

**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**  
**Facultat d'Infermeria**



**ESTUDIO DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL  
Y ADOLESCENTE Y SU ADHERENCIA EN LA  
ZONA DE LAS 3000 VIVIENDAS DE SEVILLA**

Trabajo Fin de Grado de Enfermería

Autor/a: Beatriz Mateos Pajares

Dirigido por: Sra. Silvia Ferrer Frances

Tarragona, 2016



## Contenido

Resumen .....	6
Palabras clave .....	6
Abstract .....	7
Key Words .....	7
Introducción: .....	8
Marco teórico .....	9
Localización .....	9
Etnia gitana .....	10
Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) .....	12
Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA).....	13
Programa del niño sano .....	15
Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A) .....	16
Centro de Salud Polígono Sur (CSPS).....	22
Objetivos.....	25
Objetivo general .....	25
Objetivos específicos .....	25
Metodología.....	26
Diseño del estudio.....	26
Población y muestra del estudio.....	26
Datos sociodemográficos .....	26
Obtención de los datos.....	26

Análisis de datos .....	27
Resultados y discusión .....	28
Características basales de los pacientes.....	28
Evaluación según el programa: .....	29
Grado de cumplimiento según evaluación del programa. ....	30
Conclusiones .....	33
Bibliografía.....	35
Anexo 1. <b>CRONOGRAMA</b> .....	37
Anexo 2. <b>VERSIÓN RESUMIDA DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO</b> .....	38
Anexo 3. <b>NORMAS PUBLICACIÓN ARTICULO</b> .....	43

## Resumen

*Objetivo.* Analizar la atención sanitaria prestada al niño sano en Sevilla, centrándose en la aplicación del programa PSIA-A establecido en la comunidad autónoma de Andalucía.

*Metodología.* Se realizó una recogida de datos como la edad, sexo y número de visitas pediátricas realizadas, con una población de estudio dentro de un rango de edad de 0 a 14 años incluidos en el programa y perteneciente al centro de salud Polígono Sur.

*Resultados:* Se estudió una muestra de 210 menores lo correspondiente a un cupo de uno de los médicos encargados del programa, de un total de 2503 menores en la zona de estudio. La tasa de cumplimiento según el programa en los primeros años es de un 65% de participación. En la segunda evaluación en los últimos años la tasa de cumplimiento desciende hasta un 0%. *Conclusiones:* A pesar de la situación socio-cultural o económica de la zona de estudio, se puede observar que existe un 65% de participación en el programa cuando existe una obligatoriedad en la continuidad de las visitas, mediante recordatorios por parte de los profesionales encargados de los menores en el centro. Tras analizar la atención prestada al niño sano durante las visitas, se puede detectar una gran participación por parte de los profesionales para fomentar la participación de los pacientes.

## Palabras clave

Niño sano, Salud infantil, Andalucía, Sevilla

## Abstract

*Objective.* Analyze health care provided to healthy child in Seville, focusing on the implementation of the PSIA-A program established in the autonomous community of Andalusia. *Methodology.* Data collection was performed as age, sex and number of pediatric visits, with a population of study within an age range of 0-14 years included in the program and health center belonging to the Poligono Sur. *Results:* A sample of 210 under the quota corresponding to one of the doctors in charge of the program, a total of 2503 children in the study area was studied. The compliance rate according to the program in the early years is 65% stake. In the second evaluation in recent years the rate of compliance falls to 0%. *Conclusions:* Despite the socio-cultural or economic situation of the study area, we can see that there is a 65% stake in the program when there is a requirement in the continuity of visits by reminders by professional managers of children in the center. After analyzing the attention given to healthy child during visits, you can detect a wide participation by professionals to promote the participation of patients.

## Key Words

Healthy Child, Children's Health, Andalucía, Sevilla

## Introducción:

Los primeros años de vida del ser humano son de gran trascendencia ya que en esta etapa el desarrollo y crecimiento del cerebro ocurre a mayor velocidad. Si en este periodo se produce alguna situación que altera el desarrollo, las capacidades del niño pueden verse notablemente afectadas.

Por ello, el control del niño en los primeros años es una de las estrategias más efectivas para promover un crecimiento adecuado, asegurar el desarrollo de sus capacidades y prevenir posibles complicaciones.

La incorporación de actividades preventivas en los programas de salud infantil, han sido los pilares básicos para la atención en esta etapa de la vida. El desarrollo de estas actividades en Atención Primaria ha hecho posible una disminución de la morbimortalidad de en este rango de edad de la población. Pues Atención Primaria constituye un lugar idóneo para llevar a cabo las revisiones requeridas para el niño: individuales, integrales, oportunas, periódicas y secuenciales.

En el presente trabajo presentamos un estudio descriptivo dirigido al estudio de la participación en el programa de salud infantil en un tipo de población marginal de la zona de Andalucía. Es un trabajo basado en la experiencia vivida durante el curso de 2015 gracias al programa de movilidad de SICUE realizado en la ciudad de Sevilla.

La elección de esta temática se debe a la escasa atención que se muestra por el resto de la sociedad a este tipo de población presente en tantas zonas de nuestro país y estudiar así, el programa establecido y la importancia del mismo en los menores, y más aún en una zona de riesgo como son este tipo de residencia.

# Marco teórico

## Localización

Andalucía es una comunidad autónoma de España, es la más poblada del país y la segunda más extensa, está compuesta por las provincias de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla, siendo esta última su capital.

Sevilla es la ciudad más poblada de Andalucía y la cuarta de España después de Madrid, Barcelona y Valencia, y ocupa el número 31 por número de población en la Unión Europea. El municipio se divide en 11 distritos diferentes, regidos por el Reglamento Orgánico de las Juntas Municipales de Distritos en julio de 2005.

Las 3000 Viviendas es un barrio no oficial de la ciudad de Sevilla compuesto por 6 barriadas y con una superficie total de 145 hectáreas, perteneciente al Distrito Sur. Se construyó en 1977 y desde el inicio comenzó a considerarse una zona insegura ya que se acogió a personas provenientes de zonas chabolistas adjudicándose en su momento pisos en régimen de propiedad aplazada. Poco tiempo después, en la mayoría de los bloques se habían eliminado la mayoría de los servicios como el agua caliente o los ascensores, ya que se habían robado los motores y materiales necesarios para el funcionamiento de las instalaciones

El deterioro del espacio público es un síntoma más de la situación de marginalidad y desestructuración que existe en la zona: acumulación de residuos, vertido de aguas fecales en la vía pública, mobiliario urbano casi inexistente, zonas incendiadas, etc. Es una zona caracterizada por la presencia de grandes espacios libres sin uso que fomentan esta marginalidad convirtiéndose en focos de actividades delictivas (tráfico de drogas/armas, peleas de perros, carreras ilegales, etc.) <sup>(1)(2)(3)</sup>

## Etnia gitana

La mayoría de la población del distrito es de etnia gitana, la cual es la minoría étnica europea. La comunidad gitana está presente en nuestro país desde comienzos del siglo XV. La región con mayor número de esta etnia es Andalucía y su población es muy joven en comparación con la población no gitana.

Para trabajar con minorías étnicas culturales es necesario conocer los aspectos más relevantes de su cultura de pertenencia ya que estos van a influir en el proceso terapéutico.

Se trata de una cultura ágrafa (que no posee escritura), transmitida de generación en generación por las mujeres gitanas. La identidad cultural está muy presente en esta comunidad, lo que genera un fuerte sentimiento de orgullo y de autoestima comunitaria siendo ésta un importante factor de protección. Entre los rasgos culturales más característicos encontramos:

- Organización social fundamentada en familia entendida en sentido extenso. Por ello, ante cualquier enfermedad o evento se unen todos los miembros y no solo los más allegados.
- Prevalencia del grupo frente a la individualidad de cada persona.
- Gran valor a la palabra dada que prevalece frente a lo escrito.
- Respeto a los ancianos. Figura muy representativa en la comunidad y deben ser cuidados en casa.
- Gran influencia de los gitanos mayores en los gitanos jóvenes.
- El luto frena las actividades sociales y laborales, condicionando la estética personal y la vida comunitaria en cuanto a manifestaciones de alegría o actividades lúdicas.
- Figura de los difuntos muy relevante.

- Sobreprotección de las mozas, preparadas para el matrimonio desde edades muy tempranas y disponiendo para asumir las funciones reproductivas.
- En ocasiones el sexo es un elemento tabú.

### Educación

El nivel educativo de la población gitana es más bajo que ningún otro grupo social de semejante tamaño y composición, cerca de un 70% de las personas gitanas mayores de 16 años no tiene los estudios básicos obligatorios, siendo el analfabetismo aún más elevado en mujeres. Las causas son, significativamente culturales ya que no consideran la educación como algo importante, así como el absentismo escolar debido a la necesidad de ayudar en las ocupaciones y trabajos de los padres (venta ambulante sobretodo). El nivel educativo es un claro condicionante de los mecanismos de autocuidado de la salud.

### Empleo

El tipo de empleos a los que accede la población gitana se caracteriza fundamentalmente por la precariedad, lo que se traduce en temporalidad de las contrataciones, baja cuantía de los salarios y en categorías laborales de peón o auxiliar. El sexo incide claramente en los niveles de empleabilidad, de manera que, los hombres gitanos acceden en mayor medida que las mujeres.

### Vivienda

La vivienda y el hábitat juegan un papel central en los procesos de exclusión/inclusión social de los grupos más desfavorecidos. La situación de minoría gitana con respecto a la vivienda está relacionada con dos cuestiones, la persistencia del chabolismo y la infravivienda, así como los requisitos que se requieren para la compra de una vivienda (trabajo, capacidad de ahorro, etc.), además de una dificultad añadida por las prácticas discriminatorias que padecen.

