

Ministerio de Salud Pública

- Departamento de Programación Estratégica en Salud – Área Ciclos de Vida - Programa Nacional de Salud de la Niñez (DIGESE).
- Unidad de Vigilancia en Salud –Unidad de Descentralización (DIGESA)
- Metas Asistenciales (Dirección General del SNIS).

Administración de los Servicios de Salud del Estado

- Área Niñez y Adolescencia.

Apoya:**Programa Naciones Unidas para el Desarrollo**

Proyecto Desarrolla.

Visita Domiciliaria

Una estrategia para disminuir la mortalidad infantil en Uruguay

DOCUMENTO DE TRABAJO (Diciembre 2010)

Índice:

- I. Introducción**
- II. Análisis de situación: Mortalidad Infantil en Uruguay.**
- III. La Mortalidad Posneonatal en Uruguay**
- IV. La Visita Domiciliaria**
- V. Experiencias y antecedentes relevantes de VD en Uruguay.**
- VI. Comenzando a construir un sistema universal de VD.**
- VII. Propuesta de Ficha de Registro de la VD**

Equipo de Redacción:

Por PNUD – Proyecto Desarrolla: Gabriel Corbo – Natalia Riffo.

Por MSP - Programa Nacional de Salud de la Niñez: Gustavo Giachetto – Marie Boulay – Yelenna Ramirez

Grupo de Trabajo:

Patricia Abulafia – Miguel Alegretti – Marie Bouley – Gustavo Giachetto – Cristina Lustemberg – Fernanda Merthol - Ana Noble – Yelenna Ramirez.

I. Introducción.

En el marco del apoyo brindado por el PNUD, a través del Proyecto Desarrolla, al Programa Nacional de Salud de la Niñez del Departamento de Programación Estratégica en Salud, del Ministerio de Salud Pública, se plantea el objetivo de colaborar con un Grupo de Trabajo interinstitucional a efectos de apoyar la construcción de propuestas para mejorar los protocolos de prevención, atención y creación de información y conocimiento para reducir las muertes posneonatales.

Para la conformación de este Grupo se realizó un trabajo previo a cargo de la consultora del PNUD Psic. Natalia Rizzo, consistente en sistematizar experiencias previas, tanto a nivel público como privado, relacionadas con la implementación de visitas domiciliarias; y una revisión bibliográfica sobre la temática.

En primera instancia, se realizaron entrevistas a informantes claves en el ámbito de salud pública (efectores públicos), que permitieran, a partir de sus experiencias, recoger los elementos centrales para sistematizar lo realizado en torno a la Visita Domiciliaria (VD) desde este sector. Paralelamente, con el objetivo de recabar la información desde los efectores privados de salud, se aplicó un Cuestionario que relevara las acciones efectuadas por ellos en torno a la VD.

Posteriormente, para analizar y discutir la información sistematizada y avanzar en consensos en algunos tópicos centrales, se conformó el grupo de trabajo con profesionales del Ministerio de Salud Pública de los siguientes sectores: Programa Nacional de Salud de la Niñez - Área Ciclos de Vida – DPES (Departamento de Programación), Unidad de Vigilancia en Salud – Unidad de Descentralización (DIGESA); Metas Asistenciales (Dirección General del SNIS), Área Niñez y Adolescencia de ASSE.

A partir de la información disponible, enriquecida con la revisión de documentación institucional y literatura especializada en torno al tema, se construyó este documento que da cuenta del trabajo realizado en conjunto, el cual pretende ser un insumo para el avance y la implementación de esta estrategia.

El documento se organiza de la siguiente manera: en la primera parte se realiza una descripción de los aspectos generales de la MI como problema de salud pública, para luego dar una mirada del estado de situación de ésta en Uruguay; se realiza un análisis de la Mortalidad Posneonatal con énfasis en las muertes en domicilio cuya tasa es de preocupación, y se plantea la evidencia referente a la implementación de la VD como estrategia para la disminución.

Se desarrolla una apreciación respecto al rol de la institucionalidad como instancia que debe liderar las estrategias y definir las directrices centrales del marco de acción; para posteriormente centrarse en la VD como tal.

Se describe el marco conceptual de la VD y como ésta se define como una de las Metas Asistenciales en Salud, señalando algunos puntos que permiten describir el estado actual de su

desarrollo, tanto en los efectores públicos como privados. Esto se conjuga con información que se recoge de experiencias internacionales y literatura científica respecto a elementos de la VD, tales como: Objetivos y acciones centrales / Cuándo debe realizarse / Responsable de definir y coordinar / Quiénes deben realizarla / Qué se requiere para su implementación y Cómo debe ser ésta.

Por otra parte, se señalan las problemáticas centrales referidas, tanto por los efectores públicos como privados, en la implementación de esta estrategia.

Por último, se describe los puntos centrales de consenso, a modo de propuesta para su implementación.

A su vez se propone una Guía de observación y una propuesta para sistema de registro.

II. Análisis de Situación: Mortalidad Infantil en Uruguay

En Uruguay la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) muestra una tendencia decreciente. Entre 1990 y 2009 la TMI se redujo 53%, de 20,4 a 9,56 cada mil nacidos vivos. El 24% de esta reducción ocurrió entre 2005 y 2009, de 12,7 a 9,56 cada mil nacidos vivos. Las cifras actuales muestran que continuar reduciéndola implica, al menos, los siguientes desafíos: reducir la prematurez, desarrollar un programa de atención integral a los defectos congénitos y reducir las muertes en domicilio.

Los servicios de atención públicos han venido desarrollando la estrategia de VD como una prestación de salud desde la década del 70, siendo parte de diversos programas y utilizada en el trabajo de profesionales del área. Sin embargo, cuando se observan en forma detenida las diversas formas de implementación de esta estrategia, se encuentran diferencias en el foco de la intervención, la frecuencia en el número de visitas, la duración, los objetivos, el personal que realiza la visita, conexión con otros servicios, etc.

Si bien la diversidad permite enriquecer la mirada, a partir de la experiencia de los equipos de salud a lo largo de estos años, se considera relevante avanzar en la definición y consenso de algunos criterios centrales, con el objeto de hacer de la VD una estrategia y un instrumento diagnóstico y de intervención más eficaz y eficiente, en la tarea de disminuir la MI.

La mortalidad y la fecundidad son los determinantes centrales del cambio demográfico. Los nacimientos y las defunciones son los principales agentes de la dinámica de una población y delimitan su campo de acción. El estudio de la mortalidad, se basa en la observación de las defunciones que ocurren en una población durante un tiempo determinado y su evolución.

En el caso de la MI, ésta presenta diferencias muy importantes entre países, regiones, clases sociales y grupos culturales. Esto evidencia lo fundamental de analizar, no solamente su patrón general, sino también el comportamiento de grupos particulares y las principales causas de defunción.

La mortalidad también se diferencia por sexo y edades. Durante la mayoría de edades, el patrón de mortalidad en los hombres supera al de las mujeres. Por otro lado, en los primeros años de vida el riesgo de mortalidad es muy alto; sin embargo, baja rápidamente alcanzando los niveles mínimos

entre los 6 y 15 años; posterior a ello comienza un progresivo aumento que se intensifica a partir de los 60 años.

“En el caso de la MI, no hay una teoría que explique el complejo proceso experimentado por ésta. En general, los desarrollos teóricos no superan la fase de identificación de factores y tampoco logran determinar cómo operan. Existe consenso acerca de que la MI está relacionada con las condiciones de vida, pero las evidencias actuales cuestionan tal afirmación que aparece como excesivamente generalizadora”.¹

Sin embargo, el estudio de los determinantes de la MI han sido ampliamente discutidos, tanto desde la epidemiología, como también desde los datos sociodemográficos de los países, incluyendo las políticas sociales y de gestión en salud.

“El conjunto de fenómenos que contribuye a explicar los niveles de la MI y su estructura es extenso y variado y registra especificidades regionales notorias. No existe una teoría general sobre los condicionantes de la sobrevivencia infantil, ni sobre los mecanismos mediante los cuales ellos actúan.

Algunos de los principales abordajes conceptuales del problema, coinciden al menos en lo siguiente:

- Las causas de muerte constituyen una expresión biológica de un proceso que está intensamente determinado por la estructura económica y social del país o región, condicionantes que influyen en la aparición de la enfermedad y en su evolución, uno de cuyos cursos probables es la muerte.
- Los determinantes estructurales son mediados a nivel del hogar donde el proceso de crecimiento y desarrollo del niño es extremadamente dependiente de las condiciones de vida de su medio familiar, ámbito donde se generan factores biológicos de riesgo que actúan directamente sobre la salud del niño “.²

Es por esto que la problemática de la MI no puede ser abordada sólo desde el ámbito de la salud, sino que debe constituir una preocupación de las políticas sociales en general y por lo mismo promover estrategias intersectoriales para su disminución.

En septiembre del año 2000, se realizó la Cumbre del Milenio, con la participación de 189 estados miembros de la ONU, entre ellos Uruguay. En la ocasión se definieron los Objetivos del Milenio, tomando como base para la evaluación los indicadores sociales del año 1990, con un horizonte temporal al 2015.

El compromiso asumido por Uruguay es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años (tasa global 6,8/mil).³ Es relevante señalar que la mortalidad de los menores de 5 años es explicada mayoritariamente por la mortalidad de menores

¹ Mortalidad Infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la Mortalidad Infantil en la provincia de Buenos Aires en 1998. Publicación N° 51, Buenos Aires, Argentina 2000, página 17.

² Mortalidad Infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la Mortalidad Infantil en la provincia de Buenos Aires en 1998. Publicación N° 51, Buenos Aires, Argentina 2000, página 45.

³ Documento “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, Uruguay Social, Consejo Nacional de Políticas Sociales, Informe País 2009, página 54.

de un año. Esta se divide en Mortalidad Neonatal (desde el nacimiento hasta los 28 días) y Mortalidad Posneonatal (de los 28 días hasta el año de vida).

Para el logro de los compromisos asumidos, Uruguay ha implementado una serie de reformas sociales tendientes a reducir sensiblemente la pobreza y eliminar la indigencia; avanzar en dirección a la mayor equidad económica y social, de género y generacional, territorial y étnico racial. El Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social contribuyó a disminuir la indigencia, mientras que la Reforma del Sector Salud, el Plan de Equidad y el Nuevo Régimen de Asignaciones Familiares contribuyeron a disminuir la pobreza (Informe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República de Uruguay, OPP).

“Durante el último decenio la disminución de la MI en el Uruguay se ha producido en mayor medida a expensas del componente posneonatal, lo que determina un mayor peso relativo de la mortalidad neonatal. Este es considerado el componente «duro» de la tasa, ya que los factores que intervienen en él son más difíciles de controlar, pues exigen tecnologías más avanzadas y costosas. Si bien la tasa de mortalidad posneonatal es relativamente baja sigue siendo aún alta para el nivel que podría tener el país, dado que es allí donde se halla el mayor número de muertes evitables (componente blando)”.⁴

La TMI en Uruguay se encuentra entre las más bajas de la región (9,56 ‰). En América del Sur, sólo Chile posee una tasa menor (7,7 ‰). Comparado con el resto de los países de las Américas, la TMI en Uruguay es superior a la de Costa Rica (8,7 ‰), Puerto Rico (8,4 ‰), Estados Unidos (6,2 ‰), Cuba (5,8 ‰) y Canadá (5,0 ‰).

Sin embargo, en los últimos 5 años se observa que las principales causas de mortalidad neonatal no han variado, siendo las afecciones del periodo perinatal vinculadas con prematuridad (52,1%) y las malformaciones congénitas (28,7%) las más frecuentes. El 60% de las muertes neonatales ocurre en los primeros 7 días de vida.⁵

En relación a la mortalidad post neonatal, existe una proporción importante de muertes de causa mal definida (26%) seguida de malformaciones congénitas (21,4%) y enfermedades respiratorias (13%).

Otro hecho relevante es que “una elevada proporción de las muertes post neonatales ocurren en domicilio. Se ha demostrado que la mayoría de los niños que mueren en domicilio corresponden a los sectores más desfavorecidos de la sociedad. La muerte en domicilio constituye un problema de salud pública”.⁶

“La evidencia científica muestra que las intervenciones que se basan en la atención domiciliaria al recién nacido pueden prevenir entre el 30 y el 60 por ciento de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada (UNICEF, y otros). Así pues, la OMS y UNICEF

⁴ Documento “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, Uruguay Social, Consejo Nacional de Políticas Sociales, Informe País 2009, página 55.

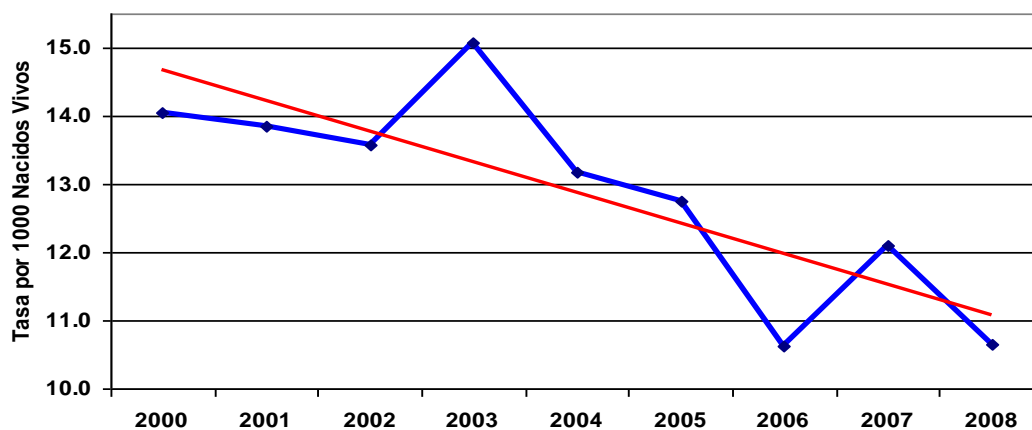
⁵ Giachetto, Gustavo. “Mortalidad Infantil en Uruguay: una mirada crítica”. Editorial, Archivos de Pediatría del Uruguay, 2010, pág. 1-2.

⁶ Documento “Jornada por la vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, Comunicación y Salud”, Ministerio de Salud Pública, Junio 2010.

recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos”.⁷

Centrándonos en la observación de la mortalidad posneonatal en domicilio, analizamos la VD, como una estrategia anticipatoria, que por sus características, debiese permitir avanzar en el conocimiento, prevención y consecuente disminución de la MI en el país, tanto de su componente neonatal como post neonatal.

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL



FUENTE: UNIDAD DE INFORMACION POBLACIONAL, DIGESA, MSP.

⁷ Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. Organización Mundial de la Salud / UNICEF.

Mortalidad Infantil Uruguay 2009.

	Número de defunciones	Tasa (x mil nacidos vivos)
Mortalidad Neonatal	236	5.00
Mortalidad post neonatal	215	4.56
Mortalidad infantil	451	9.56
Mortalidad 1 a 4 años	80	-
Mortalidad < 5 años	531	11.3

Número de nacimientos 47.166

Fuente: Unidad de Información Poblacional, MSP.

III. La Mortalidad Posneonatal en Uruguay

Si bien la Mortalidad Posneonatal no constituye el grupo mayoritario, es relevante señalar que una proporción importante de estas muertes ocurren en domicilio.

En el año 2008, la Tasa de Mortalidad Posneonatal en domicilio fue 2.5/1000, lo que representa casi la mitad de la MI Posneonatal. Se ha demostrado que la mayoría de los niños que mueren en domicilio corresponden a sectores más desfavorecidos de la sociedad, por lo que en general se concentran en determinados barrios o regiones de cada ciudad o departamento.

Para poder diseñar y fortalecer estrategias preventivas para su disminución, se deben estudiar las condicionantes que están a la base de ésta, entendiendo que la MI es un reflejo, no sólo del funcionamiento del sistema de salud de un país, sino que también de las condiciones sociales, ambientales y económicas de la población.

En este sentido, resultan de interés las conclusiones presentadas en los artículos “La Muerte posneonatal en domicilio diez años después: Montevideo, 2006”⁸ y “Mortalidad posneonatal. Muerte en domicilio versus muerte en un centro asistencial: estudio comparativo. Montevideo, 2006”⁹, en ambos existen coincidencias significativas respecto a las características de la muerte posneonatal en domicilio y reflexiones respecto a los sistemas de información existentes que contengan datos que permitan el estudio de las causas que estarían a la base.

⁸ “La muerte posneonatal en domicilio diez años después: Montevideo, 2006”. Rev Med Urug 2007; 23: 242-250.

⁹ “Mortalidad posneonatal. Muerte en domicilio versus muerte en un centro asistencial: estudio comparativo. Montevideo, 2006”. Rev Med Urug 2008; 24: 185 – 194.

Características centrales de la muerte posneonatal en domicilio:

- Ocurrencia en barrios caracterizados por malas condiciones de vida.
- Predominio Masculino.
- Mediana de edad de tres meses y medio.
- Peso inadecuado para la edad.
- Falta de antecedentes patológicos conocidos.
- La mayoría de las muertes se produjeron en invierno.
- La principal causa son las infecciones respiratorias agudas bajas.
- Muertes evitables con medidas sanitarias adecuadas.

Las fuentes utilizadas por los estudios para recoger la información fueron:

- Certificados de Defunción, de la División de Estadística del Ministerio de Salud Pública.
- Partes policiales.
- Informes de autopsia.
- Informe de estudios anátomo-patológicos.
- Certificado de Nacido Vivo.
- Certificado de Defunción.

Se señalan en ambos estudios que las principales dificultades en obtener la información se debieron al **subregistro**, en datos tales como:

- Dato de peso al nacer.
- Edad materna.
- Nivel de Instrucción de la madre.
- Edad gestacional.
- Subregistro en información recabada en los Certificados de Nacidos Vivos y de Defunción (datos maternos y perinatales).
- Subregistro en Sistema Informático Perinatal.

Dado lo anteriormente expuesto, el interés es centrar esfuerzos en estrategias que permitan disminuir estas cifras y establecer estrategias de prevención de enfermedad y promoción de salud, para lo cual es relevante contar con información que permita afinar el conocimiento de los factores de riesgo asociados.

Si bien la mortalidad posneonatal es considerada como la que es posible reducir con relativa facilidad, los estudios señalados ponen en evidencia que la **muerte en domicilio** es una de las problemáticas que se debe abordar desde una perspectiva integral, ya que además de existir una debilidad en determinar la causa de muerte, éstas estarían asociadas a carencias en la educación para la salud y en la valoración de los signos de alarma de las infecciones respiratorias. Es necesario observar el impacto de los servicios de salud en los territorios, la focalización de las acciones en salud y su eficacia, las políticas sociales relacionadas, las dinámicas familiares y sus condiciones de vida en relación al niño.

El posible afirmar que la MI debiese disminuir más allí donde mejor formulada está la política social y donde el sistema sanitario llega a una porción más amplia de la población, independientemente de los logros económicos alcanzado por los países.

Otra conclusión relevante se relaciona con las fuentes que permiten indagar acerca de las causas, ya que existe un subregistro importante en información relevante, por tanto se sugiere poner el acento en:

- Autopsia completa y protocolizada
- Estudios complementarios correspondientes (especialmente anátomo-patológicos).
- Autopsia verbal a familiares.
- Discusión de todos los casos en Comités de Mortalidad de conformación interdisciplinaria.
- Georeferenciación (para identificar zonas vulnerables).

Es importante señalar que estas acciones son realizadas por el Programa Muerte Inesperada del Lactante (MIL), que establece que “todo niño menor de un año fallecido inesperadamente (en domicilio o a su llegada al Hospital), será sometido a autopsia...”¹⁰.

Particularmente el tema de la georeferenciación permitiría diseñar estrategias, que si bien son universales, deben tener criterios de focalización territorial, ya que “dentro de un mismo país, las diferencias con relación a la esperanza de vida son espectaculares y reflejan la situación mundial. Los más pobres de entre los pobres padecen elevados niveles de morbilidad y de mortalidad prematura. Pero la mala salud no afecta únicamente a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud”¹¹. Uruguay no está exento a esta problemática, por lo que se hace necesario tener una visión territorial del comportamiento de la MI, con el objetivo de aumentar la eficacia de las acciones preventivas.

IV. La Visita Domiciliaria

Según la OMS (2004) cada año mueren en el mundo alrededor de 3,7 millones de recién nacidos durante las cuatro primeras semanas de vida y la mayoría de las muertes suceden en el hogar, en países en desarrollo.

Como se señaló anteriormente, diversos estudios muestran que “las intervenciones que se basan en la **atención domiciliaria** al recién nacido pueden prevenir entre el 30 y el 60 por ciento de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada, en situaciones bajo control. Así pues, la OMS y el UNICEF recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos”.¹²

¹⁰ Ley N° 18.537 del 21 de Agosto de 2009 / Decreto 90/2010.

¹¹ Documento “Subsanar las desigualdades en una generación”. OMS – Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008.

¹² Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. Organización Mundial de la Salud / UNICEF. Página 2.

Además, se señala la importancia de la VD en la “continuidad de la atención”, en dos sentidos: “la continuidad en el ciclo de la vida desde la adolescencia y el periodo previo al embarazo, el embarazo, el parto y el periodo neonatal, y la continuidad de la prestación de atención desde el hogar y la comunidad hasta el centro de salud y el hospital, y de nuevo al domicilio y la comunidad. La atención especializada durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal previene complicaciones en la madre y el recién nacido, y permite su detección temprana y manejo apropiado”.¹³

La VD como estrategia en el ámbito de salud presenta una serie de ventajas, dada la diversidad de factores que confluyen: socioculturales, psicológicos y por supuesto médicos, que permiten ser abordados gracias a la relación que se establece al concurrir el personal de salud al domicilio del paciente, lo que le permite observar aspectos que van allá de los propiamente biológicos.

En el ámbito de la VD nos encontramos con una diversidad de definiciones, por lo que es importante delimitar las diferencias y precisar algunos términos, por ejemplo entre Visita Integral, Visita Epidemiológica y diferenciarlas por ejemplo del concepto de Atención Domiciliaria.¹⁴

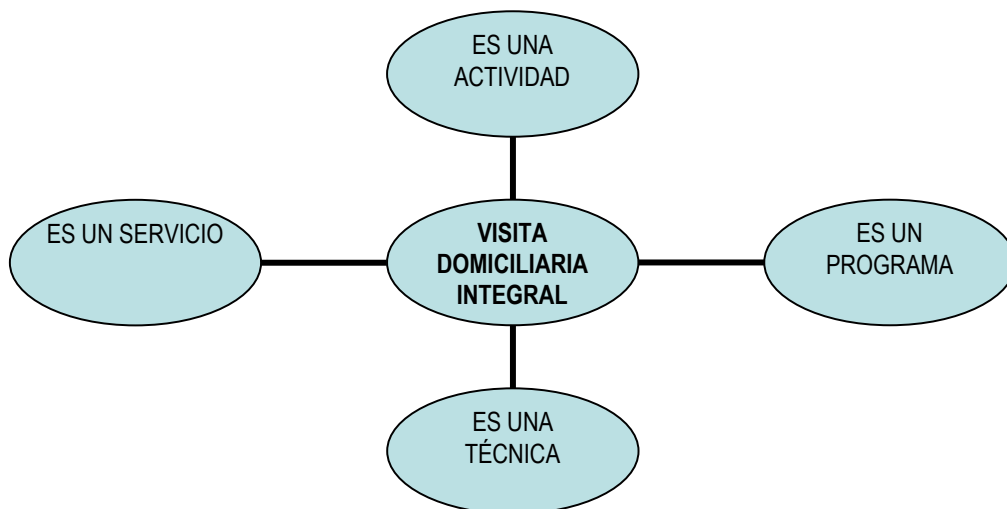
La **Atención en Domicilio** es la atención entregada por profesionales del equipo de salud a un integrante de la familia en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; está centrada en el proceso de enfermedad e incluye el cuidado paliativo de alivio del dolor, actividad que se desarrolla actualmente en la atención primaria, así como la atención a postrados. Estas acciones se realizan según una evaluación previa y un plan de atención que debiera sea negociado y concordado con la familia y no impuesto desde el equipo de salud.

La **Visita Epidemiológica** es una actividad programada que está destinada principalmente a hacer una investigación epidemiológica del caso índice de una enfermedad que está bajo vigilancia, de un evento emergente o de algún evento de riesgo para la población.

La **Visita Domiciliaria Integral** se define como la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio - psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud.

¹³ Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. Organización Mundial de la Salud / UNICEF. Página 2

¹⁴ Visita Domiciliaria Integral para actuar en Salud Familiar, Medwave, Año VII, número 7, Agosto de 2007. <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/medfamiliar2006/6/949>.



Fuente: Elaborado por Natalia Riffo.

Una actividad: que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar, a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia, el sistema de salud y las redes sociales.

Una técnica: porque aplica conocimientos científico-técnicos para producir cambios referidos a la autoresponsabilidad y autodeterminación del cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidades.

Un programa: porque constituye una herramienta a ser ejecutada con base a objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica. En este sentido, organización, capacitación, coordinación, supervisión y evaluación son elementos fundamentales a ser tomados en cuenta.

Un servicio: porque se trata de la asistencia ofrecida al grupo familiar con el objeto de contribuir a la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud.

El Programa Chile Crece Contigo del Ministerio de Salud de Chile (2008), la define como: *“Una estrategia de entrega de servicios de salud realizada en el domicilio dirigida a familias...[...], basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud ...[...]. y las madres, padres o cuidadores primarios, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales...[...]. La visita domiciliaria...[...]. se enmarca en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención”.*

En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública, en el marco del inicio del segundo período de la reforma de salud, y específicamente en el eje “cambio del modelo de atención basado en el acceso y desarrollo de los programas de Salud con prioridad niñez, adolescencia, mujer, y desarrollo de salud mental y rural”, define este cambio como: un modelo que privilegie la atención integral de pacientes, que implica acciones de promoción y prevención de salud, que asegure la capacidad de diagnosticar

en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la mayor recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y el tratamiento del crónico y los cuidados paliativos.

Estas actividades se desarrollan en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y asegurando la mayor capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención.

En el país hace años funcionan distintos programas que apuntan a atender las necesidades de salud de la población infantil, “algunos de estos programas se han mantenido con fortalezas y debilidades dispares, según la necesidad emergente del momento, sin un compromiso real de continuidad, sin tener en cuenta la promoción y la prevención como objetivos principales. Han sido sostenidos, la mayoría de las veces, por el esfuerzo cotidiano de los equipos de base”.¹⁵

En el contexto de la Reforma de Salud, se prioriza el enfoque de Ciclos de Vida como estrategia para la continuidad de los cuidados a lo largo de la vida y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud como estrategia para la continuidad de los mismos en el Sistema Sanitario. En este contexto se fortalece el **Programa Nacional de Salud de la Niñez**, mediante el desarrollo de un **Plan Nacional de Salud de Primera Infancia**, el cual tiene como uno de los ejes centrales el abordaje de la disminución de la MI en particular, que tiene como uno de sus objetivos: llegar a la Tasa de Mortalidad Infantil comprometida en los Objetivos del Milenio: 6,8/1000. Para esto se plantea las siguientes acciones¹⁶:

- Fomentar la captación precoz y el adecuado control del embarazo.
- Implementar el Plan erradicación de sífilis congénita.
- Revisar y actualizar las normas de habilitación de las maternidades y unidades de asistencia neonatal con su acreditación.
- Dar cumplimiento a la ordenanza 447/2009 e implementar el Registro Nacional de Defectos Congénitos y enfermedades raras.
- Normalizar el diagnóstico, control y tratamiento así como las prestaciones asistenciales de las patologías actualmente incluidas en el Programa Nacional de Pesquisa.
- Fortalecer el Programa Muerte Inesperada del Lactante y promover su alcance nacional.
- Extender el control y seguimiento de la salud hasta los 36 meses¹⁷, incorporando la estrategia de visita domiciliaria.
- Desarrollar una estrategia Nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas (Plan de Invierno).
- **Incluir la Visita Domiciliaria en el control del recién nacido**, dentro de los 7 días posteriores al alta, como instrumento de prevención.¹⁸

Con el objeto de señalar la importancia de otorgarle un marco institucional sólido a la VD como estrategia, hay que tener presente que, la reforma de salud asigna nuevas capacidades a la autoridad sanitaria para realizar política activa de salud. En primer lugar, la ley 18.211 obliga al MSP a determinar las Prestaciones Integrales de Atención a la Salud (PIAS), que definen prestaciones y

¹⁵ Documento Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez, 2006. Dirección General de Salud, División Salud de la Población, Programa Nacional de Salud de la Niñez.

¹⁶ Documento 1º Conferencia de Prensa Especializada, Ec. Daniel Olesker, Depto. De Comunicación y Salud MSP, Secretaría de Comunicación – Presidencia de la República, septiembre 2010.

¹⁷ Documento Meta Asistencial 1, 2011, Ministerio de Salud Pública.

¹⁸ Documento Meta Asistencial 1, 2011, Ministerio de Salud Pública.

programas de salud prioritarios. Además, el MSP debe establecer, a través de la JUNASA, la estructura de las Cuotas de Salud y las Metas Asistenciales. Se espera que estas tres herramientas tengan un especial impacto sobre la política de salud. En primer lugar, por que el PIAS debe garantizar el acceso del ciudadano a los programas prioritarios y a las prestaciones de salud fundamentales. El hecho de que el PIAS sea un plan explícito contribuye a instalar una lógica de derechos, de consecuencias muy importantes sobre la conducta de cualquier prestador de salud.¹⁹

De acuerdo a las metas prioritarias a ser cumplidas por los prestadores públicos y efectores privados, relacionadas con el Programa Nacional de Salud de la Niñez al Niño y el de la Mujer y Género, se puede observar que los controles del recién nacido son responsabilidad de la institución a la que el niño es afiliado. De todas formas, se cree conveniente asegurar que este niño tenga su primer control. Por este motivo esta opción propone que, además de que la institución a la cual el niño es afiliado sea la responsable del primer control del niño, la institución en donde éste nació haga un seguimiento del recién nacido y de que el primer control se haga efectivo. Esto ayudaría a asegurar que todos los niños tengan su primer control antes de los 10 días y no se generen situaciones en las cuales existan responsabilidades discutibles. En estos temas todos tenemos cierta cuota de responsabilidad.²⁰

La Meta no señala en específico la obligatoriedad de realizar una VD, solo sugiere la captación del niño y el seguimiento para asegurarse que tenga su primer control antes de los 10 días.

En cuanto a los cambios introducidos **para el año 2011**, es posible observar que ésta se incorpora como obligatoria, para el seguimiento de niños en riesgo antes de los 7 días del Alta Hospitalaria y VD a los recién nacidos que no concurren a los controles, antes de los 10 días.

El Ministerio de Salud Pública, la define como una prestación de los servicios de salud, que refuerza la participación activa del equipo de salud anticipándose a la consulta del usuario. En esta estrategia, el equipo de salud toma contacto con el niño en su hogar, en su entorno inmediato.

La VD, “en términos absolutos, es una visita eficaz, necesaria y ampliamente aceptada por la población, por lo cual su implantación ha sido un acierto dentro de los servicios que ofrece la sanidad pública, y debiera ser de obligado cumplimiento considerándola como un objetivo básico dentro de los programas de salud”.²¹

Experiencias y antecedentes relevantes de VD en Uruguay.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), señala en su misión que debe “ser el prestador público de referencia, basado en la Atención Primaria, con equidad, eficiencia y calidad, y con capacidad para responder a las necesidades de su población usuaria, en un marco de políticas de equidad social”. Por otra parte su visión es: “liderar el proceso de atención a la salud de los habitantes del país, contribuyendo de ese modo a la calidad de vida de la

¹⁹ Cuadernos de la ENIA, Políticas de Salud. Políticas de Salud para la Infancia y Adolescencia. Uruguay, 2008.

²⁰ Instructivo de Metas Asistenciales. Junta Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, página 7.

²¹ C. Lizarraga, A. Sánchez-Arruiz. Visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera *Home visit to the newborn and the post-natal mother*. ANALES Sis San Navarra 2002, Vol. 25, Suplemento 2, página 7.

población, poniendo énfasis en la educación y promoción, prevención, diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación”.

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

Sus objetivos son:

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

También existe el **Programa de Seguimiento a niños en riesgo al Alta Hospitalaria**, creado en el año 2009, cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud y atención de la población infantil de Montevideo considerada de alto riesgo al alta hospitalaria, de los niños de ASSE.

Se plantea como objetivo central contribuir a la captación de todos los niños de riesgo, egresados de un Segundo o Tercer Nivel de Atención y lograr el nexo y la continuidad con las redes sociales existente a nivel del Primer Nivel de Atención y de la comunidad.

Sus objetivos específicos son:

- ✓ Realizar la captación, diagnóstico integral y seguimiento domiciliario de los niños de ASSE considerados de alto riesgo al alta hospitalaria del Hospital Pereira Rossell u otro efector de salud, hasta su inserción segura en las redes sociales locales, con el fin de lograr integración del niño y su familia involucrando la participación de los diferentes efectores de salud de la zona y en conjunto con las instituciones sociales y las organizaciones comunitarias, que favorezcan el conocimiento de las principales necesidades de los niños y su familia, de modo de encarar acciones en conjunto de promoción en salud.

- ✓ Educación y contención de la familia y especialmente del binomio madre-hijo con promoción y apoyo a la madre y la familia, jerarquizando la cultura del autocuidado, las pautas preventivas y la asistencia oportuna.
- ✓ Generación de un nexo seguro con el primer nivel de atención, del niño, madre y familia, conformando una verdadera continuidad asistencial, jerarquizando la necesidad de los controles en salud, así como facilitando direcciones y horarios de policlínicas barriales, médicos de familia, centros de salud, y/o consultas con especialistas en el Segundo Nivel de Atención.
- ✓ Brindar consulta por patología en forma oportuna y su eventual traslado a un centro asistencial de mayor complejidad.
- ✓ Hacer extensiva esta experiencia a nivel regional y luego a nivel país.

En el caso de los **efectores privados**, la experiencia en la utilización de la VD como estrategia no es de carácter universal.

A partir del cuestionario aplicado para este trabajo y luego de la sistematización de los resultados, es posible señalar que no todos utilizan la VD como una estrategia de salud para la atención del recién nacido y su familia. Sin embargo, existen algunos servicios que la implementan hace ya bastante tiempo, y al igual que en el ámbito público, cada institución utiliza sus propios criterios para definir los objetivos y forma de implementación de ésta.²²

Como una forma de presentar la información recabada, a través de entrevistas con informantes claves, la sistematización de la información obtenida a través de la aplicación del cuestionario a efectores privados y la revisión de documentos institucionales y literatura respecto al tema, se puede resumir el estado de situación de la VD como estrategia utilizada en el sector salud en Uruguay.

En el **ámbito público**, pueden resumirse los objetivos y acciones a través del siguiente cuadro:

OBJETIVOS	ACCIONES
Biológicos	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración psico – física de la puerpérea. ✓ Valoración física del RN. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RN: prácticas para mantener al niño caliente / medidas para fomentar el aumento del lavado de manos y el

²² Se aplicó Cuestionario a 45 efectores privados de salud.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover la higiene y prevenir infecciones. ✓ Fomentar y asesorar la lactancia materna. ✓ Fomentar buenas prácticas de alimentación. 	<p>cuidado higiénico del cordón umbilical y la piel / revisar inmunizaciones vigentes / control de evolución de peso / observar color de piel, higiene.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Puerpera: Enseñar técnicas de amamantamiento, realizar control de puerperio, loquios, temperatura corporal, estado episiotomía o incisión quirúrgica de la cesárea, examen de mamas / evaluar sintomatología depresiva.
Asistenciales	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integrar a Familia a Centro de Salud. ✓ Asegurar continuidad de la atención. ✓ Establecer interacción en el entorno más íntimo de la familia. ✓ Reforzar la participación activa del equipo de salud, anticipándose a la consulta del usuario. ✓ Contribuir al cuidado continuo en el ambiente familiar para favorecer el desarrollo de vínculo equipo de salud – familia. ✓ Fomentar adherencia a controles de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar sobre los servicios de salud “territoriales” para la mujer y el niño. ✓ Revisar el cumplimiento de los controles programados. ✓ Agendar consultas. ✓ Revisar exámenes pendientes. ✓ Establecer una contrarreferencia con el equipo de salud que asiste al niño.
Promoción de salud	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favorecer la integración madre-hijo. ✓ Proporcionar apoyo psicológico. ✓ Potenciar el uso de los recursos familiares. ✓ Promover hábitos saludables. ✓ Fomentar cuidados en el hogar. ✓ Facilitar el conocimiento e identificación de signos de alarma o peligro (AIEPI). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar elementos de la dinámica familiar: número de componentes del grupo familiar, relación entre ellos, hábitos (fumadores, bebedores intradomiciliarios). ✓ Proporcionar a la familia elementos que le permitan detectar signos de alerta que signifiquen tener que llevar al niño a un servicio de salud. ✓ Entregar herramientas para la prevención de accidentes en el hogar. ✓ Incentivar ambiente libre de humo de tabaco.
Sociales	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtener información amplia y objetiva sobre el medio físico y familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar y registrar en Ficha de VD, elementos relevantes de la vivienda y el entorno: material de construcción de la vivienda, uso de recursos para mejoras, tipo de piso, ventilación, humedad, sistema de eliminación de excretas, baño dentro o fuera del hogar, basurales. ✓ Derivar a las redes locales en el caso que se considere pertinente.

Del mismo modo, pueden identificarse objetivos y acciones llevadas a cabo por los **efectores privados**, de acuerdo a la información provista por los mismos a través del cuestionario elaborado.

OBJETIVOS	ACCIONES
------------------	-----------------

Biológicos	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar atención pediátrica en el caso de impedimento de concurrir a servicios ambulatorios. ✓ Realizar atención a RN con riesgo biológico (prematuros y bajo peso). ✓ Realizar atención para patologías de mediana complejidad que requieren controles y vigilancia periódica. ✓ Evaluar cumplimiento de tratamiento. ✓ Evaluar evolución de problemas de salud del niño. ✓ Realizar valoración y cuidados de enfermería al RN y púerpera. ✓ Realizar diagnóstico de enfermería y pautas y características del seguimiento a realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar control pediátrico. ✓ Diagnóstico de patologías. ✓ Tareas de puericultura. ✓ Derivación a especialistas que corresponda. ✓ Registro de Valoración médica del niño: medidas antropométricas, consultas sobre alimentación, estado del cordón umbilical. ✓ Registro de Valoración púerpera: valoración de mamas, evolución puerperio, relación con el RN y el resto del grupo familiar, adaptación psicológica al rol materno, receptividad al equipo de salud, necesidades y dudas de la madre.
Asistenciales	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener el contacto y continuidad asistencial con los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cautelar que el niño vaya a control médico, ubicarlo. ✓ Planificación o reordenación de cita de control
Sociales	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ En las visitas de recaptación, valorar situación psico-social de la madre, familia y entorno. ✓ Implementar acciones que den respuesta al caso según diagnósticos realizados. ✓ Evaluar apoyo familiar y entorno. ✓ Asegurar desarrollo del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de las coordinaciones que correspondan. ✓ En RN Riesgo Biológico asociado a Social: determinar apoyo a la madre con redes sociales (conexión CAIF, parroquias, escuelas). ✓ Derivación a psicólogo. ✓ Valoración de la vivienda, de las condiciones ambientales, aspectos socioeconómicos. ✓ Acompañamiento y apoyo a la familia con la llegada del RN. ✓ Incorporación de otros miembros de la familia para determinar vínculos, contención, apoyo a la madre. ✓ Orientación sobre servicios institucionales.

En resumen, puede afirmarse que no se observan diferencias significativas, entre lo realizado por los efectores públicos y privados, en relación a los objetivos y acciones señaladas para la VD.

No obstante y a pesar de lo anterior, puede observarse que no quedan suficientemente claro los mecanismos de derivación y criterios para aquellos casos de detección de riesgo, sobretodo en el ámbito social, que impliquen tomar acciones para su resolución.

Respecto a cuándo debe realizarse la VD, según la OMS - UNICEF, no existe documentación científica que determine cuando es el momento oportuno, ni cuantas visitas deben realizarse. Sólo es posible señalar, según estudio de la OMS, que la mayoría de las muertes se producen los primeros días del recién nacido, por lo que se puede concluir que la VD en ese período es decisiva.

Analizando la experiencia de los **efectores públicos**, se puede observar que el **Programa Aduana** define el momento oportuno, las frecuencias de visitas, de acuerdo a un criterio de categorización de riesgos. A efectos de este documento se clasificaron los mismos de acuerdo a factores biológicos o psicosociales.

RIESGO 1 SEVERO	Deben ser controlados por pediatría en 3 a 5 días post – alta.
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños que requieren más de 5 días de internación. ✓ Peso al nacer menor de 1.500 grs.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños que requieren control en Policlínicas especializadas. ✓ Niño que nunca amamantó, acompañado de alguna otra patología, por ejemplo respiratoria, diarrea. ✓ Inmunización no vigente desde hace más de un mes. ✓ Usuaria que presenta alguna enfermedad de transmisión sexual. ✓ Madre o Padre con VDRL positivo. ✓ Madre o Padre con VIH positivo. ✓ Signos de desnutrición.
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Madre Adolescente ✓ Niños que el pediatra considere de alto riesgo social. ✓ Niño abandonado por su madre. ✓ Niño huérfano de padre y madre. ✓ Niño que no cumple con los controles pautados. ✓ Madre o Padre con patologías psiquiátrica. ✓ Usuaria adolescente multipara. ✓ Alcoholismo y/o drogadicción en el núcleo familiar. ✓ Conductas de comportamiento alusivas de violencia familiar y/o maltrato infantil. ✓ Inadecuado control del embarazo y/o puerperio. ✓ Usuaria con dificultad de aprendizaje y problemas cognoscitivos sin apoyo familiar. ✓ Soporte familiar inadecuado, entendido como aquellas usuarias que no presentan: ayuda en las labores del hogar / ayuda y participación activa en los cuidados del niño (s) / espacio de escucha para expresar inquietudes, expectativas, etc. / comunicación fluida con el resto de los integrantes del núcleo.
RIESGO 2 MODERADO	Deben ser controlados entre 7 y 10 días.
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RN dados de alta de alojamiento madre – hijo. ✓ RN con resultados pendientes. ✓ Niño que nunca amamantó. ✓ Destete del niño menor a los 6 meses. ✓ Inmunización no vigente desde hace menos de un mes. ✓ Madre fumadora.
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Madre Adolescente ✓ Familia monoparental. ✓ No cumple controles pediátricos pauteados, atraso de un mes. ✓ Madre sin redes de apoyo familiar (padre del niño y/u otro familiar). ✓ Padre o madre analfabetos, sin dificultades de comprensión. ✓ Usuaria son pareja estable y no utilización de protección contra enfermedades de transmisión sexual. ✓ Madre que no utiliza anticonceptivos. ✓ Vivienda con signos de humedad. ✓ Inexistencia de saneamiento, luz eléctrica y/o agua potable. ✓ Inexistencia de baño interno. ✓ Presencia de colecho. ✓ Presencia de basurales en los alrededores de la vivienda (menos de 100 metros). ✓ Inexistencia de ingresos económicos fijos en el hogar.
RIESGO 3 LEVE	
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inmunizaciones vigentes.
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familia Nuclear. ✓ Usuaria con pareja estable. ✓ Soporte familiar adecuado. ✓ Vivienda sin signos de humedad. ✓ Padre o Madre con estudios a nivel primario y/o secundario. ✓ Concurrencia a controles pediátricos en tiempo y forma.

Del mismo modo el **Programa de Seguimiento de Niños de Riesgo al Alta Hospitalaria**, tiene otra clasificación.

Factores DE RIESGO PARA Recién Nacido.

RIESGO 1	Control en 48 hrs. por el Programa de Seguimiento Domiciliario (RAP) y captado por policlínica
-----------------	---

	antes de los 5 días.
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todo RN con eventual riesgo vital. ✓ Todos aquellos RN con compleja morbilidad en el período neonatal. ✓ RN pretérmino con peso al nacer <1000gr. ✓ RN pretérmino con peso al nacer <1500gr con secuelas. ✓ Oxígeno dependiente. ✓ Apneas del prematuro en tratamiento. ✓ Secuelas neurológicas. ✓ RN con malformaciones severas (Ej.: Renales, Cardiopatías congénitas, etc.). ✓ RN con patologías quirúrgicas complejas. ✓ Síndrome hipóxico isquémico con secuelas.
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hijos de madres adictas a drogas psicoactivas. ✓ Hijos de madres en situación de calle o viven en un contexto de pobreza extrema.
RIESGO 2	Control entre 5 a 10 días.
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RN menor de 1500gr en tratamiento por: ✓ Hipotiroidismo. ✓ Hiperplasia suprarrenal. ✓ Osteopenia del prematuro. ✓ Síndrome Hipóxico Isquémico sin secuelas. ✓ Hijos de madres que han padecido infecciones intrauterinas específicas o inespecíficas. ✓ RN con paraclínica pendiente o en estudio.
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hijos de madres con antecedentes legales relacionados con la crianza de otros hijos (niños en INAU o al cuidado de otros familiares). ✓ Madre adolescente con riesgo social.

FACTORES DE RIESGOS PARA LACTANTES, NIÑOS Y ADOLESCENTES:

RIESGO	
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patología orgánica de difícil manejo que requiera acompañamiento de esta familia para su correcta conexión y seguimiento en el primer nivel de atención. ✓ Niño y/o adolescente adicto a drogas Psicoactivas
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente mal controlado, tanto en calidad como en cantidad. ✓ Madre/Padre/Tutor adictos a Drogas psicoactivas. ✓ Hijo de madre con déficit intelectual marcado o leve sin contención familiar. ✓ Hijo de madre y/o padre adolescente con algún tipo de riesgo social o biológico. ✓ Hijo de madre y/o padre con antecedentes legales relacionados con la crianza de otro hijo. ✓ Madre y/o padre abandonados o con algún otro tipo de maltrato. ✓ Madre y/o Padre analfabetos. ✓ Cuidadores con patología psiquiátrica no controlada y/o compensada. ✓ Niño/Adolescente o cuidador en situación de calle. ✓ Antecedentes de mala adherencia a los controles en salud.

En los **efectores privados**, también pueden encontrarse categoría de riesgos, ellos son:

RIESGOS	
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños con riesgo sobreinfección en sanatorio. ✓ RN prematuros moderados o severos. ✓ RN con patologías que hayan requerido cuidado en unidades intensivas. ✓ Riesgos biológicos, pretérminos, patologías crónicas (cardiopatías, neuropatías,

	<ul style="list-style-type: none"> etc.) patologías agudas. ✓ Niños con patología severa o de complejo manejo que se otorgó el alta en Unidad neonatal, Emergencia o Sala. ✓ Pretérminos, bajo peso o riesgo social o tratamientos que requieran adelantar la consulta con el pediatra o no concurren al control. ✓ Niños que no están correctamente inmunizados. ✓ Falta de inmunización en menores de un año. ✓ RN con dificultad de lactancia. ✓ Internación domiciliaria. ✓ RN derivados de Neonatología (cuidado intermedio, alojamiento madre – hijo), de médico pediatra de zona. ✓ Vigilancia de cumplimiento de indicaciones. Internación domiciliaria.
Problemas con los controles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños que no concurren a controles indicados. ✓ Niños citados a control que no concurren a éste. ✓ -No concurren a su primer control injustificadamente / a la segunda vez que no van se les visita en domicilio. ✓ Niños que no cuentan con los medios para concurrir al control (se le puede pagar a la madre el taxi a la policlínica si lo requiere). ✓ Niños menores de 24 meses que no concurren a control y no es posible ubicarlos por teléfono. ✓ Falta de controles. ✓ Niños que no asistieron al primer control. - Captación y recaptación al control programado. ✓ Problemas de traslado de las familias. ✓ Niños con ausentismo al control en salud (que luego de la comunicación con la familia y reordenación no concurren).
Riesgo social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problema familiar (más hermanos). ✓ RN con madres con patologías psiquiátricas, cuando se detecta mal apego. ✓ Niños en que se detecte probable situación de Maltrato o Abuso Sexual. ✓ Riesgo social sospecha o riesgo de violencia doméstica problemas económicos. ✓ Madre sola / adolescente. ✓ Bajo nivel intelectual. ✓ Dificultades económicas y sociales.
Visita universal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos los RN, coordinados con la Clínica de Lactancia. ✓ Todos los RN antes del décimo día de vida. ✓ Todos los recién nacidos. ✓ Todo RN para evaluar apego, dificultad en lactancia, medidas higiénico dietéticas del bebe y la mama o patología que requiera una consulta inmediata con el pediatra. ✓ Primera visita luego del alta.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de la lactancia. ✓ Consultas por dificultades. ✓ Consultas Pediátricas de Urgencia y ✓ Consultas Coordinadas a demanda. ✓ Cuando el pediatra del niño y/o el Equipo de Niñez considere pertinente. ✓ Si la familia la solicita. ✓ Análisis de la Historia Clínica (datos del parto y del RN). ✓ Entrevista a la madre en sala, como complemento a la Historia Clínica.

En resumen se puede concluir que, si bien se da relevancia a la definición de Factores de Riesgo que permitan focalizar y hacer más eficiente y eficaz la VD, tanto los efectores públicos como privados establecen criterios particulares, en los cuales es posible observar un marco común, pero sin consenso en la priorización de los mismos.

¿Quiénes realizan las Visitas Domiciliarias?

El diagnóstico en la atención temprana se ha caracterizado por una multiplicidad de profesionales responsables de la realización de esta tarea, desde los sectores de la salud, la educación o los servicios sociales. “La creación de los equipos multiprofesionales ha supuesto un hito fundamental

en la consolidación de modelos que requieren mayor coordinación y que por consiguiente son más eficaces, no sólo en el diagnóstico, sino en todo el proceso de atención al niño y su familia”.²³

Según la OMS, la atención postnatal debe ser realizada por personal sanitario competente. Además, este personal es el mejor preparado para la realización de visitas domiciliarias de atención al recién nacido. Ellos pueden realizar todas las tareas esenciales para prestar atención preventiva y curativa. En muchos entornos, esta opción no es factible debido, por ejemplo, a la escasez de personal sanitario capacitado, falta de transporte, o una carga laboral de tal magnitud que impide a los profesionales de salud realizar visitas domiciliarias en el momento oportuno y de forma repetida. En tales contextos, muchas de las tareas básicas para la atención al recién nacido pueden ser llevadas a cabo por profesionales sanitarios auxiliares calificados o por agentes comunitarios de salud capacitados, que formen parte del sistema de prestación de atención sanitaria o estén vinculados a éste.

Según el **Programa Chile Crece Contigo**, las personas que realicen la VD deben poseer destrezas mínimas, tales como:

- Capacidad de estar alerta al lenguaje no verbal: detectar señales que hablan del tipo de interacción presente entre los miembros de la familia.
- Capacidad para analizar las señales físicas (de las personas y vivienda) más allá de lo biológico. “*Ver más allá*”.
- Ser capaz de ponerse en el lugar del otro. “*Mirar con los ojos y valores del otro*”. No implica estar de acuerdo, sino comprender.

Y en relación a las habilidades específicas requeridas se señalan:

- Entrenamiento y capacitación en VD.
- Experiencia profesional.
- Conocimiento de los recursos comunitarios.
- Capacidad para relacionarse empáticamente.
- Proveer la información pertinente en el momento adecuado.
- Habilidad para el desarrollo de relaciones de confianza con las familias.
- Interés y compromiso por la tarea.
- Establecer límites adecuados en el trabajo con las familias, en los que cada profesional tenga claro el rol que le corresponde cumplir.
- Adaptación a las necesidades de las familias.
- Respeto por la diversidad cultural.

El **Ministerio de Salud Pública** de Uruguay, señala que la VD podrá ser realizada por cualquier integrante del equipo de salud, siendo requisitos indispensables que el personal esté capacitado en la estrategia y que mantenga una estrecha relación y/o forme parte del equipo de salud que realizará el posterior control y seguimiento del niño. Resulta imprescindible la captación y referencia del caso al equipo de salud correspondiente (sistema de referencia – contrarreferencia).²⁴

²³ Organización Diagnóstica para la Atención Temprana, Documento Ministerio de Sanidad y Política Social, España, 2008.

²⁴ Documento Meta Asistencial 1, 2011, Ministerio de Salud Pública.

En el caso del **Programa Aduana** éste señala que según la complejidad del efector del Primer Nivel, la responsabilidad podrá ser exclusiva o no de un técnico, en general personal de enfermería, de preferencia que participe de la consulta pediátrica. Tendrá funciones vinculadas al registro, seguimiento y evaluación de los controles realizados, y de preferencia realizará las visitas domiciliarias que se requieran. Realizará la contra-referencia hacia el componente central del Programa. Trabajará en equipo con el médico responsable del control de salud, con quien evaluará periódicamente el éxito o las dificultades en los controles.

En el caso del **Programa de Seguimiento de niños de riesgo al Alta Hospitalaria**, dada la definición de su población objetivo, la VD es realizada sólo por médicos pediatras.

En los **efectores privados**, existe una diversidad de propuestas, en la mayoría es una tarea destinada a Licenciadas en Enfermería y en algunos casos es realizada por pediatras, asistentes sociales, parteras y auxiliares de enfermería.

Principales obstáculos en la implementación de un sistema de VD

La disponibilidad de recursos técnicos, suele ser uno de los problemas asociados a la implementación de visitas domiciliarias. De las fuentes de información utilizadas, hemos realizado una síntesis de las principales dificultades que se manifiestan a la hora de realizar VD.

En los efectores Públicos:

- Insuficientes medios de movilidad para el traslado del personal de salud.
- Insuficiente personal que pueda cumplir con la demanda.
- Receptividad de las familias, que en ocasiones ven la VD como una intromisión.
- Déficit en el trabajo intersectorial, que se traduce en dificultad para: coordinar derivaciones que sean pertinentes, compartir información, entre otras.
- Flexibilidad de las instituciones para el cambio.
- Sensibilización y capacitación a los operadores de salud, para la correcta ejecución de la VD.
- Dificultad de acceso a información para la realización de la VD (Sistema de Información Perinatal, Carné Nacido Vivo, Ficha Clínica).
- Falta de consenso en los protocolos de VD Universales y de Riesgo.
- Fallas en la referencia – contrarreferencia.

En los efectores Privados:

- Déficit de recursos humanos.
- Falta de capacitación del recurso humano.
- Familias que no quieren ser visitadas.
- Problemas para acceder al domicilio: cambios no comunicados, familias que dan mal su dirección para no ser ubicadas, visitas a zonas rurales, zonas rojas.

- Problemas en la “reglamentación” de la VD: deben ser implementadas bajo reglas establecidas, falta de instrucciones del Ministerio de Salud Pública para actuar en casos complejos.
- Déficit en los recursos materiales.

Necesidades de desarrollar un sistema georeferenciado.

Analizando la MI, sus causas, su distribución geográfica y su relación con el nivel socioeconómico de la población, resulta indispensable planificar la VD en forma georeferenciada, con base territorial reconociendo las áreas, y/o zonas de mayor riesgo. Por lo tanto, resulta fundamental, el relevamiento de la población objetivo de la VD. Conocer las familias en situación de vulnerabilidad social y los niños con riesgo biológico. Esto implica articular acciones intersectoriales, por ejemplo entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Vivienda y los prestadores de salud.

Según recomendaciones de la OMS – UNICEF se requieren los siguientes componentes:

- Incorporar las visitas domiciliarias de atención al recién nacido durante la primera semana de vida.
- Identificar el mejor canal para prestar atención postnatal domiciliaria basándose en información de costo-eficiencia y sustento.
- Evaluar el nivel actual y la distribución del personal y sus competencias para prestar los servicios y la atención requeridos para la supervivencia neonatal.
- Contratar, capacitar y desplegar al personal de salud adecuado, incluidos agentes comunitarios, para la prestación de atención al recién nacido mediante visitas domiciliarias después del parto.
- Garantizar el desarrollo profesional y la motivación constantes del personal, en particular de los agentes de salud comunitarios.
- Reforzar el sistema de salud a fin de apoyar al personal sanitario para que presten servicios y atención neonatales, incluida la regularidad de los suministros, y los mecanismos de supervisión y derivación de pacientes.
- Apoyar la labor de comunicación dirigida a sensibilizar a la comunidad y promover la participación en la prestación de atención postnatal.

Diversos estudios señalan que las familias tienen dificultad para reconocer los signos de enfermedades neonatales graves, especialmente durante la primera semana de vida y de encontrar asistencia adecuada.

“La concepción moderna de la Atención Temprana hace necesario que dispongamos de modelos diagnósticos integradores que consideren, además de las enfermedades, los aspectos evolutivos, de aprendizaje, y aquellos otros factores contextuales emocionales y ambientales que inciden en el crecimiento, la maduración y el desarrollo del niño”.²⁵

²⁵ Organización Diagnóstica para la Atención Temprana, Documento Ministerio de Sanidad y Política Social, España, 200

La VD se torna una estrategia de intervención, pero es a su vez diagnóstica y preventiva, por lo que debe permitir establecer las acciones a seguir.

V. Comenzando a construir un sistema universal de VD.

La VD integral implica un cambio en la atención tradicional en salud, puesto que se constituye como una estrategia activa de entrega de servicios en el contexto directo de vida de las personas, y se caracteriza por una actitud proactiva y sensible por parte de los profesionales de salud hacia los niños/niñas y sus familias.

“Varios factores detectados tempranamente, relacionados con el cuidado familiar del niño, pueden prevenir alteraciones de salud y más aún la mortalidad de los niños. Las estadísticas muestran un porcentaje importante de casos de muerte en recién nacidos en el primer mes de vida, con una incidencia mayor en la primera semana de vida. Significativamente los casos de mortandad de niños se dan en recién nacidos bajo situación de riesgo como ser, prematuridad, defectos congénitos, madre menor de 19 años, madre consumidora de sustancias psicoactivas, madre con problemas mentales, entre otros. Muchas de estas muertes están relacionadas según muestran los estudios realizados, con la falta de los cuidados necesarios a nivel del domicilio, como por ejemplo la posición supina, el abrigo, hacinamiento, ambiente libre de tabaco, nutrición y demás”.²⁶

La VD es en parte diagnóstica y en parte de intervención, ya que además de permitir recopilar información, permite efectuar intervenciones en los ámbitos que motivaron la visita u otros detectados como prioritarios durante la misma.

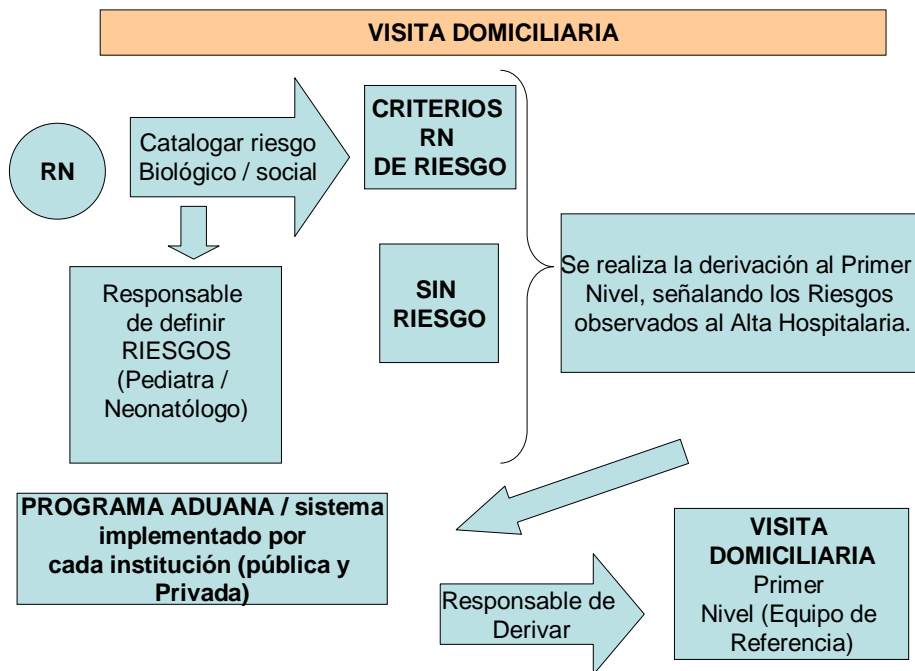
Se considera un espacio ideal para efectuar acciones de consejería familiar u otras acciones preventivas.

Una vez analizados los componentes centrales de la VD como estrategia para la disminución de la MI, y observado el estado de situación de ésta en el sistema de salud de Uruguay, en el ámbito de los efectores públicos y privados, el Grupo de Trabajo elaboró una propuesta general bajo el criterio de pertinencia y factibilidad para el caso uruguayo.

La misma no pretende ser una propuesta acabada en sí misma, sino que busca permitir ir avanzando de forma progresiva en la implementación de esta estrategia.

El siguiente esquema de flujo resume la propuesta:

²⁶ Documento Meta Asistencial 1, 2011, Ministerio de Salud Pública.



La clasificación del Riesgo se realiza en el lugar de nacimiento. Esta tarea es de responsabilidad del Pediatra, Neonatólogo, Partera o profesional de la salud que asistió el parto. Además, se debe procurar que el niño/niña sea derivado al Primer Nivel con toda la información necesaria, en relación a su clasificación.

Por otra parte, se tiene como directriz, en relación al “cuándo” debe realizarse la VD (a la “oportunidad” de realización de la VD), lo establecido en la Meta Asistencial 1 del 2011:

- RN de riesgo: en los 7 días posteriores al alta Hospitalaria.
- RN que no concurre al primer control (antes de los 10 días): a la brevedad de manera que se contemplen los dos controles requeridos en el primer mes de vida.

Definiendo Factores de Riesgo.

Se incorporan factores de riesgo de tipo biológico y social, definiéndose categorías en el niño/a, madre y ambiente familiar. Es importante señalar que al tener la VD también un rol diagnóstico, el riesgo se termina de catalogar o se re define, en la propia visita.

Factores de Riesgo.

NIÑO	EMBARAZO / MADRE	AMBIENTE FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none"> ✓ RN Pretérmino: menos o igual a 35 semanas. ✓ Peso al nacer: menor o igual de 1.500 kg. ✓ RN con patología que requirió cuidados moderados o intensivos. ✓ RN con defectos o patologías congénitas. ✓ Abandono materno. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Embarazo mal controlado: menos de tres controles. ✓ Embarazo múltiple. ✓ Parto en ciudad ✓ Depresión materna. ✓ Patología psiquiátrica severa de la madre. ✓ Retardo Mental de la madre: moderado o severo. ✓ Madre con Educación Primaria Incompleta. ✓ Madre con VIH / VDRL positivo. ✓ Madre menor a 16 o mayor de 45 años. ✓ Problemas de Lactancia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familia que vive en situación de pobreza o indigencia ✓ Madre / Padre / Cuidador consumidor de sustancias psicoactivas (incluye alcohol y tabaco). ✓ Violencia Doméstica. ✓ Hermano fallecido antes del año de vida. ✓ Núcleo familiar en situación de calle.

Profesionales que realizan la VD: recomendaciones

Una vez realizada la derivación al Primer Nivel, la definición de quién debe realizar la VD, debe ser de responsabilidad de un **Equipo de Referencia**, quien con la información que posee del recién nacido, evaluará la pertinencia del profesional que acudirá a domicilio y será el responsable además de asegurar la continuidad de la atención. Por tanto, este equipo debe tener una conformación biopsicosocial con el objeto de ponderar los riesgos con una mirada interdisciplinaria y tomar las decisiones de manera informada y pertinente a cada situación.

Por otra parte, *“las habilidades de los profesionales en el desarrollo de una relación adecuada con las familias, han sido consideradas como fundamentales para mantener la adherencia de la familia y apertura ante las intervenciones realizadas durante las visitas al hogar”*²⁷. Se consideran relevantes también las competencias específicas requeridas para el abordaje de cada situación. Por ejemplo, en el caso de niños cuyo factor de riesgo central es biológico, se considera necesaria la visita por un médico en una primera instancia.

Por último, en relación a los profesionales, la evidencia internacional de diversos programas de visitas domiciliarias, sugieren que ésta sea realizada por al menos dos profesionales, que reúnan competencias en el diagnóstico e intervención tanto en el plano biológico como psicológico y social.

Antes de efectuar la VD, se recomienda realizar un ejercicio básico de planificación, siendo lo central tener claro el objetivo de la VD y contar con la información previa de los antecedentes tales como: información contenida en el SIP, Ficha Clínica, Certificado de Nacido Vivo. Es imprescindible conocer la catalogación del Riesgo del niño y su núcleo de crianza. También resulta imprescindible, la coordinación previo al egreso y/o telefónica con la familia, acordando día y hora.

Estos elementos permitirán definir en mejor forma, el perfil del profesional que realizará la visita.

²⁷ Documento Orientaciones Técnicas, Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia, Ministerio de Salud de Chile, 2008.

Una vez abordado el hogar, es muy importante la forma de presentación, el saludo y el primer intercambio personal. Esta fase es muy importante porque puede determinar (tanto positiva como negativamente) la actitud de la madre o del padre hacia el profesional y hacia el desarrollo de la visita.

Al inicio de la visita siempre se debe:

- Presentar (nombre y profesión).
- Informar sobre la finalidad de la visita.
- Intentar establecer un clima de confianza para que haya una comunicación efectiva.

Duración de la VD

La duración de la VD esta condicionada por los objetivos centrales de la misma. En la planificación se debe considerar el tiempo de traslado, el que deberá flexibilizarse en regiones rurales dada las longitudes del trayecto al hogar y los medios de transportes disponibles.

Componentes de la VD

Las actividades a desarrollar durante la VD apuntarán a trabajar sobre los factores de riesgo que la motivaron y a detectar y fortalecer los factores protectores para diseñar en conjunto con la familia un “plan de cuidados”. Paralelamente, es necesario observar aspectos del niño/niña, la madre / padre y el ambiente, que permitan evaluar otros factores y realizar o proponer acciones necesarias para minimizarlos desde una perspectiva de promoción de la salud y de interacción con otros servicios sociales.

La VD es una oportunidad de consejería. Así como es importante definir grados de vulnerabilidad o riesgo en la maternidad, en el Primer Nivel de Atención, en el contexto de la VD, aparecerán otros riesgos que deben ser identificados y ante los cuales el profesional debe saber claramente cuáles son los cursos de acción a seguir.

La VD es una herramienta de intervención, por lo tanto, el profesional debe utilizar este espacio para entregar elementos de promoción de salud a la familia en su conjunto, con la suficiente flexibilidad y capacitación para abordar las diversas interrogantes que puedan surgir.

A continuación se describen algunos aspectos y recomendaciones para la observación general del entorno y ambiente:

	Aspectos a observar en el ambiente familiar / barrio
Factores protectores generales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Red social activa (existencia de organizaciones comunitarias y participación de la familia en éstas). ✓ Expresión de afectos en la familia. ✓ Ingresos estables del jefe(a) de hogar.
Entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Composición familiar (quienes viven en el hogar, adultos responsables). ✓ Existencia de redes de apoyo a la madre (del padre, familiares, comunitarias). ✓ Presencia de signos de violencia doméstica. ✓ Madre/Padre/ Cuidador consumidor de sustancias psicoactivas.
Características del Barrio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aislamiento geográfico (en relación por ejemplo a servicios de salud, escuelas). ✓ Presencia de basurales u otros contaminantes ambientales. ✓ Acceso a agua potable. ✓ Existencia de áreas verdes, plazas. ✓ Existencia de centros comunitarios.

Es importante recordar que la VD es un espacio privilegiado para:

1. En el recién nacido:

- Fortalecer el vínculo recién nacido - madre – padre o figura de apoyo.
- Fomentar la lactancia.
- Promover buenas prácticas en relación a higiene y aseo.
- Promover la adaptación de la madre y el niño al hogar y ambiente familiar.
- Brindar información sobre el desarrollo y pautas de estimulación temprana.
- Reforzar la detección de signos de riesgo o alarma ante los cuales consultar.
- Promover pautas de sueño seguro.

2. En relación a la madre:

- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Promover alimentación saludable.
- Promover estilos de vida saludables y reforzar el autocuidado.

3. En relación al sistema de salud:

- Garantizar la continuidad en la asistencia
- En caso de enfermedad, facilitar el acceso y la continuidad en los cuidados
- Informar dónde acudir frente a problemas de salud (teléfonos, direcciones).

4. Otros aspectos:

- Fomentar la prevención de accidentes en el hogar.
- Fomentar la participación activa del padre en los cuidados.
- Reforzar redes de apoyo familiar y social.

El equipo encargado de implementar la VD, es un actor de red, ya que deberá tener la capacidad de conectar a la familia con las redes territoriales, tanto de salud como sociales pertinentes, dependiendo de sus necesidades.

En este punto es relevante la capacitación del personal en lo referente a integrar información tanto de lo biológico como de lo social, ya que esta interacción permitirá tomar las decisiones mas acertadas para realizar derivaciones, establecer contacto con redes territoriales, intervenir en riesgos de salud específicos, etc. Además de diseñar una estrategia para el seguimiento, poniendo énfasis en la continuidad de la atención, tanto del niño/a como de su familia.

Propuesta de Ficha de Registro de la VD

Identificación del RN:

Cédula de Identidad del RN		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta
Dirección	Entre que calles está situada la vivienda	Teléfono
Dirección alternativa	Entre que calles está situada la vivienda	Teléfono alternativo

Identificación de la Madre:

Cédula de Identidad de la Madre
Nombre de la Madre

Otro Cuidador Primario

Nombre

	Si	No (llamar 08001767)	Observaciones
Pesquisa Neonatal			

Factores de Riesgo identificados en la Maternidad:

Marque con una cruz

NIÑO	EMBARAZO / MADRE	AMBIENTE FAMILIAR
RN Pretérmino: menos o igual a 35 semanas.	Embarazo mal controlado: menos de tres controles.	Familia que habita en vivienda sin servicios básicos.
Peso al nacer: menor o igual de 1.500 kg.	Embarazo múltiple	Familia que habita en un entorno poco saludable (ej. Reciclado y clasificado de basura, sin acceso a agua potable).
RN con patología que requirió cuidados moderados o intensivos.	Parto en ciudad	Madre / Padre / Cuidador consumidor de sustancias psicoactivas (incluye alcohol y tabaco).
RN con defectos o	Depresión materna.	Violencia Doméstica.

patologías congénitas.				
Abandono materno.		Patología psiquiátrica severa de la madre.		Hermano fallecido antes del año de vida.
		Retardo Mental de la madre: moderado o severo.		Núcleo familiar en situación de calle.
		Madre con Educación Primaria Incompleta.		
		Madre con VIH / VDRL / RPR positivo.		
		Madre menor de 16 y mayor de 45 años.		
		Madre con Problema de Lactancia.		

Recién Nacido (RN)	SI	NO	Observaciones
<i>Alimentación</i>			
Lactancia exclusiva			
Alimentación con fórmula			
Peso adecuado			
<i>Sueño seguro</i>			
Colecho			
Abrigo adecuado			
<i>Aspecto general</i>			
Coloración de piel y mucosas adecuada			
Muguet yugal			
Higiene ombligo, periné y zona glútea adecuada			
Postura adecuada			
<i>Tránsito Digestivo</i>			
Vómitos			
Distensión Abdominal			
Deposiciones normales			
<i>Signos de alarma</i>			
Polipnea			
Tiraje			
Estridor			
<i>Calmetizado(BCG)</i>			

Madre	SI	N0	Observaciones
Higiene Materna adecuada			
Fiebre o sensación febril			
Loquios con olor fétido			
Sangrado			
Episiotomía y/o cicatriz de cesárea sin alteraciones			
Mamas normales.			
Detección de indicadores tempranos de depresión post parto			
Bajo estado de ánimo			
Labilidad emocional			
Irritabilidad			
Ansiedad			
Preocupación excesiva por cuidar el recién nacido			

Observaciones vínculo madre - niño	SI	N0	Observaciones
Actitud de sostén (posición de los brazos)			
Contacto visual niño/a – madre (mira al niño/a mientras lo alimenta, le sonríe cuando el niño/a hace algún gesto especial)			
Atención a las necesidades del niño/a (nota cuando el niño/a se cansa o necesita cambiar de posición)			
Actitudes de afecto (toca al niño/a, lo acaricia mientras lo alimenta)			
Algunas preguntas claves			
¿el niño/a es cómo lo imaginaba?			
¿le resulta fácil la crianza del niño/a?			

Otros aspectos relevantes de observar respecto al ambiente son los siguientes:

- Zona** Urbana Suburbana Rural Aislamiento geográfico
Vivienda Precaria Pieza Apto. Situación de calle
Servicios Luz Agua potable Baño Saneamiento
Otros Contaminación intradomiciliaria Animales en el hogar

Observaciones:

DIAGNÓSTICOS Y PLAN DE INTERVENCION LUEGO DE LA PRIMERA VISITA:

Problemas detectados	
Plan de acción y acuerdos con la familia	
Responsables de la ejecución	
Tiempo de ejecución	