



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

División de Estudios de Posgrado e Investigación

**“BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA
CONTROL DE NIÑO SANO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Luis Enrique Barrón Tirado

ASESORES

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos

Investigador asociado adscrito a HGR No. 20 IMSS

Dr. Salvador Velazco Araiza

Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito a UMF No. 27

Tijuana, Baja California, 2018.

TÍTULO.

“BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA CONTROL DE NIÑO SANO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.

Investigador principal: Luis Enrique Barrón Tirado

Adscrito a Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar No. 27

Matrícula: 98023785 Teléfono: 664-276-6788

Correo: drluisse.barron@gmail.com

Asesor metodológico: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos

Médico especialista en Medicina Familiar

Investigadora Asociada a Hospital General Regional No. 20

Matrícula: 9920153 Teléfono: 664-629-6385

Correo: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Asesor temático: Dr. Salvador Velazco Araiza

Médico Especialista en Medicina Familiar

Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 27

Matrícula: 98020769 Teléfono: 664-126-4645

Correo: chava2121@gmail.com

ÍNDICE.

1. TÍTULO.....	1
2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.....	1
3. RESUMEN.....	3
4. MARCO TEÓRICO.....	4
5. JUSTIFICACIÓN.....	12
6. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	14
7. OBJETIVO.....	15
8. HIPÓTESIS.....	16
9. MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
10. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.....	20
11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
12. ASPECTOS ÉTICOS.....	28
13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	30
14. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	32
15. RESULTADOS.....	33
16. DISCUSIÓN.....	52
17. CONCLUSIONES.....	57
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
17. ANEXOS.....	63

RESUMEN.

TÍTULO: “BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA CONTROL DE NIÑO SANO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”.

Investigadores: Barrón-Tirado LE, Anzaldo-Campos MC, Velazco-Araiza S.

Antecedentes: La mortalidad infantil, refleja desarrollo social y económico de un país. Las principales causas de muerte son afecciones en el periodo perinatal, anomalías congénitas y enfermedades infecciosas. El control de la niña y niño sano es una actividad de supervisión periódica, desde que nace hasta los 5 años. El sitio ideal para realizarlo es el primer nivel de atención.

Objetivo: Conocer las barreras que limitan el cumplimiento del Programa Control del niño Sano en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, realizado de enero 2017 a febrero 2018. Muestra de 486 pacientes, que cumplieron criterios de inclusión y contestaron la encuesta. Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, frecuencias para cualitativas, estadística no paramétrica para análisis bivariado con prueba X^2 con valor p.

Resultados: Del 100% de partes, 18.5% asiste al Programa Control de Niño Sano, el 46.3% conoce su existencia. Del 100% conocen al programa 40% si acude. El desconocimiento, edad de los padres, escolaridad de los padres, ocupación de los padres, religión familiar, tipología familiar, cuidador principal, lejanía y genero del menor fueron consideradas barreras para el cumplimiento.

Conclusión: La realidad de nuestro estudio, no difiere de los estudios similares publicados en nuestro país, todos reflejan asistencia limitada. Son necesarios más estudios.

Palabras clave: Mortalidad infantil, Control del Niño sano, Médico Familiar.

MARCO TEÓRICO.

La mortalidad infantil, indicador clave del bienestar de la infancia, refleja el desarrollo social y económico de un país y nos habla del acceso de la infancia a intervenciones de salud básicas como las vacunas, la atención médica y la nutrición adecuada.¹ Gracias a los esfuerzos conjuntos realizados en todo el mundo, durante los últimos 25 años se ha logrado una reducción drástica en la mortalidad de menores de 5 años. El índice de mortalidad de menores de 5 años ha descendido en más de la mitad (en un 53%), desde 91 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos en 1990 hasta la cifra estimada de 43 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos en 2015. La mortalidad neonatal ha descendido en un 47%. En el mismo periodo, el número de muertes de menores de 5 años ha descendido desde 12,7 millones a 5,9 millones, lo que representa 16.000 muertes diarias en 2015, en comparación con las 35.000 muertes diarias registradas en 1990. La tasa anual mundial de reducción de la mortalidad de menores de 5 años ha aumentado en más del doble, desde el 1,8% registrado entre 1990 y 2000 al 3,9% entre 2000 y 2015.²

Entre 1990 y 2006, América Latina y el Caribe, lograron la reducción más drástica de la mortalidad de menores de cinco años registrada en todas las regiones del mundo, a un ritmo anual del 4,4%. Habiendo logrado ya una reducción del 51% en su índice de mortalidad de menores de cinco años, que ha descendido desde 55 muertes por cada 1.000 nacimientos en 1990, a 27 por cada 1.000 nacidos vivos en 2006. Junto con Europa Central y Oriental, la Comunidad de Estados Independientes y la región de Asia Oriental y el Pacífico, América Latina y el Caribe presenta uno de los índices más bajos de mortalidad de menores de cinco años de las regiones no industrializadas. En la actualidad, sólo 1 de cada 37 niños o niñas muere antes de

haber cumplido los 5 años; en 1990 esta cifra era de 1 de cada 18, y 1 de cada 8 en 1970.³

De acuerdo a la OMS, en el año 2003, la tasa de mortalidad en México era de 28 por 1000 nacidos vivos y 17 Para 2005, la tasa de mortalidad infantil descendió hasta 18.8 por 1000 nacidos vivos, presentando una variación en el país de 15.8 a 32.5 por 1000 nacidos vivos dependiendo del Índice de Desarrollo Humano de las distintas regiones. Las principales causas globales de muerte en México para el año 2005, son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Se logró un descenso de 85 por ciento en la tasa de mortalidad observada por enfermedades diarreicas, la cual presenta reducciones importantes entre los quinquenios de 1990, 1995 y 2000 (65.76% y 44.95% respectivamente), del 2000 a 2005, la tasa de mortalidad observada bajó de 20.8 niños por cada 100,000 a 18.6. Entre 1990 y el 2005 la tasa de mortalidad infantil observada por infección respiratoria aguda disminuyó un 70.1 por ciento, con una reducción promedio anual de 4.67 por ciento. A partir del 2000 y hasta el 2005, la tasa de reducción promedio ha sido de 2.78 por ciento por año.⁴

Los niños y las niñas, son sujetos de derechos.⁵ La Convención sobre los derechos del niño, establece que los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquéllos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.⁶ La Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes del Gobierno Federal, en su capítulo octavo, en el artículo 28, establece que niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud.⁷ Así como la Ley para la

protección y defensa de los derechos de niñas, niños y adolescentes del Estado de Baja California, en el artículo 48 del Capítulo Décimo de Derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social.⁸

En México, se ha logrado disminuir de manera significativa la mortalidad materna e infantil. A lo largo de los últimos años el gobierno mexicano ha diseñado y puesto en práctica un número importante de estrategias de política pública y programas para combatir la pobreza, ampliar el acceso a la salud y disminuir la desnutrición infantil.⁹ Sin embargo, en 2012, el gasto público en desarrollo humano por beneficiario en la población infantil osciló entre \$4,773 y \$4,939 pesos anuales. Los adolescentes, y los niños y niñas en edad escolar, fueron quienes recibieron más porcentaje de gasto (11.8% y 11.7%, respectivamente). La población en la primera infancia recibió 10.5%. El restante 66.0% se destinó a la población adulta. La relación observada entre el gasto en salud en 2012 y el Índice de Salud es inversa: El gasto público fue mayor en los grupos poblacionales de mayor edad, pero la esperanza de vida disminuía conforme aumentaba la edad de las personas. Así, niñas y niños en la primera infancia fueron quienes menos gasto por beneficiario recibieron en 2012, y fueron quienes tuvieron el mayor Índice de Salud. Adquirir un enfoque de índole preventivo en el gasto en salud reduciría los costos de atención de las enfermedades que se agravan con el tiempo. Paralelamente, este enfoque representa también un ahorro al Sistema de Salud, tanto en el corto como en largo plazo.¹⁰ El país continúa enfrentando enormes retos y rezagos para garantizar que todas las mujeres y todas las niñas y niños sin importar su nivel socioeconómico, ubicación geográfica y raza tengan acceso efectivo y eficaz a los servicios públicos que pueden salvar sus vidas y buscar su máximo desarrollo.⁹

La primera infancia, de los 0 a los 5 años de edad, representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, y es la etapa más vulnerable del crecimiento. En esta fase se forman las capacidades y condiciones esenciales para la vida, la mayor parte del cerebro y sus conexiones. El amor y la estimulación intelectual permiten a los niños y niñas desarrollar la seguridad y autoestima necesarias. Para ello, su entorno y las condiciones de vida de la madre son fundamentales.¹¹

El control de la niña y el niño sano es un actividad de supervisión periódica, tanto del estado de salud, como del crecimiento y desarrollo, desde que nace hasta los 5 años, realizada por un equipo multidisciplinario, que incluye detección precoz de problemas de salud, prevención de accidentes, aplicación de inmunizaciones, evaluación del desarrollo psicomotor, medición de peso y talla para evaluar su crecimiento y estado nutricional; así como la orientación a padres o tutores sobre aspectos en la alimentación, estimulación temprana e higiene. El sitio ideal para realizar las acciones encaminadas al cuidado y seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño es el primer nivel de atención.¹² El médico general y de familia sería el profesional que tendría la posición más privilegiada para realizar esta labor, ya que sería integrador de información que proviene del ámbito familiar, social y escolar. De ahí la importancia del seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño sano por profesionales que tengan una visión global y amplia del entorno que les rodea.¹³

Alejandro Gutiérrez y colaboradores, en un estudio observacional, transversal y descriptivo, en el periodo de 1998-1999, realizado a todas las familias con niños de 1-5 años de edad de una comunidad de Xochimilco en México, se encontró que la edad del padre de los niños de 1-5 años que predomina es de 26-30 años 37% y madres 35%, de 21-25 años 17% padres y 27.5% madres, de 31-35 años 22% padres y 18%

madres. La escolaridad de los padres que predomina en años cursados, es 57% de hombres y 58% de mujeres es de 6-10 años, que corresponde a primaria y secundaria completa. La ocupación que predomina en las madres es el hogar 79.5%, y de los padres 53.9% son empleados. El estado civil 48.6% casados y 40.5% unión libre. En cuanto a seguridad social de las familias con niños de 1-5 años 63.3% no cuentan con ella, 20% cuentan con IMSS y 14.5% con ISSSTE. La institución de salud a la que acuden es al centro de salud 49%, SPAPS 20%, particular 15.6%, IMSS 9%, ISSSTE 6% y ninguno 0.4%. De las familias con niños de 1-5 años 44.3% perciben de 1.1 a 2 salarios mínimos semanales, de menos de 1 a 1 salario mínimo 37.3%. Las causas por las que llevan a un servicio de salud a los niños son: Cuando están enfermos 77%, a la aplicación de vacunas 16% y 5% a chequeo médico. El tiempo que los padres consideran oportuno para llevar a sus hijos a un servicio de salud 23.2% lo ignora, 7% menciona que debe acudir antes de 1 mes, 41.1% entre 1 y 3 meses, y 28% de 3 a más de 6 meses. El número de veces que se enferman los niños en los últimos 6 meses, 67% de 1 a 3 veces, 9% de 4 a 6 veces y 0.8% de 7 o más, mientras que los que no se enferman 23.2%. Las enfermedades más frecuentes que padecen los niños son las respiratorias 77%, digestivas 15%, exantemáticas 5% y dermatológicas 3%. La valoración del crecimiento fue normal 64%, bajo 18% y alto 18%. La alimentación 51.3% fue adecuada/suficiente, e inadecuada/insuficiente en 23.2%. El esquema de vacunación fue completo en 86% e incompleto 11%. La mortalidad infantil en los últimos 5 años con relación a la edad, 75% fallece de 2 a 6 meses, mientras que 25% de 7 a más; las causas, anomalías congénitas del corazón en un 50%, diarreas y casusas desconocidas 25% respectivamente.¹⁴

En un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y observacional, realizado por De la Ronda y colaboradores en el periodo de 2005-2006, en la Unidad de Medicina Familiar

No. 41 del IMSS en el estado de Chiapas, con una población total de menores de 5 años de 132 niños, de los cuales 17 equivalente a un 12.87% acuden a control de niño sano. Se aplicaron 92 encuestas (69.69%), el porcentaje residual corresponde a niños no derechohabientes y a los que no quisieron participar en el estudio. La edad de las mamás de los 17 niños que son llevados a control fue de 20 a 29 años (9/17), y las madres que no acuden en la edad de 20 a 29 años (36/45). La ocupación materna el 61% (57/92) trabajan dentro del hogar y 11/57 de ellas (19.2%) acuden a control de niño sano. Respecto a la escolaridad el 8.7% (8/92) tienen estudios profesionales y 1/8 lleva a su hijo a control, el 43.4% (40/92) cursaron algún grado de primaria y 3/40 llevan a su hijo a control, el 29.3% (27/92) de las madres tienen estudios de secundaria, de ellas 5/27 acuden al control. En cuanto a la calidad de atención médica, el 35.8 % (33/92) mencionan que es buena la atención médica y de ellas 7/33 acuden a control del niño, el 58.6% dicen que la atención es de regular calidad (54/92) y 10/54 llegan con sus menores a control, el 5.4% (5/92) refieren que la calidad de la atención medica es mala y de ella nadie acude a control. El tiempo de espera refleja que el 39% (36/92) esperan menos de 15 minutos para recibir consulta médica y 12/36 acuden a control del niño sano, el 60.8% (56/92) esperan más de 15 minutos para la atención médica y 5/56 si acuden a control del niño sano. En cuanto al medio de transporte desde sus domicilios hacia la clínica, el 26.6% (19/92) no requieren ningún medio de transporte, y el 10.8% (10/92) llegan al control del menor, las personas con vehículo propio 34.7% (32/92) sólo el 4.3% (4/92) acuden con sus hijos menores a control. El 92% (85/92) de las personas encuestadas dicen conocer algún programa de salud, pero sólo el 18.48% (17/92) acuden al control del niño sano, y sólo 20/92 conocen el programa control de niño sano. El en rubro sobre si han escuchado sobre el programa control de niño sano y si acude al mismo, encontraron que del 29.35% (27/92) sólo el

16.3% continúan con la vigilancia y desarrollo del menor de 5 años; el 70.65% (85/92) dicen no haber escuchado sobre este programa de salud, sin embargo el 2.17% sí continúan vigente en el programa; de este 29.35% que sí conocen el programa, 11 comentaron que el médico es quien les informa sobre el programa, seguido de 8 enterados por folleto, 4 por enfermería y 4 por medios de comunicación masiva.¹⁵