## Religió

Las iglesias evangelistas han constituido un espacio alternativo para el apoyo grupal y la resolución de conflictos. En relación con la salud, actúan como factor de protección para la población ya que son emisoras de normas y conductas relacionadas con el cuidado de la salud.

## Las mujeres gitanas

El papel de la mujer constituye un pilar muy importante dentro de su comunidad. Son las educadoras, cuidadoras de niños y mayores y las transmisoras de normas y valores de su cultura. Lo que convierte a los hombres en el colectivo que más atención requiere respecto al autocuidado y la protección de la salud. La edad de matrimonio para las mujeres está entre 16 y 20 años y para los hombres de 18 a 22 años.

## Salud

La salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias, sólo es importante cuando aparecen síntomas llamativos. La concepción de salud es la ausencia de enfermedad y la enfermedad una situación invalidante ligada a la muerte <sup>(4)</sup>

## Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)

La convención sobre los Derechos del Niño es un tratado internacional que recoge los derechos de la infancia y es el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a los niños y niñas como gentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos. Fue aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor el 2 de septiembre de 1990.

Contiene 54 artículos dónde se recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños. Su aplicación es obligación de los gobiernos, pero

también define las obligaciones y responsabilidades de los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios infantes.

#### Cronología del CDN

- **1959.** Naciones unidas aprueba una Declaración de los Derechos del Niño. Insuficiente porque legalmente no tenía carácter obligatorio.
- **1978.** Versión provisional de una Convención sobre los Derechos del Niño.
- **1989.** Se aprueba el texto final de la Convención sobre los Derechos del Niño, con cumplimiento obligatorio para todos los países que la ratificasen.
- **1990.** La Convención sobre los Derechos del Niño se convierte en ley después de ser firmada y aceptada por 20 países, entre ellos España.
- **Actualidad.** La Convención sobre los Derechos del Niño está aceptada por todos los países del mundo excepto Estados Unidos. <sup>(5)</sup>

#### Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA)

En España, en materia de promoción, protección y defensa de los derechos de la infancia y la adolescencia, se elaboró el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA) en vigor desde 2006 hasta 2009, finalmente prorrogado hasta 2010. En 2013 entra el segundo Plan llamado II PENIA en vigor hasta el año 2016.

El PENIA es un instrumento integrador de las políticas de infancia y adolescencia en España respondiendo a la Recomendación del Comité de los Derechos del Niño de 2002 en la que se incluye la necesidad de formular una estrategia global para la infancia sobre la base de los principios y disposiciones de la CDN.

Se trata de un marco de cooperación de referencia para la coordinación de los organismos con competencias en la promoción del bienestar infantil y adolescente, ofreciendo así, una visión integral sobre la política. Así, se define de forma consensuada

las grandes líneas estratégicas de desarrollo de las políticas de infancia y adolescencia en nuestro país, tomando como principal referencia la CDN.

El objetivo primordial es generar una cultura de cooperación entre las instituciones comprometidas en la promoción y defensa de la infancia y la adolescencia y dar respuesta a los nuevos retos que se plantean en relación al bienestar de los menores.

Este referente está creado por las Administraciones Públicas, tanto la Administración General del Estado como la Autonómica y a Local, junto con otros actores sociales implicadas en los derechos de los menores, como la Plataforma de Organizaciones de Infancia (POI) y otras ONGs especializadas y expertos universitarios.

El actual II PENIA está dirigido a los menores de 18 años, de acuerdo con lo previsto en el artículo 12 de la Constitución Española y el artículo 1 de la CDN. Concretamente, según el citado artículo de la CDN, *“se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”* (también incluyendo al sexo femenino).

#### Objetivos de II PENIA:

1. Promover el conocimiento de la situación de la Infancia y la Adolescencia, el impacto de las políticas de la Infancia, sensibilizar a la población general y movilizar a los agentes sociales.
2. Apoyo a las familias
3. Medios y tecnologías de la comunicación.
4. Protección e Inclusión social.
5. Prevención y rehabilitación ante situaciones de conflicto social.
6. Educación de calidad.
7. Salud integral.
8. Participación infantil y entornos adecuados.

Con la necesidad de cumplir estos objetivos de seguimiento y evaluación de los menores, en España se crean los llamados “Programas del niño sano” con seguimiento de los menores por parte de un equipo multidisciplinar de medicina, enfermería, psicología, profesores, etc. Dónde basándose en las necesidades y recursos, cada comunidad autónoma establece un programa propio. <sup>(6)</sup>

### Programa del niño sano

Los padres han de ser los primeros interesados en el bienestar de sus hijos y una parte importante de este bienestar es la prevención de las enfermedades y accidentes.

La vigilancia del desarrollo en las visitas de salud programadas constituye una oportunidad ideal para la identificación precoz de los niños con problemas de desarrollo de cara a realizar una derivación a tiempo para un diagnóstico preciso y para poder recibir una atención temprana si fuera necesario.

El programa del niño sano es el seguimiento de la salud infantil mediante controles periódicos de salud por parte de enfermería y medicina, es una de las actividades más importantes de la atención primaria en edad infantil.

El propósito de estos controles es contribuir a la promoción de un estado de salud que permita un crecimiento y desarrollo óptimo del niño en el área biológica, psíquica y social. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tiene especial relevancia en la infancia y adolescencia, no sólo porque los niños y niñas son el eslabón más débil de la sociedad, sobre los que inciden de forma más acentuada cualquier desequilibrio del entorno, sino porque además hay evidencias cada vez más abrumadoras de que la intervención precoz en los primeros años conduce a un crecimiento exponencial del nivel de salud en la vida adulta, lo que además de proporcionar un bienestar incalculable, es una inversión en salud física y mental.

Esta actividad se lleva a cabo a través de acciones preventivas, detección precoz de anomalías y a la educación para la salud. Expuestas en el programa PENIA II como marco de referencia para el seguimiento de la CDN.

Junto con el Sistema Educativo, el Sistema Sanitario encuentra en, la Atención Primaria de Salud (APS) el lugar donde se dan mayores oportunidades de intervención con niños, niñas, adolescentes y sus familias. La Atención Primaria (AP) es el primer nivel de acceso al sistema sanitario y tiene un papel fundamental en la coordinación y continuidad de cuidados. <sup>(7)</sup>

#### Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A)

El PSIA-A es una propuesta que concreta el seguimiento de la salud e los niños, niñas y adolescentes de Andalucía mediante actividades de prevención y promoción de la salud. La puesta en marcha del programa supone un desarrollo de un conjunto de actividades preventivas y de promoción de la salud infantil en el que se distinguen subprogramas como el del diagnóstico precoz de las metabolopatías, vacunaciones o salud escolar.

Los problemas de salud habituales y los nuevos problemas emergentes en este grupo de población, requieren con frecuencia una intervención multidisciplinar y multisectorial en el entorno comunitario, que es dónde se desarrollan niños y niñas.

En su implantación se observó una mejora para la salud de los niños y niñas andaluces: mejoró el diagnóstico precoz de alteraciones estructurales, nutricionales, del crecimiento y del desarrollo psicomotor; se evitaron deficiencias en el diagnóstico precoz de metabolopatías; desaparecieron causas de morbilidad susceptibles de vacunación (rubeola congénita, poliomielitis, difteria, tétanos neonatal) o se redujeron a brotes localizados (rubéola, sarampión, parotiditis), se introdujeron nuevas vacunas en el

calendario vacunal y se redujo notablemente la mortalidad ocasionada por accidentes infantiles en menores de 5 años.

Conocedores, de que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tienen especial relevancia en la infancia y adolescencia y que los factores que más determinan la salud individual y familiar son las influencias sociales y del entorno, podemos considerar el PSIA-A, como una intervención eficaz en las personas y en la comunidad ya que:

- Las posibilidades de incidir en la promoción de estilos de vida saludable son óptimas en las primeras etapas de la vida.
- Las actividades de prevención en la infancia pueden evitar patologías, minimizar posibles secuelas y disminuir factores de riesgo.
- El papel clave de este Programa es la supervisión del desarrollo evolutivo a lo largo de la infancia y la adolescencia y la promoción de un desarrollo óptimo desde un concepto global o bio-psico-social.

### Objetivo

Contribuir a un adecuado desarrollo de la población infantil y adolescente, creando una mejora del estado de salud mediante:

- Promoción de hábitos y estilos de vida saludables.
- Detección precoz y abordaje integral de los problemas de salud más prevalentes o con mayor repercusión, que son susceptibles de intervenciones eficaces.

### Marco Legislativo PSIA-A

En Andalucía existe un amplio marco normativo sobre derechos en materia de salud de las personas menores de edad, resaltando la atención integral, la promoción de la salud y la educación sanitaria como eje primordial para alcanzar el estado de completo bienestar.

Ley de Salud de Andalucía 2/1998, de 15 de junio, establece que *“las actuaciones sobre protección de la salud se inspirarán entre otros, en el principio de concepción integral de la salud incluyendo actuaciones de promoción, educación sanitaria, prevención, asistencia y rehabilitación”*.

Ley de los Derechos y la Atención al Menor, 1/98 de 20 de abril, en su artículo 10 recoge los derechos de salud: *“Las Administraciones Públicas de Andalucía fomentarán que los menores reciban una adecuada educación para la salud, promoviendo en ellos hábitos y comportamientos que generen una óptima calidad de vida”*.

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, dispone en el artículo 18 los derechos de las personas menores de edad que: *“...tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía la protección y la atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y para su bienestar en el ámbito familiar, escolar y social, así como a percibir las prestaciones sociales que establezcan las leyes”*.

Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía reconoce el derecho de los menores a recibir educación para la adquisición de hábitos de vida saludable.

Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía recoge, entre otras, la necesidad de aplicar el enfoque de los derechos de la infancia (artº 5), la obligatoriedad de establecer mecanismos de participación efectiva de las personas menores de edad (artº 18), así como la importancia, en particular para grupos más vulnerables como es la infancia, del aprendizaje y la capacitación en salud (artº 24).

