y en las acciones de personas profanas dentro de cada comunidad. Las infraestructuras de promoción de la salud se pueden establecer no solo con recursos y estructuras tangibles, sino también a través de la concienciación pública y política sobre los temas de salud y la participación en las acciones para abordar esta problemática. (34)

4.3.14 Factor de Riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad hacia una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. Como sucede con las conductas de riesgo, una vez que los factores de riesgo han sido identificados, se pueden convertir en el punto de partida o núcleo de las estrategias y acciones de promoción de la salud. (35)

4.3.15 Escenarios para la salud: El lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar. Un escenario es también el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa. Las acciones para promover la salud a través de distintos escenarios, pueden adoptar muchas formas diferentes, que a menudo consisten en algún

tipo de modificación organizativa, incluido el cambio del entorno físico, de la estructura de la organización, de la administración y de la gestión. Los escenarios también se pueden utilizar para promover la salud llegando a las personas que trabajan en ellos, usándolos para acceder a los servicios, y haciendo que interaccionen con la comunidad. Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, los hospitales, la población y las ciudades. (36)

4.4 Marco Institucional

El corregimiento de Pasacaballos es una comunidad de afro descendientes que hace parte de la Localidad Industrial y de la Bahía y está situado al suroeste de la bahía de Cartagena, a orillas del Canal del Dique, a veinticinco kilómetros de la ciudad de Cartagena, a cuarenta kilómetros de Barú, a siete kilómetros de Santa Ana en la isla de Barú y en las cercanías de la Zona Industrial de Mamonal. Actualmente, el corregimiento de Pasacaballos no cuenta con el servicio de IPS's ni con Centros de Salud de segundo o tercer nivel de complejidad; sin embargo, desde el año 2014 allí se creó el Centro de Salud con Camas de primer nivel de complejidad bajo los auspicios de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, Ecopetrol y la Fundación Mamonal, que cuenta con los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Odontología y los programas de Promoción y Prevención que beneficiará a 25.000 usuarios de poblaciones como Pasacaballos, Ararca, Santa Ana, Leticia e incluso al sector industrial de Mamonal pues se llevan a cabo

procesos del primer nivel incluyendo las actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y demanda inducida.

Siguiendo los lineamientos definidos en la Resolución 412 del 2000, el Centro de Salud con Cama de Pasacaballos, tiene implementado el programa de Crecimiento y Desarrollo cuyo objetivo es “brindar pautas para la atención integral con calidad de las niñas y niños sanos menores de diez (10) años usuarios de la institución, contribuyendo a la disminución de las tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención oportuna de los problemas” del Protocolo ESE. (7)

Este 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 donde el menor de un año debe asistir a cuatro controles, el de un año a los dos años debe asistir 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. (7)

Los encuentros programados tiene varias fases: una es la intervención educativa a las madres, responsables y/o acompañantes del niño(a) pues con esta actividad se busca empoderar al adulto sobre el adecuado manejo del niño en el hogar en caso de enfermedades inmuno-prevenibles, pautas de crianza y estimulación adecuada según la edad; otra, consiste en el examen físico donde se informa a la madre los hallazgos y sus indicaciones.

Todo esto con el propósito de detectar oportunamente cualquier 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 Profamilia (7) realizó una encuesta nacional, donde una de sus conclusiones era que “existen características que inciden en la mortalidad infantil como:

- a) 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.
- b) 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.

En estas condiciones, este puesto de salud, al ser parte de una Institución Prestadora de Servicios de Salud o IPS, ha acogido y adaptado las normas para la ejecutar el programa de Crecimiento y Desarrollo que, 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 de los niños, consistentes en: a) 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; b) ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades cognitivas. (14).

Misión

Somos una entidad prestadora de servicios integrales de salud de baja complejidad, organizada en subredes que mediante procesos asistenciales y administrativos fundamentados en políticas de humanización, seguridad y autocontrol, contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de la población del Distrito de Cartagena.

Visión

En el año 2022 la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, será líder en la prestación de los servicios de baja y mediana complejidad mediante procesos de

optimización, centrados en la excelencia de la atención al usuario, el respeto a la dignidad humana, cultura, innovación tecnología y el autocontrol institucional.

