



Seguimiento de niños de alto riesgo en los servicios de salud: estudio de método geoespacial mixto*


Bianca Machado Cruz Shibukawa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7739-7881>

Roberta Tognollo Borota Uema¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8755-334X>


Natan Nascimento de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7239-4289>

Rosana Rosseto de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3373-1654>

José Luis Guedes dos Santos²

 <https://orcid.org/0000-0003-3186-8286>

Ieda Harumi Higarashi¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4205-6841>

Destacados: **(1)** La adherencia a las consultas tiende a disminuir. **(2)** Se identificaron fallas en la oferta de transporte en la continuidad de la búsqueda activa. **(3)** Después de 10 años de funcionamiento de la red, aún hay falencias para atraer a la población. **(4)** Aumento de las tasas de no adherencia y abandono del seguimiento de niños de alto riesgo.

Objetivo: analizar la adherencia, no adherencia y el abandono del seguimiento de niños derivados a los centros de referencia de alto riesgo de la *Rede Mãe Paranaense*. **Método:** estudio del método convergente paralelo mixto, en el que ambos enfoques tienen el mismo peso. El escenario de estudio fueron dos consultorios externos de alto riesgo del sur del país. En la parte cuantitativa se analizaron 3.107 historias clínicas de niños de alto riesgo y se realizó una distribución espacial. En la parte cualitativa, se realizaron entrevistas a 29 profesionales de la salud y a 34 familiares, y se realizó el análisis de contenido. Se crearon dos bases de datos que se analizaron por separado y se integraron al final. **Resultados:** las tasas de adherencia al seguimiento están disminuyendo, fundamentalmente en los municipios alejados de los consultorios externos de alto riesgo, y las tasas de no adherencia y abandono van en aumento. Se observó en los relatos de los representantes y del gestor, un problema entre la oferta de transporte y el flujo de búsqueda activa de pacientes ausentes, lo que contribuye al aumento de las tasas de no adherencia y abandono, y, por ende, a la disminución de la adherencia. **Conclusión:** la adherencia de los niños de alto riesgo está disminuyendo y, a su vez, aumentan las tasas de no adherencia y abandono.





Descriptor: Salud Infantil; Pacientes Desistentes del Tratamiento; Programas Nacionales de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Servicios de Salud Materno Infantil; Atención Ambulatoria.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Adherencia, no adherencia y abandono del seguimiento infantil en una consulta externa de alto riesgo acreditada por Rede Mãe Paranaense", Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Como citar este artículo

Shibukawa BMC, Uema RTB, Oliveira NN, Oliveira RR, Santos JLG, Higarashi IH. Monitoring of high-risk children in health services: A geospatial mixed-methods study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3777. [Access   ]; Available in:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5806.3777>

Introducción

Se puede ver que hay un esfuerzo generalizado en varios países del mundo para implementar medios contra la mortalidad infantil, que justifican la creación de programas específicos de salud, dirigidos al acompañamiento materno infantil, que buscan mejores resultados para las familias y los niños⁽¹⁾.

Uno de ellos es la *Rede Cegonha* (RC), instituida en 2011 por el gobierno federal brasileño, que tiene como objetivo reducir la mortalidad materna e infantil mediante la mejora de la asistencia al binomio⁽²⁾. Y la *Rede Mãe Paranaense* (RMP), con base en la RC, se inició en el Estado de Paraná en 2012, cuyo foco es la funcionalidad basada en la estratificación de riesgo de las gestantes y los niños, es un sistema de referencia y contrarreferencia. La estratificación de los grupos, tanto en la atención prenatal y posnatal como en la atención al niño en el primer año de vida, tiene tres clases (riesgo bajo, intermedio y alto)⁽³⁾.

Los niños de alto riesgo se clasifican según las siguientes características: asfixia perinatal, hiperbilirrubinemia con exanguinotransfusión, retraso en el desarrollo neuropsicomotor, prematuridad, bajo peso al nacer, enfermedades genéticas, malformaciones, tamizaje neonatal positivo, enfermedades de transmisión vertical y desnutrición severa⁽³⁾.

A través de la estratificación de alto riesgo, el Programa apunta a la necesidad de acompañamiento regular durante el primer año de vida en el consultorio externo de referencia⁽³⁾. Sin embargo, los estudios indican que hay casos de familias que no asisten a las consultas e incluso de discontinuidad de los servicios de vigilancia de salud para niños de alto riesgo. Cuando el paciente no concurre a la primera consulta, se considera que hay no adherencia al seguimiento. Mientras que la discontinuidad del seguimiento se caracteriza como abandono del tratamiento⁽⁴⁻⁵⁾.

Se sabe que la asistencia de los niños a consulta se ve influenciada por factores intrínsecos y extrínsecos. Entre los factores intrínsecos vinculados a la madre, está el significado que la misma le atribuye al seguimiento del cuidado del hijo, es decir que el mismo influye en la adherencia, las consultas obedecen a enfermedades, exigencias de carácter personal o se relacionan con obligaciones domésticas⁽⁶⁾. En cuanto a los factores extrínsecos, la adherencia puede estar estrechamente vinculada al tiempo de espera para la consulta, la disponibilidad de citas en los servicios de salud y la actitud de los profesionales de la salud⁽⁷⁻⁸⁾. Estudios anteriores ya demostraron que cuanto mayor es la distancia del lugar de consulta, menor es la probabilidad de que la población reciba una atención adecuada en los servicios de atención materno infantil⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Para avanzar en la investigación de este fenómeno, es necesario adoptar un enfoque de investigación que

incluya tanto los factores geográficos, como la percepción de los familiares, profesionales de la salud y gestores. Por ende, la realización de un estudio de métodos mixtos puede contribuir a obtener una comprensión más amplia del problema investigado.

Cabe destacar que la efectividad de los programas de seguimiento infantil es inherente a la adherencia de los familiares a lo largo del seguimiento recomendado. La reflexión sobre las condiciones que trascienden el proceso de adherencia, no adherencia y abandono que experimentan las familias y sus hijos, así como los profesionales de la salud, es fundamental para asegurar el buen funcionamiento de los programas. Por lo tanto, el objetivo es analizar la adherencia, la no adherencia y el abandono del seguimiento de los niños derivados a los centros de referencia de alto riesgo de la *Rede Mãe Paranaense*.

Método

Diseño del estudio

Estudio de método mixto paralelo convergente geoespacial, en el que se le da la misma importancia a la investigación cuantitativa (QUAN) y cualitativa (QUAL)⁽¹¹⁾. La realización del estudio siguió los criterios de rigor metodológico para estudios mixtos, según la *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT)⁽¹²⁾.