García y colaboradores en 2009 a través de un estudio descriptivo, transversal, no comparativo, realizado en una Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en la Ciudad de México, con una muestra total de 250 pacientes en edad pediátrica, 106 fueron del sexo masculino que corresponde a un 42% y 144 del sexo femenino un 58%. La escolaridad de los pacientes con mayor porcentaje fue primaria con un 36%, preescolar con un 26%, seguido de lactantes con un 21%, y con un mejor porcentaje fueron secundaria 9% y preparatoria 8%. El motivo por el que acudieron a consulta en ese momento fue por enfermedad 237 niños (95%) y sólo 13 niños acudieron a control de niño sano que corresponde a un 5%. Con respecto a los principales motivos de consulta se obtuvo una frecuencia de un 70% por infecciones de vías aéreas superiores, seguido de control de niño sano en un 8%, posteriormente por enfermedades diarreicas en un 6%, el resto se encuentra repartido entre consulta dental y parasitosis. En lo referente a que si se conoce que es la consulta del niño sano, se determinó que 87 (35%) de las madres de los pacientes refiere conocer en que consiste la consulta de control del niño sano, mientras que 163 (65%) lo desconoce. Por lo que respecta a que si acuden al control del niño sano, se obtuvo una frecuencia de 70 (28%) que sí acuden, mientras que en 180 (72%) se encontró que no acuden. Refieren acudir al control de niño sano 45 (18%) con el médico familiar, 25 (10%) con un pediatra privado y los 180 (72%) restantes no acude. Dentro de los motivos por los cuales los cuidadores habituales no llevan a sus hijos a control

de niño sano mencionaron 115 (46%) por falta de información, 28 (11%) refirió no tener tiempo y 26 (10%) especificaron que no contaban antes con el servicio, 7 (3%) expresaron que no acudían por lejanía, quedando en el último lugar la desconfianza hacia el médico 2 (1%) y también 2 (1%) no acuden debido a que los revisan en la estancia. Los motivos por los que sí acuden a control de niño sano es 23 (9%) porque sí ha recibido información, 21 (9%) para que revisen al niño que esté bien, 7 (3%) para prevenir enfermedades, 7 (3%) por cercanía, y también 7 (3%) por que se proporciona una atención rápida, y sólo 5 (2%), contestó que por confianza al servicio. Con respecto al personal que da la información en la clínica, es el médico en un 87%, ninguno en 7%, otro el 3%, enfermería el 2% y trabajo social el 1%. En cuanto al cuidador habitual predominó en un 85% la madre, seguido de un 7% los abuelos, 6% padre y por último tíos en un 2%. Con respecto al sexo del cuidador, predominó el femenino con 97%, y sólo el 3% fue masculino. La edad más frecuente del cuidador habitual fue 31-35 años 29%, 36-40 años 20%, 41-45 años 19%, 26-30 años 12%, el resto del porcentaje está repartido entre menores de 25 años y mayores de 46 años. La escolaridad del cuidador que más predominó fue la secundaria con un 30%, seguido de preparatoria 29%, posteriormente licenciatura 25% y por último primaria con 16%. La ocupación del cuidador habitual muestra que el 71% son amas de casa, el 12% son empleados, seguido de un 11% que son profesionistas, el porcentaje restante se divide entre subempleados y técnicos. Con respecto al estado civil del cuidador el de mayor predominio fue casado con 70%, unión libre con un 14%, divorciado 6%, viudo 5%, soltero 3% y por último separado con 2%.¹⁶

JUSTIFICACIÓN.

Todo niño y niña precisa tener condiciones estimulantes para prosperar. Los primeros años de vida son cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital.¹⁷ Ya que La satisfacción de los requerimientos biológicos, nutricionales, afectivos y psicosociales, durante los primeros cinco años de vida de los niños, es de importancia trascendente para el desarrollo de adultos sanos y con probabilidad de alcanzar una vida productiva.¹⁸ Por lo que la sociedad y los gobiernos del mundo cada vez más, reconocen que esta etapa no es época para morir o padecer enfermedades.¹⁹

Hoy en día, los estudios revelan que muchos de los desafíos afrontados por la población adulta tienen sus raíces en la primera infancia. Partiendo de la evidencia disponible, invertir en la primera infancia representa la inversión más poderosa que un país puede realizar, con retribuciones en el transcurso de la vida mucho mayores al importe de la inversión inicial.¹⁷

La revisión del niño sano tiene que ver con todas aquellas actuaciones preventivas periódicas y de promoción de la salud que se realizan mientras se atiende a su desarrollo y crecimiento.¹³ Mediante control de niño sano podemos disminuir la morbimortalidad en menores de 5 años, realizando diagnósticos tempranos, otorgando oportunos tratamientos y derivando a otro nivel de atención médica correctamente lo que realmente se necesite, mejorando la calidad de vida de nuestros niños y obteniendo la satisfacción de los padres por la atención otorgada. Por tal motivo, considero de vital importancia, la realización de control de niño sano en el primer nivel de atención. El Médico Familiar como especialista integrador de las esferas biológica, psicología y social, es el más capacitado para la realización de esta

tarea tan importante, la cual va tatuada en su formación y debe ser llevada a cabo con pasión en su quehacer profesional.

Es por eso, que a pesar de la necesidad de profundizar en la salud de la primera infancia, no contamos con información nacional o internacional suficiente, sobre la evaluación de los programas que promuevan la salud en este sector poblacional, enfocándonos en programas del adulto enfermo, como es el caso de las enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones, olvidando la prevención y educación para la salud desde los primeros años de vida, para lograr evitar presentar enfermedad en la adultez y vejez. Siendo este el motivo de mi interés, para la elaboración de esta investigación, en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en Tijuana Baja California.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cuidado de la infancia debe favorecer el óptimo desarrollo del menor en todos sus aspectos, tanto físicos, psíquicos como sociales y tiene, sin lugar a dudas, una importancia extraordinaria: representa el futuro de nuestra sociedad.¹²

El lactante, el niño y el adolescente representan fases del crecimiento humano especialmente vulnerables a padecer enfermedades específicas, las cuales afectarán a la calidad y cantidad de vida del niño, y producirán a la sazón secuelas físicas que condicionarán la vida del adulto.¹³

La atención integrada al menor de cinco años en la unidad de salud, debe considerar los siguientes aspectos: Vigilancia de la vacunación, atención del motivo de la consulta, vigilancia de la nutrición y capacitación de la madre. La estrategia para asegurar la atención integrada la constituye la consulta completa que incluye: identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado, capacitación a la madre sobre la identificación de los signos de alarma, cuidados generales en el hogar y seguimiento de los casos.²⁰

La accesibilidad y proximidad a la familia convierten al Médico Especialista en Medicina Familiar y al personal de Enfermería con especialidad en Medicina de familia en corresponsables de la promoción en salud de menores de cinco años.¹²

Por lo anteriormente expuesto, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las barreras para el cumplimiento del Programa Control del Niño Sano en la Unidad de Medicina Familiar No. 27?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Conocer las barreras que limitan el cumplimiento del Programa Control del niño Sano en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar características sociodemográficas de los las familias.
- Conocer la frecuencia del cumplimiento del Programa Control del Niño Sano en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.
- Identificar los principales motivos de consulta de los menores de 5 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.
- Determinar características sociodemográficas y formativas del Médico adscrito a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

No aplica.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de Estudio: Descriptivo, transversal, prospectivo.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar No. 27 Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana Baja California, México.

Periodo: Enero 2017- Febrero 2018.

Población de estudio: Padres de niños de 1 mes a 60 meses de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tipo de muestra: Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo a la fórmula para el cálculo en poblaciones finitas con un universo conocido de 37,407 niños de 1 mes de vida hasta los 60 meses de edad, un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. Obteniéndose una muestra de 381 pacientes, calculándose un 20% de pérdidas posibles, quedando una muestra total de 457 pacientes.

Muestra total: De los 457 pacientes, para fines de la presente investigación se incluirán 486 pacientes, siendo aproximadamente 6 pacientes por consultorio. de los 81 consultorios pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Criterios de inclusión: Padres de niños derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS de 1 a 60 meses de edad.

Criterios de no inclusión: Padres de niños no derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, así como niños derechohabientes dentro del rango de edad cuyos padres no firmen el consentimiento informado.

Criterios de Eliminación: Padres de niños quienes se rehúsen a responder el cuestionario de recolección de datos.

Método: Una vez aprobada la presente investigación por el Comité Local de Investigación del IMSS, se solicitó permiso al Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, para iniciar con entrevistas a pacientes quienes cumplieron criterios de inclusión.

En la sala de espera de la consulta externa, se seleccionaron a pacientes de ambos turnos. Una vez seleccionado el paciente, se llevó a un espacio exprofeso donde se llenó el cuestionario y firmó la carta de consentimiento informado.

Se explicó a Padres de niños, el objetivo de la presente investigación, los beneficios de participar en ella. El presente estudio es de riesgo mínimo. La participación de los Padres, consistió en contestar un cuestionario con las variables a investigar sobre las posibles barreras para cumplimiento del Programa de Control de Niño Sano, así como variables sociodemográficas.

También se solicitó carta de consentimiento informado, a Médicos adscritos a consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 27, ya que, mediante entrevista, se realizó el llenado de una cédula de información de cada médico, la cual recabará variables sociodemográficas y académicas a investigar (Número de consultorio y turno, nombre completo, edad, género, Universidad de egreso, especialidad médica, Universidad aval de especialidad, certificación médica, y educación médica continua).

Tanto a los Padres de familia como a los Médicos tratantes, se les explicó que la información otorgada de tipo personal, será confidencial.

Análisis estadístico: Se empleó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Para variables cualitativas se utilizaron frecuencias. Estadística no paramétrica para análisis bivariado con prueba de X^2 (Ji cuadrada). Las diferencias estadísticamente significativas se consideraron

con valores de $p < 0.05$. Se utilizó programa estadístico SPSS 21, para el procesamiento de datos.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Género: Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres

Edad del padre: Número de años de vida del padre, medidos a partir de su nacimiento.

Edad de la madre: Número de años de vida de la madre, medidos a partir de su nacimiento.

Edad del niño(a): Número de meses de vida del niño, medidos a partir de su nacimiento.

Edad del médico: Número de años de vida del médico tratante, medidos a partir de su nacimiento.

Ocupación del padre: Profesión u oficio que desempeña el padre del menor.

Ocupación de la madre: Profesión u oficio que desempeña la madre del menor.

Escolaridad del padre: Cada una de las etapas que forman la educación del padre del menor.

Escolaridad de la madre: Cada una de las etapas que forman la educación de la madre del menor.

Estado civil del padre y la madre: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes de un matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes, en este caso del padre y madre del menor.

Religión familiar: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, así como de normas morales para la conducta individual y social.

Tipología familiar: Unidad micro social, totalmente dependiente de la estructura social global, de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales de acuerdo a su composición.

Cuidador principal: Persona encargada del cuidado del niño la mayor parte del tiempo.

Ingreso económico familiar mensual: Es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia en un mes.

Conoce el Programa Control del Niño Sano: Acción de conocer la existencia del Programa control de niño sano.

Medio por el que conoce el Programa Control del Niño Sano: Medio o forma por la cual, el padre, madre o cuidador principal, se enteran de la existencia del Programa Control del Niño Sano.

Medio por el cual cree no conocer el Programa Control del Niño Sano: Medio o forma por la cual, el padre, madre o cuidador principal, creen no conocer la existencia del Programa Control del Niño Sano.

Asistencia al Programa Control del Niño Sano: Acción de estar o acudir a consulta del Programa Control del Niño Sano.

Motivo de asistencia al Programa Control de niño sano: Es el motivo por el cual, el padre, madre o el cuidador principal, deciden llevar al menor de 1 mes a 60 meses de edad a consulta de control de niño sano.

Motivo de no acudir al Programa Control de niño sano: Es el motivo por el cual, el padre, madre o cuidador principal, deciden no llevar al menor de 1 mes a 60 meses de edad a consulta de control de niño sano.

Deseo de acudir al Programa Control del Niño Sano: Deseo del padre, madre o cuidador principal, de que el niño de 1 mes a 60 meses de edad acuda al Programa Control del Niño Sano.

Número de consultas al Programa Control del Niño Sano: Número de consultas a las que el menor acudió llevado por sus padres a control de niño sano.

Motivo frecuente de consulta: Las principales causas o motivos que hagan al paciente acudir a una unidad de atención médica.

Lejanía: Distancia entre el domicilio del paciente y la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Medio de transporte: Tipo de vehículo, ya sea público o privado, utilizado por el paciente para acudir a consulta médica.

Universidad de egreso: Nombre de la Universidad donde el Médico realizó sus estudios de Licenciatura en Medicina.

Médico especialista en Medicina Familiar: Médico General que cursó el Programa de Postgrado para la especialización en Medicina Familiar.

Universidad aval: Nombre de la Universidad que avala la realización del posgrado o especialidad médica.

Médico Familiar certificado: Médico Familiar que se encuentra certificado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina familiar o Médico General certificado por el Consejo Nacional de Certificación en Medicina General.

Educación médica continua: Herramienta de capacitación y actualización médica educativa constante posterior al término de licenciatura o posgrado.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Género	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Medida mediante un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	1) Masculino 2) femenino
Edad del padre	Número de años de vida del padre, medidos a partir de su nacimiento	Medida a través de un ítem abierto en el cuestionario	Cuantitativa recodificándose a cualitativa ordinal.	1) 15-19 años 2) 20-24 años 3) 25-29 años 4) 30-34 años 5) 35-39 años 6) 40 años o mas
Edad de la madre	Número de años de vida de la madre, medidos a partir de su nacimiento.	Medida a través de un ítem abierto en el cuestionario	Cuantitativa recodificándose a cualitativa ordinal.	1) 15-19 años 2) 20-24 años 3) 25-29 años 4) 30-34 años 5) 35-39 años 6) 40 años o mas
Edad del niño(a)	Número de meses de vida del niño, medidos a partir de su nacimiento	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cuantitativa recodificándose a cualitativa ordinal	1) 1-11 meses 2) 12-23 meses 3) 24-35 meses 4) 36-47 meses 5) 48-60 meses
Edad del médico(a)	Número de años de vida del médico tratante, medidos a partir de su nacimiento.	Medida a través de un ítem abierto en el cuestionario	Cuantitativa	Número de años
Ocupación del padre	Profesión u oficio que desempeña el padre del menor	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	1) Empleado 2) Comerciante 3) Estudiante 4) Hogar 5) Profesionista 6) Desempleado 7) Jubilado/Pensionado 8) Otro
Ocupación de la madre	Profesión u oficio que desempeña la madre del menor	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	1) Empleado 2) Comerciante 3) Estudiante

				<ol style="list-style-type: none"> 4) Hogar 5) Profesionista 6) Desempleado 7) Jubilado/Pensionado 8) Otro
Escolaridad del padre	Cada una de las etapas que forman la educación del padre del menor	Medida a través de un ítem cerrado situado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura 5) Postgrado 6) Ninguna
Escolaridad de la madre	Cada una de las etapas que forman la educación de la madre del menor	Medida a través de un ítem cerrado situado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura 5) Postgrado 6) Ninguna
Estado civil del padre y la madre	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes de un matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes, en este caso del padre y madre del menor	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Casados 2) Unión libre 3) Solteros 4) Viudos 5) Divorciados
Religión familiar	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, así como de normas morales para la conducta individual y social	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) Otra