Política de Calidad

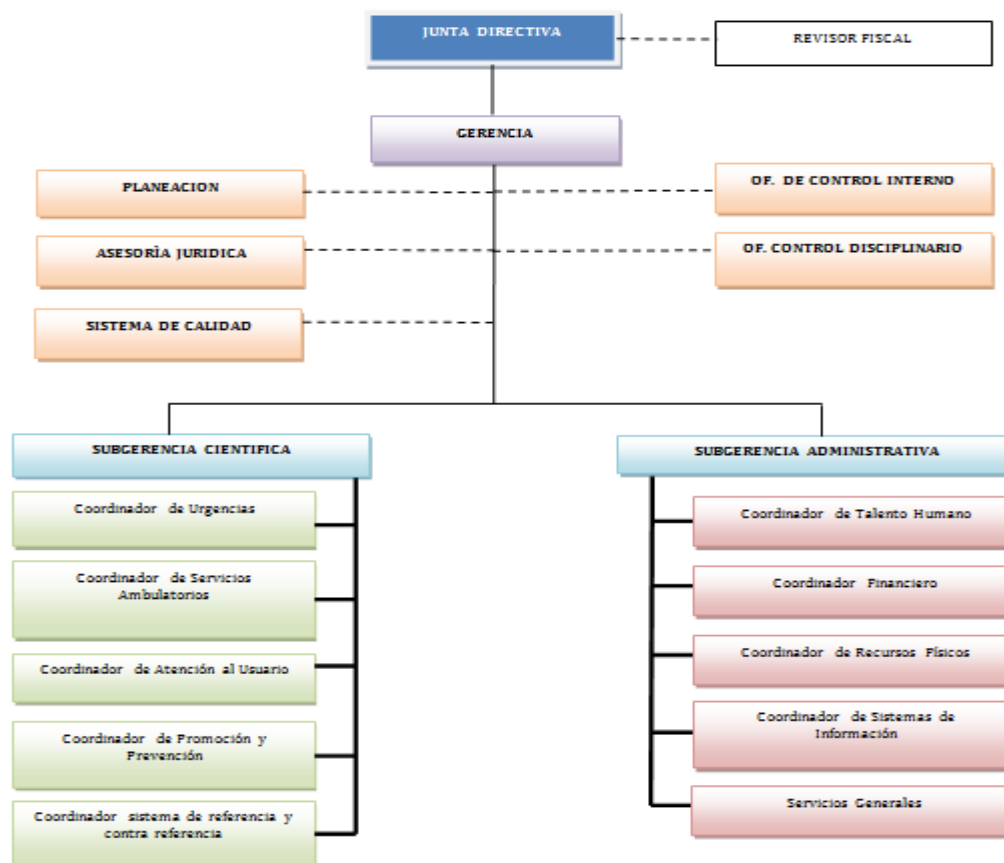
Nuestro propósito es prestar servicios de salud de baja complejidad, a través del desarrollo de procesos implementados por un recurso humano actualizado y calificado, que trabajando continuamente en la eficacia del sistema de gestión de la calidad busca satisfacer las necesidades y expectativas razonables de los clientes centrados en la atención humanizada y segura.

Objetivos de calidad. Corresponden a los siguientes:

1. Fortalecer los procesos de planeación y control de la gestión.
2. Racionalización y planificación de los recursos.
3. Maximizar la producción y venta de los servicios manteniendo altos niveles de calidad y satisfacción de clientes y usuarios.
4. Formación de un equipo humano altamente calificado.
5. Rescate de la imagen y la credibilidad institucional.
6. Modelo de gestión.
7. Infraestructura física y tecnología.
8. Calidad del servicio: Implementar las políticas de humanización y seguridad en la atención

Organigrama. El organigrama que se presenta a continuación corresponde al Hospital Local Cartagena de Indias ya que el Centro de Salud con Camas de Pasacaballos hace parte de éste y se rige por la Gerencia Administrativa y Científica.

Figura 1. Organigrama de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias



Fuente: página web

5. Delimitación

5.1 Delimitación Temporal

Los participantes en la presente investigación tomaron como punto de partida el mes de Abril del 2014 y esperan finalizar en el mes de Junio de 2015, tiempo estimado para llevar acabo todos los objetivos.

5.2 Delimitación Espacial

Esta investigación se desarrolló en el corregimiento de Pasacaballos en el Departamento de Bolívar, para la población del programa de Crecimiento y Desarrollo atendida en el Centro de Salud con Camas de Pasacaballos - Bolívar.

5.3 Delimitación Temática

Este trabajo de investigación tiene como objeto de estudio evaluar las causas de la inasistencia de los menores de edad del municipio al programa de Crecimiento y Desarrollo y las estrategias utilizadas en el proceso de atención del Centro de Salud con Camas de Pasacaballos en el año 2014.

6. Diseño Metodológico

6.1 Enfoque y Tipo de Investigación

El presente proyecto es una investigación con un enfoque cuantitativo, en el cual se analizó la información obtenida durante el periodo correspondiente al tercer trimestre del año 2013, y en este sentido se considera que el enfoque es cualitativo porque, como punto de partida, hay una realidad que se debe conocer. Esto puede hacerse a través de la mente; en cuanto a la realidad a estudiar, existe una realidad objetiva única. El mundo es concebido como externo al investigador; la teoría es generada a partir de comparar la investigación previa con los resultados del estudio. De hecho éstos son una extensión de los estudios antecedentes; la literatura representa un papel crucial, guía a la investigación. Es fundamental para la definición de la teoría, las hipótesis, el diseño y demás etapas del proceso. (26)

La investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal, descriptivo porque se busca describir las causas o situaciones y las estrategias que influyen en la inasistencia de los usuarios menores de edad al programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud con Camas de Pasacaballos.