Decreto 219/1985, de 9 octubre, sobre atención de la salud materno-infantil, en su artículo 4 dice: *“La atención de la salud materno-infantil implicará, además de la asistencia y rehabilitación de la enfermedad, las siguientes actuaciones: Establecimiento de programas que desarrollen el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. Medidas de Educación para la Salud de la población infantil*

*desarrolladas dentro de su hábitat natural de convivencia. El fomento, promoción y protección de la salud infantil con especial dedicación a la inmunización, seguimiento del desarrollo del niño y prevención de accidentes infantiles.”*

Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo. *“Se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía, estableciendo las condiciones en que debe producirse la misma, con el objetivo de ofrecer una atención sanitaria integral, personalizada, y adaptada a sus necesidades específicas”. “Las personas menores de edad en situación de riesgo social serán objeto de atención especial y programas específicos, si fuera preciso, en los que se adapten los procedimientos y los espacios de atención para abordar integralmente sus necesidades”. Así como el papel de los profesionales de la salud responsables del seguimiento de los menores de edad, en el artículo nº13 “será responsable del seguimiento de su salud, tanto en las actividades asistenciales como en aquellas otras orientadas a la promoción de salud y prevención de la enfermedad”.*

### Metodología

Se nombre un grupo coordinador del PSIA-A por cada Distrito Sanitario de Atención Primaria (DSAP), con la participación de la dirección del Distrito, que será el encargado de dirigir las tareas necesarias para la implantación del Programa de Salud Infantil en todo el DSAP.

### Estructura PSIA-A

El programa de Salud Infantil andaluz se organiza en varias secciones:

#### **Primer Bloque. Aspectos Generales**

- Presentación, índice y autoría

- Introducció: fundamentació normativa, conceptual i estratègica.
- Evaluació: indicadors que debent ser contemplats per al seguiment del programa.
- Bibliografia.

## **Segundo Bloque. Temas**

### Actividades de promoción de salud y consejos preventivos:

- Promoció de la lactancia materna.
- Alimentació recomenada des de los 4 meses hasta los 18 años y asesoría de comedores escolares.
- Información y recomendaciones sobre el tabaquismo pasivo.
- Consejos sobre: Actividad física y deporte, fotoprotección, prevención del trastorno del sueño, Higiene corporal, Atención a la sexualidad y al adolescente.
- Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.
- Prevención de accidentes.
- Promoción del buen trato: parentalidad positiva y apego seguro.
- Uso responsable de los medicamentos.
- Prevención y detección del consumo de alcohol, tabaco y drogas.

### Actividades de Intervención y Cribado: Universales y Situaciones de riesgo.

#### Universales:

- Cribado neonatal de enfermedades metabólicas congénitas, de sobrepeso y la obesidad, de la displasia evolutiva de cadera, de criptorquidia, de ambliopía, estrabismo y trastornos de refracción.
- Supervisión del crecimiento físico y desarrollo puberal
- Prevención del raquitismo y déficit de yodo.
- Salud bucodental

- Detección precoz de anomalías en el desarrollo del aparato locomotor, de hipoacusia infantil y de trastornos del lenguaje y aprendizaje.
- Salud mental
- Valoración social y plan de atención social en salud.

Situaciones de riesgo:

- Cribado de la depresión postparto
- Cribado y prevención de hipercolesterolemia
- Cribado y prevención de hipertensión arterial
- Cribado y prevención de ferropenia
- Cribado de tuberculosis
- Atención a situaciones de malos tratos a menores

Actividades en grupos específicos.

- Programa de actividades para prematuros con edad gestacional menor de 32 semanas o peso inferior a 1.500 gramos
- Actividades preventivas en niños y niñas con síndrome de Down
- Actividades preventivas en menores adoptados procedentes de otros países e inmigrantes
- Atención al menor con discapacidad Vacunación en situaciones de riesgo
- Actividades recomendadas en enfermedad celiaca y fibrosis quística

**Tercer Bloque. PSIA individual**

- Cronograma de actividades individuales que relaciona el momento evolutivo de cada visita y el profesional indicado.
- Tabla de temas y Programa de Salud Infantil individual que muestra gráficamente el momento evolutivo (visita) en el que cada “tema” o contenido debe ser tenido en cuenta

- El desarrollo de cada una de las 12 visitas que incluye el esquema básico de actividades (evaluación, inmunización, consejo, entrega de material de apoyo) a desarrollar en cada una de ellas.

#### **Cuarto Bloque. Actividades grupales y comunitarias**

Constituye la introducción teórica y metodológica a este tipo de actividades con indicación de la población diana, la periodicidad y condiciones para su realización, la tipología de intervenciones y técnicas, el enfoque de activos de salud y una propuesta de catálogo de actuaciones grupales.

#### **Quinto Bloque. Guías anticipatorias y consejos**

Conjunto de breves textos en forma de fichas informativas a entregar en cada visita sobre distintos aspectos del desarrollo evolutivo infantil, pautas de socialización, promoción de salud y estilos de vida/ocio y pautas de estimulación. <sup>(8)</sup>

#### **Centro de Salud Polígono Sur (CSPS)**

El centro de salud polígono sur está situado en calle bendición y esperanza de Sevilla. En la Figura1 se indica la situación del centro de salud y la zona de las 3000 viviendas.



En cuanto al Control del niño sano la distribución se realiza de la siguiente manera:

- Visitas del niño sano con MEDICINA: 1, 2, 4, 9-12 Meses, 2 y 4 años.
- Visitas del niño sano con ENFERMERÍA: 6 y 18 Meses.

Y son los responsables de los menores los que se encargan de solicitar la siguiente visita del calendario. <sup>(9)</sup>

# Objetivos

## Objetivo general

- Analizar la atención sanitaria prestada al niño sano en Sevilla, centrándonos en la aplicación del programa PSIA-A establecido en la comunidad autónoma.

## Objetivos específicos

- Estudiar la adherencia al programa en la zona específica de las 3000 viviendas en Sevilla.
- Proponer estrategias y opciones de mejora para la adherencia.

# Metodología

## Diseño del estudio

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

## Población y muestra del estudio

Mi población de estudio se trata de los niños de 0 a 14 años que se incluyen en el programa del niño sano de Andalucía, concretamente en el programa PSIA-A, de la zona Polígono Sur de Sevilla, concretamente en la zona de “Las tres mil viviendas”.

## Datos sociodemográficos

Se han recogido datos como la edad, sexo y número de visitas realizadas.

## Obtención de los datos

Durante la estancia de prácticas en el centro de salud Polígono Sur, se realizó una recogida de los documentos utilizados para el control del niño sano en el centro de salud para conocer el programa y su importancia.

Una vez recogida la información necesaria, se llevó a cabo una búsqueda en páginas web y libros, reflejada en el marco teórico, con el fin de realizar una aproximación a la situación actual de las 3000 viviendas de Sevilla, necesaria para conocer el contexto en el que se desarrolla el estudio.

Después de la formación sobre la aplicación del PSIA-A Se estudia una población de 210 niños de esa edad lo que coincide con un cupo de uno de los médicos del centro de salud.

Para la recogida de los datos, se escogió al azar el cupo de uno médicos que realizan las visitas y se obtuvieron estos 210 nombres de menores, lo que permitió realizar una revisión de todas las historias para comprobar su adherencia al programa y permitiendo realizar el estudio de la misma.

## Análisis de datos

Con la información obtenida por la búsqueda realizada, se elaboró una base de datos en una tabla de excell dónde se contempló el sexo, la edad y el número de sesiones de niño sano a las cuales ha asistido.

Se utilizaron cálculos de centralización, para calcular la edad media de la muestra y porcentajes para calcular el número de visitas realizadas.

El programa del niño sano nos proporciona fórmulas estadísticas para evaluar la captación y cantidad. En este trabajo se usaron las fórmulas de cantidad para poder controlar la cantidad de menores que realizan los controles:

Número de menores con 4 años en los que se han realizado 6 controles o más

---

Población total de menores con 4 años en el cupo

Número de menores con 12 años en los que se han realizado la visita de los 12 años

---

Población total de menores con 12 años en el cupo

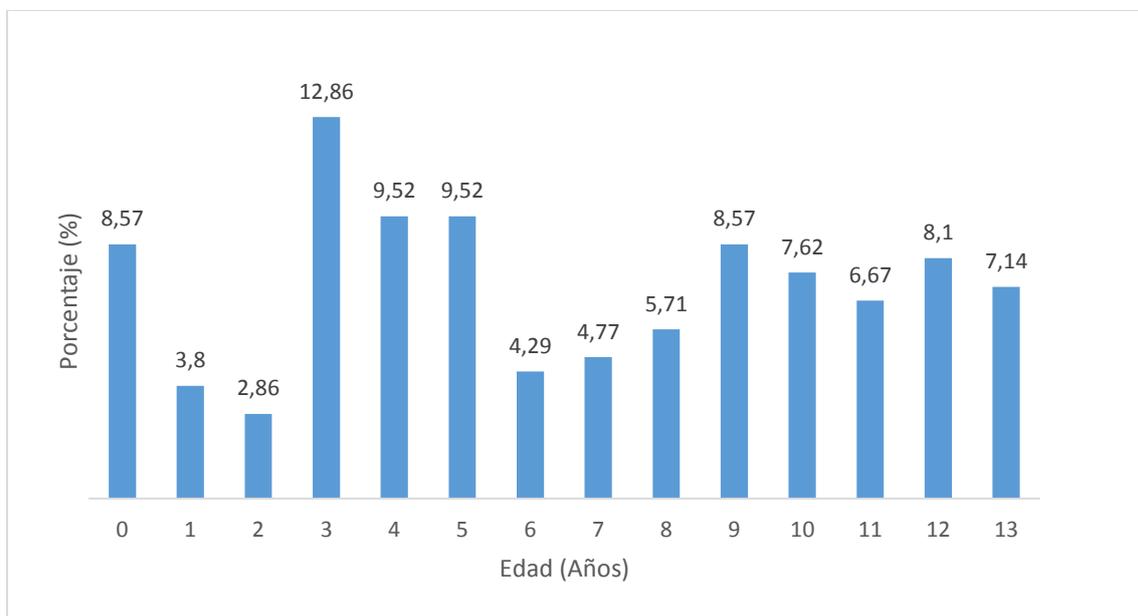
# Resultados y discusión

## Características basales de los pacientes

El porcentaje de varones es ligeramente superior al de mujeres (51,43% vs. 48,57%).