Escenario de estudio

Los lugares de estudio fueron dos centros de referencia de la RMP de alto riesgo, centros de referencia para la atención sanitaria de una unidad regional en el Estado de Paraná, ubicado en la región sur de Brasil, además de los 30 municipios que componen dicha unidad regional.

Periodo

La recolección de datos se llevó a cabo de diciembre de 2019 a marzo de 2021.

Población

Para la fase cuantitativa del estudio, se seleccionaron 3.107 historias clínicas de niños derivados y monitoreados por centros de referencia de alto riesgo. En la fase cualitativa, la población estuvo compuesta por un gestor de salud responsable de la RMP en la unidad regional de estudio, 28 profesionales de la salud en representación de los municipios, ocho familiares del grupo que no adhirió al cuidado infantil, 11 familiares del grupo que abandonó el seguimiento y 15 familiares del grupo que terminó la atención.

Criterio de selección

Para la selección de historias clínicas, se consideraron elegibles las historias clínicas de todos los niños clasificados como de alto riesgo, derivados a los centros de referencia de la RMP desde enero de 2015 a diciembre de 2019 y que recibieron seguimiento hasta diciembre de 2020 o que abandonaron el seguimiento. Después de la lectura, las historias clínicas fueron divididas en tres grupos en función de la guía de clasificación⁽³⁾: adherencia, no adherencia y abandono.

El grupo adherencia se definió como niños que comenzaron y terminaron el período de seguimiento planificado. El grupo no adherencia estuvo formado por niños remitidos para seguimiento, pero que nunca asistieron a la consulta en el servicio de referencia. El grupo abandono se caracterizó por niños que iniciaron el seguimiento, pero sus familiares abandonaron la atención antes de finalizarla.

Los criterios de inclusión en los grupos familiares fueron: ser el responsable de llevar al niño a las consultas, y encajar en alguno de los tres grupos de estudio (adherencia, no adherencia o abandono) en los últimos seis meses anteriores a la fecha inicial de recolección, para preservar el recuerdo de los hechos.

Para la selección de los gestores, se solicitó a cada municipio que nominara un representante, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: participar en las reuniones del grupo directivo de la RMP, en las que se discuten y alinean las estrategias de la red. Al parecer quienes asistían a las reuniones estaban lo suficientemente comprometidos con la iniciativa y podían indicar las facilidades y dificultades que había en sus respectivos municipios.

Para la selección de los responsables de la RMP en el ámbito de la dirección regional de salud, se enumeraron los siguientes criterios: tener al menos un año de experiencia en la red y ser responsable del seguimiento del grupo de dirección y de la RMP.

Variables de estudio

Las variables cuantitativas del estudio fueron: tasas de adherencia, no adherencia y abandono, a partir de la razón entre el número de casos en cada estrato, por la población de nacidos vivos de alto riesgo, multiplicado por mil. Se consideró como población de nacidos vivos de alto riesgo al 15% de los nacidos⁽¹³⁾.

Las fuentes de datos cualitativos fueron informes de gestores, profesionales de la salud y familiares.

Instrumentos utilizados para recopilar información

Para la recolección de datos cuantitativos se utilizó un cuestionario estructurado, compuesto por el nombre de los municipios de origen de los niños, resultado (adherencia, no adherencia y abandono) y número de historia clínica.

Para la recolección de datos cualitativos, se elaboró un cuestionario semiestructurado para cada uno de los grupos de encuestados: gestores de salud, profesionales de salud responsables de la RMP, grupo de familiares adherencia, no adherencia y abandono. Para los familiares, las preguntas fueron sobre los motivos de derivación a alto riesgo y los motivos que llevaron a los familiares a terminar, abandonar o no adherir al seguimiento. Para los gestores y el representante regional de salud, las preguntas tenían como objetivo investigar el proceso de seguimiento del niño, la búsqueda activa de los ausentes y la oferta de apoyo brindada a los familiares para facilitar la adherencia al programa.

Recolección de datos

En la fase cuantitativa se obtuvo el acceso electrónico a las historias clínicas mediante la firma de un término de responsabilidad en ambas instituciones. Se elaboró una lista de los niños derivados a los servicios en el período de interés, lo que permitió la apertura y verificación del seguimiento que se les realizó a los niños en los consultorios externos de alto riesgo. Los datos de interés fueron recolectados mediante un instrumento desarrollado por la investigadora. La información sobre el número de nacidos vivos se obtuvo consultando la plataforma pública del Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC) en Brasil.

En la fase cualitativa, se realizaron entrevistas semiestructuradas que, debido a la pandemia de COVID-19, fueron de forma remota. Se consideraron como fracaso los casos en los que no hubo respuesta a los intentos de contactos con la familia durante los siete días de la semana en diferentes horarios.

En el día y hora acordados, la investigadora realizó la llamada y leyó el formulario de consentimiento libre e informado. Una vez que el familiar aceptaba participar en la investigación, se realizaba la entrevista siguiendo el cuestionario de cada grupo familiar. La llamada fue grabada y luego transcrita en su totalidad.

En el grupo "abandono" había 30 familias elegibles, pero 13 se negaron a participar en el estudio; en cinco casos no hubo contacto exitoso y el número/contacto de cuatro familias era inexistente. En total, se realizaron ocho entrevistas en este subgrupo familiar. En el grupo familiar "no adherencia" hubo un total de 35 familias elegibles. Sin embargo, el número de contacto informado de 17 era inexistente y el contacto fue infructuoso en siete casos.

Finalmente, se entrevistó a 11 familiares. En el grupo "adherencia", de las 33 familias abordadas, 15 no tenía contacto telefónico válido y en tres situaciones no hubo contacto exitoso, por lo que se entrevistó a 15 familiares.

Para realizar la recolección de datos del grupo "gestores y empleados de salud de la RMP", se contó con una lista con los nombres y contactos telefónicos de un representante de cada municipio. Luego de eso, se contactó a la persona indicada y se agendó un horario de acuerdo a la disponibilidad del profesional. Cuando se realizó la invitación, se le preguntó a la persona si conocía la plataforma *Google Meet*, y se le solicitó el correo electrónico profesional para poder enviar la invitación formal a la entrevista. Antes del inicio de la entrevista se le leyó el consentimiento libre e informado y también se le solicitó autorización para grabar la entrevista.

Para completar la recolección de datos, se adoptó el criterio de agotamiento de datos. En otras palabras, todas las entrevistas previamente programadas fueron realizadas, incluso si los datos ya habían presentado saturación teórica.