Tipología familiar	Unidad micro social, totalmente dependiente de la estructura social global, de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales según su estructura	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nuclear 2) Monoparental 3) Monoparental extendida 4) Extensa 5) Reconstruida o binuclear 6) No parental
Ingreso económico familiar mensual	Es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia en un mes	Medida a través de un ítem cerrado	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menos de 1 salario mínimo. 2) 1-2 salarios mínimos. 3) 3-4 salarios mínimos. 4) Más de cinco salarios mínimos.
Cuidador principal	Persona encargada del cuidado del niño la mayor parte del tiempo	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Padre 2) Madre 3) Abuelos 4) Otro familiar 5) Asiste a guardería
Conoce el Programa Control del Niño Sano	Acción de conocer la existencia del Programa control de niño sano	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sí 2) No
Medio por el que conoce el Programa Control del Niño Sano	Medio o forma por la cual, el Padre, madre o cuidador principal, se enteran de la existencia del Programa Control del Niño Sano	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mi Médico de consulta 2) Enfermera especialista 3) Otro trabajador IMSS 4) Por medio de un conocido 5) Folleto, televisión, radio, cartel.
Medio por el cual cree no conocer el Programa Control del Niño Sano	Medio o forma por la cual, el padre, madre o cuidador principal, creen no conocer la existencia del Programa Control del Niño Sano	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Por falta de difusión por mi Médico de consulta 2) Por falta de difusión por la Enfermera Especialista 3) Por falta de difusión a través de folletos, televisión, radio, cartel
Asistencia al Programa control del Niño Sano	Acción de estar o acudir a consulta del Programa Control del Niño Sano	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sí 2) No
Motivo de asistencia al Programa Control de niño sano	Es el motivo por el cual, el padre, madre o el cuidador principal, deciden llevar al menor de 1 mes a 60 meses de	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Para atención médica integral del niño 2) Inmunizaciones 3) Alteraciones de peso y talla.

	edad a consulta de control de niño sano			4) Por enfermedad congénita o crónica
Motivo de no acudir al Programa Control de niño sano	Es el motivo por el cual, el padre, madre o cuidador principal, deciden no llevar al menor de 1 mes a 60 meses de edad a consulta de control de niño sano	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	1) No tengo permiso en mi trabajo 2) Mis labores en casa no me dan tiempo 3) No hay citas o no alcanzo consulta 4) El tiempo de espera para consulta es demasiado 5) Desconozco la existencia del programa
Deseo de acudir al Programa Control del Niño Sano	Deseo del padre, madre o cuidador principal, de que el niño de 1 mes a 60 meses de edad acuda al Programa Control del Niño Sano	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	1) Sí 2) No
Número de consultas al Programa Control de niño sano.	Número de consultas a las que el menor acudió llevado por sus padres a control de niño sano	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cuantitativa discreta, recodificándose en cualitativa ordinal politómica.	1) 1-2 2) 3-6 3) 7-10 4) 11-14 5) 15-19 6) 20 o más
Motivo más frecuente de consulta	Las principales causas o motivos que hagan al paciente acudir a una unidad de atención médica	Pregunta cerrada en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica.	1) IRAS 2) EDAS 3) Vacunas 4) Otras
Lejanía	Distancia entre el domicilio del paciente y la Unidad de Medicina Familiar No. 27	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	1) Sí 2) No
Medio de transporte	Tipo de vehículo, ya sea público o privado, utilizado por el paciente para acudir a consulta médica	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	1) Calafia o taxi de ruta 2) Taxi libre o Uber 3) Carro particular 4) Ninguno
Universidad de egreso	Nombre de la Universidad donde el Médico realizó sus estudios de Licenciatura en Medicina	Medida a través de un ítem abierto en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	1) Universidad Autónoma de Baja California 2) Universidad Autónoma de Sinaloa

				<ol style="list-style-type: none"> 3) Universidad Autónoma de Sonora 4) Universidad Nacional Autónoma de México 5) Universidad de Guadalajara 6) Centro de Estudios Universitarios Xochicalco 7) Otra
Universidad aval	Nombre de la Universidad que avala la realización del posgrado o especialidad médica	Medida a través de un ítem abierto en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Universidad Autónoma de Baja California 2) Universidad Autónoma de Sinaloa 3) Universidad Autónoma de Sonora 4) Universidad Nacional Autónoma de México 5) Universidad de Guadalajara 6) Centro de Estudios Universitarios Xochicalco 7) Otra 8) No aplica
Médico Especialista en Medicina Familiar	Médico General que curso el Programa de Posgrado para la especialización en Medicina Familiar	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sí 2) No
Médico certificado	Médico Familiar que se encuentra certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Familiar o Médico General certificado por el Consejo Nacional de Certificación en Medicina General	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sí 2) No
Educación médica continua	Herramienta de capacitación y actualización médica educativa constante posterior al término de licenciatura o posgrado	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sí 2) No

ASPECTOS ÉTICOS.

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud la presente investigación se considera una Investigación con riesgo mínimo. La ética de esta investigación respeta de forma primordial los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea de Hong Kong en 1989, tomando como principio básico el Artículo 8 que se basa en el respeto por el individuo, su derecho de autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, así como el lineamiento del Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5, y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones. Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos así como del resguardo de los mismos. Dado que se aplicará encuesta y se manejarán datos personales, será necesario solicitar una carta de consentimiento informado del paciente, en la cual se incluye fecha y nombre de quien lo solicita, así como los beneficios de su participación como lo son la identificación del riesgo de polifarmacia y en caso de detectarse alguna alteración en los resultados de la encuesta se derivará al paciente a su Médico Familiar para su

seguimiento y tratamiento integral. Se pedirá la aprobación del estudio por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social de Baja California.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

RECURSOS:

1.- HUMANOS.

- Investigador principal: Luis Enrique Barrón Tirado. Residente de Medicina Familiar.
- Asesor temático: Dr. Salvador Velazco Araiza, Especialista en Medicina Familiar adscrito a UMF No. 27.
- Asesor metodológico: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos. Investigador asociado adscrito a HGR No. 20.
- Padres de niños de 1 a 60 meses de edad de edad derechohabientes de la UMF No. 27.
- Médicos adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 27.

2.- FÍSICOS.

- Área física: Se hará uso de las salas de espera en la Unidad de Medicina Familiar número 27 para la realización de las encuestas.
- Formatos de recolección de la información: Copias de encuestas, copias de carta de consentimiento informado.
- Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico SPSS 21, hojas blanca (3 resmas de hojas tamaño carta) y copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices (caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

FINANCIAMIENTO.

- La presente investigación fue solventada por el investigador principal.

FACTIBILIDAD.

- El presente estudio tiene factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo para su realización. Es menester informar que se tiene acceso a los pacientes que se encuentran en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.

No aplica.

RESULTADOS.

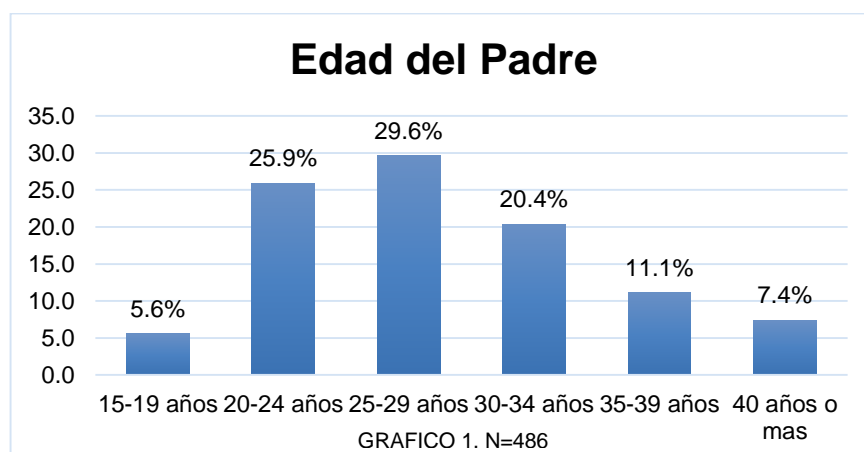
En este apartado se describirán los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los 486 padres de familia de los niños menores de 5 años de edad que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 27. Los cuales cumplían con los criterios de inclusión, firmaron el consentimiento informado y contestaron de manera completa la encuesta solicitada mediante una entrevista dirigida.

Características sociodemográficas familiares.

En lo referente a la edad del padre se encontró una media de 68.72 años, desviación estándar ± 7.25 , mediana de 28 años, y la moda de 28 años, con una edad mínima de 18 años y la máxima de 60 años.

En cuanto a la edad de la madre se encontró una media de 26 años, desviación estándar ± 6.42 , mediana de 24 años, y la moda de 24 años, con una edad mínima de 17 años y la máxima de 45 años.

La distribución por edad de los padres, se presentó de la siguiente manera, 29.6% (144) de 25-29 años, 25.9% (126) 20-24 años, 20.4% (99) 30-34 años, 11.1% (54) 35-39 años, 7.4% (36) 40 años o más y 5.6% (27) de 15-19 años.



La edad de las madres se distribuyó de la siguiente forma, 40.7% (198) de 20-24 años, 20.4% (99) 25-29 años, 14.8% (72) 15-19 años, 14.8% (72) 30-34 años, 5.6% (27) 35-39 años y 3.7% (18) de 40 años o más.

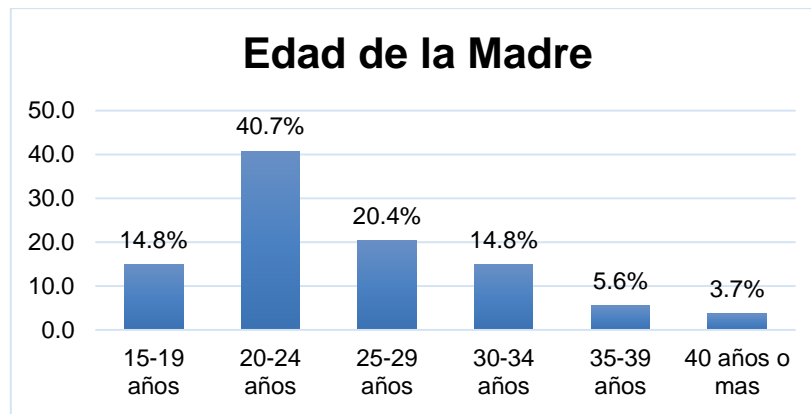


GRAFICO 2. N=486

En cuanto al estado civil de los padres, se observó que el 51.9% (252) viven en unión libre, 35.2% (171) son casados, 9.3% (45) son divorciados y 3.7% (18) son solteros.

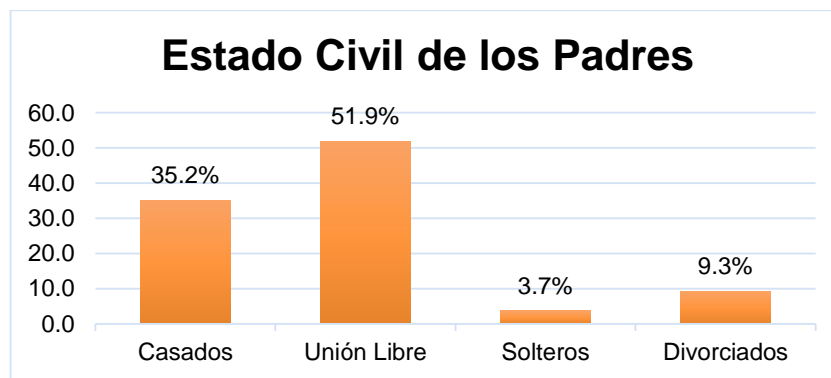


GRAFICO 3. N=486

En lo que respecta a la escolaridad del padre, se encontró que un 44.4% (216) cursó preparatoria, 40.7% (198) secundaria, 7.4% (36) primaria y 7.4% (36) licenciatura.

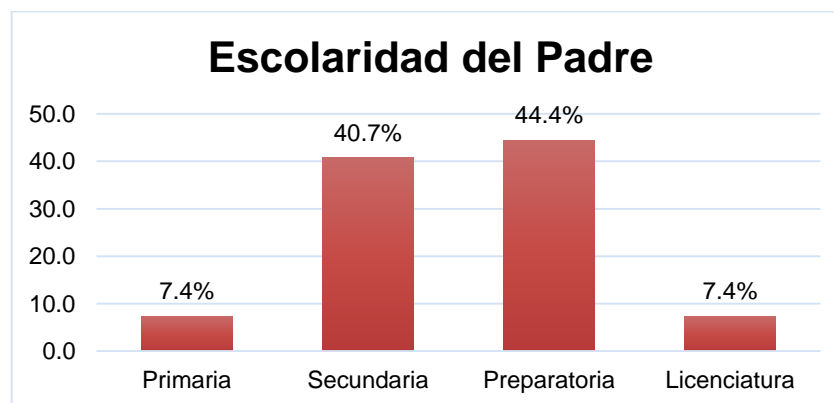


GRAFICO 4. N=486

La escolaridad de la madre se distribuyó de la siguiente manera, 46.3% (225) secundaria, 42.6% (207) preparatoria, 7.4% (36) primaria y 3.7% (18) licenciatura.

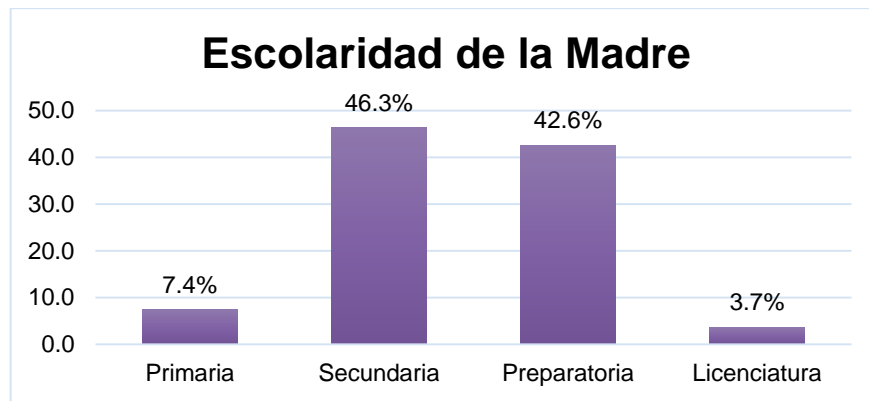


GRAFICO 5. N=486

Respecto a la ocupación del padre, se encontró que un 83.3% (405) es empleado, 5.6% (27) es comerciante, otro 5.6% (27) es profesionista, 3.7% (18) es desempleado y 1.9% (9) es jubilado o pensionado.

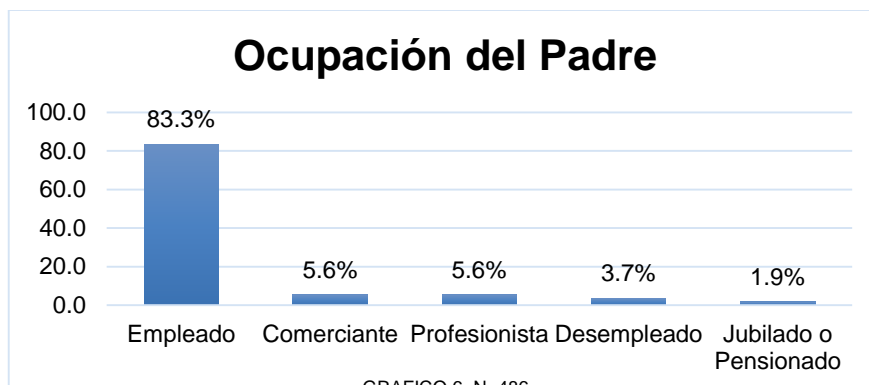


GRAFICO 6. N=486

En cuanto a la ocupación de la madre, se observó que un 50% (243) es empleada, 38.9% (189) se dedica al hogar, 3.7% (18) es comerciante, 3.7% (18) es estudiante y otro 3.7% (18) es profesionista.