La edad media de los pacientes del estudio fue de 6,7 años (rango: 0-13 años). La distribución por edad se muestra en la **Figura 2**.

**Figura 2. Distribución por edad.**



*Figura 2*

Se estudió una muestra de 210 menores lo correspondiente a un cupo de uno de los médicos encargados del programa, de un total de 2503 menores en la zona de estudio.

El número total de visitas a realizar hasta los 14 años son 14. La muestra estudiada realiza los controles indicados en la Figura 3.



Figura 3

Evaluación según el programa:

**Criterio utilizado:** CANTIDAD PRIMEROS AÑOS DE PROGRAMA.

Número de menores con 4 años en los que se han realizado 6 controles o más: **51**

-----

Población total de menores con 4 años en el cupo: **78**

Resultado óptimo: **1**. Todos los niños de 4 años tienen al menos la mitad de los controles recomendados para su edad.

Resultado obtenido:  **$0.65 \times 100 = 65\%$**

**Criterio utilizado:** CANTIDAD ÚLTIMOS AÑOS DE PROGRAMA.

Número de menores con 12 años en los que se han realizado la visita de los 12 años: **0**

---

Población total de menores con 12 años en el cupo: **17**

Resultado óptimo: **1**. Todos los niños de 12 años tienen la visita de los 12 años.

Resultado obtenido: **0 x 100 = 0%**

Grado de cumplimiento según evaluación del programa.

La tasa de cumplimiento según el programa en los primeros años es de un 65% de participación. En la segunda evaluación en los últimos años la tasa de cumplimiento desciende hasta un 0%. Primera evaluación de cumplimiento con la segunda evaluación

**Figura 4. Primera evaluación y segunda evaluación**

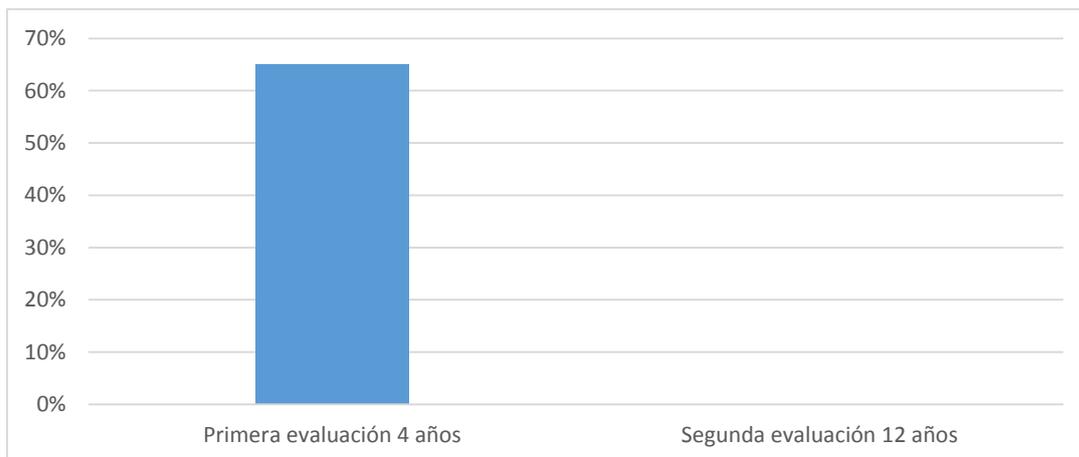


Figura 4

**Descenso relativo respecto a la primera evaluación:**



En la primera evaluación, el 35% de los pacientes eran incumplidores según los datos obtenidos. En la segunda evaluación se produjo un aumento de un 65% hasta un 100% de incumplimiento.

A pesar de la situación socio-cultural o económica de la zona de estudio, se puede observar que existe un 65% de participación en el programa cuando existe una obligatoriedad en la continuidad de las visitas, mediante recordatorios por parte de los profesionales encargados de los menores en el centro.

Tras analizar la atención prestada al niño sano durante las visitas, se puede detectar una gran participación por parte de los profesionales para fomentar la participación de los pacientes. Mis propuestas de mejora son las siguientes:

**Mantener las visitas obligatorias hasta los 14 años:**

Esto fomentará la participación de los menores y la cifra será más aproximada al 65% de la primera evaluación a los 4 años.

Manteniendo a los niños en el programa de menores hará que se siga teniendo una visión de ellos como niños lo que considero de vital importancia para evitar o identificar embarazos prematuros.

**Realizar un calendario**

Entregar un calendario con las visitas de los menores para entregar a los responsables de los mismos para un seguimiento más fácil de las visitas restantes.

**Realizar charlas informativas**

Indicando todos los beneficios del control y prevención de los menores para concienciar a la población de la importancia de las mismas.

**Proporcionar material adecuado**

Durante las visitas se proporciona material de guía indicado en el programa sobretodo basado en la alimentación. Considerando el tipo de población frente al que nos encontramos considero que es mucho mejor algo más esquemático o incluso realizar cursos o clases grupales, ya que la mayoría de adultos de la zona no saben leer o escribir, por lo que el material puede resultar confuso y acabar desechándose.

## Conclusiones

En este estudio se ha realizado con una muestra de 210 menores, de un total de 2503 niños entre 0 y 14 años que corresponden a la población asociada al centro de Salud Polígono Sur en la zona de las 3000 viviendas de Sevilla. La muestra escogida es significativa con el cupo de uno de los médicos encargados del programa.

La adherencia al programa se valoró según los criterios del propio programa PSIA-A. En los primeros años se obtiene una participación del 65% frente a un 0% de participación al final del programa.

Teniendo en cuenta que con la aplicación del programa se busca la participación del 100% de los menores hasta los 14 años de edad, se puede contemplar que existe un fallo en el sistema de aplicación del programa.

En el caso del centro de salud de estudio, se puede observar que se realizan sólo visitas hasta los 4 años, lo que corresponde exactamente al 65% de la participación, y desde los 4 hasta los 14 no existen esas visitas obligatorias con lo que se consigue ese 100% de incumplimiento de la visita. Considero que es una de las mejoras más importantes ya que en la adolescencia ayudará a evitar embarazos prematuros y se conseguirá una detección precoz de posibles enfermedades.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados al inicio del trabajo, se puede concluir que:

- Se ha estudiado el programa en profundidad y se considera que es un programa correcto según lo establecido.
- La aplicación del programa en el CSPS no es la más correcta debido a que finaliza a los 4 años en vez de a los 14 como está establecido en el programa.
- Debido al punto anterior y a otros factores efectivamente encontramos un descenso de la adherencia con un incumplimiento del 100% al final del programa.

- Se han estudiado y expuesto unas propuestas de mejora para el centro de salud, lo que conllevaría unos beneficios extra a parte del seguimiento del menor.

## Bibliografía

- (1) MORA RUIZ, V. Diagnóstico de territorios desfavorecidos en la ciudad de Sevilla: Tres Barrios-Amate, Sur, Torreblanca, Norte. 2011. Disponible en: [http://www.empleo.gob.es/redretos/es/contenidos/actualidad/2011/06/Diagnostico\\_de\\_territorios\\_desfavorecidos\\_opt.pdf](http://www.empleo.gob.es/redretos/es/contenidos/actualidad/2011/06/Diagnostico_de_territorios_desfavorecidos_opt.pdf)
- (2) TORRES GUTIERREZ, F.J: El territorio de los desheredados: asentamientos chabolistas y experiencias recientes de erradicación en Sevilla. En Revista: Hábitat y Sociedad, (ISSN 2173-125X) n3, 2011, p.67-90. Disponible en: <http://acdc.sav.us.es/habitatsociedad/images/stories/N03/N03A04%20EI%20territorio%20de%20los%20desheredados.pdf>
- (3) Ibán Díaz Parra. Un caso de segregación. El Polígono Sur. Dep. Geografía Humana. Universidad de Sevilla. 2005. Disponible en: [http://www.laciudadviva.org/opencms/export/sites/laciudadviva/recursos/documentos/Un\\_caso\\_de\\_segrecacion.\\_El\\_Poligono\\_Sur.pdf-93e3f3517aa7611b078dd1170e7f4e0c.pdf](http://www.laciudadviva.org/opencms/export/sites/laciudadviva/recursos/documentos/Un_caso_de_segrecacion._El_Poligono_Sur.pdf-93e3f3517aa7611b078dd1170e7f4e0c.pdf)
- (4) García García, Cristina. Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Fundación Secretariado Gitano. Ministerio de Sanidad y Consumo. ISBN: 84-95068-58-3. 2005. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/guiaSaludFSG.pdf>
- (5) Convención de los derechos del niño. UNICEF Comité español 2016. Disponible en: <http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>
- (6) Plan estratégico Nacional de la infancia y adolescencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/DchosInfancia/Penia.htm>

- (7) M<sup>a</sup> Dolores Medina Romero y José M<sup>a</sup> Garrido Miranda. Control del niño sano. Actuación de enfermería. ASOCIACIONES PEDIÁTRICAS E INTERVENCIONES ENFERMERAS. Disponible en:  
<http://www.logoss.net/uploads/editorial/temamuestra/tema136.pdf>
- (8) Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. Conserjería de igualdad, salud y políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2014. Disponible en:  
<http://si.easp.es/psiaa/>
- (9) Torres Gutiérrez, Francisco José. El análisis territorial aplicado al estudio de zonas urbanas marginadas, el caso de polígono sur en Sevilla. Grupo de investigación "Estructuras y sistemas territoriales". Universidad de Sevilla. ISBN: 84-689-1983-7. Disponible en:  
[http://www.upo.es/ghf/giest/documentos/poblacion\\_y\\_territorio/Torres07\\_poligonosur.pdf](http://www.upo.es/ghf/giest/documentos/poblacion_y_territorio/Torres07_poligonosur.pdf)

Anexo 1. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEP	OCT	NO V	DIC	ENE	FEB	MAR
Asignación de tema							
Entrega justificación en Moodle							
Estudio de la muestra							
Petición permisos a centro de salud							
Análisis de datos							
Entrega de trabajo							

## Anexo 2. VERSIÓN RESUMIDA DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

---

### **Artículo 1**

Se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que haya alcanzado antes la mayoría de edad.