Procesamiento y análisis de datos

Para la parte cuantitativa, se realizó la distribución espacial de las tasas de los estratos de adherencia, no adherencia y abandono por año y el quinquenio (2015-2019) que abarca el estudio. La elaboración del subtítulo se basó en los valores intercuartílicos, son primer, segundo, tercer cuartil y valor máximo. El valor cero se ingresó como una categoría separada, no se incluyó en el cálculo de las categorías intercuartiles. Los índices y la distribución espacial se realizaron mediante el *software* Quantum Gis (QGIS) 3.10.

En la parte cualitativa, los datos se transcribieron utilizando *Microsoft Word 2019*[®]. Después de la transcripción, los datos se exportaron al *software* NVivo versión 1.5.1 y se analizaron según los pasos del análisis de contenido⁽¹⁴⁾. En el preanálisis se realizó una exploración sistemática de los datos siguiendo los principios de exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertinencia. La fase inicial de codificación se llevó a cabo para que surgieran las concepciones sobre la adherencia, la no adherencia y el abandono del seguimiento de los niños derivados a los centros de referencia de RMP de alto riesgo. A través de un proceso de aproximación y distanciamiento, se identificaron y nombraron los temas principales. Finalmente, con los resultados obtenidos se elaboraron cuadros para ilustrar los hallazgos, los cuales, luego, fueron interpretados desde la perspectiva de la literatura nacional e internacional.

Por tratarse de un estudio de método mixto paralelo convergente, la elaboración y el análisis de las dos bases de

datos se realizaron de forma independiente, y los resultados se integraron al final, con el fin de identificar convergencias y divergencias. La unión de los datos de los resultados QUANT y QUAL se realizó al finalizar el análisis de cada método, mediante la elaboración de un mapa de distribución espacial con la síntesis de los hallazgos cualitativos. Para el análisis e interpretación de los resultados, se adoptaron los supuestos del *Programa Rede Mãe Paranaense*⁽³⁾.

Aspectos éticos

Se cumplieron los preceptos éticos y legales, respetando la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. Para garantizar el anonimato de los entrevistados, sus relatos fueron identificados con letras, G para los gestores, P para los profesionales de la salud y F para los familiares, seguida del número arábigo correspondiente al orden en el que se realizó la entrevista. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, con CAAE: 24906719.9.0000.0104.

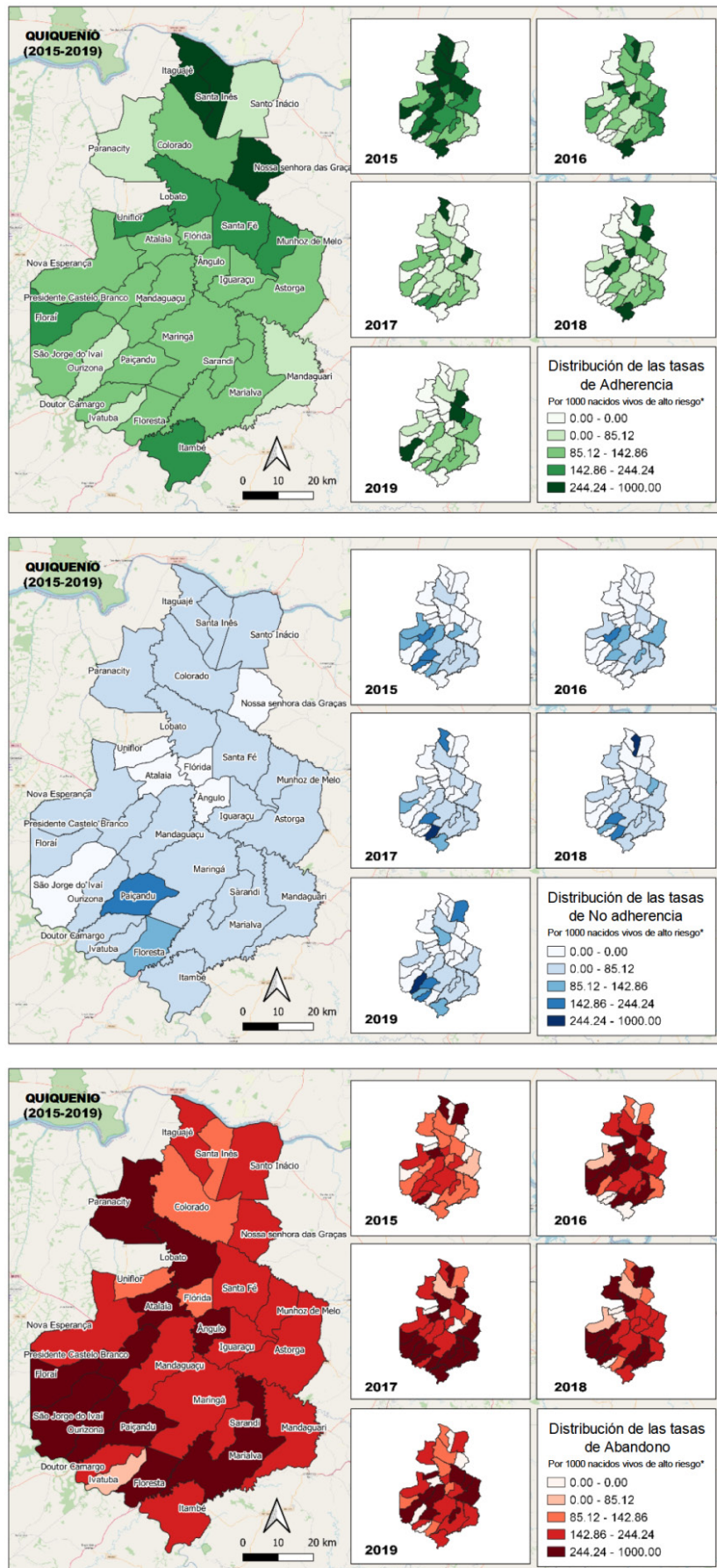
Resultados

En la etapa cuantitativa se analizaron 3.107 historias clínicas de niños de los dos centros de referencia de alto riesgo encargados de atender la demanda de los treinta municipios de la región elegida para el estudio. De estos, el 17,4% (540) no adherían a la RMP, el 26,7% (829) completó el seguimiento del niño según lo recomendado por la RMP y el 55,9% (1738) abandonó el seguimiento de alto riesgo.