Adicionalmente, en las investigaciones de tipo descriptivas, llamadas también investigaciones diagnósticas, buena parte de lo que se escribe y estudia sobre lo social no va mucho más allá de este nivel. Consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. (26)

Por otro lado, en la ciencia fáctica, la descripción consiste, según Bunge, en responder a las siguientes cuestiones: a) ¿Qué es? > Correlato; b) ¿Cómo es? > Propiedades; c) ¿Dónde está? > Lugar; d) ¿De qué está hecho? > Composición; e) ¿Cómo están sus partes, si las tiene, interrelacionadas? > Configuración.; y f) ¿Cuánto? > Cantidad. (26)

Por su parte, el objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. (26)

Con base en lo anterior, se utilizará la encuesta seccional que es aquella que se realiza en una cierta población o en una muestra de ella en un período corto de tiempo. Son estudios sincrónicos, en un mismo tiempo. Corresponden a fotografías instantáneas que se toman en un momento dado. El nombre de seccionales proviene del hecho de que la encuesta entrevista a personas que pertenecen a los principales estratos del colectivo estudiado. Los casos típicos los constituyen las encuestas de opinión pública. (26)

6.2 Población y Tamaño de la Muestra

La población estuvo conformada por los 281 padres de familia o acudientes que llegaron a consulta durante los meses de Abril, Mayo y Junio del 2014 y, debido que se sabía con anterioridad la fecha y hora de dicha consulta, se determinó que el tamaño de la muestra correspondería a las mismas 281 personas.

Además, ante la necesidad de conocer de primera mano la percepción general de estas personas sobre la efectividad del programa, en ese mismo momento se aplicó la encuesta estructurada a los familiares o allegados de los pacientes asistentes al Centro de Salud con Camas de Pasacaballos y participantes del programa de Crecimiento y Desarrollo, durante los tres meses citados (Abril, Mayo y Junio) y acorde con el orden de llegada a la consulta programada que se lleva en esta dependencia.

6.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

En atención a que existen dos tipos generales de muestreo: el probabilístico y el no probabilístico; que en el probabilístico cada uno de los elementos de la muestra tiene la misma probabilidad de ser muestreados y que, en el segundo, la probabilidad de ser muestreado no es igual para todos los elementos del espacio muestral, en este caso se utilizó el **muestreo probabilístico**, pero condicionado a las características y necesidades del proyecto.

Por lo anterior, los criterios de inclusión se refieren a que, una vez se hubo definido el tamaño de la muestra tanto para los padres de familia o familiares, se procedió a:

- Encuestar día a día, de acuerdo a la programación de las citas asignadas a los pacientes que estaban afiliados al programa de del Centro de Salud, por orden de llegada, desde las 8:0 a. m. a 4:0 p.m. hasta completar la muestra.
- No se encuestaron niños sino el adulto responsable.

El criterio de exclusión tomado se refiere a que no se encuestó ni se entrevistó al personal asistencial o médico que atiende Urgencias, Ambulatorio, etc., ni al personal administrativo.

6.4 Técnicas, Instrumentos y Fuentes de Información

6.4.1 Técnicas de Información: entre éstas se aplicaron:

- ✓ La Observación directa
- ✓ La Encuesta estructurada
- ✓ La Revisión Bibliográfica
- ✓ La solicitud de Información

6.4.2 Instrumentos de Información: se utilizaron

- ✓ Guías de Observación

- ✓ Formato de Encuestas
- ✓ Fichas Bibliográficas
- ✓ Cartas de solicitud

6.4.3 Fuentes de Información: se utilizaron las dos fuentes así:

- ✓ Primaria, para la Observación Directa y la Encuesta Estructurada
- ✓ Secundaria, para la Revisión Bibliográfica y la Solicitud de Información

6.5 Plan de Recolección, Tabulación y Análisis de la Información

La recolección, tabulación y análisis de los datos se hizo en forma conjunta entre las dos participantes quienes se turnaron para realizar las encuestas, día a día, luego de lo cual se procedió a tabular los datos, analizarlos y, así, sacar las conclusiones.

6.6 Operacionalización de Variables

Corresponde a lo siguiente:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO	INDICADOR
	La Organización Mundial de la Salud la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado	Física	Infantil	Total niños enfermos/población infantil
			Adolescente	Total adolescentes enfermos/Población adolescente
			Mayor de edad	Total enfermos mayores enfermos/Población mayor de edad
		Mental	Infantil	Total niños enfermos/población infantil
			Adolescente	Total adolescentes enfermos/población adolescente

SALUD	abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.		Mayor de edad	Total enfermos mayores enfermos/Población mayor de edad
		Ocupacional	Riesgo personal	Total personas en riesgo/población trabajadora
			Riesgo Químico	Total personas en riesgo químico/población trabajadora
			Riesgo en Altura	Total personas en riesgo trabajo en altura/Población trabajadora
PROGRAMAS DE SALUD	Para la OMS, un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población . De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.	Primera Infancia y adolescencia	Crecimiento y Desarrollo	Total niños y adolescentes asistentes/Población infantil y adolescente
		Vacunación	Vacunas para niños de 0 a 10 años	Total niños vacunados/Total Población infantil
		Atención Médica	Consultas y Control médico	Total población atendida/Población Total
		Epidemiología	Enfermedades de interés en Salud Pública	Total población atendida/Población total
		Reproductiva	Inseminación artificial	Total población atendida/Población total

Cuadro 1. Operacionalización de Variables

6.7 Presupuesto

Los costos y gastos estipulados para desarrollar el presente proyecto fueron:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR
1. PARTICIPANTES		
1.1 Gastos de manutención participantes	2	3.500.000
1.2 Transportes terrestres	2	600.000
SUBTOTAL		4.000.000
2. RECURSOS		
2.1 Textos	3	900.000
2.2 Normas APA y Otros	1	450.000
SUBTOTAL		1.350.000

3. ÚTILES Y PAPELERÍA		
3.1 Resmas de papel	1	14.000
3.2 Impresiones	2	20.000
3.3 Internet	GI	40.000
SUBTOTAL		74.000
SUMAN		5.224.000
IMPREVISTOS 10%		522.000
TOTAL PRESUPUESTO		5.746.000

Cuadro 2. Presupuesto

6.8 Cronograma

Se definieron los siguientes pasos para el cumplimiento del presente proyecto:

DESCRIPCIÓN	MESES AÑO 2014					MESES AÑO 2015						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Búsqueda y clasificación de Información	■	■				■	■		■			
Desarrollo de la Propuesta		■	■	■	■							
Entrega de Anteproyecto				■	■	■						
Correcciones al Anteproyecto						■	■					
Desarrollo Proyecto							■	■				
Desarrollo Objetivos								■	■	■		
Correcciones al Proyecto										■		
Presentación de mejoras Proyecto											■	
Calificación por Jurados											■	■
Correcciones finales												■

Cuadro 3. Cronograma

7. Resultados

7.1 Causas que Generan Inasistencia de los Niños al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud.

Para dar respuesta a este capítulo se utilizó la encuesta, estructurada y validada con anterioridad y aplicada durante los meses de Abril, Mayo y Junio del 2014, a 281 personas responsables del acompañamiento de los niños a la consulta (madres, familiares y/o adultos acompañantes), cuya finalidad consistió en establecer cuáles fueron las causas que hicieron que los niños y niñas del corregimiento de Pasacaballos no asistieran a las sesiones del programa de Crecimiento y Desarrollo, encontrando lo siguiente:

Estas encuestas fueron aplicadas después de cada consulta médica y de enfermería y se basó prácticamente en dos preguntas: 1. Causas que generan inasistencia de los niños al programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud, y 2. Qué percepción tenía de la calidad en la atención prestada a los niños por los encargados del programa de Crecimiento y Desarrollo.

Por consiguiente, al aplicar las encuestas a los familiares o responsables de los niños matriculados al programa en mención, actividad realizada con ayuda del personal asistencial del Centro de Salud, se encontró lo siguiente:

- a) El 35% de los encuestados, explicó que eso sucedió porque se le olvidó de la cita y, cuando recordó, ya era tarde.

- b) Por su parte, al 21% de los padres o acudientes les sucedió porque les faltaba interés porque desconocían la importancia del programa de Crecimiento y Desarrollo en cuanto a la atención integral allí que se brinda a los niños.
- c) En adición, el 14% de los acudientes indicó que en la época de invierno no pudo asistir a las citas debido al mal estado de las vías.
- d) Otra causa de no asistir consistió en que al padre o acudiente fue afectado por robo o pérdida del carnet de citas sin pensar que la falta de éste no es impedimento para ir a la cita.
- e) Así mismo, el 10% de los responsables del menor indicó que por enfermedad del menor no fue posible asistir a la cita de control.
- f) Igualmente, se encontró que el 10% de los padres o acudientes no pudo asistir a la cita por necesidad de viajar a otra ciudad por enfermedad o muerte de un familiar.

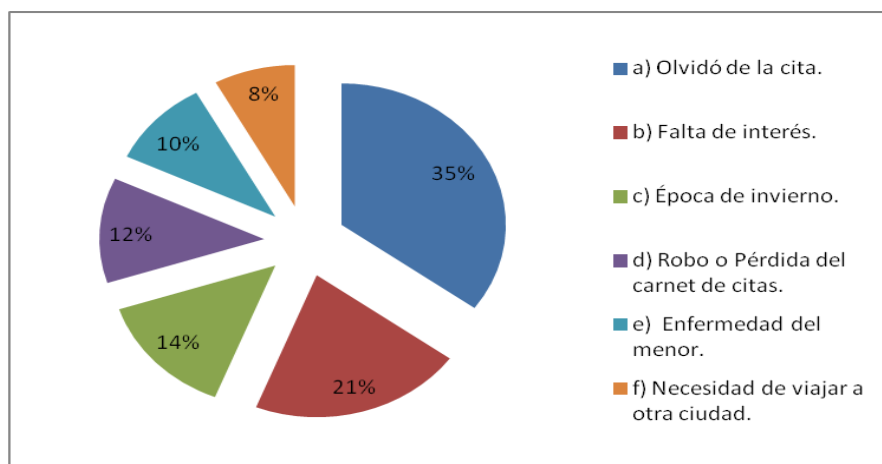


Figura 1. Causas de inasistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo.

Fuente: encuestas

Toda la información anterior se obtuvo gracias al apoyo del personal del Centro de Salud con Camas de Pasacaballos, ya que estas encuestas fueron realizadas después de cada consulta médica o de enfermería.

7.2 Determinación del Grado de Cumplimiento de las Guías y Protocolos Establecidos y de los Tipos de Capacitación Realizadas al Recurso Humano a Cargo del Programa de Crecimiento y Desarrollo.

La evaluación sobre el grado de cumplimiento de guías y protocolos establecidos en el programa de Crecimiento y Desarrollo fue realizada a los funcionarios que manejan el programa por el Comité Institucional de Historias Clínicas. Este Comité estuvo integrado por el Coordinador del Centro de Salud, los dos (2) médicos que trabajan en el lugar (con la condición de que al evaluarse a cada uno, no se incluyera al evaluado) y la Enfermera Jefe.

Entre las Guías y Protocolos están: a) Protocolo de Atención para la Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del Menor de 10 Años; b) Guía para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del Menor de 10 años.

Esta evaluación se realizó utilizando el formato institucional definido para tal fin y se aplicó para evaluar el cumplimiento de las Guías y Protocolos de las Historias Clínicas, estipulando previamente que la meta de cumplimiento debía ser menor o igual a 80 ($\geq 0,80\%$). Así, en dicha evaluación se encontró que de los 606 pacientes atendidos, a

585 niños se les aplicó estrictamente la guía, lo cual da un grado de cumplimiento del 96.5%, lo que indica que el personal conoce las guías, sus alcances y las cumplen a cabalidad. Por lo tanto su calificación es de excelente.

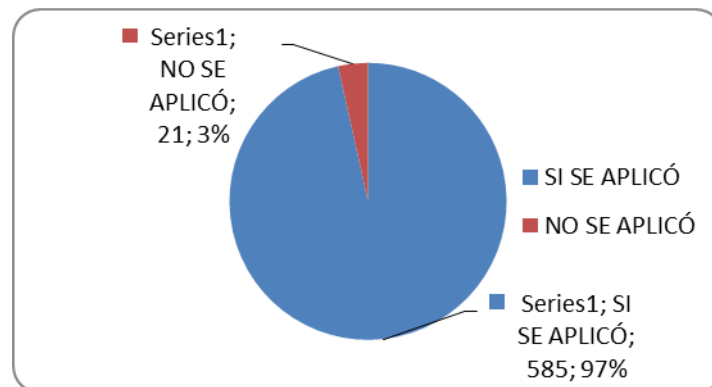


Figura 2. Resultado de la Aplicación de las guías y protocolos.

Fuente: encuestas

En el mismo sentido, los funcionarios que manejan el programa en mención reconocen que deben adherirse a las guías, protocolos y normas establecidas, motivo por el cual requieren mantenerse al día sobre los cambios que hace a éstos el Ministerio de la Protección Social. Por eso, en unión con el Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias y la Alcaldía de Cartagena, se programan capacitaciones institucionales bimensuales y socializaciones trimestrales internas en el Centro de Salud sin desconocer que, además, se realizan capacitaciones diarias debido a la práctica de enseñanza que se da dentro del proceso de servicio docencia-asistencial que ocurre en el Hospital.

Para cumplir con lo anterior, antes de las capacitaciones se hacen una evaluación **pre-test**, lo cual permite hacer, luego de la capacitación, una evaluación **post-test** con el fin de determinar el grado de entendimiento y aprehensión de las temáticas y la aplicación de los nuevos conocimientos en contextos diferentes por parte los médicos o de las personas participantes. Al final se aclaran las dudas y se busca que los conocimientos adquiridos queden grabados en la memoria de largo plazo al ser conscientes de obtener un mayor grado de aprehensión y que queden actualizados sus conocimientos en temas para la salud dirigidos al bienestar de las personas que acuden a los Centros de Salud

7.3 Deducción de la Percepción de Calidad de la Atención Prestada a los Niños por los Encargados del Programa de Crecimiento y Desarrollo.

Al contestar la segunda pregunta de la encuesta, consistente en indicar, de forma general, qué percepción tenía o tuvo el acudiente o familiar sobre la calidad de la atención prestada a los niños por los encargados del programa de Crecimiento y Desarrollo, se encontró que, de las 281 padres de familia o acudientes, para el 85% de dichas personas la calidad es buena, para el 6% la calidad es regular y para el 9% restante la es mala.

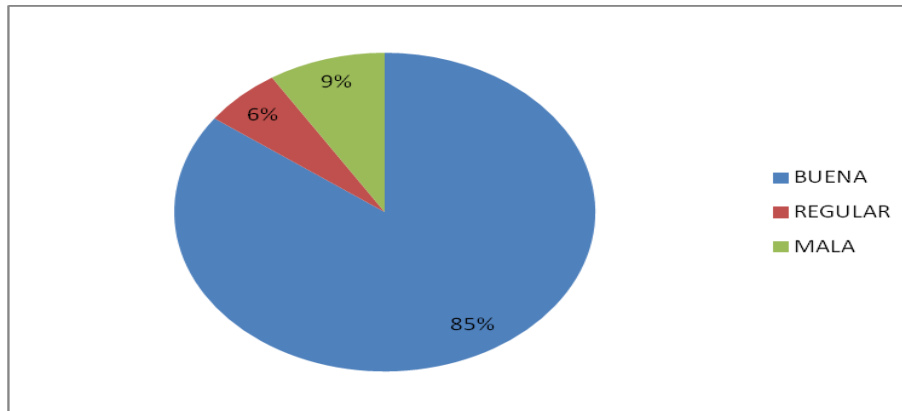


Figura 2. Percepción de la calidad en la atención

Fuente: encuestas

Así pues, para el 85% de los encuestados la atención prestada es de buena calidad, a pesar de considerar que se presentan quejas por la espera para acceder a las sesiones y soportar el mal ambiente en la sala de espera. En estas condiciones, por el grado de satisfacción que perciben en la atención por parte del personal asistencial, ese 85% coincide en tener una buena atención y con calidad; resaltan la atención integral en todas las facetas del niño y en diferentes aspectos tales como son los aspectos: sociales, familiares, personales y físicos encaminados a un crecimiento y desarrollo adecuado y acorde a cada etapa de su vida.

En cuanto a la **OPORTUNIDAD**, es decir, la asignación de citas de forma oportuna relativa a la consulta de enfermería de promoción y prevención para el programa de Crecimiento y Desarrollo, está dada por una ecuación cuyo numerador corresponde al total de los días transcurridos entre la fecha en que el paciente solicita la cita para ser atendido en consulta de dicho programa y la fecha para la cual es asignada y

el denominados corresponde al numero de total de consultas asignadas del programa, esta ecuación dio como resultado que eran necesarios **dos (2) días para ser atendido**, lo que significa estar dentro del parámetro de eficiencia.

Así mismo, al evaluar la **accesibilidad**, la cual depende de la oportunidad, se encontró que los servicios se prestan a la totalidad (100%) de las personas que tienen derecho a la atención en salud y, por ende, tienen contrato con la institución.

Consecuente con lo anterior, al analizar la **atención médica o en enfermería** se encontró que a todos los que llegan al Centro de Salud se les garantiza la consulta médica o de enfermería o de control a todos los inscritos en el programa de Crecimiento y Desarrollo.

Además, en lo referente a las **historias clínicas**, estas se procesan de manera sistematizada, por lo cual se cumple con todos los parámetros para su diligenciamiento y, así mismo, se cuenta con programa semanal de evaluación de dicho diligenciamiento.

Por el lado de la **comunicación**, que es parte importante en la calidad, existe un sistema integrado de información en toda la ESE que cuenta con una plataforma de atención al usuario que tiene todos los protocolos de atención y de guías y, en adición, toda la plataforma empresarial de la institución. Esta página se encuentra disponible en **www.esecartagenadeindias.gov.co**

Es de recordar que estas encuestas fueron realizadas después de cada consulta médica y de enfermería.

7.4 Plan de Mejora Continua para el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Atención con Camas de Pasacaballos.

Para el desarrollo de este apartado se tuvo en cuenta lo que significa un Plan de Mejora y sus componentes, así:

Problema	Estrategias	Actividad	Cómo	Dónde	Cuándo	Responsable
Inasistencia a las citas programadas en el programa de Crecimiento y Desarrollo por: a) Olvido de la cita	Mantener una lista actualizada diaria de las citas vigentes con el número del celular o telefónico del paciente o la familia para, el día anterior, recordar que tiene cita.	Hacer la lista diaria de acuerdo a la asignación de citas	En el computador	Centro de Atención con Camas de Pasacaballos	Septiembre 2015	Persona responsable de asignar las citas
b) Desconocimiento de la importancia del programa	Programar charlas informáticas de los objetivos, metas y beneficios del programa e invitar a la sociedad del municipio a acudir.	Definir el tipo de charla y el uso de los medios informáticos	Sesiones programadas		Septiembre 2015	Coordinador Administrativo
c) Vías de acceso en mal estado para acudir a la consulta	Crear una Alianza con el Ministerio de Obras Públicas para buscar el arreglo de las vías del municipio	Buscar con en el Ministerio mecanismos de apoyo.	Ir al Ministerio del Transporte a pedir ayuda		Septiembre 2015	Gerencia ESE y Alcaldía municipal
d) Pérdida del Carnet	Informar a la comunidad y a los afiliados que el Carnet se expide	Realizar carteles con la información	Contratar la realización de los carteles o afiches		Septiembre 2015	Coordinador Administrativo

	gratuitamente.				
e) Enfermedades imprevistas del menor	Al llamar a recordar la cita, el familiar o paciente deberá informar de la enfermedad del menor	Verificar la lista diaria de acuerdo a la asignación de citas	Al efectuar llamada telefónica para recordar la cita		Septiembre 2015 Persona responsable de asignar las citas
f) Muerte de un familiar	Al llamar a recordar la cita, el familiar o paciente deberá informar de la inasistencia por causa mayor o viaje	Verificar la lista diaria de acuerdo a la asignación de citas	Al efectuar llamada telefónica para recordar la cita		Septiembre 2015 Persona responsable de asignar las citas
Incumplimiento en el seguimiento de directrices de guías y protocolos	Mantener el control diario sobre incumplimientos y sus causas.	Auditar diariamente el cumplimiento de guías y protocolos	Realizar un informe diario sobre incumplimientos		Septiembre 2015 Gerencia ESE
Baja percepción de la calidad en la atención	Crear un Plan de Mejora de las instalaciones del Centro de Salud	Verificar la asignación y disponibilidad de recursos para mejoras locativas. Incluir partidas para mejorar las instalaciones en el Presupuesto	Determinar las mejoras locativas requeridas por afectación a los usuarios Priorizar y contratar mejoras.		Septiembre 2015 Enero de 2016 Gerencia ESE Cartagena de Indias y Alcaldía de Cartagena

8. Conclusiones

En primer lugar, es importante reconocer que el Ministerio de la Protección Social, instituciones como el DADIS y la Alcaldía de Cartagena están haciendo un gran esfuerzo porque las personas menos favorecidas, en riesgo de enfermedad, discapacitadas y con problemas de drogadicción o fármaco-dependencia puedan acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS dentro del régimen subsidiado.

A pesar de lo anterior, es necesario fomentar políticas de concientización, entre toda la población cartagenera, de que existen programas, como el de Crecimiento y Desarrollo, que pueden contribuir a que desde la niñez se pueda controlar cada etapa de la vida y, así, hacer posible que estos niños, cuando sean adolescentes o mayores de edad, puedan manejar las situaciones adversas que se les presenten y ser alguien valioso para su comunidad y la sociedad en general.

Teniendo en cuenta que el crecimiento y desarrollo es un programa útil y eficaz, con esta investigación se fomentó el seguimiento a la adherencia a guías y protocolos de manejo a los trabajadores activos en el programa, y actualizaciones para el seguimiento adecuado contribuyendo a la evaluación óptima y con calidad, con los recursos disponibles para el mejoramiento y mantenimiento del estado nutricional y morfológico de estos niños.

Así también a los padres de familia o acompañantes se les brindó toda la información adecuada, inherente y pertinente a la salud y edades de cada niño

permitiendo obtener una mejor comprensión de la importancia del programa y estimulando a esfuerzos encaminados a desarrollar estilos de vida mas seguros y confortables, teniendo en cuenta que la asistencia es el primer punto a realizar.

Por tanto la implementación del plan de mejoramiento resultado del estudio será una buena estrategia para impulsar la atención en salud con calidad e incentivar la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo y así cumplir las metas de este y crear conciencia de que no solo se realiza por la obtención de un beneficio monetario por parte del gobierno.

9. Recomendaciones

La principal recomendación consiste en que los dirigentes o responsables del programa de Crecimiento y Desarrollo, deben crear, conocer y manejar estrategias de distinta índole que estén dirigidas a todas aquellas acciones tendientes a motivar, informar, visitar a los padres, hacer amistad con los niños, atraer a los menores con actividades lúdicas, etc., que hacen posible que el infante se comprometa con su propio bienestar y que los padres respondan en igual medida de entusiasmo.

Otra recomendación consiste en que la atención brindada en el programa de Crecimiento y Desarrollo debe ser estructurada en estrategias como la **AIEPI** (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), cuyo objetivo primordial es mejorar la calidad de la salud infantil en establecimientos tanto de la red pública o privada como 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, etc., que incidirán en la reducción de enfermedades y discapacidad en la población, contribuyendo a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

Se espera que la implementación de la anterior estrategia en los servicios de salud y entre la comunidad produzca 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.

También se debería articular las diferentes entidades privadas y públicas, que realizan seguimientos y evaluación de la atención integral de la infancia, como herramienta y fortalecimiento para estos programas y dar aún más importancia y compromiso por parte de los padres u personas que tenían a cargo custodia de niños, mejorando aún más la calidad de la atención.

Por tanto no solo en la ESE Cartagena de indias, se tendría que tener en cuenta de forma periódica planes de mejoramiento para cada programa de promoción y prevención, que inicia desde el prenatal hasta el adulto mayor, pues cada uno de ellos va encaminado a la vigilancia y detección de patología para tener una mejor calidad de vida.

Lista de referencias

1. Cano Jiménez Carmen, Fuentes Rodríguez Yolanda Fuentes, Amor La Haba Panadero María. (2013). El crecimiento y el desarrollo físico infantil (pp 8-22). Madrid Barcelona: McGraw Hill Education.
2. Cardona Sebastián, José Jaime, Galeano Jhawg, Gómez Diana, González Natalia, Guzmán Melisa, Herrera Juan, Lozano Adrian, Villegas Oscar (2011). Principales hallazgos en el programa de crecimiento y desarrollo de los niños hasta los 60 meses de edad en ASSBASALUD ESE. (Manizales, Colombia). 2002-2007. Colombia
3. Bustos Juan Carlos, Agudelo Calderón Carlos, Pardo Rodrigo. (2012). Norma 0412 del 2000 guía I, Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años (27-30p.). Colombia
4. Cuyul Andrés, Pacheco Gabriela, Pernas Gladys, Mosqueira Marilyn, Juiz de Trogliero Ceila, Raineri Flavia, Piazza Norma (2012). Evaluación del crecimiento de niños y niñas, Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud (58-71). Argentina: UNICEF
5. Estrada Victoria, Sanmartín Viviana, Barragán Ana María. (2010). Motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paul. Caldas - Antioquia, 2009-2010. Colombia
6. Resolución 412 de Diciembre de 2000 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, Guías de promoción y prevención en salud.
7. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Disponible en: <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1ASRM>.
8. Resolución 412 de 2000. Norma Técnica de Detección de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en menores de 10 años. Ministerio de Salud (Hoy, Ministerio de la Protección Social) Dirección General de Promoción y Prevención..
9. República de Colombia, Constitución Política de Colombia de 1991. Artículo 44
10. 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.

11. Resolución 3997 de octubre de 1996 del Ministerio de Salud de la República de Colombia., “por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS”.
12. Ministerio de la Protección Social. Resolución 5221 de 2013 por la cual se deroga el Acuerdo 029 de 2011 y se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS) vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que se refiere a un conjunto básico de servicios de atención en salud al que tienen derecho todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados.
13. Ministerio de la Protección Social. Ley 789 del 2002 en su Art. 1, Fondo Emprender, donde se estipula que para el año 2010, 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.
14. Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 117 de 1998, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- 15 República de Colombia. Ley 1098 de 2006 del Congreso de la República de Colombia “Infancia y Adolescencia”.
16. República de Colombia. Sentencia T-356 de 2005 de la Honorable Corte Constitucional de la República de Colombia. “Derecho a la Salud y a la Seguridad Social de los niños y niñas”.
17. Ministerio de la Protección Social. Resolución 412 del año 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de la demanda inducida, de obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública.
- 18 Ministerio de la Protección social. Resolución 3997 del 30 de Octubre de 1996 de la República de Colombia. 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 (SGSSS).

19. Unesco. 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

20. Decreto 3039 del 10 de Agosto de 2007 del Ministerio de Salud de la República de Colombia por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

21. 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.

22. Acuerdo 004 de 2008 del Municipio de Caldas Antioquia en su “Plan Territorial de Salud Pública

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

24. 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

25. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/es/>. Junio 22 de 2015

26. HERNÁNDEZ Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación. McGraw Hill. México. 2010. 15-90p.

27. COOMEVA EPS. ¿Qué es Promoción y Prevención? Disponible en: <http://eps.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=9663>

28. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud en Alma Ata, URSS. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 1978.

29. Organización Mundial de la Salud. Hacia una Estimación de la Carga de Morbilidad Atribuible al Medio Ambiente, en Ambientes Saludables y Prevención de Enfermedades. 4p.
30. Wikipedia. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Comunidad>.
31. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
32. Epidemiología. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>.
33. Pinto D, Muñoz AL. Colombia Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011 – 2014. BID Nota Técnica IDB-TN-246. Junio 2010.
34. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. Disponible: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm>.
35. Organización Mundial de la Salud OMS. Factores de riesgo. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
36. Observatorio de Salud y Medio Ambiente OSMAN. Escenarios para la Salud. Disponible en: <http://www.osman.es/ficha/12487>.

Apéndice

Las tablas y figuras pueden ir en el apéndice como se mencionó anteriormente.

También es posible usar el apéndice para incluir datos en bruto, instrumentos de investigación y material adicional.