### **Artículo 2**

Todos los derechos deben ser aplicados a todos los niños, sin excepción alguna, y es obligación del Estado tomar las medidas necesarias para protegerle de toda forma de discriminación.

### **Artículo 3**

Todas las medidas respecto del niño deben estar basadas en la consideración de su interés superior. Corresponde al Estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando los padres y madres, u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo.

### **Artículo 4**

Es obligación del Estado adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la CDN.

### **Artículo 5**

Es obligación del Estado respetar las responsabilidades y los derechos de los padres y madres, así como de los familiares, de impartir al niño orientación apropiada a la evolución de sus capacidades.

### **Artículo 6**

Todo niño tiene derecho a la vida y es obligación del Estado garantizar su supervivencia y desarrollo.

### **Artículo 7**

Todo niño tiene derecho a un nombre desde su nacimiento y a una nacionalidad

### **Artículo 8**

Es obligación del Estado proteger y, si es necesario, restablecer la identidad del niño, si éste hubiera sido privado en parte o en todo de la misma (nombre, nacionalidad y vínculos familiares).

### **Artículo 9**

Es un derecho del niño vivir con su padre y su madre, excepto en los casos que la separación sea necesaria para su interés superior. Es derecho del niño mantener contacto directo con ambos, si está separado de uno de ellos o de los dos. Corresponde al Estado responsabilizarse de este aspecto, en el caso de que la separación haya sido producida por acción del mismo.

### **Artículo 10**

Es derecho de los niños y sus padres y madres salir de cualquier país y entrar en el propio, con miras a la reunificación familiar o el mantenimiento de la relación entre unos y otros.

#### **Artículo 11**

Es obligación del Estado adoptar las medidas necesarias para luchar contra los traslados ilícitos y la retención ilícita de niños en el extranjero, ya sea por su padre o su madre o por una tercera persona.

#### **Artículo 12**

El niño tiene derecho a expresar su opinión y a que ésta se tenga en cuenta en los asuntos que le afectan.

#### **Artículo 13**

Todo niño tiene derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, siempre que ello no menoscabe el derecho de otros.

#### **Artículo 14**

El niño tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión bajo la dirección de su padre y su madre, y de conformidad con las limitaciones prescritas por la ley.

#### **Artículo 15**

Todo niño tiene derecho a la libertad de asociación y de celebrar reuniones, siempre que ello no vaya en contra de los derechos de otros.

#### **Artículo 16**

Todo niño tiene derecho a no ser objeto de injerencias en su vida privada, su familia, su domicilio y su correspondencia, y a no ser atacado en su honor.

#### **Artículo 17**

Los medios de comunicación social desempeñan un papel importante en la difusión de información destinada a los niños, que tenga como fin promover su bienestar moral, el conocimiento y la comprensión entre los pueblos y que respete la cultura del niño. Es obligación del Estado tomar medidas de promoción a este respecto y proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar.

#### **Artículo 18**

Es responsabilidad primordial de padres y madres la crianza de los niños y es deber del Estado brindar la asistencia necesaria en el desempeño de sus funciones.

#### **Artículo 19**

Es obligación del Estado proteger a los niños de todas las formas de malos tratos perpetradas por padres, madres o cualquiera otra persona responsable de su cuidado, y establecer medidas preventivas y de tratamiento al respecto.

#### **Artículo 20**

Es obligación del Estado proporcionar protección especial a los niños privados de su medio familiar y asegurar que puedan beneficiarse de cuidados que sustituyan la atención familiar o de la colocación en un establecimiento apropiado, teniendo en cuenta el origen cultural del niño.

#### **Artículo 21**

En los Estados que reconocen y/o permiten la adopción, se cuidará de que el interés superior del niño sea la consideración primordial y de que estén reunidas todas las garantías necesarias para asegurar que la adopción sea admisible así como las autorizaciones de las autoridades competentes.

#### **Artículo 22**

Se proporcionará protección especial a los niños considerados refugiados o que soliciten el estatuto de refugiado, y es obligación del Estado cooperar con los organismos competentes para garantizar dicha protección y asistencia.

#### **Artículo 23**

Los niños mentales o físicamente impedidos tienen derecho a recibir cuidados, educación y adiestramiento especiales, destinados a lograr su autosuficiencia e integración activa en la sociedad.

#### **Artículo 24**

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 aquellos relacionados con la atención primaria de salud, cuidados preventivos y 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.

#### **Artículo 25**

El niño que ha sido internado por las autoridades competentes para su atención, protección o tratamiento de salud física o mental, tiene derecho a una evaluación periódica de todas las circunstancias que motivaron su internamiento.

#### **Artículo 26**

Todo niño tiene derecho a beneficiarse de la Seguridad Social.

#### **Artículo 27**

Todo niño tiene derecho a beneficiarse de un nivel de vida adecuado para su desarrollo y es responsabilidad primordial de padres y madres proporcionárselo. Es obligación del Estado adaptar medidas apropiadas para que dicha responsabilidad pueda ser asumida y que lo sea de hecho, si es necesario, mediante el pago de la pensión alimenticia.

#### **Artículo 28**

Todo niño tiene derecho a la educación y es obligación del Estado asegurar por lo menos la educación primaria gratuita y obligatoria. La aplicación de la disciplina escolar deberá respetar la dignidad del niño en cuanto persona humana.

#### **Artículo 29**

El Estado debe reconocer que la educación debe ser orientada a desarrollar la personalidad y las capacidades del niño, a fin de prepararlo para una vida adulta activa, inculcarle el respeto de los derechos humanos elementales y desarrollar su respeto por los valores culturales y nacionales propios y de civilizaciones distintas a la suya.

#### **Artículo 30**

Es derecho de los niños que pertenecen a minorías o a poblaciones indígenas tener su propia vida cultural, practicar su propia religión y emplear su propio idioma.

#### **Artículo 31**

El niño tiene derecho al esparcimiento, al juego y a participar en las actividades artísticas y culturales.

#### **Artículo 32**

Es obligación del Estado proteger al niño contra el desempeño de cualquier trabajo nocivo para su salud, educación o desarrollo; fijar edades mínimas de admisión al empleo y reglamentar las condiciones del mismo.

#### **Artículo 33**

Es derecho del niño ser protegido del uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y se impedirá que esté involucrado en la producción o distribución de tales sustancias.

#### **Artículo 34**

Es derecho del niño ser protegido de la explotación y abuso sexuales, incluyendo la prostitución y su utilización en prácticas pornográficas.

#### **Artículo 35**

Es obligación del Estado tomar todas las medidas necesarias para prevenir la venta, el tráfico y la trata de niños.

#### **Artículo 36**

Es derecho del niño recibir protección contra todas las otras formas de explotación no consideradas en los artículos 32, 33, 34 y 35.

#### **Artículo 37**

Ningún niño será sometido a la tortura, a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la pena capital, a la prisión perpetua y a la detención o encarcelación ilegales o arbitrarias. Todo niño privado de libertad deberá ser tratado con humanidad, estará separado de los adultos, tendrá derecho a mantener contacto con su familia y a tener pronto acceso a la asistencia jurídica u otra asistencia adecuada.

#### **Artículo 38**

El Protocolo Facultativo de la Convención de los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados entró en vigor en 2002 y establece que los Estados Partes

adoptarán todas las medidas posibles para que ningún miembro de sus fuerzas armadas menores de 18 años participe directamente en hostilidades.

#### **Artículo 39**

Es obligación del Estado tomar las medidas apropiadas para que los niños víctimas de la tortura, de conflictos armados, de abandono, de malos tratos o de explotación reciban un tratamiento apropiado que permita su recuperación y reintegración social

#### **Artículo 40**

Todo niño que sea considerado acusado o declarado culpable de haber infringido las leyes tiene derecho a que se respeten sus derechos fundamentales y, en particular, el derecho a beneficiarse de todas las garantías de un procedimiento equitativo, incluso de disponer de asistencia jurídica o de otra asistencia adecuada en la preparación y presentación de su defensa.

#### **Artículo 41**

En el caso de que una norma establecida por una ley nacional u otro instrumento internacional vigente en dicho Estado sea más favorable que la disposición análoga de esta Convención, se aplicará dicha norma más favorable.

#### **Artículo 42**

Los Gobiernos tienen el deber de dar a conocer ampliamente los principios y disposiciones de la Convención, tanto a los adultos como a los niños.

#### **Artículos 43 – 45**

Para examinar el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño por parte de los Estados firmantes, se establece el Comité de los Derechos del Niño. En estos artículos se recoge el funcionamiento del Comité de los Derechos del Niño, conformado por 18 expertos de diferentes países que analizan los informes presentados por los Estados sobre los progresos y las medidas tomadas para el cumplimiento de la CDN.

#### **Artículo 46 - 54**

El contenido de los artículos comprendidos desde el artículos 46 hasta el 54 explican cómo los Gobiernos y organizaciones internacionales como UNICEF deben colaborar para el cumplimiento de estos derechos.