La adherencia al seguimiento infantil en consultas externas de alto riesgo, tal como lo recomienda el RMP, está disminuyendo. La distribución espacial de las tasas muestra que son cada vez menos niños los que completan el seguimiento. Un fenómeno que llama la atención es que, a pesar de la disminución de la adherencia, los municipios con mayores índices de adherencia siguen siendo los que tienen mayores distancias a los lugares de consulta (Figura 1).

Las familias que tienen hijos clasificados como de alto riesgo y optan por no realizar el seguimiento infantil (grupo no adherencia), tienen tasas bien distribuidas en los 30 municipios. Sin embargo, se identificó un aumento de este comportamiento en la distribución espacial de las tasas de no adherencia, especialmente en las ciudades aledañas al municipio donde se ubican los consultorios de alto riesgo (Figura 1).

Las tasas de abandono varían entre los municipios, sin embargo, la mayor incidencia de casos de abandono de seguimiento se dio en las ciudades aledañas a la sede regional. La evolución de estas tasas se puede ver en los mapas, y está representada por el oscurecimiento del color a lo largo de los años (Figura 1).



*Para calcular las tasas de adherencia, no adherencia y abandono, se utilizó la estimación de la población de nacidos vivos de alto riesgo, que se obtuvo considerando el 15% de los nacidos vivos⁽¹³⁾

Figura 1 - Distribución espacial de las tasas de adherencia, no adherencia y abandono por año y quinquenio. Paraná, Brasil, 2021

En cuanto a los datos cualitativos, fueron entrevistados 28 representantes de los municipios, de los cuales, 26 (92,8%) eran enfermeros, uno (3,6%) era nutricionista y uno (3,6%) trabajador social. En cuanto a la función desempeñada, 20 (71,4%) eran coordinadores de salud, siete (25%) eran enfermeras de atención primaria o estrategia de salud de la familia y una (3,6%) era trabajadora social. El representante regional de salud era una enfermera, con el cargo de jefe de la división de salud materno infantil.

El grupo familiar adherencia estuvo compuesto por 15 participantes, de los cuales 12 (80%) eran madres y tres (20%) eran padres, 12 (80%) tenían pareja y tres (20%) no. De estos, 10 (66,7%) tenían educación secundaria, tres (20%) tenían educación superior y dos (13,3%) tenían educación primaria. En ese grupo había familiares que vivían en la ciudad donde funcionan los consultorios externos de alto riesgo y familiares que vivían en municipios a más de 100 km de distancia. Los principales motivos de derivación de estos niños a alto riesgo fueron prematuridad extrema (6; 40%) y malformación congénita (3; 20%).

El grupo familiar no adherencia estuvo constituido por ocho participantes, todas madres, el 50% (4) tenía pareja y el 50% (4) no. De estas, el 62,5% (5) tenía estudios secundarios completos, el 6,66% (1) primaria y el 13,33% (2) estudios superiores. En este grupo había familiares que residían en la misma ciudad de los consultorios externos de alto riesgo y también en municipios a más de 15 km de distancia. Los principales motivos de la derivación de estos niños a alto riesgo fueron la toxoplasmosis (2; 13,33%) y desconocían el motivo del seguimiento (3; 20%).

El grupo familiar abandono estuvo compuesto por 11 participantes, 9 (81,81%) eran madres, uno (9,09%) padre (1) y una (9,09%) abuela. En cuanto a la pareja, 7 (67,64%) tenían y cuatro (36,36%) no. Seis (54,54%) habían terminado la escuela primaria, cuatro (36,36%) la

secundaria y uno (9,09%) había finalizado la educación superior. En ese grupo había familiares que vivían en la ciudad donde funcionan los consultorios externos de alto riesgo y también en municipios con más de 75 km de distancia. Los principales motivos de derivación de estos niños a alto riesgo fueron prematuridad en cuatro (36,36%) casos y malformación en dos (18,18%) casos.

A través del análisis de contenido surgieron dos categorías: "Motivos de adherencia, no adherencia o abandono del seguimiento de la salud del niño"; y "Estrategias de atención primaria y regional de salud para la continuidad del seguimiento del niño de alto riesgo". A continuación se describe cada uno de ellos.

Motivos de adherencia, no adherencia o abandono del seguimiento de la salud del niño

Los motivos que se observaron en el grupo familiar para la adherencia se relacionan con sentimientos de miedo y preocupación, al mismo tiempo que expresan un fuerte compromiso con el mantenimiento del bienestar y la salud del niño (Figura 2).

En los testimonios del grupo familiar no adherencia, los motivos para no realizar el seguimiento se refieren a la impresión de que el niño está aparentemente sano y por lo tanto no necesita cuidados, el uso de planes de salud, la falta de apoyo a las madres adolescentes que se revela en el informe por el hecho de que no podían salir de la escuela para llevar al niño a la consulta, sumado a la falta de comprensión de la importancia del seguimiento del niño y a que ignoran la información que le brinda el equipo de salud en pro de información sin evidencia científica.

En los casos de abandono, los entrevistados destacan la distancia entre los lugares de consulta y el hogar, el largo tiempo de espera, la falta de información sobre la necesidad de seguimiento del niño, un sentimiento intrínseco de que el niño estaba bien y sano, además del miedo al contagio de COVID-19.

Adherencia	No adherencia	Abandono
<p>Miedo y preocupación: [...]tuvo un paro cardíaco al segundo mes de vida, de ahí en adelante nunca deje de llevarlo a todas las citas, no quería perder a mi hijo. F10</p> <p>Compromiso con la salud: Para saber cómo evolucionaba su prematuridad, como estaba, como iba evolucionando su crecimiento y alimentación. F01</p> <p>Me preocupaba realmente saber si todo estaba bien, porque como fue un embarazo muy complicado, [...] Estaba realmente preocupada por saber si estaba bien de verdad. F03</p> <p>Además de que mi hija es especial, tengo un compromiso con ella como padre, como ser humano, [...]. F14</p>	<p>Niño saludable: Ya he criado nueve hijos, aparte de mis hermanos, crecí acá, sé cuándo tenemos que ir al médico. Necesitamos ir al médico cuando estamos enfermos [...] un niño sano no necesita. F04</p> <p>Plan de salud: Empecé a trabajar un poco antes de enterarme del embarazo, entonces yo no tenía derecho a incluirlas en el seguro de salud porque no tenía plan, [...] todo el control prenatal lo hice particular. F05</p> <p>Falta de apoyo: No faltaré a la escuela para llevarlo a la consulta, mi mamá y mi papá trabajan. No detendré mi vida por el niño[...]. F03</p> <p>Falta de comprensión: Me dijeron muchas cosas, pero lo busqué en Google y vi que era más para asustarme, que rara vez pasa, [...] ahora tenemos internet y descubrimos cosas, no sirve de nada tratar de asustarme. F02</p>	<p>Distancia: Es que yo vivo en Marialva, ya sabes, entonces lo llevé, pero no dijeron más nada y no lo llevé más. F08</p> <p>Nos mudamos a otra ciudad, [...] creo que está a 50 minutos de Maringá. No tengo auto propio y con la pandemia tengo miedo de ir con el transporte sanitario. F04</p> <p>Tiempo de espera: El tiempo de espera [...] Llegábamos muy temprano, seis de la mañana, [...] yo iba muy temprano porque necesitaba volver para ir a trabajar, pero salía casi a la una de la tarde. F11</p> <p>Estaba aterrorizada por la pandemia y pensé: "no salgo con él", estaba bien gracias a Dios, me estaban orientando bien y terminé optando por no llevarlo. F09</p> <p>Por la pandemia, no era cuestión de no poder ir, era por la pandemia. Miedo a que acabemos contagiando a nuestro propio bebé. F05</p>