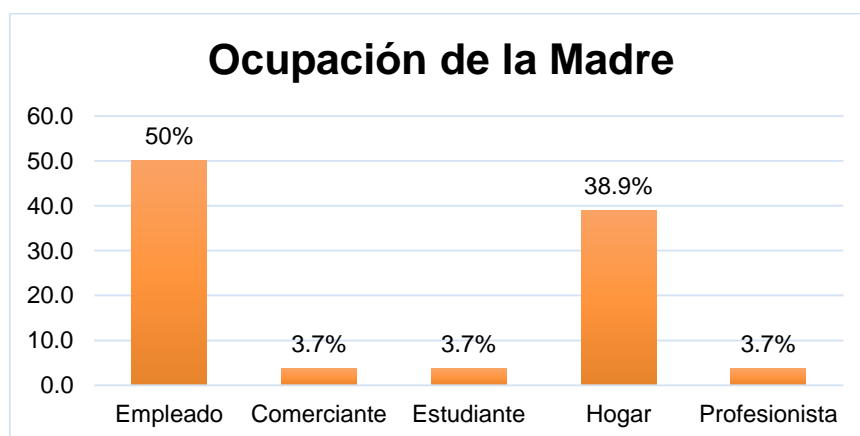
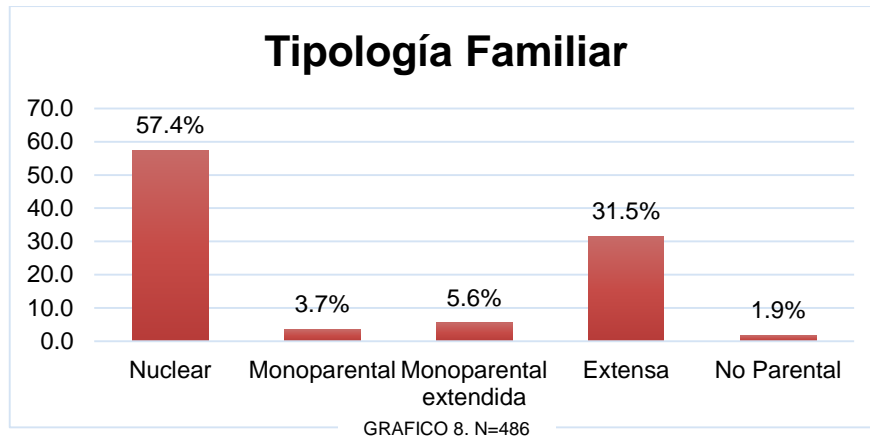
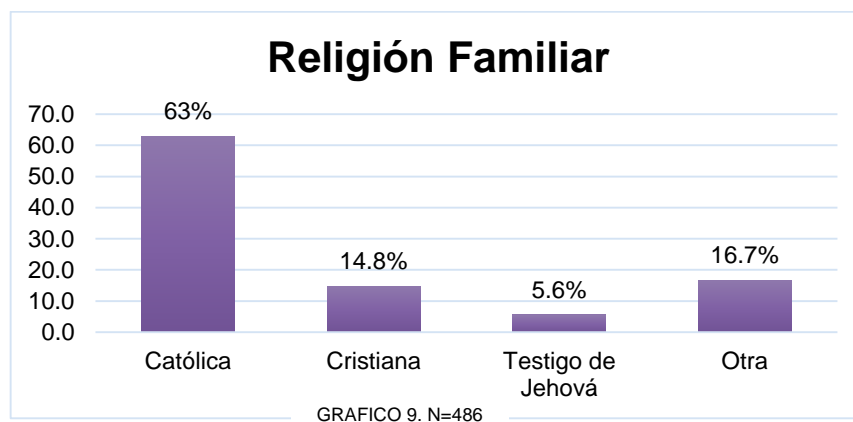


GRAFICO 7. N=486

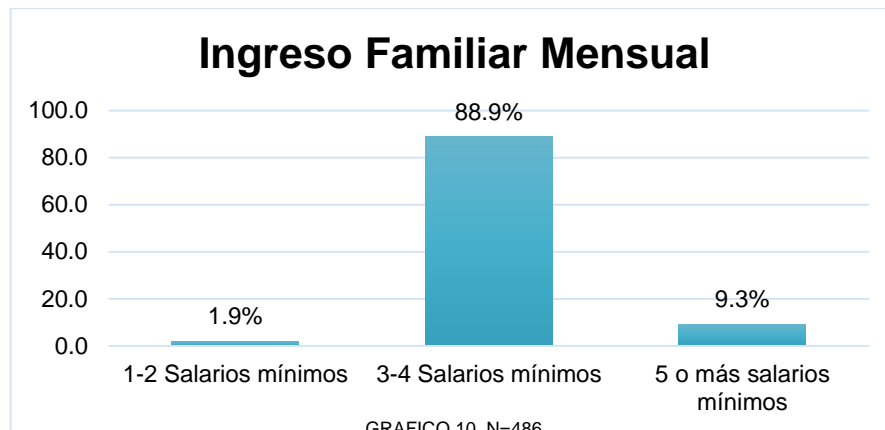
La tipología familiar presentó la siguiente distribución, 57.4% (279) para familia nuclear, 31.5% (153) para familia extensa, un 5.6% (27) monoparental extendida, 3.7% (18) para familia monoparental y 1.9% (9) en familia no parental.



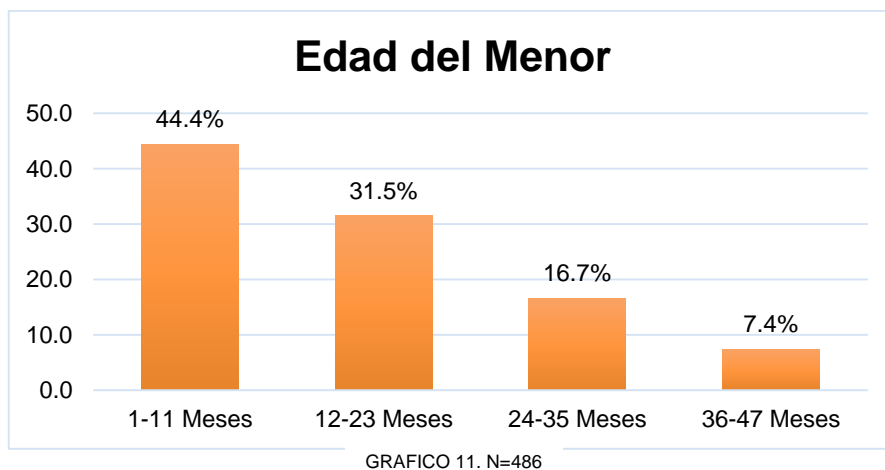
En lo que respecta a la religión familiar, un 63% (306) de las familias son católicas, 16.7% (81) practica otra religión, 14.8% (72) son cristianas y 5.6% (27) son testigos de Jehová.



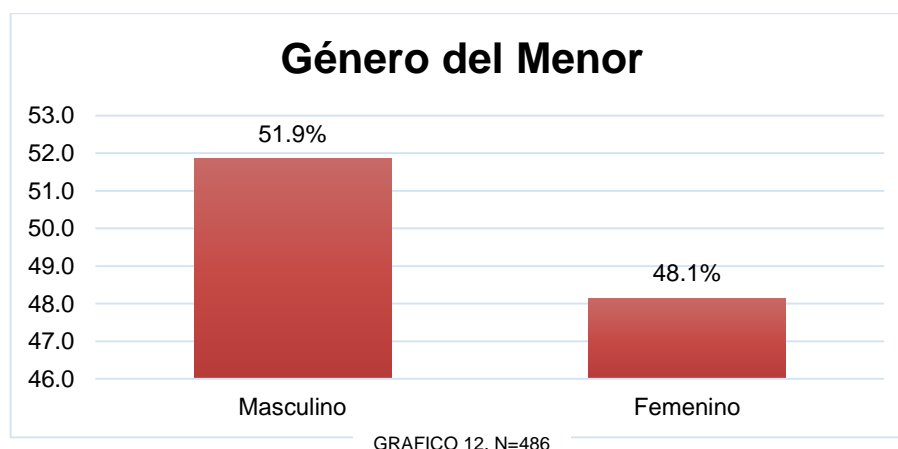
El ingreso familiar mensual se presentó la siguiente distribución, un 88.9% (432) presenta un ingreso de 3-4 salarios mínimos, 9.3% (45) 5 salarios mínimos o más y un 1.9% (9) de 1-2 salarios mínimos.



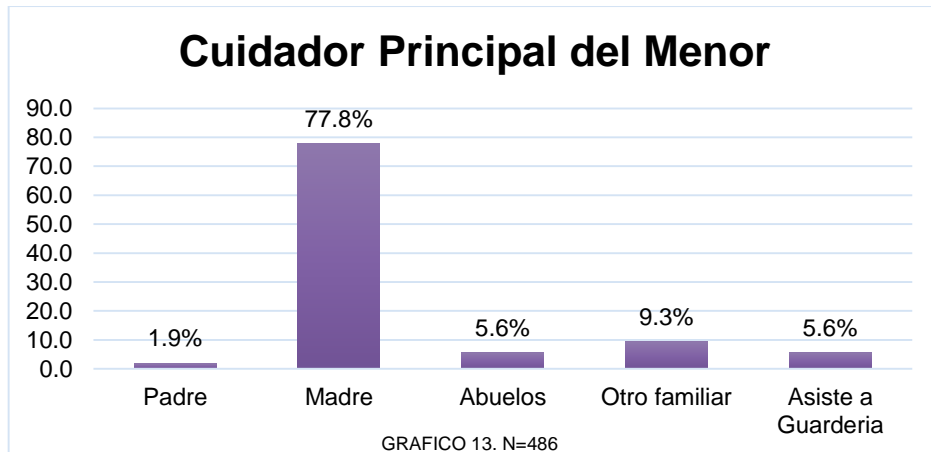
En lo que concierne a la edad del menor en meses, se encontró que el 44.4% (216) son entre 1-11 meses de edad, 31.5% (153) entre 12-23 meses, 16.7% (81) entre los 24-35 meses y un 7.4% (36) entre los 36-47 meses de edad.



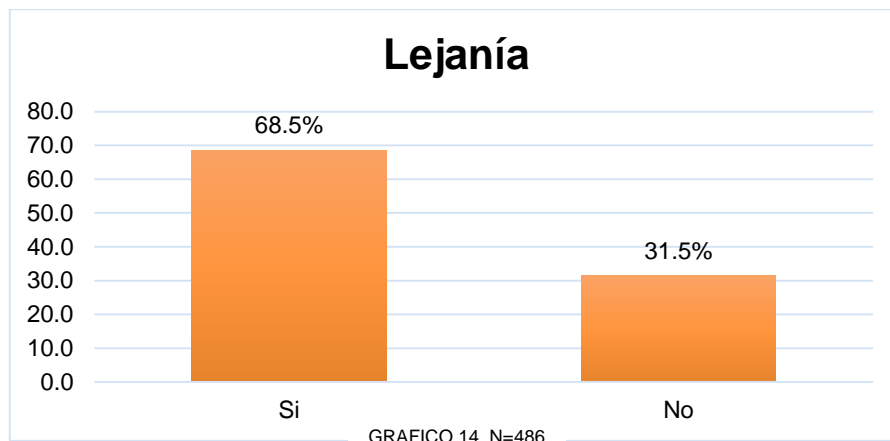
La distribución por género de los menores de edad resultó de la siguiente manera, 51.9% (252) son de género masculino y 48.1% (234) corresponde a género femenino.



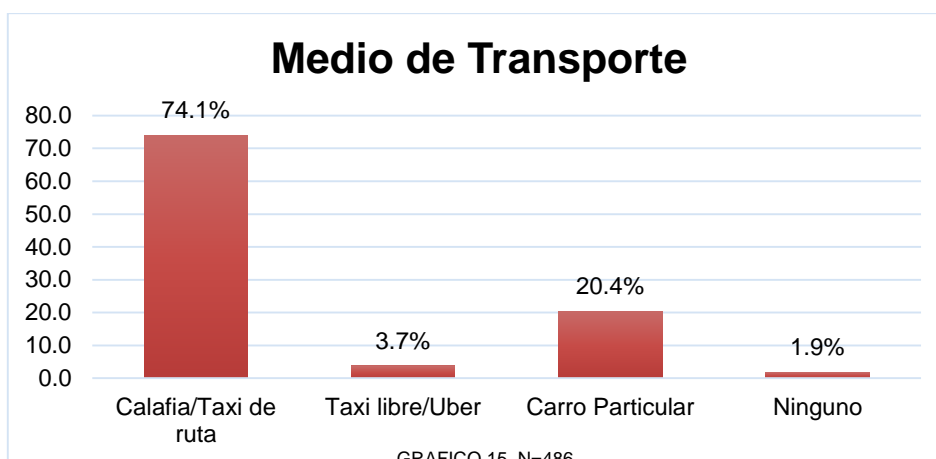
En lo referente al cuidador principal del menor, se encontró que el 77.8% (378) son cuidados por la madre, un 9.3% (45) es cuidado por otro familiar, un 5.6% (27) por los abuelos, otro 5.6% (27) asiste a guardería y 1.9% (9) son cuidados por el padre.



Respecto a si la Unidad de Medicina Familiar No. 27 se encuentra lejos del domicilio familiar, el 68.5% (333) refiere lejanía, y el 31.5% (153) restante dice no.

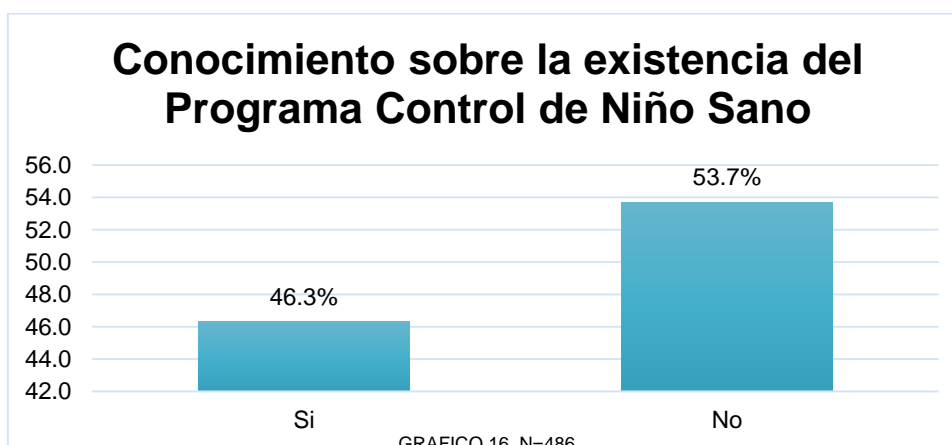


En lo que corresponde al medio de transporte que utilizan las familias, para acudir a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, el 74.1% (360) utiliza calafia o taxi de ruta, 20.4% (99) carro particular, un 3.7% (18) acude en taxi libre o Uber, y el 1.9% (9) restante no utiliza ningún medio de transporte.

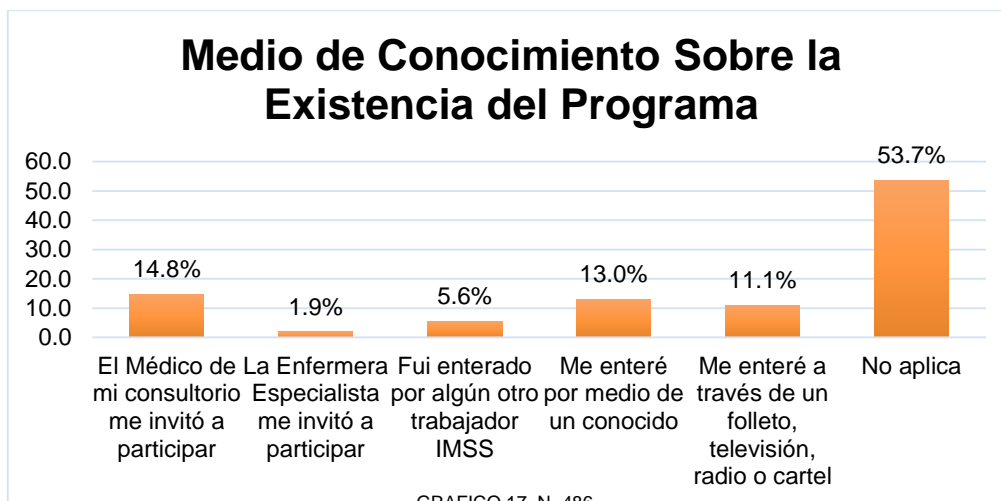


Programa Control de Niño Sano.

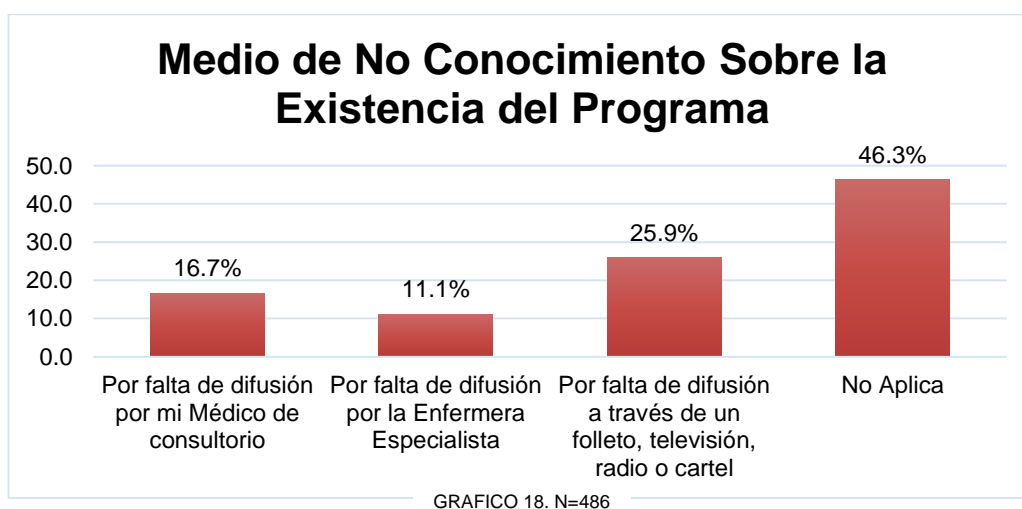
De los 486 padres de familia encuestados, el 53.7% (261) refiere no conocer la existencia del Programa Control del Niño Sano, mientras que el 46.3% (225) refiere si conocer su existencia.



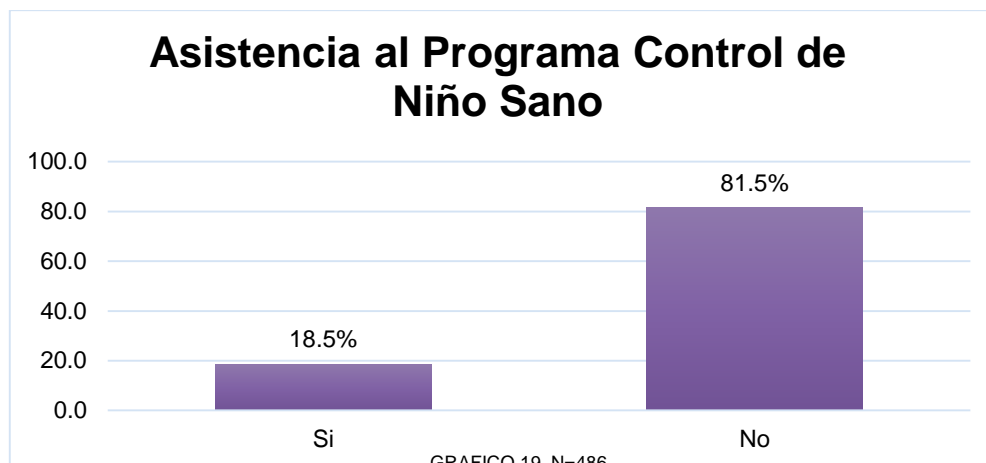
Respecto al medio por el cual los padres de familia refieren conocer la existencia del Programa Control de Niño Sano, se distribuyó de la siguiente manera, 14% (72) fueron invitados a participar por su Médico de consultorio, 13% (63) se enteraron por un conocido, 11.1% (54) se enteró por un medio masivo de comunicación (folleto, televisión, radio, cartel), 5.6% (27) conoció sobre el programa por algún otro trabajador IMSS y 1.9% (9) fueron invitador a participar por la Enfermera Especialista.



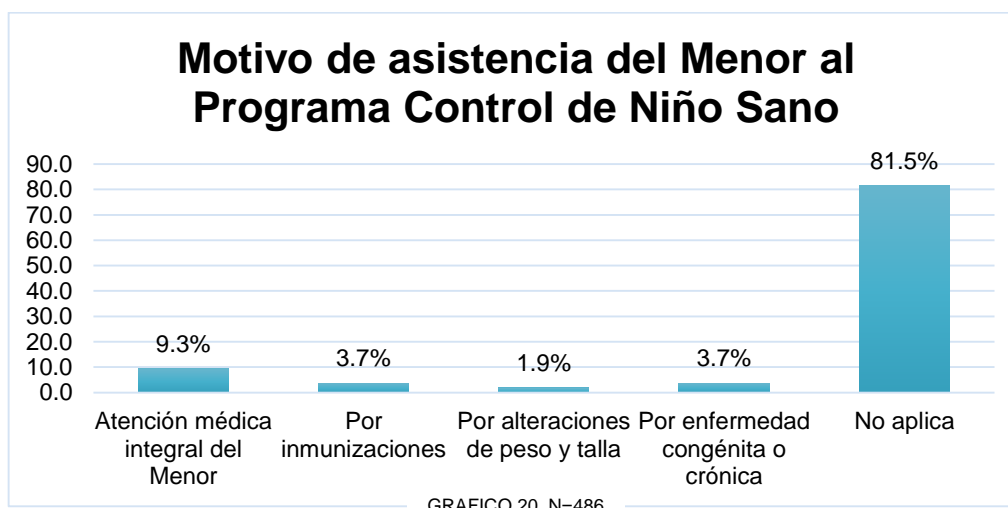
En cuanto el medio al cual los padres de familia atribuyen no conocer la existencia del Programa Control de Niño Sano, fue un 25.9% (126) a la falta de difusión a través de un medio de comunicación masivo (folleto, televisión, radio, cartel), 16.7% (81) a falta de difusión por el Médico de consultorio y el 11.1% (54) por falta de difusión por la Enfermera Especialista.



Del total de padres de familia encuestados, el 81.5% (396) refiere que sus hijos no acuden al Programa Control de Niño Sano, y solamente el 18.5% (90) si acude.



El motivo de asistencia al Programa Control de Niño Sano, fue un 9.3% (45) para atención médica integral del menor, 3.7% (18) acude por inmunizaciones, otro 3.7% (18) asiste por enfermedad congénita o crónica, y 1.9% (9) por alteraciones de peso y talla.



En cuanto al número de citas al Programa Control de Niño Sano que acudieron los menores, presentó la siguiente distribución, 11.1% (54) acudió de 7-10 citas, el 3.7% (18) acudió a un numero de 3-6 citas, 1.9% (9) de 15-19 citas y el otro 1.9% (9) acudió a 20 citas o más.

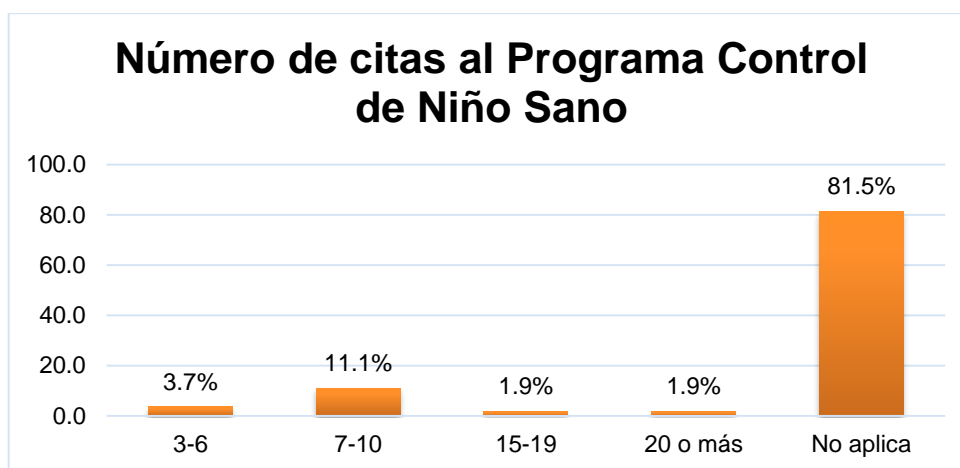


GRAFICO 21. N=486

Respecto al motivo por el cual no acuden los menores de edad al Programa Control de Niño Sano, se encontró que el 51.9% (252) no asisten porque se desconoce la existencia del programa, 13% (63) porque no hay citas o no alcanzan consulta, 9.3% (45) de los padres de los padres de familia refieren no tener permiso en su trabajo para acudir a consultas, 3.7% (18) debido a que el tiempo de espera para consulta es demasiado y otro 3.7% (18) de los padres refiere que sus labores en casa no les dan tiempo de acudir a consultas del programa.

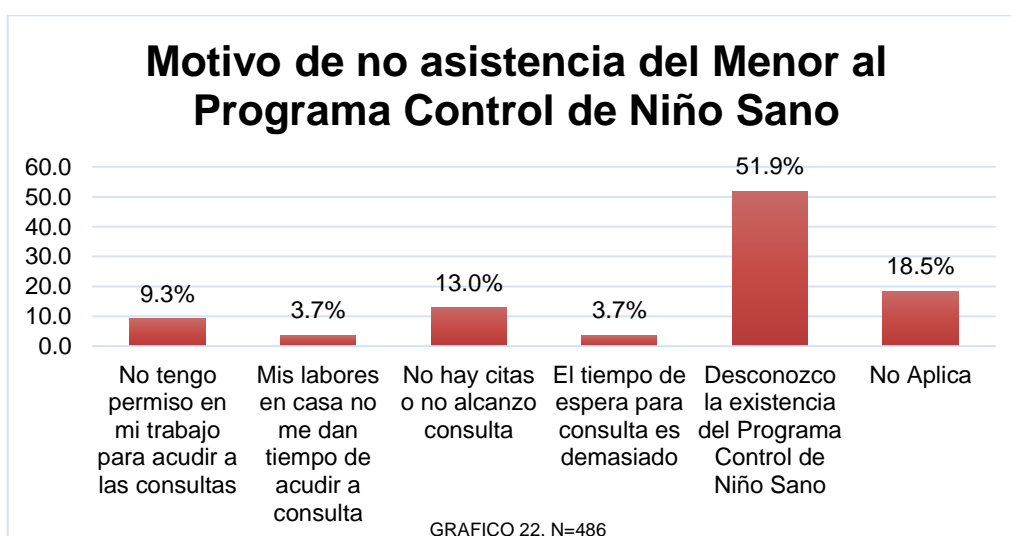


GRAFICO 22. N=486

El 100% (486) de los padres de familia entrevistados, desea asistir o seguir asistiendo al Programa Control de Niño Sano.



GRAFICO 23. N=486

En cuanto al principal motivo de consulta, por el cual los menores de edad son traídos a consulta por sus padres, fue en 44.4% (216) por infección respiratoria aguda, 40.7% (198) acude por inmunizaciones, 7.4% (36) por consulta al Programa Control de Niño Sano, 5.6% (27) por enfermedad diarreica aguda, y 1.9% (9) por otros motivos.

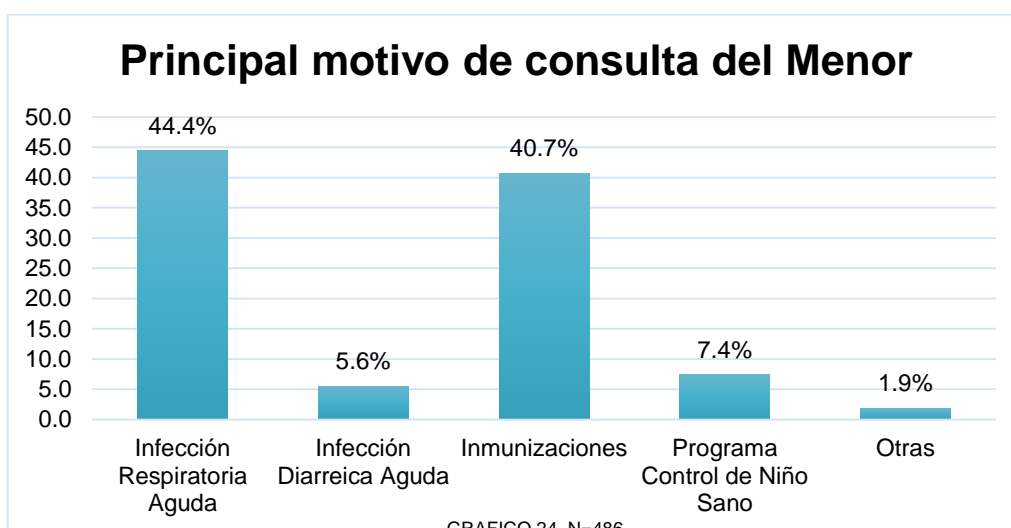
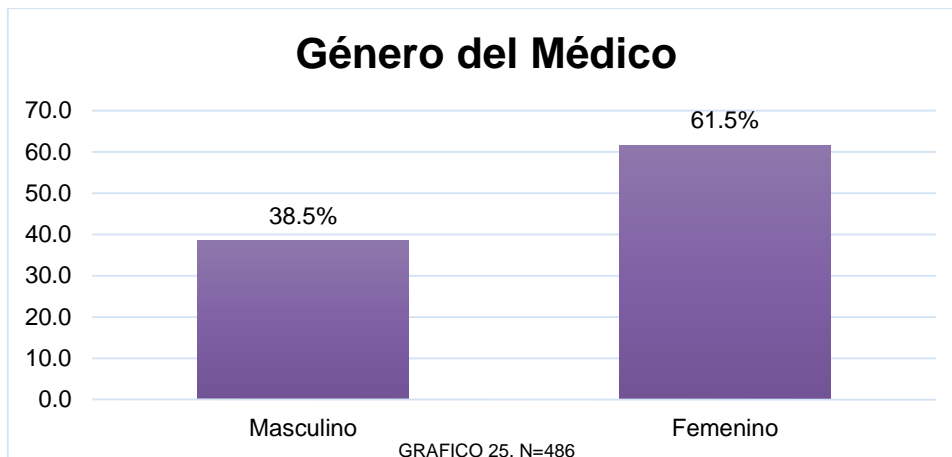


GRAFICO 24. N=486

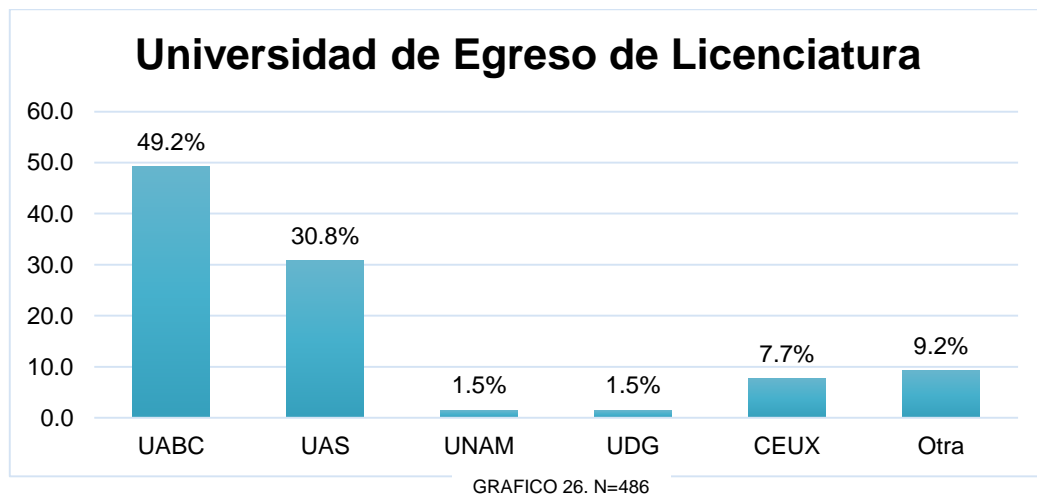
Características sociodemográficas y formativas del Médico adscrito.

En lo referente a la edad se encontró una media de 41.15 años, desviación estándar \pm 8.47, mediana de 40 años, y la moda de 40 años, con una edad mínima de 29 años y la máxima de 61 años.

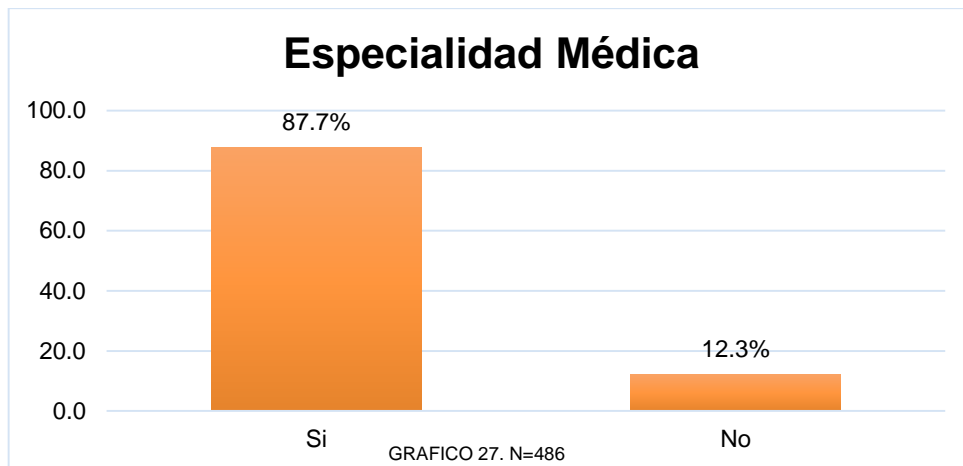
La distribución del género de médico adscrito a consultorio se distribuyó de la siguiente manera, 62.5% (40) femenino y 38.5% (25) masculino.



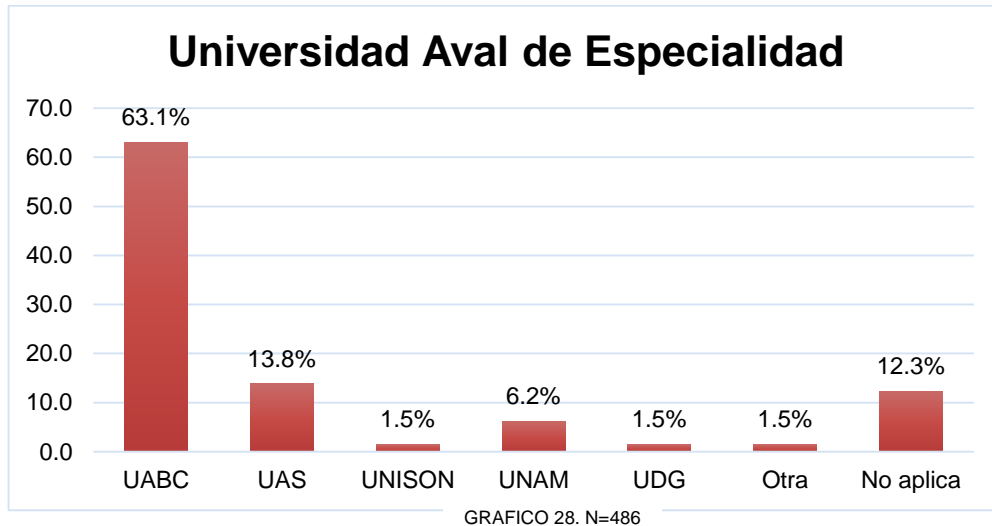
Respecto a la Universidad de egreso de Licenciatura se encontró, 49.2% (32) para Universidad Autónoma de Baja California, 30.8% (20) Universidad Autónoma de Sinaloa, 9.2% (6) para otras Universidades, 7.7% (5) Centro de Estudios Universitarios Xochicalco, 1.5% (1) para Universidad Nacional Autónoma de México y otro 1.5% (1) Universidad De Guadalajara.



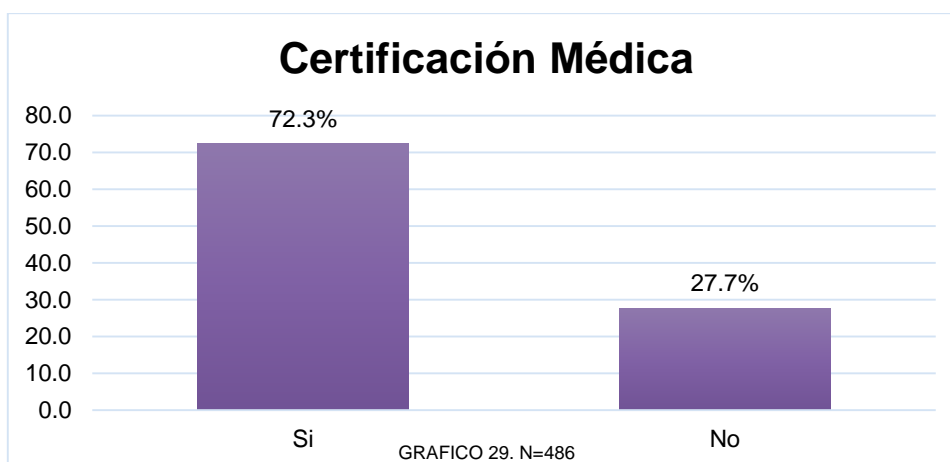
Del total de Médicos adscritos a consultorio en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 encuestados, el 87.7% (57) tienen Posgrado o Especialidad Médica en Medicina Familiar y 12.3% (8) no tienen Especialidad Médica.



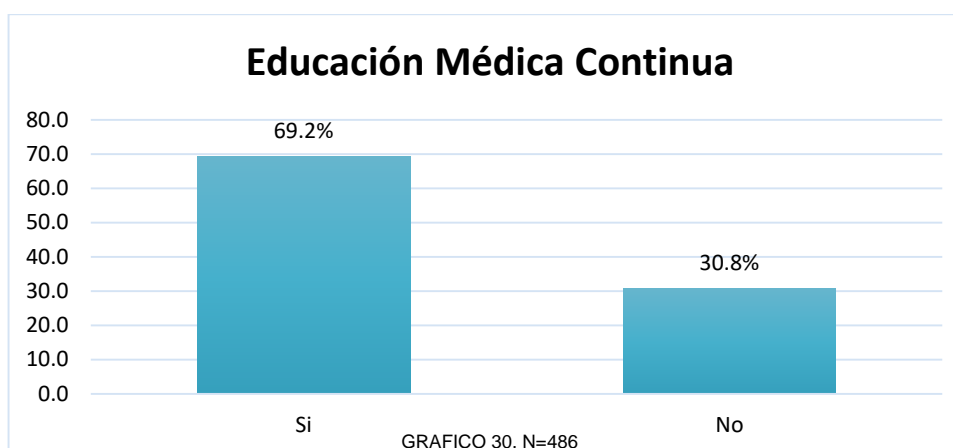
Respecto a la Universidad que avala la Especialidad Médica o Posgrado en Medicina Familiar de los Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, se obtuvo un 63.1% (41) para Universidad Autónoma de Baja California, 13.8% (9) Universidad Autónoma de Sinaloa, 6.2% (4) Universidad Nacional Autónoma de México, 1.5% (1) para Universidad de Sonora, 1.5% (1) Universidad de Guadalajara, 1.5% (1) para otras Universidades, el 12.3% (8) restante no aplica.



De los 65 Médicos adscritos entrevistados, respecto a si tiene o no certificación médica por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar o Consejo Nacional en Medicina General, el 72.3% (47) si presentan certificación, y 27.7% (18) no son certificados.



En cuanto a si los Médicos participantes presentan educación médica continua, se encontró que el 69.2% (45) si continúan en actualización médica y el 30.8% (20) no.



Análisis bivariado.

Se realizaron tablas de contingencias con las principales variables de interés mediante la prueba de χ^2 con un intervalo de confianza del 95% para identificar relación entre ellas.

Primero, se buscó la asociación entra la variable asistencia al Programa Control de Niño Sano y el conocimiento de la existencia del programa, se obtuvo un valor de $p=0.001$, que determina significancia estadística.

Tabla 1.		Asistencia al Programa		Total	X2
		Si n (%)	No n (%)		
Conoce el Programa Control de Niño Sano	Si	90 (18.5)	135 (27.8)	225 (46.3)	p=0.001
	No	0	261 (53.7)	261 (53.7)	
Total		90 (18.5)	396 (81.5)	486 (100)	

Posteriormente, se tomó como valor total de la variable asistencia al Programa Control de Niño Sano a los 225 participantes que, si conocen la existencia del programa, para evitar así asociaciones espurias y localizar barreras reales para su cumplimiento, ya que los 261 restantes no conocen la existencia del programa y por tal motivo no acuden.

Estadísticamente significativa, resultó la asociación entre asistencia al programa y la edad de los padres y madres, con un valor de $p=0.001$.

		Asistencia al Programa		Total	X2
		Si	No		
Edad del Padre	15-19 años	9 4%	0	9 4%	p=0.001
	20-24 años	18 8%	27 12%	45 20%	
	25-29 años	36 16%	36 16%	72 32%	
	30-34 años	18 8%	36 16%	54 24%	
	35-39 años	0	18 8%	18 8%	
	40 años o mas	9 4%	18 8%	27 12%	
Total		90	135	225 100%	
Edad de la Madre	15-19 años	18 8%	9 4%	27 12%	p=0.001
	20-24 años	36 16%	36 16%	72 32%	
	25-29 años	18 8%	27 12%	45 20%	
	30-34 años	0	45 20%	45 20%	
	35-39 años	9 4%	9 4%	18 8%	
	40 años o mas	9 4%	9 4%	18 8%	
Total		90	135	225	

Se encontró una relación estadísticamente significativa con $p=0.001$ entre la asistencia al Programa Control de Niño Sano y estado civil de los padres.

Tabla 3.		Asistencia al Programa			X2
		Si n (%)	No n (%)	Total	
Estado Civil de los Padres	Casados	45 (20)	36 (16)	81 (36)	p=0.001
	Unión Libre	36 (16)	90 (40)	126 (56)	
	Divorciados	9 (4)	9 (4)	18 (8)	
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)	

En cuanto a la asistencia al Programa Control de Niño Sano y escolaridad de los padres de familia, se obtuvo una $p=0.001$ estadísticamente significativa para escolaridad del padre y $p=0.002$ para escolaridad de la madre.

Tabla 4.		Asistencia al Programa			X2
		Si n (%)	No n (%)	Total	
Escolaridad Padre	Primaria	9 (4)	0	9 (4)	p=0.001
	Secundaria	63 (28)	54 (24)	117 (52)	
	Preparatoria	0	81 (36)	81 (36)	
	Licenciatura	18 (8)	0	18 (8)	
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)	
Escolaridad Madre	Primaria	0	9 (4)	9 (4)	p=0.002
	Secundaria	54 (24)	81 (36)	135 (60)	
	Preparatoria	36 (16)	36 (16)	72 (32)	
	Licenciatura	0	9 (4)	9 (4)	
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)	

Los resultados obtenidos entre asistencia al Programa Control de Niño Sano y ocupación de los padres de familia, arrojó una relación estadísticamente significativa con un valor de $p=0.001$ para la ocupación de padre y para la ocupación de la madre valor de $p=0.018$.

Tabla 5.		Asistencia al Programa			Total	X2
		Si n (%)	No n (%)			
Ocupación Padre	Empleado	81 (36)	108 (48)	189 (84)	p=0.001	
	Comerciante	0	9 (4)	9 (4)		
	Profesionista	9 (4)	0	9 (4)		
	Desempleado	0	9 (4)	9 (4)		
	Jubilado o Pensionado	0	9 (4)	9 (4)		
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)		
Ocupación Madre	Empleado	54 (24)	63 (28)	117 (52)	p=0.018	
	Comerciante	9 (4)	9 (4)	18 (8)		
	Hogar	27 (12)	54 (24)	81 (36)		
	Profesionista	0	9 (4)	9 (4)		
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)		

Se demostró una relación significativamente estadística, entre asistencia al Programa Control de Niño Sano y religión familiar, con un valor de $p=0.001$

Tabla 6.		Asistencia al Programa			Total	X2
		Si n (%)	No n (%)			
Religión Familiar	Católica	45 (20)	99 (44)	144 (64)	p=0.001	
	Cristiana	27 (12)	18 (8)	45 (20)		
	Testigo de Jehová	18 (8)	0	18 (8)		
	Otra	0	18 (8)	18 (8)		
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)		

Entre las variables asistencia al Programa Control de Niño Sano y tipología familiar, se encontró relación estadísticamente significativa con $p=0.001$.

Tabla 7.		Asistencia al Programa			Total	X2
		Si n (%)	No n (%)			
Tipología Familiar	Nuclear	54 (24)	90 (40)	144 (64)	p=0.001	
	Monoparental	9 (4)	0	9 (4)		
	Monoparental extendida	0	9 (4)	9 (4)		
	Extensa	27 (12)	36 (16)	63 (28)		
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)		

Al buscar asociación entre las variables asistencia al Programa Control de Niño Sano y género del menor, se observó significancia estadística con un valor de $p=0.003$.

Tabla 8.		Asistencia al Programa		Total	X2
		Si n (%)	No n (%)		
Género del Menor	Masculino	54 (24)	54 (24)	108(48)	p=0.003
	Femenino	36 (16)	81 (36)	117 (52)	
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)	

En cuanto a la asociación de asistencia al programa con cuidador principal, se obtuvo una $p=0.001$, que documenta significancia estadística.

		Asistencia al Programa		Total	X2
		Si	No		
Cuidador Principal	Padre	9	0	9	p=0.001
	Madre	54	135	189	
	Otro familiar	9	0	9	
	Asiste a Guardería	18	0	18	
Total		90	135	225	

En lo referente a la asociación de la variable asistencia al Programa Control de Niño Sano y lejanía, se obtuvo un valor de $p=0.029$, que refleja significancia estadística.

Tabla 10.		Asistencia al Programa		Total	X2
		Si n (%)	No n (%)		
La UMF 27 se encuentra lejos de su domicilio	Si	72 (32)	90 (40)	162 (72)	p=0.029
	No	18 (8)	45 (20)	63 (28)	
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)	

Se demostró asociación con significancia estadística, al analizar las variables asistencia al Programa Control de Niño Sano y el motivo de no asistencia al programa, con un valor de $p=0.001$.

Tabla 11.		Asistencia al Programa		Total	X2
		Si n (%)	No n (%)		
Motivo de no asistencia del Menor al Programa Control de Niño Sano	No tengo permiso en mi trabajo para acudir a las consultas	0	30 (13)	30 (13)	P=0.001
	Mis labores en casa no me dan tiempo de acudir a consulta	0	20 (9)	20 (9)	
	No hay citas o no alcanzo consulta	0	65 (29)	65 (29)	
	El tiempo de espera para consulta es demasiado	0	20 (9)	20 (9)	
	No Aplica	90 (40)	0	90 (40)	
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)	

Al buscar asociación entre asistencia al Programa Control de Niño Sano, con las variables ingreso familiar, edad del menor y medio de transporte; se observaron valores de p mayores a 0.005, por lo que no se encontró significancia estadística.

Tabla 12.		Asistencia al Programa		Total	X2
		Si n (%)	No n (%)		
Ingreso Familiar Mensual	3-4 Salarios mínimos	81 (36)	117 (52)	198 (88)	p=0.451
	5 o más salarios mínimos	9 (4)	18 (8)	27 (12)	
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)	
Edad del Menor	1-11 Meses	36 (16)	54 (24)	90 (40)	p=0.58
	12-23 Meses	36 (16)	54 (24)	90 (40)	
	24-35 Meses	18 (8)	18 (8)	36 (16)	
	36-47 Meses	0	9 (4)	9 (4)	
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)	
Medio de transporte utilizado para acudir a la UMF 27	Calafia/Taxi de ruta	81 (36)	117 (52)	198 (88)	p=0.451
	Carro Particular	9 (4)	18 (8)	27 (12)	
Total		90 (40)	135 (60)	225 (100)	

DISCUSIÓN.

Con la realización de este estudio, se lograron identificar, aquellas posibles barreras que limitan el cumplimiento del Programa Control de Niño Sano en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Del 100% de participantes en el estudio, solo el 18.5% asiste al Programa Control de Niño Sano, siendo esta similar a la asistencia reportada por De la Ronda y colaboradores, donde se estima un 18.48%¹⁵, pero menor a la descrita por García y colaboradores, la cual es del 28%.¹⁶

La barrera principal encontrada, fue el desconocimiento de la existencia del Programa Control de Niño Sano, solo el 46.3% (255) conoce su existencia, mientras que el 53.7% (261) lo desconoce; difiriendo de García y colaboradores, donde el 35% conoce y el 65% desconoce la existencia del programa¹⁶; mientras que De la Ronda y colaboradores reportan, que solo el 21.7% conoce al programa.¹⁵

El medio por el cual los padres de familia conocieron la existencia del programa fue 72 (14.8%) fue por su médico de consultorio, 63 (13%) se enteró por algún conocido, 54 (11.1%) a través de medio de comunicación masiva (folleto, televisión, radio, cartel), 27 (5.6%) se enteró por algún otro trabajador IMSS, 9 (1.9%) por la enfermera Especialista, y el 53.7% (261) no aplica. Lo que coincide con De la Ronda, quien reporto que el Médico sigue siendo el que más informa sobre el programa.¹⁵

Del 100% (255) de padres de familia que conocen al Programa Control de Niño Sano, observamos que un 40% (90) si acude, y un 60% (135) no acude al programa.

La edad del padre como barrera, demostró que el grupo de mayor incumplimiento fue 36 (16%) de 25-29 años de los 135 (60%), dando también 36 (16%) en el grupo de 30-34 años. Respecto a la edad de la madre, se observaron 45 (20%) del grupo de 30-34 años; lo que difiere con De la Ronda y colaboradores, quien reporta que la edad

de las madres de los niños que no acuden a control fue de 20-29 años.¹⁵ En cuanto a Alejandro y colaboradores, la edad del padre que predomina es de 26-30 años, lo que resulta similar en nuestro estudio, pero si difiere en la edad de la madre, donde el reporta de también de 26-30 años.¹⁴

Del estado civil de los padres de familia, resultó que de los 135 (60%) padres cuyos hijos no acuden a control, 90 (40%) corresponde a unión libre, siendo este a su vez, el estado civil más frecuente en la población total con un 51.9% y casados 35.2%. Alejandro Gutiérrez y colaboradores, reportan al estado civil casados como el más frecuente con un 48.6%, seguido por unión libre 40.5%.¹⁴

En la barrera escolaridad del padre, se observó una mayor inasistencia en el grado escolar preparatoria con 90 (36%) de 135 (60%), mientras que, en la barrera escolaridad de la madre, fue mayor en secundaria con 81 (36%). Se difiere con De la Ronda y colaboradores, reportan que 43.4% (40/92) madres entrevistadas, cursaron algún grado de primaria y solo 3 llevan a sus hijos a control.¹⁵ La escolaridad más frecuente en el padre fue preparatoria con 44.4% (216) y secundaria 40.7% (198), y en el caso de la madre fue secundaria 46.3% (225) y preparatoria 42.6% (207). Alejandro Gutiérrez y colaboradores, relatan cómo escolaridad con mayor frecuencia con un 57% en padres y 58% en madres, primaria y secundaria, lo que corresponde de 6-10 años de estudio.¹⁴

La ocupación del padre como barrera para el cumplimiento, reportó 108 (48%) de los 135 (60%) padres que no acuden con sus hijos al programa son empleados, mientras que los 27 (12%) restantes se dividen por igual entre comerciantes, desempleados y jubilados/pensionados. Siendo empleado la ocupación con mayor frecuencia en un 83.3% (405) de la población total.

En otra barrera, la ocupación de la madre, encontramos que el grupo de mayor incumplimiento fue en empleadas 63 (28%) de 135 (60%) y hogar con 54 (24%). La ocupación de la madre más frecuente en la población total fue empleada con 50% (243), de las cuales acuden 63; difiriendo con De la Ronda y colaboradores que reportan hogar como más frecuente, con un 61% (57) de las cuales 11 acuden al programa.¹⁵

En la barrera Religión familiar, los católicos presentaron mayor incumplimiento con 99 (44%) de los 135 (60%) que no acuden al programa.

La tipología familiar también se consideró como barrera para cumplimiento, donde se encontró que 90 (40%) de los 135 (60%) pacientes que no acuden al programa, corresponde a familias nucleares.

Lo que respecta a cuidador principal como barrera limitante, se encontró que los 135 (60) pacientes que no acuden al programa, son cuidados por la madre. Siendo esta el cuidador más frecuente en un 77.8% (378); lo que resulta similar a lo encontrado por García y colaboradores, quienes reportan que en cuanto al cuidador habitual predominó la madre en un 85%.¹⁶

Respecto a la barrera lejanía de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 y el domicilio familiar, 90 (40%) de los 135 (60%) que no acuden al programa, viven lejos de la unidad. García y colaboradores, reportan solo que solo 3% refiere no acudir al Programa control de Niño Sano por lejanía.¹⁶

Se observó que el género del menor también es una barrera para el cumplimiento, ya que 81 (36%) de los 135 (60%) menores que no acuden a control de niño sano son de género femenino.

Cuando se cuestionó a los padres de familia directamente sobre un motivo para no acudir a consulta del Programa Control de Niño Sano, 30 (13%) de los 135 (60%) que

no acuden refirieron no contar con permiso en sus trabajos, 20 (9%) comentan que sus labores en el hogar no les permiten acudir, 65 (29%) refieren no acudir por que no hay citas para el programa, y los 20 (9%) restantes no acuden por referir largo tiempo de espera. Por lo tanto, estas variables también se pueden contemplar como barreras para el cumplimiento del programa control de niño sano.

En este estudio También se investigaron variables sociodemográficas y formativas de Médico de consultorio a fin de tener un panorama general de su perfil formativo. Encontramos que predomina género femenino con un 61.5% (40), la Universidad de egreso de licenciatura más frecuente fue UABC en 49.2% (32), el 87.7% (57) son especialistas en Medicina Familiar, el 63.1% (41) recibió aval académico de UABC, el 72.3% presenta certificación médica y el 69.2% (45) presenta educación médica continua.

Es importante realizar más estudios en nuestro país acerca de este tema, ya que la investigación que se tiene es limitada, teniendo solo 3 referencias nacionales sobre el tema, sin lograr incluso encontrar referencias internacionales.

La salud del niños y niñas, es un pilar fundamental de la medicina preventiva, por lo que considero de vital importancia retomar de inmediato el Programa Control de Niño Sano en todos los consultorios nuestra unidad.

LIMITANTES DEL ESTUDIO.

Una limitante de este estudio, fue la falta de interés de Médicos adscritos en participaren la presente investigación, la cual consistía en el llenado de consentimiento informado y la ficha de identificación (ver anexos), no logrando obtener el 100% de los datos.

FORTALEZAS DEL ESTUDIO.

La contribución de este estudio fue identificar las barreras que limitan el cumplimiento del Programa Control de Niño Sano, logrando con esto la creación estrategias de mejora, limitando al máximo la inasistencia. Este un estudio con una muestra representativa, calculada con la fórmula para poblaciones finitas, es decir es basada en la población real que tiene adscripción en la Unidad de Medicina Familiar No. 27%. Dado el impacto que tiene el cuidado de la salud de los niños y niñas, para lograr adultos sanos, productivos y con gran calidad de vida, es necesario no pasar por alto este tipo de programas basados en acciones preventivas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

A fin de cumplir con los lineamientos éticos a todos pacientes identificados que no acuden al Programa Control de Niño Sano, se les brindo asesoría y se respondieron dudas, se les invito a acudir a trabajo social y a su consultorio de adscripción para expresar su interés por acudir al programa.

Se entregará además a cada jefe de consulta, una relación de los pacientes correspondientes a su módulo, con el fin de crear alguna estrategia para que puedan ser ingresados al programa.

CONCLUSIONES.

La salud de los niños y las niñas, es y será siempre, un elemento de vital importancia, el cual debe ser vigilado estrechamente en el primer nivel de atención. Nos corresponde a nosotros, médicos de primer contacto, así como a nuestro equipo multidisciplinario colaborador (trabajo social, enfermería, asistente medico), salvaguardar la integridad biopsicosocial del menor de 5 años, para poder tener adultos en un estado de salud optimo, mediante la aplicación de medidas preventivas, educativas y curativas.

La realidad de nuestro estudio, no difiere mucho de los estudios similares publicados en nuestro país, ya que todos reflejan que la asistencia al Programa Control de Niño Sano es limitada. Con esta investigación, logre identificar barreras que limitan el cumplimiento del Programa Control de Niño Sano, logrando contestar la pregunta de investigación e cumpliendo el objetivo general del estudio.

Mediante el conocimiento de las características sociodemográficas de las familias, del conocimiento de la frecuencia del cumplimiento del programa, la identificación de los principales motivos de consulta de los menores de 5 años, y el conocimiento de las características formativas del médico adscrito a consultorio, se cumplieron los objetivos específicos.

Durante la realización de este trabajo de investigación, en Julio del 2017, se implementó como estrategia la realización de la prueba de tamizaje para valorar anomalías en el desarrollo, la cual se llama EDI, y se debe realizar de manera obligatoria en todo menor de 5 años, para poder realizar acciones oportunas con los pacientes que salgan con rezago o retraso del neurodesarrollo. Esta prueba

comprende uno de los tantos rubros de los que se conforma el Programa Control de Niño Sano, por lo cual el realizarla, no excluye a la niña o al niño al acudir a control.

Con todos los resultados obtenidos, se crean las siguientes recomendaciones:

- Continuar con la atención del Programa Control de Niño Sano en la Unidad, de forma sistemática e integral.
- Realizar una difusión masiva del Programa Control de Niño Sano, colocando carteles en las salas de espera de todos los servicios de la Unidad, proyectado boletines informativos en las pantallas de la Unidad, así como también a nivel televisivo y de radio local y nacional.
- Proporcionar capacitación continua a los Médicos tratantes, Enfermería, Trabajadoras sociales y Asistentes médicas, para que estos proporcionen información de impacto en los padres de familia y cuidadores, y concientizar sobre la importancia de acudir al programa.
- Fomentar y promover la participación activa de padres de familia y cuidadores, mediante talleres, grupos de ayuda, entre otros, tratando temas de importancia para la promoción, acción y mantenimiento de la salud en los menores de 5 años.
- Promover la equidad de género en la población, para que niños y niñas sea traídos a valoración médica sin distinción alguna.
- Proporcionar un ambiente completamente laico, al momento de brindar la atención al paciente, así como en la Unidad en general, evitando barreras religiosas para el cumplimiento del programa.
- Crear estrategias administrativas para el otorgamiento de citas para Programa Control de Niño Sano y EDI.

- Optimizar los tiempos de espera para consulta, orientando al padre de familia o cuidador principal, que solo debe acudir como mínimo 15 minutos previos a la cita otorgada, evitando esperas excesivas.
- Elaborar estrategias para fomentar en las empresas la concientización de otorgar el acceso a los padres trabajadores, para poder acudir a las citas del Programa Control de Niño Sano, según la periodicidad que requiera el menor.
- Fomentar en los Médicos adscritos a la Unidad, la importancia de la educación médica continua, participando de manera activa en los cursos en línea ofrecidos por la Institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Progreso para la infancia, Más allá de los promedios: Lecciones de los ODM. [Internet]. Estados Unidos: UNICEF; 2015 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_82231.html
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada. [Internet]. Estados Unidos: UNICEF; 2015 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/publications/files/APR_2015_Key_Findings_Spanish.pdf
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado de la infancia en América Latina y el Caribe 2008. [Internet]. Estados Unidos: UNICEF; 2008 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_45087.html
4. Secretaria de Salud de México. Programa de Acción Especifico 2007-2012 Prevención de la Mortalidad Infantil. [Internet]. México: Secretaria de Salud; 2008 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/cec/prog_acci_esp.pdf
5. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2014 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl>
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Convención sobre los Derechos del Niño. [Internet]. España: UNICEF; 2006 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
7. Gobierno de México. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2000 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Ley_PD_NNA.pdf
8. Gobierno del Estado de Baja California. Ley para la Protección y Defensa de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en el Estado de Baja California. [Internet]. México: Periódico Oficial No. 18 del Estado de Baja California; 2015 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Baja%20California/wo110623.pdf>

9. Save the Children México. Salud Infantil en México, Análisis exploratorio de la Política Pública y Presupuestal 2000-2015. [Internet]. México: Save the Children México; 2015 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: <https://www.savethechildren.mx/sci-mx/files/b3/b35e94f2-51c0-4740-9350-0dd5e9de10aa.pdf>
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Informa sobre la equidad del gasto público en la Infancia y Adolescencia en México. [Internet]. México: UNICEF; 2015 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_PNUD_Equidad_Gasto_low.pdf
11. unicef.org [Internet]. México: UNICEF; 2015 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html>
12. CENETEC. Guía de Práctica Clínica para el Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo de la niña y del niño menor de 5 años. [Internet]. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2015 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/029_GPC_NinoSano/IMSS_029_08_EyR.pdf
13. Seguí M. Revisión del niño sano por el médico general/de familia. SEMERGEN [Internet]. 2000; 26: 196-218. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-revision-del-nino-sano-por-S1138359300735726>
14. Alejandro L, González AF, Galván G. Factores socioeconómicos que influyen en el control del niño sano. [Internet]. México: Dirección General de bibliotecas de las Universidad Autónoma de México; 1999 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: <http://132.248.9.195/pdtestdf/0280189/Index.html>
15. De la Ronda F, Castillejos BG, Aguilar B, Escobar B, Cortes JR. Factores que intervienen en el abandono del Programa Control del Niño Sano en el menor de 5 años en la UMF No. 41 de Raudales Malpaso Chiapas. [Internet]. México: Dirección General de bibliotecas de las Universidad Autónoma de México; 2008 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2010/marzo/0654941/Index.html>
16. García SI, Sánchez LE, Gómez FJ, García F, Hernández I, Martínez S, et al. Motivos que intervienen en la asistencia para el control del niño sano en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE. [Internet]. México: Dirección General de bibliotecas de la Universidad Autónoma de México; 2009 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2009/junio/0644017/Index.html>

17. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la primera infancia: un potente ecualizador. [Internet]. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud; 2007 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf
18. Trejo y Pérez JA, Flores S, Peralta R, Fragoso V, Reyes H, Oviedo MA, et al. Guía clínica para la vigilancia de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño menor de cinco años. Rev Med IMSS 2003; 41: 47-58.
19. Secretaria de Salud de México. Vigilancia de la Nutrición y Crecimiento del Niño. [Internet]. México: Secretaria de Salud; 2009 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/cec/man_vigi_nutr_crec_nino.pdf
20. Secretaria de Salud de México. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. [Internet]. México: Secretaria de Salud; 1999 [Acceso Enero 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

ANEXOS.

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Instrucciones: Marque la respuesta correcta.

Folio: _____

Unidad: _____ **Fecha:** _____

NSS: _____ **Consultorio y turno:** _____

Edad del padre en años: _____ años.

Edad de la madre en años: _____ años.

Estado civil del padre y la madre:

1) Casados. 2) Unión libre. 3) Solteros. 4) Viudos. 5) Divorciados.

Escolaridad del padre:

1) Primaria. 2) Secundaria. 3) Preparatoria. 4) Licenciatura.

5) Posgrado. 6) Analfabeta.

Escolaridad de la madre:

1) Primaria. 2) Secundaria. 3) Preparatoria. 4) Licenciatura.

5) Posgrado. 6) Analfabeta.

Ocupación del padre:

1) Empleado. 2) Comerciante. 3) Estudiante. 4) Hogar.

5) Profesionista. 6) Desempleado. 7) Jubilado/Pensionado. 8) Otra.

Ocupación de la madre:

1) Empleado. 2) Comerciante. 3) Estudiante. 4) Hogar.

5) Profesionista. 6) Desempleado. 7) Jubilado/Pensionado. 8) Otra.

Religión familiar:

1) Católica. 2) Cristiana. 3) Testigo de Jehová. 4) Otra.

Tipología familiar:

1) Nuclear. 2) Monoparental. 3) Monoparental extendida. 4) Extensa.

- 5) Reconstruida o binuclear. 6) No parental.

Ingreso económico familiar mensual:

- 1) Menos de 1 salario mínimo. 2) 1-2 salarios mínimos. 3) 3-4 salarios mínimos.
4) Más de cinco salarios mínimos.

Edad del menor en meses:

- 1) 1-11 meses. 2) 12-23 meses. 3) 24-35 meses. 4) 36-47 meses.
5) 48-60 meses.

Género del menor:

- 1) Masculino. 2) Femenino.

¿Quién es el cuidador principal del menor?

- 1) Padre. 2) Madre. 3) Abuelos. 4) Otro familiar.
5) Asiste a guardería.

¿Conoce el Programa Control de niño sano?

- 1) Sí. 2) No.

Si la respuesta es SI, conteste lo siguiente: ¿Por qué medio se me dio a conocer la existencia del Programa Control del Niño Sano?

- 1) El Medico de mi consultorio me invito a participar.
2) La Enfermera Especialista me invito a participar.
3) Fui enterado por algún otro trabajador el IMSS.
4) Me entere por medio de un conocido.
5) Me entere atreves de un folleto, televisión, radio o cartel.
6) No aplica.

Si la respuesta en NO, conteste lo siguiente: ¿Por qué cree usted que no se ha enterado de la existencia del Programa Control del Niño Sano?

- 1) Por falta de difusión por mi Medico de consultorio.

- 2) Por falta de difusión por la Enfermera Especialista.
- 3) Por falta de difusión a través de un folleto, televisión, radio o cartel.
- 4) No aplica.

¿Asiste el menor a consulta del Programa Control de niño sano?

- 1) Sí.
- 2) No.

Si la respuesta es SI, conteste lo siguiente: ¿Por qué motivo si acude el menor al Programa Control del Niño Sano?:

- 1) Para atención medica integral del niño.
- 2) Por Inmunizaciones.
- 3) Por Alteraciones de peso y talla.
- 4) Por enfermedad congénita o crónica.
- 5) No aplica.

¿A cuántas citas de Programa de Control de niño sano acudió el menor?

- 1) 1-2
- 2) 3-6
- 3) 7-10
- 4) 11-14
- 5) 15-19
- 6) 20 o más.
- 7) No aplica.

Si la respuesta es NO, conteste lo siguiente: ¿Por qué no acude el menor al Programa Control de Niño Sano?

- 1) No tengo permiso en mi trabajo para acudir a las consultas.
- 2) Mis labores en casa no me dan tiempo de acudir a consulta.
- 3) No hay citas o no alcanzo consulta.
- 4) El tiempo de espera para consulta es demasiado.
- 5) Desconozco la existencia del Programa Control del Niño Sano.
- 6) No aplica.

¿Le gustaría que el menor acudiera al Programa de Control de niño sano?

- 1) Sí.
- 2) No.

¿Por qué situación acude el menor a consulta con mayor frecuencia?

- 1) Infección respiratoria aguda. 2) Enfermedad diarreica aguda.
- 3) Vacunas. 4) Control del Niño Sano. 5) Otras.

¿La Unidad de Medicina Familiar No. 27 se encuentra lejos de su domicilio?

- 1) Si 2) No.

¿Qué medio de transporte utiliza para llegar a su consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 27?

- 1) Calafia o taxi de ruta. 2) Taxi libre o Uber. 3) Carro particular.
- 2) Ninguno.

ANEXO 2. Ficha de identificación de Médicos Adscritos a UMF No. 27 IMSS

Ficha de identificación de Médicos Adscritos Unidad de Medicina Familiar No. 27	
Número de consultorio:	Turno: 1) Matutino 2) Vespertino
Nombre completo:	
Género:	1) Masculino 2) Femenino
Edad:	_____ años.
Universidad de egreso de Licenciatura:	
Especialidad médica:	1) Sí 2) No
Universidad aval:	
Medico certificado:	1) Sí 2) No
Educación continua médica (Otros cursos):	1) Sí 2) No Últimos cursos: a) _____ b) _____ c) _____ d) _____

ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A PADRES.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Registro Institucional el Comité Local de Información y Ética en Investigación en Salud: _____

Nombre del Estudio: "BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA CONTROL DE NIÑO SANO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR".

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California, a _____ del 20_____.

No. De Folio: _____

Justificación y Objetivo del estudio: Todo niño y niña precisa tener condiciones estimulantes para prosperar. Los primeros años de vida son cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital. Ya que La satisfacción de los requerimientos biológicos, nutricionales, afectivos y psicosociales, durante los primeros cinco años de vida de los niños, es de importancia trascendente para el desarrollo de adultos sanos y con probabilidad de alcanzar una vida productiva. La revisión del niño sano tiene que ver con todas aquellas actuaciones preventivas periódicas y de promoción de la salud que se realizan mientras se atiende a su desarrollo y crecimiento. Mediante control de niño sano podemos disminuir la morbimortalidad en menores de 5 años, realizando diagnósticos tempranos, otorgando oportunos tratamientos y derivando correctamente a otro nivel de atención médica lo que realmente se necesite, mejorando la calidad de vida de nuestros niños y obteniendo la satisfacción de los padres por la atención otorgada. •Conocer las barreras que limitan el cumplimiento del Programa Control del niño Sano en la UMF No. 27 del IMSS.

Procedimientos: Se aplicará a padres, tutores o cuidadores del menor, una encuesta para identificar aquellas barreras para el cumplimiento del Programa Control del Niño Sano, así como datos personales y familiares para identificar variables sociodemográficas.

Posibles riesgos y molestias: Sin riesgos posibles.

Posibles beneficios al participar en este estudio: Determinar si el menor acude o no al Programa Control del Niño Sano, identificar las barreras que limitan el cumplimiento del mismo para poder eliminarlas, así como remarcar la importancia de la realización de acudir a consulta para la realización de todas aquellas acciones preventivas, educativas, curativas y rehabilitadoras en el menor de 5 años.

Privacidad y confidencialidad: Se respetara su privacidad, por lo que en este estudio no será revelada su identidad.

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Luis Enrique Barrón Tirado, adscrito a sede de residencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Matrícula: 98023785 .Teléfono: (664) 276-6788. Correo electrónico drluis.baron@gmail.com
Asesor Metodológico: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos. Investigador Asociado adscrito Hospital General Regional No. 20. Matrícula: 9920153. Teléfono: (664) 629-6385. Correo electrónico maria.anzaldo@imss.gob.mx
Asesor temático: Dr. Salvador Velazco Araiza. Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 27. Matricula: 98020769. Teléfono: (664) 126-4645. Correo Electrónico: chava2121@gmail.com

Se hace del conocimiento del paciente que este puede retirar el consentimiento y abandonar el estudio, sin que este acto afecte la atención médica al paciente o los servicios que esta institución le pueda ofrecer.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del padre, madre, tutor o cuidador principal: _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento: Luis Enrique Barón Tirado

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A MÉDICOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Registro Institucional el Comité Local de Información y Ética en Investigación en Salud: _____

Nombre del Estudio: "BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA CONTROL DE NIÑO SANO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR".

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California, a _____ del 20_____.

No. De Folio: _____

Justificación y Objetivo del estudio: Todo niño y niña precisa tener condiciones estimulantes para prosperar. Los primeros años de vida son cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital. Ya que La satisfacción de los requerimientos biológicos, nutricionales, afectivos y psicosociales, durante los primeros cinco años de vida de los niños, es de importancia trascendente para el desarrollo de adultos sanos y con probabilidad de alcanzar una vida productiva. La revisión del niño sano tiene que ver con todas aquellas actuaciones preventivas periódicas y de promoción de la salud que se realizan mientras se atiende a su desarrollo y crecimiento. Mediante control de niño sano podemos disminuir la morbimortalidad en menores de 5 años, realizando diagnósticos tempranos, otorgando oportunos tratamientos y derivando correctamente a otro nivel de atención médica lo que realmente se necesite, mejorando la calidad de vida de nuestros niños y obteniendo la satisfacción de los padres por la atención otorgada. •Conocer las barreras que limitan el cumplimiento del Programa Control del niño Sano en la UMF No. 27 del IMSS.

Procedimientos: Se aplicará a médicos adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar, una encuesta o cedula para identificar variables sociodemográficas y formativas.

Posibles riesgos y molestias: Sin riesgos posibles.

Posibles beneficios al participar en este estudio: Determinar si el menor acude o no al Programa Control del Niño Sano, identificar las barreras que limitan el cumplimiento del mismo para poder eliminarlas, así como remarcar la importancia de la realización de acudir a consulta para la realización de todas aquellas acciones preventivas, educativas, curativas y rehabilitadoras en el menor de 5 años.

Privacidad y confidencialidad: Se respetara su privacidad, por lo que en este estudio no será revelada su identidad.

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Luis Enrique Barrón Tirado, adscrito a sede de residencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Matrícula: 98023785 .Teléfono: (664) 276-6788. Correo electrónico drluse.baron@gmail.com
Asesor Metodológico: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos. Investigador Asociado adscrito Hospital General Regional No. 20. Matrícula: 9920153. Teléfono: (664) 629-6385. Correo electrónico maria.anzaldo@imss.gob.mx
Asesor temático: Dr. Salvador Velazco Araiza. Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 27. Matrícula: 98020769. Teléfono: (664) 126-4645. Correo Electrónico: chava2121@gmail.com

Se hace del conocimiento del paciente que este puede retirar el consentimiento y abandonar el estudio, sin que este acto afecte la atención médica al paciente o los servicios que esta institución le pueda ofrecer.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del médico adscrito a la consulta externa: _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento: Luis Enrique Barón Tirado _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	ENERO - JULIO 2017	AGOSTO - DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018	MARZO 2018
REDACCIÓN DEL PROTOCOLO	X				
REVISIÓN DE PROTOCOLO POR COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN		X			
APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN			X		
RECOLECCIÓN DE DATOS Y CAPTURA DE DATOS ESTADÍSTICOS			X		
RESULTADOS				X	
DISCUSIÓN				X	
ENTREGA					X

ANEXO 6. DICTAMEN DE AUTORIZADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 204 con número de registro 17 CI 02 004 049 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA.
H GRAL REGIONAL NUM 20

FECHA Jueves, 01 de febrero de 2018.

M.E. SALVADOR VELAZCO ARAIZA
P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título:

BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA CONTROL DE NIÑO SANO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-204-003

ATENTAMENTE

CESAR ALBERTO FIGUEROA TORRES
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 7. VOTOS APROBATORIOS.

Tijuana, Baja California, a 21 de Febrero del 2018.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada “**Barreras para el cumplimiento del Programa Control de Niño Sano en una Unidad de Medicina Familiar**”, elaborada por **Luis Enrique Barrón Tirado**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Luis Enrique Tapia Ochoa
Medicina y C. Vasculat
Ciudad de Guadalupe
A.T. 8889465
C.P. 3270220

Dr. Luis Enrique Tapia Ochoa

Director de Tesis

C.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, a 21 de Febrero del 2018.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada **“Barreras para el cumplimiento del Programa Control de Niño Sano en una Unidad de Medicina Familiar”**, elaborada por **Luis Enrique Barrón Tirado**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Linda Crystal Vidal Solórzano

Sinodal

C.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, a 21 de Febrero del 2018.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada "**Barreras para el cumplimiento del Programa Control de Niño Sano en una Unidad de Medicina Familiar**", elaborada por **Luis Enrique Barrón Tirado**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta

Sinodal

C.c.p. Archivo