### Anexo 3. NORMAS PUBLICACIÓN ARTICULO

**Índex de Enfermería** es el órgano de la Fundación Índex y se publica con periodicidad trimestral.

**Índex de Enfermería** publica trabajos relacionados con la investigación en cuidados de salud desde una pluralidad de perspectivas: clínico-asistencial, socio-cultural e histórica. Pone énfasis en los abordajes fenomenológicos del proceso salud-enfermedad y en la humanización de los cuidados, privilegiando posturas epistemológicas emergentes en las ciencias de la salud, como la gestión del conocimiento, el movimiento de la evidencia científica o la investigación cualitativa. Todos los manuscritos recibidos para su publicación en **Índex de Enfermería** son sometidos a la revisión por expertos (revisión por pares o peer-review).

#### Tipos de artículo

**Índex de Enfermería** considerará para su publicación en sus secciones especiales aquellos trabajos relacionados directamente con la Enfermería y con la Investigación en Cuidados de Salud que no hayan sido publicados total o parcialmente en otros medios y se encuadren en las siguientes secciones:

**Originales.** Trabajos de investigación sobre cuidados de la salud en sus vertientes clínico-asistencial, metodológica, histórica, sociológica o antropológica.

**Teorizaciones.** Artículos orientados a fomentar el pensamiento crítico y la reflexión teórica sobre aspectos complejos del cuidado y sus relaciones con otras parcelas de conocimiento.

**Instrumentos.** Descripción de documentos metodológicos relevantes para la práctica de los cuidados (escalas de valoración, sistemas de registro de datos, pautas y protocolos de atención, guías de trabajo, programas, etc).

**Pliegos de Estilo.** Artículos orientados a la formación continuada del investigador. La temática abordada en esta sección estará en relación con los métodos y técnicas de investigación, las formas de expresión científica, la redacción, la descripción de fondos bibliográficos, aplicaciones informáticas, etc.

**Academia.** Estudios, propuestas o experiencias innovadoras en el ámbito de la formación superior.

**Diario de Campo.** Descripción de experiencias asistenciales fruto de una observación detallada que suponga una contribución singular en el campo de las relaciones humanas con el paciente, la familia o la comunidad.

**Archivo.** Incluye la descripción de documentos históricos de interés para el conocimiento de la evolución de los cuidados y la profesión de enfermería. El artículo deberá contener la transcripción del documento original y un comentario de texto en el que además de contextualizar y resaltar la trascendencia del documento, se describirán los criterios paleográficos utilizados en la transcripción, la referencia completa de texto y del fondo de procedencia. Se incluirán reproducciones de la portada o interior del texto histórico.

**Retablo de las Maravillas.** Colaboraciones en forma de reportaje sobre espacios emblemáticos y grupos humanos con indudables valores sociales y culturales para los cuidados (edificios históricos, centros pioneros en investigación, programas innovadores de ayuda humanitaria, contextos culturales donde pervivan sistemas de creencias y costumbres singulares sobre salud, etc). Será de especial interés el apoyo gráfico.

**Historia y Vida.** Utilizando como método la historia oral se incluirán colaboraciones que describan la experiencia subjetiva ante las diferentes dimensiones de la salud o la enfermedad. Consta de una introducción realizada por el autor donde se justifique la elección del personaje, y a continuación una transcripción literal del relato biográfico.

**La Mirada.** Aportación de una fotografía que recoja una imagen de indudable interés para la comprensión de una circunstancia relacionada con la salud y los cuidados, a la que se acompañará un comentario breve del autor o del recopilador en el que muestre su visión desde dentro. La fotografía deberá tener un tamaño mínimo de 18x28, positivada en blanco y negro con gran calidad y suficiente contraste, indicando en folio aparte el título, nombre del autor, lugar y fecha de realización.

**Evidencia Científica.** Artículos de investigación secundaria o de síntesis de conocimiento, con especial referencia a revisiones sistemáticas y revisiones críticas de artículos publicados.

**Cartas el Director.** Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en Index de Enfermería, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias que por su características puedan ser resumidas en un breve texto.

**Abstracta.** Se incluyen comentarios de texto de novedades bibliográficas de interés para el campo de la enfermería, tanto en libros como revistas y otros materiales. Constará de la cita bibliográfica de la obra según estilo de la revista, un comentario crítico y el nombre y apellidos del autor del comentario. Extensión del texto no superior a dos páginas.

**Gaceta de actividades y noticias.** Las sociedades y asociaciones científicas, instituciones, centros de investigación y enseñanza, podrán enviar reseñas sobre actividades que hayan desarrollado de interés científico (celebración de jornadas y congresos, conferencias, otorgamiento de premios, etc). La extensión máxima será de un folio y podrá acompañarse de una fotografía.

**Otras secciones.** La revista incluye otras secciones (editoriales, revisiones, consensos, entrevistas, reportajes y otros formatos especiales) cuyos artículos encarga la

Redacci3n. Los autores que deseen colaborar en alguna de estas secciones deber3n consultar previamente a la Secretar3a de Redacci3n.

## **Presentaci3n de los trabajos**

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores, y no podr3n ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright

No se aceptar3n trabajos publicados o presentados anterior o simult3neamente en otra revista, circunstancia que el autor deber3 declarar expresamente en la carta de presentaci3n del art3culo. Todos los trabajos enviados a la revista ser3n sometidos a una evaluaci3n por expertos, que determinar3 su aceptaci3n o no en funci3n de criterios objetivables de evaluaci3n de la pertinencia y calidad. Recomendamos a los autores que consulten previamente de las particularidades del Proceso de Revisi3n.

En general la extensi3n m3xima de los manuscritos no deber3 superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto, res3menes en espa3ol e ingl3s, bibliograf3a, anexos, tablas, gr3ficos y en general todas las partes del art3culo), y 1.500 palabras para art3culos de formato breve (cartas al director, editoriales, etc). Se admite un m3ximo de cuatro ilustraciones por art3culo y un m3ximo de seis firmantes (cuatro para art3culos de formato breve). En caso de superar los seis autores, deber3n asignarle un nombre corporativo al grupo (ejemplo "Grupo para el Estudio del Cuidado Familiar"). En ese caso podr3n anotarse hasta los cuatro primeros autores y el nombre corporativo del grupo, pudiendo indicarse en una llamada a pie de p3gina los nombres de todos los componentes del grupo.

El procesado del texto se har3 por computador utilizando el procesador Microsoft Word o compatible. El archivo se enviar3 por correo electr3nico a la Secretar3a de Redacci3n. Las p3ginas ir3n numeradas correlativamente en el 3ngulo superior derecho.

- En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

Título del artículo

- Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones, procure diferenciar los nombres de los apellidos subrayando los apellidos)
- Nombre completo del centro de trabajo
- Dirección completa del centro de trabajo
- Dirección para correspondencia
- Otras especificaciones cuando se considere necesario

En la segunda página se incluirá en español y en inglés el título del artículo y un resumen de no más de 150 palabras, preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión), así como varios descriptores o palabras clave que identifiquen el contenido del artículo. La traducción al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo.

- Procesado del texto. Tener en cuenta los siguientes parámetros:
- Tipo de letra Times New Roman a tamaño de 12 pulgadas. Espaciado e interlineado normales.
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Utilice preferiblemente entrecomillados y cursivas, pero no simultáneamente (salvo para pasajes textuales de informantes en estudios cualitativos).
- Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción nota final para la bibliografía. Ésta debe reseñarse al final ordenada

numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto pueden realizarse con la opción superíndice

## Aspectos formales de estilo

**Idioma.** Opcionalmente los autores podrán presentar su artículo en otro idioma diferente al español, preferiblemente en inglés, francés o portugués. En revistas con versión impresa deberán adjuntar una versión traducida al castellano que de ser aceptado el artículo será publicada en la versión impresa, mientras que se publicará en edición bilingüe en la versión digital de la revista. La corrección y equivalencia de las versiones bilingües son responsabilidad exclusiva de los autores.

**Abreviaturas.** Deberán evitarse en lo posible y cuando se empleen deberá explicitarse su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Evitar la utilización de abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando se trate de unidades de medida no es necesario explicitar su significado siempre que se expresen en Unidades del Sistema Internacional.

**Título.** Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.

**Autores.** Escribir sin abreviar el nombre y apellidos. Se recomienda adoptar una filiación bibliográfica única para favorecer la identificación en las bases de datos documentales. Identificar solo el departamento o institución a la que pertenece cada autor mediante llamadas con número volado (no anotar titulación, cargos, ni otros méritos). Incluir una dirección postal completa, dirección de correo electrónico o teléfono/fax del autor con el que se mantendrá la correspondencia.

**Estructura de los artículos de investigación.** Como criterio general y con independencia de la sección de la revista, todo artículo que describa resultados originales de una investigación deberá adoptar el sistema IMRYD (Introducción- Metodología-Resultados y Discusión-Conclusiones). En el caso de investigaciones cualitativas que precisen una descripción densa de los resultados podrá utilizarse el sistema combinado Resultados-Discusión para describir cada categoría temática analizada. En el caso de Relatos Biográficos se adoptará el esquema Introducción-Texto Biográfico, procurando describir en la primera los contenidos correspondientes al sistema IMRYD, de manera no estructurada.

## **Referencias bibliográficas**

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen estos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión "et al".

En algunos casos (trabajos con una orientación hacia las humanidades o las ciencias sociales) se permitirá la utilización del sistema de nombre y año (sistema Harvard), pero en ningún caso podrán simultanearse los dos estilos.

En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Índex de Enfermeria y en Índex Medicus, para aquellas revistas incluidas en los respectivos repertorios.

En lo posible se evitará el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas: no pueden emplearse como tales "observaciones no publicadas" ni "comunicación mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión "et al".