Figura 2 - Testimonios de los familiares de los grupos adherencia, no adherencia y abandono del seguimiento del niño de la Rede Mãe Paranaense. Paraná, Brasil, 2021

Estrategias de atención primaria y regional de salud para la continuidad del seguimiento del niño de alto riesgo

Ante el comportamiento de adherencia, no adherencia y abandono del seguimiento del niño de alto riesgo, representantes de los municipios y de la región informaron el desarrollo de estrategias para ayudar a las familias a comenzar y continuar acudiendo a las consultas propuestas por la RMP. Sin embargo, esta situación requiere mejores condiciones organizativas. Se identificaron dos formas de ayudar a mantener el seguimiento de la salud del niño: el transporte y la búsqueda activa, como se puede ver en la Figura 3:

Representantes de los municipios	Representante regional de salud
<p>Transporte</p> <p><i>El municipio brinda transporte para que la persona vaya y vuelva. P26</i> <i>El bono de transporte está disponible en la misma unidad [...] si buscas a la trabajadora social, ella te lo entrega tranquilamente. P16</i> <i>Tenemos escaso transporte, el mismo que los lleva a todos, para llevarlos a la hora de la consulta, pero para recogerlos hay solo un vehículo. Así que depende de la salida del último para llevarlos de vuelta. P13</i> <i>No hay [...] es la madre con sus propios recursos la que va para allá. P27</i> <i>Tratamos de brindar apoyo, le pedimos a la madre que solicite el transporte, pero apoyarlos en realidad es más difícil. P21</i></p>	<p><i>La red sí proporcionó recursos para el transporte sanitario, pero está incluido en el presupuesto general. Entonces la ordenanza dice que tenemos que invertir en transporte sanitario, pero no hay un recurso específico para eso, está dentro de los recursos que va a transferir a los municipios, dentro de la Rede Cegonha en todo el paquete. G1</i></p>
<p>Búsqueda activa</p> <p><i>Cuando faltan, si de alto riesgo no nos avisan, no nos enteramos de que estuvo ausente allí. Si nos avisan, nos ponemos en contacto, vamos a la casa y vemos qué pasó. P5</i> <i>La búsqueda activa es a través de WhatsApp, mucho WhatsApp, especialmente ahora durante la pandemia, o visitas a domicilio. P9</i> <i>Lamentablemente, esta es una de mis fallas, puede ser porque el municipio no lo exige, pero no realizo la búsqueda activa de niños de alto riesgo. P26</i> <i>Recibimos un correo notificando que faltó, entonces [...] hacemos la visita, vemos qué pasó, por qué no fue, tratamos de entender la razón por la que no fue a la consulta. P23</i></p>	<p><i>La búsqueda activa tiene que ser hecha por la atención primaria porque es quien está directamente relacionado con este usuario [...] Muchos de los municipios no tienen un equipo de ESF consolidado o adecuado para el tamaño de la población [...] siempre insistimos con los municipios, porque es la base de todo, para todas las redes. Entonces, la búsqueda activa tiene que ser parte de eso, pero creo que en estos 10 años fue difícil, y la dificultad de que puedas llevarlo a cabo al final, en el lugar, para los gerentes, para todo el equipo de salud, no ha sido fácil. G1</i></p>

Figura 3 - Testimonios de representantes de salud municipales y regionales. Paraná, Brasil, 2021

En cuanto a la búsqueda activa de los niños que no van a la consulta y, por ende, al seguimiento de los niños, se observó que algunos representantes de los municipios reconocen que la realizan y que han utilizado la tecnología

a su favor, tanto el correo electrónico como el WhatsApp, para averiguar el motivo de la ausencia e interpelar a las familias. Aunque tal estrategia es sumamente viable, algunos profesionales mencionaron que no la llevan a cabo o que les llegó la información.

Combinación de resultados cuantitativos y cualitativos

La combinación de enfoques cuantitativos (QUANT) y cualitativos (QUAL) mediante la integración de los resultados permite reconocer convergencias y divergencias entre los datos de la investigación. A continuación, presentamos algunos ejemplos de este estudio, también ilustramos la integración de datos en la Figura 4.

Es visible en el mapa de distribución de las tasas de adherencia, un movimiento de disminución de la adherencia a las consultas, especialmente en los municipios más alejados de los centros de referencia de alto riesgo. Si bien los índices han disminuido, en el grupo adherencia se notó que aproximadamente el 60% de los niños atendidos tuvieron un parto prematuro extremo, o malformaciones, hecho que puede sensibilizar e incluso preocupar más a la familia y hacerlos concurrir con más constancia al seguimiento de salud. Se observó en los informes de los representantes e incluso del gestor, que en algunos municipios el transporte no tiene un horario fijo para regresar, hecho que también le dificulta al familiar organizar su rutina y la del niño y, por ende, disminuye la adherencia.

En el mapa de distribución de las tasas de no adherencia, se puede ver que hay un aumento en los municipios con mayor distancia a las sedes de centros de salud y que también ya hay algunas manchas más oscuras cerca de las sedes, lo que demuestra que en estos municipios también está aumentando la conducta de no adherencia. Los relatos de los familiares indican que el niño se encuentra relativamente bien y por lo tanto no necesita ser atendido, por lo que el esfuerzo del viaje para acompañarlo a la consulta de rutina, desde su punto de vista, es innecesario. A esto se le suman falencias en la oferta de transporte y deficiencia en la continuidad de la búsqueda activa de pacientes ausentes, lo que contribuye al aumento de las tasas de no adherencia.

En cuanto a las tasas de abandono, se notó que en algunos municipios se mantuvieron, pero hubo una ligera disminución. Se esperaba que con la implementación de la RMP tales índices sufrieran un descenso importante e incluso desaparecieran, sin embargo, al unir el mapa con los relatos de los familiares, se observó que muchos abandonaron el seguimiento debido a la distancia que había entre el centro de salud y el domicilio. Sin embargo, cabe mencionar que además algunos de los municipios

aledaños a los consultorios no ofrecen transporte a sus pacientes, lo que aumenta las posibilidades de abandono. En los informes de los representantes de los municipios,

también vemos que el proceso de búsqueda activa sigue siendo inadecuado, hecho que contribuyó a la persistencia de las tasas de abandono presentes en el mapa.

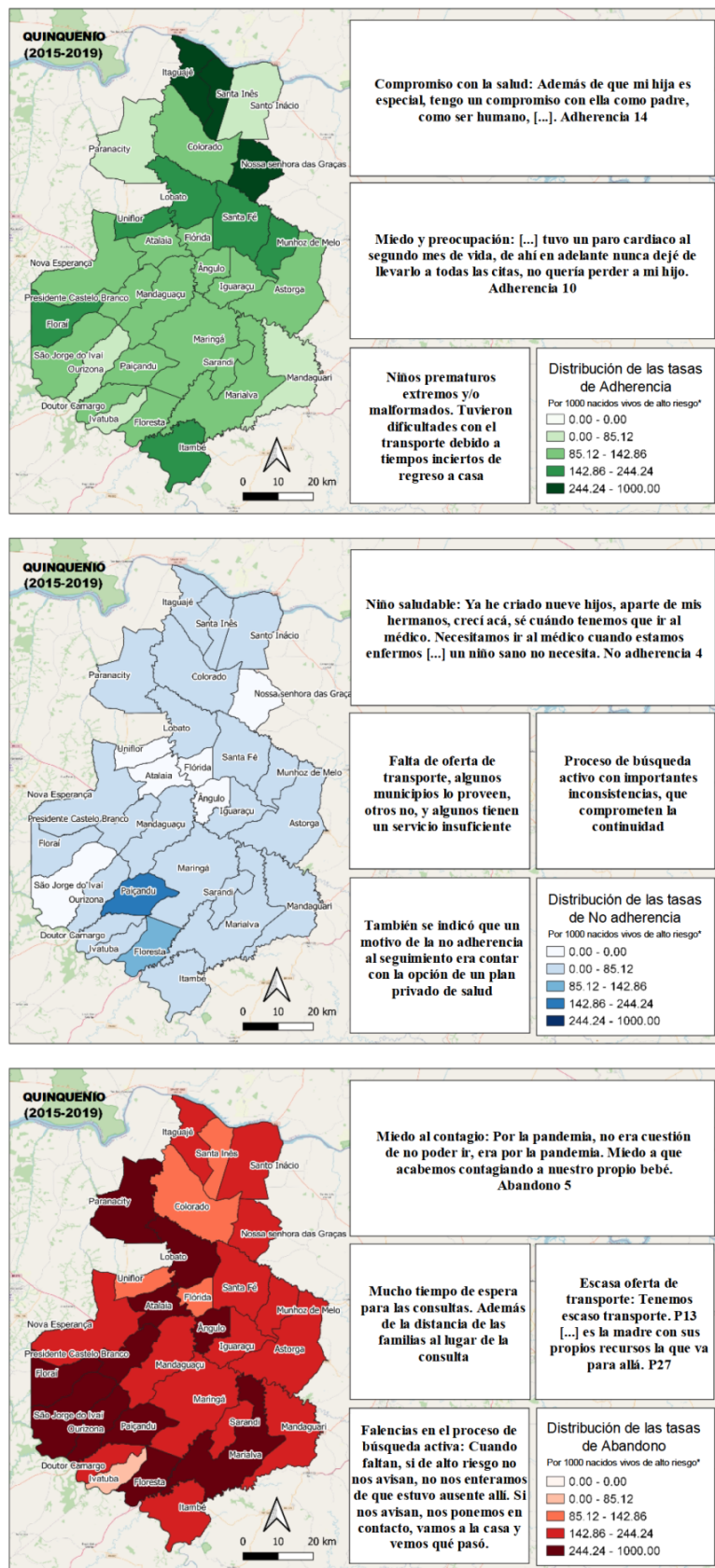


Figura 4 - Integración de resultados cuantitativos y cualitativos sobre adherencia, no adherencia y abandono del seguimiento del niño. Paraná, Brasil, 2021

Discusión

Los resultados y, posteriormente, la convergencia de la fase QUANT con la fase QUAL muestran que el seguimiento del niño de alto riesgo de los servicios de salud tiene algunas fallas, incluso con la implementación de la RMP en el estado de Paraná. La red tiene como objetivo garantizar que, a partir del embarazo, la paciente esté bien atendida y pueda acudir a todos los niveles de atención de manera organizada. Dicho cuidado no termina con el nacimiento del niño, sino cuando el niño recibe acompañamiento de manera constante, responsable y continua, con el fin de atender sus necesidades e identificar precozmente situaciones potenciales que puedan ponerlo en riesgo⁽¹³⁾.

En los últimos cinco años, ha habido un aumento en las tasas relacionadas con la falta de seguimiento infantil, especialmente en las ciudades cercanas al municipio sede. Los hallazgos cualitativos pueden explicar este hecho, los familiares informan que el niño está relativamente bien, por lo que no necesitan seguimiento, excepto en situaciones de enfermedad y, como muchos ya tienen planes de salud privados, optan por no utilizar el servicio público.

A esto se suman situaciones relacionadas con la falta de una red de apoyo, como en el caso de las madres adolescentes, lo que puede justificar que, aun viviendo en una ciudad cercana a la clínica, no haya forma de conciliar sus actividades, incluida la vida escolar, para llevar al niño a las consultas. Además, hay que agregar que hay familias que terminan resolviendo sus dudas en internet y creen que esa búsqueda es suficiente para decir si el niño necesita o no atención⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Los datos cuantitativos mostraron una disminución en la adherencia a los servicios de seguimiento infantil, es decir, a pesar de los esfuerzos de la RMP, tales tasas continúan disminuyendo. Sin embargo, es curioso que aún con la disminución del flujo de atención, los municipios más distantes son los que presentan mayor adherencia, dato que no coincide con los de estudios previos⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Este hallazgo puede ser explicado por los datos cualitativos. Los familiares entrevistados en el grupo adherencia relataron temor y preocupación por el estado de salud del niño. La distancia no fue mencionada en ninguna de las declaraciones, lo que sugiere que el compromiso con la salud del niño puede superar las barreras geográficas.

En lo que respecta al abandono de los servicios, la integración entre datos cuantitativos y cualitativos mostró que las tasas de abandono en la región estudiada son variables, con tasas más altas en las ciudades cercanas a la sede regional. De las entrevistas se puede aprender que la distancia entre el domicilio y el servicio de salud,

la dificultad para acceder a medios de transporte, el largo tiempo de espera y la pandemia de COVID-19 son los principales factores relacionados con el abandono del seguimiento.

Se observó temor ante la posibilidad de contagio vinculada a la necesidad de utilizar transporte sanitario para llegar a los centros de salud. Un hecho que corrobora la sensación de desprotección al salir de casa con el niño durante la pandemia para una consulta de rutina, y convierte el seguimiento en algo secundario. Si bien el transporte está previsto en el RMP, según lo manifestado por el gestor, las declaraciones de los familiares muestran que la situación aún no ha sido resuelta adecuadamente, culminando en altos índices de abandono.

La ausencia en las consultas representa una situación de mayor riesgo para los niños que tienen características que la misma clasificación consideró como necesidad de acompañamiento especial⁽³⁾. En los relatos de las familias, se notó que la falta de transporte contribuía directamente a la no concurrencia a los servicios. Tal demanda debe ser satisfecha por la gestión de la red, dado que la dificultad para llegar a los servicios de salud es algo que ya estaba previsto en el programa. Al mismo tiempo, les corresponde a los representantes de los municipios y al gestor regional comprender las dificultades reales que limitan el acceso a los servicios de salud y definir estrategias para mejorarlo.

Hay una brecha entre lo que recomienda la ley y lo que incluye la regulación de los servicios de la red, especialmente en lo que respecta a los servicios de transporte. La dificultad de locomoción, la falta de estructura e incluso la baja articulación entre servicios pueden dificultar el acceso a las instituciones de salud, especialmente a aquellas de baja y mediana complejidad. Los casos en los que las familias necesitan viajar largas distancias, o residen en lugares más alejados o en municipios vecinos, son situaciones que contribuyen al bajo flujo de concurrencia de los niños a los centros de salud, generando situaciones de no adherencia y/o abandono del seguimiento⁽¹⁷⁾.

Otro problema observado fue la falta de comunicación en los servicios con respecto a la búsqueda activa de ausentes y estrategias de captación de profesionales para tal fin. Si bien el discurso del gestor muestra que dicho seguimiento se realiza y debe realizarse, aun con las dificultades existentes, al mismo tiempo se infiere en el informe de los representantes de los municipios que muchos desconocen tal situación e incluso admiten que lo consideran un fracaso en el ejercicio de su función.

Ya se afirma en la literatura que la comunicación ineficaz, especialmente en una red de atención para la salud, perjudica la atención y el seguimiento de los usuarios. Especialmente en la población pediátrica, tal falencia significa que los niños no reciben el seguimiento adecuado

y esto impacta directamente en su crecimiento y desarrollo. Al mismo tiempo, es importante enfatizar que esta falta de búsqueda de pacientes ausentes no debe ser considerada por los servicios como algo más en la rutina, sino que debe generar preocupación y, por ende, acción. Cuando esta realidad se incorpora a la rutina y se considera normal, se pierde el control de la población a la que se le brinda atención y se torna imposible hacer lo recomendado⁽¹⁸⁾.

El cambio cultural con respecto al mito de que un niño sano no necesita seguimiento es una barrera estructural y psicológica que es necesario superar. Para cambiar este escenario es necesario, además de escuchar a las familias y a los profesionales de la atención primaria de la salud para buscar formas de desmitificar esta situación, que el proceso de transformación también sea impulsado por el mismo gestor, para que, a partir de ello, los representantes municipales elaboren planes de acción dentro de sus áreas para mejorar y garantizar el acceso de los niños y las familias a los servicios de salud, de modo que las tasas de abandono observadas en la parte cuantitativa del estudio puedan disminuir.

Cuando el niño atravesaba una situación delicada al nacer, como parto prematuro, o presentaba alguna malformación, los familiares mostraban mayor preocupación por el cuidado de la salud. Sin embargo, se vio que la situación cambió con los niños sanos. Se invierte el concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, hoy se acude al servicio de salud cuando la enfermedad ya está instalada. Es necesario empoderar a las familias para que cuiden a sus hijos en un contexto saludable, para que sus hijos accedan a una atención integral y de calidad a largo plazo⁽¹⁹⁾.

Cuidar a un hijo que pasó por una situación imprevista al nacer genera sentimientos de inseguridad y miedo, ya que la maternidad idealizada fue abruptamente interrumpida por la condición de alto riesgo. Ese momento puede llevar a que concurran asiduamente a los servicios de salud, con el objetivo de minimizar las lesiones y prevenir posibles situaciones de alerta con potencial de agravamiento⁽²⁰⁾.

Un dilema que se manifiesta a través de la integración de datos es poder captar y concientizar a las familias de los niños que evolucionaron de manera más tranquila y esperada en los primeros meses de vida sobre el hecho de que mantenerse saludables y con consultas actualizadas es un factor protector y que no deben abandonar el seguimiento de los niños. Cabe destacar que los niños con condiciones crónicas ya son vulnerables, por lo que formar parte del grupo no adherencia y/o abandono hace que esta población sea más propensa a tener problemas de salud además de requerir atención de alta complejidad⁽²¹⁾.

La integración de los resultados del estudio demuestra que queda mucho por hacer en el campo de

la salud infantil. La implementación de la red en 2012 se dio con el objetivo de garantizar un servicio integral y con un acceso adecuado, sin embargo, las tasas de adherencia mostraron una disminución, mientras que las tasas de no adherencia y abandono van en aumento. Se sabe que la pandemia puede dificultar la situación, pero al analizar el quinquenio, se ve que la ausencia en las consultas de rutina ya venía ocurriendo. Además, en los testimonios se observa que son varias las dificultades que impiden que haya una continuidad en el seguimiento de los niños.

Como limitación del estudio, se destaca que solo se analizó una unidad regional de salud. Por lo tanto, los datos no pueden generalizarse a nivel estadual. A pesar de esto, el estudio contribuye para que se formulen nuevas políticas y estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud infantil.

Conclusión

La adherencia de los niños derivados a seguimiento de alto riesgo está disminuyendo y las tasas de no adherencia y abandono han aumentado. Dichos resultados están relacionados, según el punto de vista de los familiares, con la distancia de los servicios de salud, el cambio de ciudad y la creencia de que los niños sanos no necesitan seguimiento. En las declaraciones de los gestores y representantes municipales, se identificaron dificultades en la prestación del servicio de transporte y en la búsqueda activa de niños y familiares ausentes.

Se cree que el estudio puede colaborar para generar cambios en el escenario de la atención infantil. Cuando se conocen los factores que contribuyen directamente a la adherencia, la no adherencia y el abandono de los seguimientos, es posible proponer cambios que tengan como objetivo subsanar tales dificultades y mejorar los índices relacionados con el seguimiento de la salud del niño.

Referencias

1. Kilburn MR, Cannon JS. Home Visiting for First-Time Parents: Community Innovation. *Future Child*. 2019;29(1):81-97. <https://doi.org/10.1353/foc.2019.0004>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. [Internet]. *Diário Oficial da União*, 27 jun. 2011 [cited 2021 Aug 27]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
3. Estado do Paraná (BR), Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*. Paraná: SESA, 2018 [cited 2021 Aug

- 27]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf
4. Paula CC, Silva FS, Toebe TRP, Bick MA, Ferreira T, Padoin SMM. Chemopophilaxia, clinical follow-up and immunizations of children exposed to hiv: assessment of family capacity. *Cienc Cuid Saude*. 2019;18(1):e45024. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i1.45024>
 5. Shibukawa BMC, Rissi GP, Uema RTB, Merino MFGL, Cheffer MH, Higarashi IH. Impact of valvular heart disease on activities of daily living during the preoperative period. *Rev Eletr Enferm*. 2021;23:65051. <https://doi.org/10.5216/ree>
 6. Tavares TS, Sena RR, Duarte ED. Implications for nursing care concerning children discharged from a neonatal unit with chronic conditions. *Rev Rene*. 2016;17(5):1-9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500011>
 7. Vaz EMC, Brito TS, Santos MCS, Lima PMVM, Pimenta EAG, Collet N. Referência e contrarreferência de crianças em condição crônica: percepção de mães e profissionais da atenção secundária. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:51186. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51186>
 8. Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, Couto TM, Campos LM, Oliveira PS. Factors related to quilombola attendance to child follow-up appointments. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):9-16. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0605>
 9. Tanou M, Kamiya Y. Assessing the impact of geographical access to health facilities on maternal healthcare utilization: evidence from the Burkina Faso demographic and health survey 2010. *BMC Public Health*. 2019;19:838. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7150-1>
 10. Tiruaynet K, Muchie KF. Determinants of utilization of antenatal care services in Benishangul Gumuz Region, Western Ethiopia: a study based on demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:115. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2259-x>
 11. Creswell JW, Clark VLP. *Pesquisa de Métodos Mistos*. 2ª edição. Porto Alegre: Penso; 2013.
 12. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *J Clin Epidemiol*. 2019;111:49-59.e1. <https://doi.org/10.1016/J.JCLINEPI.2019.03.008>
 13. Estado do Paraná (BR). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SESA nº 929 de 30 de julho de 2020. Institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná [Internet]. Curitiba: SESA; 2020 [cited 2021 Aug 27]. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/929_20.pdf
 14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
 15. Rubiza Y. 'They are a shame to the community...' stigma, school attendance, solitude and resilience among pregnant teenagers and teenage mothers in Mahama refugee camp, Rwanda. *J Glob Health*. 2020;16(5):763-77. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1751230>
 16. Martino I, D'Apolito R, McLawhorn AS, Fehring KA, Sculco PK, Gasparini G. Social media for patients: benefits and drawbacks. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2017;10:141-5. <https://doi.org/10.1007/s12178-017-9394-7>
 17. Shaw S, Sahoo H. Accessibility to Primary Health Centre in a Tribal District of Gujarat, India: application of two step floating catchment area model. *GeoJournal*. 2020;85:505-14. <https://doi.org/10.1007/s10708-019-09977-1>
 18. Ridgway L, Hackworth N, Nicholson JM, McKenna L. Working with families: A systematic scoping review of family-centred care in universal, community-based maternal, child, and family health services. *J Child Health Care*. 2021;25(2):268-89. <https://doi.org/10.1177/1367493520930172>
 19. Guan H, Okely AD, Farias NA, Cruz BP, Draper CE, Hamdouchi A, et al. Promoting healthy movement behaviours among children during the COVID-19 pandemic. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(6):416-8. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30131-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30131-0)
 20. Voller SMB. Follow-Up Care for High-Risk Preterm Infants. *Pediatr Ann*. 2018;47(4):e142-6. <https://doi.org/10.3928/19382359-20180325-03>
 21. Williamson AE, Ellis DA, Wilson P, McQueenie R, McConnachie A. Understanding repeated non-attendance in health services: a pilot analysis of administrative data and full study protocol for a national retrospective cohort. *BMJ Open*. 2017;7(2):e014120. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014120>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Bianca Machado Cruz Shibukawa, Rosana Rosseto de Oliveira, José Luis Guedes dos Santos, Ieda Harumi Higarashi. **Obtención de datos:** Bianca Machado Cruz Shibukawa, Natan Nascimento de Oliveira. **Análisis e interpretación de los datos:** Bianca Machado Cruz Shibukawa, Roberta Tognollo Borota Uema, Natan Nascimento de Oliveira, Rosana Rosseto de Oliveira, José Luis Guedes dos Santos, Ieda Harumi Higarashi. **Análisis estadístico:** Roberta Tognollo Borota Uema, Natan Nascimento de Oliveira, Rosana Rosseto de Oliveira. **Redacción del manuscrito:** Bianca Machado Cruz Shibukawa, Roberta Tognollo Borota

Uema, Natan Nascimento de Oliveira, José Luis Guedes dos Santos, Ieda Harumi Higarashi. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Bianca Machado Cruz Shibukawa, Roberta Tognollo Borota Uema, Rosana Rosseto de Oliveira, José Luis Guedes dos Santos, Ieda Harumi Higarashi. **Otros (Análisis cualitativo):** Bianca Machado Cruz Shibukawa. **Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 22.10.2021
Aceptado: 27.07.2022

Editora Asociada:
Lucila Castanheira Nascimento

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Bianca Machado Cruz Shibukawa

E-mail: bih.cruuz@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7739-7881>