En algunos casos (trabajos con una orientación hacia las humanidades o las ciencias sociales) se permitirá la utilización del sistema de nombre y año (sistema Harvard), pero en ningún caso podrán simultanearse los dos estilos.

En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Índice de Enfermería y en Índice Medicus, para aquellas revistas incluidas en los respectivos repertorios.

En lo posible se evitará el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas: no pueden emplearse como tales "observaciones no publicadas" ni "comunicación personal", pero sí pueden referenciarse entre paréntesis en el lugar del texto donde corresponda.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre la página inicial y final de la misma. Especial cuidado ha de tenerse con la comprobación de las direcciones a documentos electrónicos, que han de llevar directamente al documento referenciado.

## **Ilustraciones**

1) *Fotografías*. Se incluirán solo en casos excepcionales y siempre que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Han de aportarse en archivo electrónico en formato JPG, TIF o GIF y alta resolución, indicando en archivo adjunto los pies de fotografías que han de incluirse. En caso de enviarse positivadas en papel fotográfico, las copias serán en blanco y negro, debidamente contrastadas y en papel de calidad a tamaño 9x12 cm. Iguales normas para los grabados y dibujos.

2) *Gráficos y tablas*. Se compondrán mediante aplicación informática y se adjuntarán en archivo aparte. Deben ir numerados, con su enunciado (título) correspondiente, y las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Para revistas con versión impresa utilizar escala de grises para las ilustraciones, gráficos y

tablas, nunca paleta de colores. Tampoco se deben introducir fondos de colores, solo se admite el blanco como fondo.

# **ESTUDIO DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE Y SU ADHERENCIA EN LA ZONA DE LAS 3000 VIVIENDAS DE SEVILLA**

B. Mateos Pajares

Facultad de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.

## **Resumen**

*Objetivo.* Analizar la atención sanitaria prestada al niño sano en Sevilla, centrándose en la aplicación del programa PSIA-A establecido en la comunidad autónoma de Andalucía. *Metodología.* Se realizó una recogida de datos como la edad, sexo y número de visitas pediátricas realizadas, con una población de estudio dentro de un rango de edad de 0 a 14 años incluidos en el programa y perteneciente al centro de salud Polígono Sur. *Resultados:* Se estudió una muestra de 210 menores lo correspondiente a un cupo de uno de los médicos encargados del programa, de un total de 2503 menores en la zona de estudio. La tasa de cumplimiento según el programa en los primeros años es de un 65% de participación. En la segunda evaluación en los últimos años la tasa de cumplimiento desciende hasta un 0%. *Conclusiones:* A pesar de la situación socio-cultural o económica de la zona de estudio, se puede observar que existe un 65% de participación en el programa cuando existe una obligatoriedad en la continuidad de las visitas, mediante recordatorios por parte de los profesionales encargados de los menores en el centro. Tras analizar la atención prestada al niño sano durante las visitas, se puede detectar una gran participación por parte de los profesionales para fomentar la participación de los pacientes.

## **Abstract**

*Objective.* Analyze health care provided to healthy child in Seville, focusing on the implementation of the PSIA-A program established in the autonomous community of Andalusia. *Methodology.* Data collection was performed as age, sex and number of pediatric visits, with a population of study within an age range of 0-14 years included in the program and health center belonging to the Poligono Sur. *Results:* A sample of 210 under the quota corresponding to one of the doctors in charge of the program, a total of 2503 children in the study area was studied. The compliance rate according to the program in the early years is 65% stake. In the second evaluation in recent years the rate of compliance falls to 0%. *Conclusions:* Despite the socio-cultural or economic situation of the study area, we can see that there is a 65% stake in the program when there is a requirement in the continuity of visits by reminders by professional managers of children in the center. After analyzing the attention given to healthy child during visits, you can detect a wide participation by professionals to promote the participation of patients.

## **Palabras clave**

Niño sano, Salud infantil, Andalucía, Sevilla.

## **Key Words**

Healthy Child, Children's Health, Andalucía, Sevilla.

## **Introducción:**

Los primeros años de vida del ser humano son de gran trascendencia ya que en esta etapa el desarrollo y crecimiento del cerebro ocurre a mayor velocidad. Si en este periodo se produce alguna situación que altera el desarrollo, las capacidades del niño pueden verse notablemente afectadas.

Por ello, el control del niño en los primeros años es una de las estrategias más efectivas para promover un crecimiento adecuado, asegurar el desarrollo de sus capacidades y prevenir posibles complicaciones.

La incorporación de actividades preventivas en los programas de salud infantil, han sido los pilares básicos para la atención en esta etapa de la vida. El desarrollo de estas actividades en Atención Primaria ha hecho posible una disminución de la morbimortalidad de en este rango de edad de la población. Pues Atención Primaria constituye un lugar idóneo para llevar a cabo las revisiones requeridas para el niño: individuales, integrales, oportunas, periódicas y secuenciales.

En el presente trabajo presentamos un estudio descriptivo dirigido al estudio de la participación en el programa de salud infantil en un tipo de población marginal de la zona de Andalucía. Es un trabajo basado en la experiencia vivida durante el curso de 2015 gracias al programa de movilidad de SICUE realizado en la ciudad de Sevilla.

La elección de esta temática se debe a la escasa atención que se muestra por el resto de la sociedad a este tipo de población presente en tantas zonas de nuestro país y estudiar así, el programa establecido y la importancia del mismo en los menores, y más aún en una zona de riesgo como son este tipo de residencia.

## **Objetivos**

### Objetivo general

Analizar la atención sanitaria prestada al niño sano en Sevilla, centrándonos en la aplicación del programa PSIA-A establecido en la comunidad autónoma.

### Objetivos específicos

Estudiar la adherencia al programa en la zona específica de las 3000 viviendas en Sevilla.

Proponer estrategias y opciones de mejora para la adherencia.

## **Metodología**

### Diseño del estudio

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

### Población y muestra del estudio

Mi población de estudio se trata de los niños de 0 a 14 años que se incluyen en el programa del niño sano de Andalucía, concretamente en el programa PSIA-A, de la zona Polígono Sur de Sevilla, concretamente en la zona de “Las tres mil viviendas”.

### Datos sociodemográficos

Se han recogido datos como la edad, sexo y número de visitas realizadas.

### Obtención de los datos

Durante la estancia de prácticas en el centro de salud Polígono Sur, se realizó una recogida de los documentos utilizados para el control del niño sano en el centro de salud para conocer el programa y su importancia.

Una vez recogida la información necesaria, se llevó a cabo una búsqueda en páginas web y libros, reflejada en el marco teórico, con el fin de realizar una aproximación a la situación actual de las 3000 viviendas de Sevilla, necesaria para conocer el contexto en el que se desarrolla el estudio.

Después de la formación sobre la aplicación del PSIA-A Se estudia una población de 210 niños de esa edad lo que coincide con un cupo de uno de los médicos del centro de salud.

Para la recogida de los datos, se escogió al azar el cupo de uno médicos que realizan las visitas y se obtuvieron estos 210 nombres de menores, lo que permitió realizar una revisión de todas las historias para comprobar su adherencia al programa y permitiendo realizar el estudio de la misma.

### Análisis de datos

Con la información obtenida por la búsqueda realizada, se elaboró una base de datos en una tabla de excell dónde se contempló el sexo, la edad y el número de sesiones de niño sano a las cuales ha asistido.

Se utilizaron cálculos de centralización, para calcular la edad media de la muestra y porcentajes para calcular el número de visitas realizadas.

El programa del niño sano nos proporciona fórmulas estadísticas para evaluar la captación y cantidad. En este trabajo se usaron las fórmulas de cantidad para poder controlar la cantidad de menores que realizan los controles:

$$\frac{\text{Número de menores con 4 años en los que se han realizado 6 controles o más}}{\text{Población total de menores con 4 años en el cupo}}$$
$$\frac{\text{Número de menores con 12 años en los que se han realizado la visita de los 12 años}}{\text{Población total de menores con 12 años en el cupo}}$$

## **Resultados y discusión**

### Características basales de los pacientes

El porcentaje de varones es ligeramente superior al de mujeres (51,43% vs. 48,57%). La edad media de los pacientes del estudio fue de 6,7 años (rango: 0-13 años). La distribución por edad se muestra en la **Figura 1**.

### **Figura 1. Distribución por edad.**

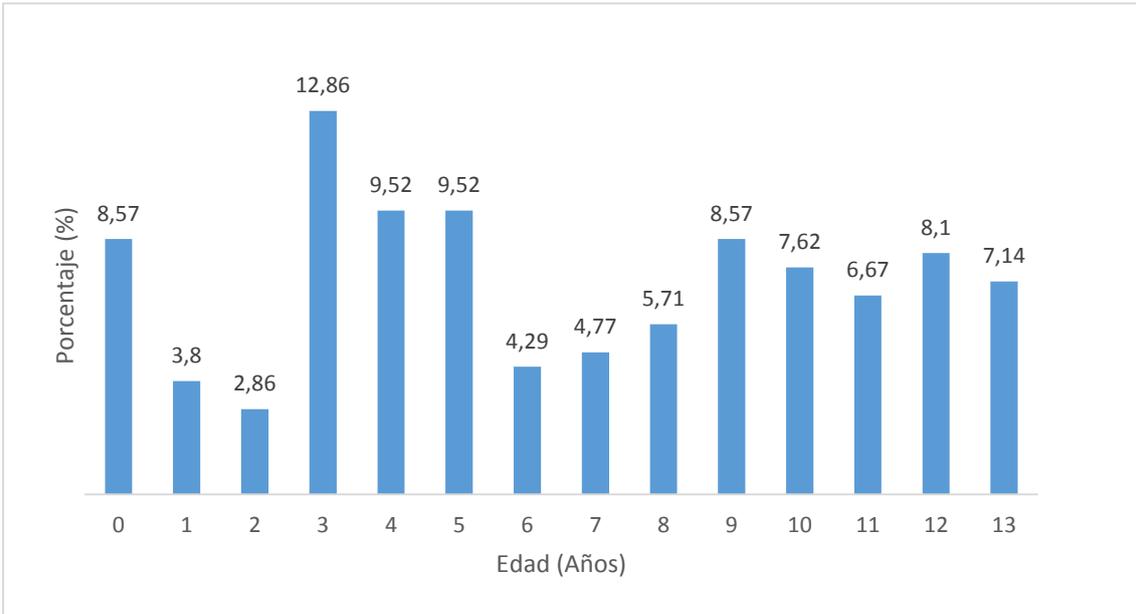


Figura 1

Se estudió una muestra de 210 menores lo correspondiente a un cupo de uno de los médicos encargados del programa, de un total de 2503 menores en la zona de estudio.

El número total de visitas a realizar hasta los 14 años son 14. La muestra estudiada realiza los controles indicados en la Figura 2.



Figura 2

Evaluación según el programa:

**Criterio utilizado:** CANTIDAD PRIMEROS AÑOS DE PROGRAMA.

Número de menores con 4 años en los que se han realizado 6 controles o más: **51**

Población total de menores con 4 años en el cupo: **78**

Resultado óptimo: **1**. Todos los niños de 4 años tienen al menos la mitad de los controles recomendados para su edad.

Resultado obtenido:  $0.65 \times 100 = 65\%$

**Criterio utilizado:** CANTIDAD ÚLTIMOS AÑOS DE PROGRAMA.

Número de menores con 12 años en los que se han realizado la visita de los 12 años: **0**

Población total de menores con 12 años en el cupo: **17**

Resultado óptimo: **1**. Todos los niños de 12 años tienen la visita de los 12 años.

Resultado obtenido:  $0 \times 100 = 0\%$

Grado de cumplimiento según evaluación del programa.

La tasa de cumplimiento según el programa en los primeros años es de un 65% de participación. En la segunda evaluación en los últimos años la tasa de cumplimiento desciende hasta un 0%. Primera evaluación de cumplimiento con la segunda evaluación

**Figura 3. Primera evaluación y segunda evaluación**

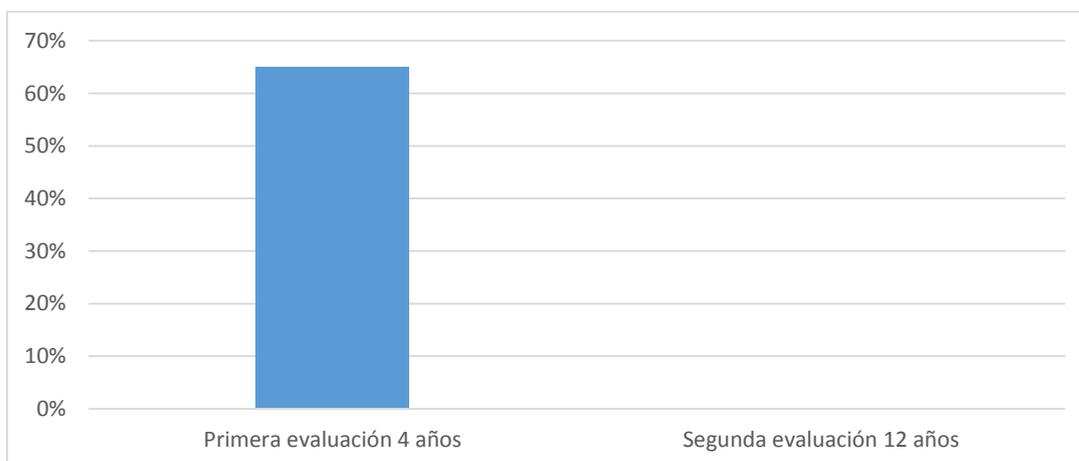


Figura 3



En la primera evaluación, el 35% de los pacientes eran incumplidores según los datos obtenidos. En la segunda evaluación se produjo un aumento de un 65% hasta un 100% de incumplimiento.

A pesar de la situación socio-cultural o económica de la zona de estudio, se puede observar que existe un 65% de participación en el programa cuando existe una obligatoriedad en la continuidad de las visitas, mediante recordatorios por parte de los profesionales encargados de los menores en el centro.

Tras analizar la atención prestada al niño sano durante las visitas, se puede detectar una gran participación por parte de los profesionales para fomentar la participación de los pacientes. Mis propuestas de mejora son las siguientes:

#### Mantener las visitas obligatorias hasta los 14 años:

Esto fomentará la participación de los menores y la cifra será más aproximada al 65% de la primera evaluación a los 4 años.

Manteniendo a los niños en el programa de menores hará que se siga teniendo una visión de ellos como niños lo que considero de vital importancia para evitar o identificar embarazos prematuros.

#### Realizar un calendario

Entregar un calendario con las visitas de los menores para entregar a los responsables de los mismos para un seguimiento más fácil de las visitas restantes.

#### Realizar charlas informativas

Indicando todos los beneficios del control y prevención de los menores para concienciar a la población de la importancia de las mismas.

#### Proporcionar material adecuado

Durante las visitas se proporciona material de guía indicado en el programa sobretodo basado en la alimentación. Considerando el tipo de población frente al que nos encontramos considero que es mucho mejor algo más esquemático o incluso realizar cursos o clases grupales, ya que la mayoría de adultos de la zona no saben leer o escribir, por lo que el material puede resultar confuso y acabar desechándose.

## **Conclusiones**

En este estudio se ha realizado con una muestra de 210 menores, de un total de 2503 niños entre 0 y 14 años que corresponden a la población asociada al centro de Salud Polígono Sur en la zona de las 3000 viviendas de Sevilla. La muestra escogida es significativa con el cupo de uno de los médicos encargados del programa.

La adherencia al programa se valoró según los criterios del propio programa PSIA-A. En los primeros años se obtiene una participación del 65% frente a un 0% de participación al final del programa.

Teniendo en cuenta que con la aplicación del programa se busca la participación del 100% de los menores hasta los 14 años de edad, se puede contemplar que existe un fallo en el sistema de aplicación del programa.

En el caso del centro de salud de estudio, se puede observar que se realizan sólo visitas hasta los 4 años, lo que corresponde exactamente al 65% de la participación, y desde los 4 hasta los 14 no existen esas visitas obligatorias con lo que se consigue ese 100% de incumplimiento de la visita. Considero que es una de las mejoras más importantes ya que en la adolescencia ayudará a evitar embarazos prematuros y se conseguirá una detección precoz de posibles enfermedades.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados al inicio del trabajo, se puede concluir que:

Se ha estudiado el programa en profundidad y se considera que es un programa correcto según lo establecido.

La aplicación del programa en el CSPS no es la más correcta debido a que finaliza a los 4 años en vez de a los 14 como está establecido en el programa.

Debido al punto anterior y a otros factores efectivamente encontramos un descenso de la adherencia con un incumplimiento del 100% al final del programa.

Se han estudiado y expuesto unas propuestas de mejora para el centro de salud, lo que conllevaría unos beneficios extra a parte del seguimiento del menor.

## Bibliografía

MORA RUIZ, V. Diagnóstico de territorios desfavorecidos en la ciudad de Sevilla: Tres Barrios-Amate, Sur, Torreblanca, Norte. 2011. Disponible en: [http://www.empleo.gob.es/redretos/es/contenidos/actualidad/2011/06/Diagnostico\\_de\\_territorios\\_desfavorecidos\\_opt.pdf](http://www.empleo.gob.es/redretos/es/contenidos/actualidad/2011/06/Diagnostico_de_territorios_desfavorecidos_opt.pdf)

TORRES GUTIERREZ, F.J: El territorio de los desheredados: asentamientos chabolistas y experiencias recientes de erradicación en Sevilla. En Revista: Hábitat y Sociedad, (ISSN 2173-125X) n3, 2011, p.67-90. Disponible en: <http://acdc.sav.us.es/habitatsociedad/images/stories/N03/N03A04%20EI%20territorio%20de%20los%20desheredados.pdf>

Ibán Díaz Parra. Un caso de segregación. El Polígono Sur. Dep. Geografía Humana. Universidad de Sevilla. 2005. Disponible en: [http://www.laciudadviva.org/opencms/export/sites/laciudadviva/recursos/documentos/Un\\_caso\\_de\\_segregacion.\\_El\\_Poligono\\_Sur.pdf-93e3f3517aa7611b078dd1170e7f4e0c.pdf](http://www.laciudadviva.org/opencms/export/sites/laciudadviva/recursos/documentos/Un_caso_de_segregacion._El_Poligono_Sur.pdf-93e3f3517aa7611b078dd1170e7f4e0c.pdf)

García García, Cristina. Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Fundación Secretariado Gitano. Ministerio de Sanidad y Consumo. ISBN: 84-95068-58-3. 2005. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desiguadadSalud/docs/guiaSaludFSG.pdf>

Convención de los derechos del niño. UNICEF Comité español 2016. Disponible en: <http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>

Plan estratégico Nacional de la infancia y adolescencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/DchosInfancia/Penia.htm>

M<sup>a</sup> Dolores Medina Romero y José M<sup>a</sup> Garrido Miranda. Control del niño sano. Actuación de enfermería. ASOCIACIONES PEDIÁTRICAS E INTERVENCIONES ENFERMERAS. Disponible en: <http://www.logoss.net/uploads/editorial/temamuestra/tema136.pdf>

Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. Conserjería de igualdad, salud y políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2014. Disponible en: <http://si.easp.es/psiaa/>

Torres Gutiérrez, Francisco José. El análisis territorial aplicado al estudio de zonas urbanas marginadas, el caso de polígono sur en Sevilla. Grupo de investigación “Estructuras y sistemas territoriales”. Universidad de Sevilla. ISBN: 84-689-1983-7. Disponible en: