



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD A PACIENTES DE 2 MESES A 5 AÑOS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LATACUNGA EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2013 - ABRIL 2014”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Alarcón Segovia, Israel Alberto

Tutor: Dr. Izurieta Izurieta, José Ignacio

Ambato – Ecuador

Julio, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD A PACIENTES DE 2 MESES A 5 AÑOS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LATACUNGA EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2013 - ABRIL 2014”, de Israel Alberto Alarcón Segovia estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo 2014

EL TUTOR

Dr. José Izurieta Izurieta

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD A PACIENTES DE 2 MESES A 5 AÑOS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LATACUNGA EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2013 - ABRIL 2014**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo 2014

EL AUTOR

Israel Alberto Alarcón Segovia

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realicen respetando mis derechos de autor.

Ambato, Mayo 2014

EL AUTOR

Israel Alberto Alarcón Segovia

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema **“CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD A PACIENTES DE 2 MESES A 5 AÑOS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LATACUNGA EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2013 – ABRIL 2014”** de Israel Alberto Alarcón Segovia estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Julio 2014

Presidente/a

1er Vocal

2do Vocal

DEDICATORIA

Al haber llegado a la culminación de este trabajo de investigación quiero dedicar el presente primeramente a Dios todopoderoso que cada día es mi guía y fiel protector, también dedico esta investigación a mi madre y abuelos maternos que con su ayuda y dirección me han ayudado y guiado en esta vida, que gracias a su esfuerzo, dedicación y oportunos consejos he podido culminar una meta más en mi vida, y dedico también este trabajo a mis hermanos y familia.

El presente trabajo también está dedicado a todas aquellas personas, amigos, docentes que con su apoyo desinteresado me han ayudado en esta carrera de la Medicina.

Israel Alarcón Segovia

AGRADECIMIENTO

Al llegar a la terminación de una de mis metas quiero agradecer primeramente a Dios que con su infinito amor y poder me ha permitido vivir, me ha guiado y ayudado en todo este camino que he elegido. A mi madre y abuelos maternos que por su guía, ayuda y sabios consejos he podido luchar por conseguir una más de mis metas. A mis hermanos gracias por sus alegrías, risas y gozos. A mi tutor de tesis el Dr. José Izurieta que más que un docente ha sido un amigo, gracias por sus sabios consejos, ayuda, guía, orientación y motivación que me ayudaron a realizar el presente trabajo de grado. Al Dr. Becker Neto y Dr. Patricio Villacís gracias por la ayuda recibida para la elaboración del presente trabajo de investigación. A la Universidad Técnica de Ambato gracias por haberme permitido estar en sus aulas, en las cuales recibí los conocimientos de la medicina y por haber vivido algunos de los mejores momentos de mi vida. Al Hospital General de Latacunga gracias por el acogimiento que durante un año pude fortalecer mis conocimientos de la medicina y gracias al Centro de Salud No 1 de Latacunga por haberme permitido el acceso para la realización del presente trabajo de investigación.

Israel Alarcón Segovia

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN	xvi
SUMMARY	xviii
INTRODUCCIÓN	1

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 Contextualización	2
1.2.2 Análisis crítico	9
1.2.3 Prognosis.....	12
1.2.4 Formulación del problema	13
1.2.5 Preguntas directrices	13
1.2.6 Delimitación.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
1.4 OBJETIVOS	15
1.4.1 Objetivo general.....	15
1.4.2 Objetivos específicos	16

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	17
2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	20
2.3 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	28
2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES	29
2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	30
2.5.1 Buen Vivir.....	30
2.5.2 Atención Primaria de Salud	37
2.5.3 Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).....	41
2.5.4 Atención Integral	43
2.5.5 Interacción humana con el ambiente.....	44
2.5.6 Infección del agente causal	47
2.5.7 Respuesta inmunológica	48
2.5.8 Infecciones respiratorias	49
2.5.9 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).....	54
2.5.10 Atención de calidad en salud	60
2.5.11 Mejoramiento del modo de vida	65
2.5.12 Bienestar social	66
2.5.13 Bienestar Individual	67
2.5.14 Satisfacción del usuario	69
2.6 HIPÓTESIS:	69
2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES:	70

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO	71
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	71
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	71
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	72
3.4.1 Población.....	72
3.4.2 Muestra	72
3.4.3 Tamaño de la muestra	72

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	74
3.5.1 Variable independiente	74
3.5.2 Variable dependiente	75
3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	76
3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	76

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 FACTORES SOCIOCULTURALES DE LOS PADRES O ACOMPAÑANTES	77
4.2 FACTORES SOCIOCULTURALES DE LOS NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS. .	82
4.3 CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS PADRES O ACOMPAÑANTES DE LOS NIÑOS.....	85
4.4 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	107

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES	109
5.2 RECOMENDACIONES.....	110

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS	113
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	114
6.3 JUSTIFICACIÓN	115
6.4 OBJETIVOS	116
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	116
6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-CIENTÍFICA	117
6.7 MODELO OPERATIVO.....	121
6.8 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS.....	122
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	122

MATERIALES DE REFERENCIA

BIBLIOGRAFÍA:	123
LINKOGRAFÍA:	124
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA:	125
ANEXOS	126
ANEXO 1. ENCUESTA.....	126
ANEXO 2. TABLA DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.	130
ANEXO 3. MATRIZ DE INDICADORES	132
ANEXO 4. MATRIZ DE INDICADORES	133
ANEXO 5. MATRIZ DE INDICADORES	134
ANEXO 6. MATRIZ DE INDICADORES	135
ANEXO 7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.	136
ANEXO 8. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.	138
ANEXO 9. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.	140
ANEXO 10. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	141
ANEXO 11. CENTRO DE SALUD No 1 DE LATACUNGA	143

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No1: Evaluar al niño de dos meses a cinco años de edad	58
Tabla No2: Clasificar y tratar al niño de dos meses a cinco años de edad.....	59
Tabla No3: Clasificar y tratar al niño de dos meses a cinco años de edad.....	60
Tabla No4: Taquipnea en niños	60
Tabla No 5: Operacionalización de variables “variable independiente”	74
Tabla No 6: Operacionalización de variables “variable dependiente”	75
Tabla No 7: Parentesco del familiar o acompañante con el niño/a	77
Tabla No 8: Distribución del familiar o acompañante según su edad.....	78
Tabla No 9: Distribución del familiar o acompañante según su sexo	79
Tabla No 10: Distribución del familiar o acompañante según su nivel de educación	80
Tabla No 11: Distribución del familiar o acompañante según su raza.....	81
Tabla No 12: Distribución de los niños/as según su edad.....	82
Tabla No 13: Distribución de los niños según su sexo	83
Tabla No 14: Distribución de los niños/as según el signo o síntoma que presentó	84
Tabla No 15: Método de obtención del turno	85
Tabla No 16: Distribución de los padres según la hora de obtención del turno.....	86
Tabla No 17: Opinión de los padres acerca del trato del personal de estadística	87
Tabla No 18: Opinión de los padres acerca del trato del personal de enfermería	88
Tabla No 19: Criterio de los padres acerca del trato del médico	89
Tabla No 20: Padres que sintieron confianza en el médico que atendió al niño/a	90
Tabla No 21: Padres que observaron que el médico examinó cabeza, boca, tórax y pulmones del niño/a	91
Tabla No 22: Padres que afirman que el médico les indicó los signos de alarma	92
Tabla No 23: Padres que responden 4 signos de alarma	93
Tabla No 24: Padres que afirman que el médico le indicó la forma de administración del medicamento	94
Tabla No 25: Explicación de la forma de administración del medicamento	95
Tabla No 26: Seguimiento del niño/a	96
Tabla No 27: Duración de la consulta del niño con el médico	97
Tabla No 28: Criterio de los padres acerca de la letra del médico.....	98
Tabla No 29: Tiempo aproximado de duración de la atención en el centro de salud	99

Tabla No 30: Criterios de los padres acerca de la existencia de trabajo en equipo	100
Tabla No 31: Criterio de los padres acerca de los servicios higiénicos	101
Tabla No 32: Criterio de los padres acerca de la estructura física en general.....	102
Tabla No 33: Criterio de los padres acerca de la existencia de señalización.	103
Tabla No 34: El padre tuvo que comprar algún medicamento fuera del centro de salud.	104
Tabla No 35: Satisfacción de los padres o acompañantes.....	105
Tabla No 36: Calidad de atención en salud en el centro de salud No1 de Latacunga.....	106
Tabla No 37: Resumen del procesamiento de los casos	107
Tabla No 38: Tabla de contingencia variable calidad de atención y satisfacción.....	108
Tabla No 39: Prueba de X^2	108
Tabla No 40. Modelo operativo de la propuesta	121

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No1: Características de la atención integral en salud	44
Gráfico No 2: Interacción entre las actividades humanas y el ambiente físico y químico.....	45
Gráfico No 3: Parentesco del familiar o acompañante con el niño/a.....	77
Gráfico No 4: Distribución del familiar o acompañante según su edad.....	78
Gráfico No 5: Distribución del familiar o acompañante según su sexo.....	79
Gráfico No 6: Distribución del familiar o acompañante según su nivel de educación	80
Gráfico No 7: Distribución del familiar o acompañante según su raza	81
Gráfico No 8: Distribución de los niños/as según su edad.....	82
Gráfico No 9: Distribución de los niños según su sexo	83
Gráfico No 10: Distribución de los niños/as según el signo o síntoma que presentó	84
Gráfico No 11: Método de obtención del turno	85
Gráfico No 12: Distribución de los padres según la hora de obtención del turno.....	86
Gráfico No 13: Opinión de los padres acerca del trato del personal de estadística	87
Gráfico No 14: Opinión de los padres acerca del trato del personal de enfermería.....	88
Gráfico No 15: Criterio de los padres acerca del trato del médico	89
Gráfico No 16: Padres que sintieron confianza en el médico que atendió al niño/a.....	90
Gráfico No 17: Padres que observaron que el médico examinó cabeza, boca, tórax y pulmones del niño/a	91
Gráfico No 18: Padres que afirman que el médico les indicó los signos de alarma	92
Gráfico No 19: Padres que responden 4 signos de alarma.....	93
Gráfico No 20: Padres que afirman que el médico le indicó la forma de administración del medicamento	94
Gráfico No 21: Explicación de la forma de administración del medicamento	95
Gráfico No 22: Seguimiento del niño/a	96
Gráfico No 23: Duración de la consulta del niño con el médico	97
Gráfico No 24: Criterio de los padres acerca de la letra del médico.....	98
Gráfico No 25: Tiempo aproximado de duración de la atención en el centro de salud	99
Gráfico No 26: Criterios de los padres acerca de la existencia de trabajo en equipo.	100
Gráfico No 27: Criterio de los padres acerca de los servicios higiénicos	101
Gráfico No 28: Criterio de los padres acerca de la estructura física en general	102
Gráfico No 29: Criterio de los padres acerca de la existencia de señalización.....	103

Gráfico No 30: El padre tuvo que comprar algún medicamento.....	104
Gráfico No 31: Satisfacción de los padres o acompañante	105
Gráfico No 32: Calidad de atención en el centro de salud No1 de Latacunga.....	106

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD A PACIENTES DE 2 MESES A 5 AÑOS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N °1 DE LATACUNGA EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2013 - ABRIL 2014”

Autor: Alarcón Segovia, Israel Alberto

Tutor: Dr. Izurieta Izurieta, José Ignacio

Fecha: Mayo 2014

RESUMEN

La calidad de la atención en salud es de importancia fundamental para el bienestar del paciente y su familia, y también de particular importancia para el MSP (Ministerio de Salud Pública) para que los recursos que invierte en salud tengan el impacto que se requiere; el nivel de calidad depende de los diversos procesos que integran la atención de salud, para que los resultados sean los mejores en beneficio de la salud del paciente.

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar la calidad de atención en salud que reciben los pacientes de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios que acuden al centro de salud No1 de Latacunga según el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Es un estudio de tipo descriptivo, con un enfoque cuali-cuantitativo predominantemente cualitativo, basado en un paradigma crítico propositivo, aplicando la investigación de campo, realizado a los familiares y acompañantes de 138 niños/as, la información se obtuvo utilizando la técnica de la encuesta, para su análisis se utilizó el programa Microsoft Excel 2010 y para la verificación de la hipótesis se utilizó el programa SPSS 20 con el cual se realizó la prueba Chi-cuadrado (X^2), las características mejor evaluadas por los padres fueron la calidez que brinda el personal médico y de enfermería, la entrega de medicamentos de

forma gratuita y la señalización del centro de salud. Las variables menos valoradas y que afectan negativamente a la calidad de atención fueron la estructura física, los servicios higiénicos, la calidez del personal de estadística, el tiempo de espera, el seguimiento de los niños/as y la comunicación de signos y síntomas de alarma. En la presente investigación se comprobó que existe relación entre la calidad de atención en salud y la satisfacción de los padres y acompañantes de los niños de 2 meses a 5 años ($p: ,001$) Debido a estos resultados y para cumplir con los objetivos se decide plantear como propuesta el plan de capacitación, monitoreo y seguimiento con indicadores de evaluación de la calidad de atención en salud en pacientes menores de 5 años en el centro de salud No1 de Latacunga.

PALABRAS CLAVES:

SALUD, SÍNTOMAS_RESPIRATORIOS, INFECCIONES_RESPIRATORIAS.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

"QUALITY OF HEALTH CARE FOR PATIENTS AGED 2 MONTHS TO 5 YEARS WITH RESPIRATORY SIGNS AND SYMPTOMS THAT COME TO THE HEALTH CENTER OF LATACUNGA N° 1 IN THE PERIOD SEPTEMBER 2013 - APRIL 2014"

Author: Alarcón Segovia, Israel Alberto

Tutor: Dr. Izurieta Izurieta, José Ignacio

Date: May 2014

SUMMARY

The quality of health care is essential to the welfare of the patient and family importance, and also of particular importance for the MSP (Ministry of Health) for the resources invested in health have the impact required; the quality depends on the various processes that make health care so that the results are the best benefit of the patient's health.

The present study was aimed at analyzing the overall quality of health care received by patients aged 2 months to 5 years with respiratory signs and symptoms that come to the health center of Latacunga No1 by Model Comprehensive Health Care (MAIS). It is a descriptive study with a qualitative and quantitative predominantly qualitative approach, based on a proactive critical paradigm, applied field research conducted for the family and companions of 138 children / as, information was obtained using the technique of survey for analysis on Microsoft Excel 2010 software was used and for the verification of the hypothesis SPSS 20 program which the Chi-square (X²) test was performed, we used the best features were assessed by parental warmth that provides medical and nursing staff, delivery of free drugs and signaling the health center. The least valued variables that negatively affect the quality of care were the physical structure, the toilet, the warmth of the staff statistics, waiting times, monitoring of children / students and the communication of signs and

symptoms of alarm . In the present investigation it was found that there is a relationship between the quality of health care and the satisfaction of parents and accompanying children aged 2 months to 5 years ($p = .001$) Due to these results and to meet the objectives decides to pose as a proposed training plan, monitoring and follow-up evaluation indicators of the quality of health care in patients under 5 years in the health center No 1 of Latacunga.

KEYWORDS:

HEALTH, RESPIRATORY_SYMPTOMS, RESPIRATORY_INFECTIONS.

INTRODUCCIÓN

Para que exista atención de salud, necesariamente se necesita un paciente, el cual adolece de alguna o diversas enfermedades y acude a un centro de atención en salud para que se le ayude a satisfacer su necesidad, por lo que el paciente espera que la atención que va a recibir sea la mejor que cubra sus necesidades y expectativas, que sea de calidad y calidez.

Es así que la calidad de la atención en salud es de importancia fundamental para el bienestar del paciente y su familia, y también de particular importancia para el MSP (Ministerio de Salud Pública) para que los recursos que invierte en salud tengan el impacto que se requiere, en donde la de calidad depende de todos los diversos procesos que integran la atención de salud, para que los resultados sean los mejores en beneficio de la salud del paciente. La ética médica indica que la atención en salud debe ser lo más humana posible, de manera que se asegure la integridad, la autonomía, la seguridad y la participación activa de los pacientes que acuden por atención de salud.

Todo trabajo es resultado de diversos procesos, la atención de salud también es resultado de diversos procesos, el cual es consecuencia de una serie de microprocesos que implican acciones a través de la cual las entradas (recursos o insumos indispensables para realizar las actividades) a través de múltiples procesos de atención en salud se convierten en resultados en beneficio del paciente.

Es así que la calidad en la atención de salud la define según Ramos Domínguez como “Existe buena calidad en la atención de salud cuando los resultados, producto o efectos del proceso de atención en salud satisfacen los requisitos y seguridad del paciente, las expectativas de los profesionales, los trabajadores, la institución y el sistema”.

Una importante parte de la población que acude al Centro de Salud No1 de Latacunga por atención médica son los niños/as entre 2 meses a 5 años de edad, una de las primeras causas por las que acuden este grupo de pacientes acompañados de sus padres, son las infecciones respiratorias, es de vital importancia que la atención que reciben este grupo importante de la población sea de calidad tanto para el bienestar del paciente como para el de su familia y que los resultados sean los mejores.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

“CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD A PACIENTES DE 2 MESES A 5 AÑOS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N °1 DE LATACUNGA EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2013 - ABRIL 2014”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

Macro contextualización

La problemática del sector salud, específicamente en lo relativo a la calidad en la atención de salud, ha sido tema permanente de estudio. Históricamente la calidad de la atención médica fue motivo de preocupación social desde tiempos remotos: prácticamente surgió con los primeros estados esclavistas o con la aparición de la profesión médica. Varios hechos históricos así lo demuestran. ⁽¹⁶⁾

Durante la Edad Antigua, en los estados esclavistas de Egipto y la India existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas sanitarias. En Babilonia, con el surgimiento del Código del Rey Hamurabi en 1750 a.n.e, se regulaba el trabajo médico y eran castigados severamente los “médicos” por los malos resultados de una terapéutica u operación. ⁽¹⁶⁾

Otro hecho de mucha importancia fueron las regulaciones que estableció la primera escuela de medicina del mundo, en Salerno, Italia XIII d.n.e. que, contenían elementos de auditoría. Y su historia debe ser conocida pues lo que determinó considerarla como escuela fue

precisamente el surgimiento de la verdadera historia clínica de imprescindible necesidad en la medicina científica y en la auditoría médica. ⁽¹⁶⁾

Mucho tiempo después, en Francia se recogió el antecedente del médico y estadístico P.Ch. Louis (1740-1795), quien aseguraba que los resultados de la atención médica eran medibles y, por consiguiente, podían ser analizados y comparados para ser modificados o mejorados. ⁽¹⁶⁾

Florence Nightingale (1820-1910), preocupada por evaluar lo que ocurría en los hospitales durante la guerra de Crimea (1865), planteó que las leyes de la enfermedad podían cambiar si se relacionaban los resultados con el tratamiento. Este hecho ha sido considerado como el antecedente más remoto de lo que se conoce en la actualidad por garantía de la calidad, es decir la solución de problemas identificados. ⁽¹⁶⁾

Es así que en esta investigación se toma en consideración la definición de calidad en atención en salud propuesta por el Dr. Benito Narey Ramos Domínguez en su libro “Control de calidad de la atención de salud” que la define de la siguiente manera: “Existe buena calidad en la atención de salud cuando los resultados, producto o efectos del proceso de atención de salud satisfacen los requisitos y seguridad del paciente, las expectativas de los profesionales, los trabajadores, la institución y el sistema”. ⁽¹⁶⁾

Se toma en consideración esta definición porque toma en cuenta las características y particularidades del proceso de atención en salud, muy diferentes a los demás sectores y también porque la calidad en salud no solo se mide en un objeto material sino también intrínsecamente en la persona que recibe la atención, especialmente se toma en consideración en esta investigación a la atención que reciben los niños menores de 5 años con signos y síntomas respiratorios.

A nivel mundial, únicamente un grupo determinado de niños, que tienen padres que gozan de un buen estado económico y social, tienen acceso a una atención de calidad en salud, la atención que reciben este grupo de niños, es excelente y sensible a las necesidades del paciente y su familia y da lugar a buenos resultados. ⁽¹⁶⁾

El gran avance que ha tenido la atención en salud tanto pública como privada así como el tratamiento adecuado de las enfermedades, especialmente las enfermedades infecciosas, se debe también al desarrollo de la tecnología médica, que ha dado grandes saltos en los últimos años y que han permitido una mejora en la calidad de atención en salud de los niños y de su familia, permitiendo así los mejores resultados. ⁽⁶⁾

Pero a pesar del esfuerzo coordinado de gobiernos, médicos y del equipo que realiza la atención en salud, existe un gran abismo entre teoría y práctica. Las normas que implementan los gobiernos, manifiestan que se debe dar una atención de alta calidad a todos y todas las personas, pero en la práctica existe un abismo y variación significativa con la que se ofrece atención en salud a los diversos grupos de personas sea por su raza, sexo, lugar de residencia y otros factores que resultan en una baja en la calidad de atención en salud.

Las estadísticas señalan que a nivel mundial un 25% de los niños pequeños no cuentan con el esquema completo de inmunizaciones, un 33% de los progenitores no son interrogados sobre el desarrollo del habla y el lenguaje de sus hijos, menos del 50% de los adolescentes habla sobre conductas sexuales con su médico, un 33% de los niños con asma persistente no recibe una prescripción de medicamentos de larga duración de acción para controlar su asma. ⁽⁶⁾

Meso contextualización

A nivel de América y específicamente en los Estados Unidos según el Instituto de Medicina ha puesto de manifiesto esta distancia entre teoría y práctica “En ningún otro momento en la historia de la medicina ha existido una expansión tan intensa del conocimiento y la tecnología. Sin embargo, mientras que la ciencia y la tecnología médicas han avanzado deprisa, el sistema sanitario se ha quedado retrasado en su capacidad de proporcionar siempre una asistencia de alta calidad a todos los estadounidenses”. ⁽⁶⁾

Es así que la época de control de calidad de la atención médica comenzó en EE.UU. en 1912, según Lembecke, o en 1914 según Moraes, cuando se llevaron a cabo las reformas de los hospitales, especialmente en lo inherente a la formación médica y la acreditación hospitalaria.

⁽²⁶⁾ El control de la calidad de la atención médica se fue implantando en otros países de América, sobre todo en Canadá; posteriormente se introdujo en Latinoamérica, por ejemplo,

en Colombia en lo referente a la acreditación de hospitales, y en Argentina y México en lo concerniente a la auditoría médica. ⁽¹⁶⁾

En América las enfermedades del sistema respiratorio representan una de las primeras causas de atención médica, tanto en consulta externa como en hospitalización, y se encuentran entre las primeras causas de morbi-mortalidad. Estas enfermedades afectan a toda la población pero, fundamentalmente, a los menores de 5 años y a las personas de 65 años y más.

Una proporción importante de las consultas, hospitalizaciones y muertes por enfermedades del sistema respiratorio son de origen infeccioso y entre ellas se encuentran la neumonía, la enfermedad tipo influenza y la bronquiolitis que son las enfermedades respiratorias de mayor frecuencia y gravedad. Junto a enfermedades como la otitis, la faringitis y la bronquitis, entre otras, en la que se engloban en el grupo de infecciones respiratorias agudas (IRA) que representan la primera causa de consulta a los servicios de salud. ⁽⁸⁾

A nivel de América Latina en la década de los 80 y 90, la mayoría de los países iniciaron procesos de reforma del estado, uno de los temas a optimizar, fue el sistema de atención en salud en pro de mejorar la calidad, entre los países que más se destacan se encuentran los siguientes:

CHILE cuenta con un sistema de salud mixto: servicio público y privado, donde el Estado tiene el rol predominante, con más del 70% de las prestaciones. Ejecutó una reforma en donde se estableció solidaridad en el financiamiento de la atención de salud y la mejora de los modelos de atención y gestión del sistema (Sandoval, 2004). ⁽⁶⁾

BRASIL comenzó en 1970, un fuerte movimiento social en el sector salud, uniendo a docentes, parlamentarios, burócratas y usuarios, en torno a la democratización del país. Este movimiento sanitario apuntó a una transformación radical de la asistencia de la salud, El objetivo central era la universalización del acceso al cuidado de la salud, mediante la creación de un Sistema Público Nacional de Salud, propuestas que fueron incluidas en la Constitución de 1988, en donde la salud se inscribió como un derecho de la ciudadanía y un deber del estado, requiriendo que los servicios de salud se organizaran en un sistema único, público y universal de atención integral. ⁽⁶⁾

La Constitución de este país establece que es derecho y deber de todo ciudadano participar en todos los niveles de gobierno: priorizando políticas y programas, controlando la calidad e implementación de los servicios y fiscalizando el uso de recursos públicos. ⁽⁶⁾

MEXICO El alto porcentaje de opinión desfavorable sobre la calidad de la atención de la salud pública mexicana (51% ambulatorio y 47% hospitales) y de las privadas (37% ambulatorios y 59% hospitales), fue una preocupación de la política sanitaria y sustentó en los últimos diez años la implementación de diversos mecanismos de seguimiento y divulgación de información oficial sobre la calidad de los servicios de salud, impulsados a partir del “Foro Ciudadano de la Salud” que se inició en el año 2000 como parte de los procesos de rendición de cuentas del Estado (INSP, 2008). ⁽⁶⁾

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 “sitúa la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud” y como instrumento del Gobierno Federal diseña el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), para mejorar la calidad técnica, la calidad percibida y en la gestión de los servicios de salud, implementando como espacio de participación en calidad y salud, el aval ciudadano. ⁽⁶⁾

Sin embargo a pesar de todo el avance en la promulgación de leyes e inversión económica de parte de los estados latinoamericanos para mejorar el nivel atención en salud, es a nivel de la atención primaria, en la relación médico-paciente, en donde la calidad de la atención no ha tenido el avance esperado por sus estados.

La participación social en el Ecuador tiene una larga tradición proveniente de una sociedad desigual y excluyente al que solo las luchas populares lograron arrancarle al Estado algunos derechos humanos fundamentales. Las primeras formas de participación comunitaria en salud se relacionan con la Coordinadora de Equipos de Salud Popular (CESAP) activa desde los años 70 con una amplia base socio-política en la zona rural-indígena en el intento de organizar a la sociedad desde la salud y responder a la ausencia del Estado en el ámbito rural. Cabe recordar que algunas iniciativas se dan desde grupos eclesiales de base.

En Ecuador la calidad de atención médica en los últimos años, se ha propuesto mejorarla continuamente, es así que en la Constitución del año 2008 en su artículo No 32 garantiza a la

salud como un derecho que se regirá por principios entre los cuales se basa en el principio de “calidad”.

Se produce una reforma del sistema de salud ecuatoriano basándose en 5 pilares fundamentales entre los cuales se encuentra “Mejorar la calidad de la provisión de los servicios de salud y la gestión de los establecimientos asistenciales del MSP”. A través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. (MAIS-FCI), que es el conjunto de políticas, estrategia, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, la familia y la comunidad en Ecuador, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud. ⁽¹⁴⁾

Para una mejora continua de la calidad de atención de los menores de 5 años el Ecuador toma en consideración el compromiso jurídico confirmado políticamente en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia celebrada en Nueva York en septiembre de 1990, en donde se hizo un llamado a nivel mundial para dar a todos los niños un futuro mejor y lograr metas concretas en términos de reducción de la mortalidad y morbilidad materna e infantil, así como de mejoramiento del acceso a medidas preventivas, de promoción de la salud y a una más adecuada calidad de atención a través de la red de servicios y del personal de salud. Dentro de este contexto, la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de acceso y calidad de los servicios de salud, desempeño del recurso humano y cuidado domiciliario.

Sin embargo a pesar de los esfuerzos que el gobierno realiza en pro de una política pública de calidad y calidez en la atención en salud, pocos son los profesionales que tienen un trato digno y humanitario, brindando una atención integral en salud con los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria.

Muchos de los médicos que realizan atención primaria de salud en el país son médicos rurales, y es poco o nada la relación entre políticas de salud del gobierno y la malla curricular de las Facultades de Medicina, además del cambio permanente de profesionales de la salud

son una de las causas por las cuales no se puede cumplir con estos objetivos de brindar una atención en salud de calidad y calidez.

Estos resultados de no brindar una atención con calidad y calidez se evidencian en que el segundo grupo que registra mayor número de consultas, es la población de 1 a 4 años, población que en el 2010, según datos de la publicación Indicadores Básicos de Salud para el Ecuador, acudió a consulta principalmente por problemas respiratorios.

A pesar de que existen una norma como el AIEPI para la atención de niños menores de 5 años, los indicadores de salud a nivel de Ecuador evidencian que complicaciones como la Neumonía se encuentran entre las 3 primeras causas de morbilidad infantil de los últimos años, es así que en el año 2003 es la tercera causa de morbilidad infantil con un 10.7%, en el año 2004 es la segunda causa con un 10.2%, en el año 2005 es su tercera causa con un 8.2%, para el año 2006 es su segunda causa con un 10.4%, en el año 2008 es la primera causa de morbilidad infantil con 10.7%, en el año 2009 es la primera causa con un 10.9% igualmente en el año 2010 continua siendo la primera causa con un 10.8%, en el año 2011 se mantiene como la primera causa de morbilidad infantil con un 9.7%, y en el año 2012 es también la primera causa de morbilidad infantil con un 11% entre otras causas de morbilidad infantil.

Micro contextualización

A nivel de Ecuador y de la Provincia de Cotopaxi según el último censo del INEC del año 2010, un 12% de la población son niños menores de 5 años, en el cual pocos son los estudios que se han realizado para establecer cuál es la calidad de atención para este grupo importante de la población que asiste en compañía de sus padres o de algún acompañante al centro de salud No1 de Latacunga, que muchas veces la atención prestada a ellos no se la realiza de una forma integral, no se explica claramente los signos y síntomas de alerta cuando tienen algún tipo de infección respiratoria a sus familiares, y muchas de las ocasiones no se atiende de forma adecuada a las interrogantes que tienen sus familiares en cuanto a la patología que presentan los niños y no se da el seguimiento adecuado que deberían tener los niños.

En el centro de Salud No1 de Latacunga las atenciones anuales total de AIEPI en el año 2007 fueron 13734, en el año 2008 fueron 10903, en el año 2009 hubo un total de 10941, en el año

2010 fueron 8652, en el año 2011 existió un total de 11303 y en el año 2012 el total de atenciones de AIEPI en el centro de salud fue de 11408.

El centro de salud No1 de Latacunga se encuentra en la parroquia “La Matriz” ubicado entre las calles Belisario Quevedo y Hnas Páez a lado del Hospital Provincial General de Latacunga, cuenta con los servicios de Consulta Externa, Medicina General, Gineco-Obstetricia, Odontología, Laboratorio, Vacunas y Ecografía.

Es de gran expectativa acercarse de una manera adecuada a la calidad percibida por los padres y acompañantes de menores de 5 años, investigar cuáles son sus expectativas, requerimientos y nivel de satisfacción de sus necesidades, investigar también la calidez del médico y personal de salud, valorar el seguimiento y aplicación de la norma AIEPI en cuanto a la comunicación de signos y síntomas de alarma por parte de los médicos hacia los padres y acompañantes de los niños menores de 5 años que permita conocer la realidad del problema y plantear una adecuada solución al problema.

1.2.2 Análisis crítico

Una de las preocupaciones de los gobiernos de turno, a través del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como ente rector de la salud, es conocer de qué manera y con qué calidad se está llevando acabado la atención en salud de los pacientes de forma integral considerando dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, por tanto es y debería de ser una preocupación por parte del Ministerio de Salud (MSP), director provincial, directores de distritos y personal médico y Universidades que ofrecen carreras de ciencias de la salud, preguntarse si la atención del paciente se la realiza con la mejor calidad y calidez de una forma continua e integral.

Una de las primeras causas de atención, por la que acuden pacientes menores de 5 años y su familia al centro de salud, es por presentar infecciones respiratorias y ya que estas enfermedades son una de las primera causas de morbilidad, es indispensable evaluar cómo se está realizando la atención a este grupo de pacientes que acuden con determinados signos y síntomas respiratorios, investigar si existe la comunicación y explicación de signos y síntomas de alerta a sus familiares, para que puedan acudir inmediatamente al personal

médico en caso de presentarlos y de esta forma realizar prevención y tratamiento de enfermedades respiratorias.

También es fundamental investigar cómo se está realizando la comunicación de la receta médica en cuanto a la forma de administración al paciente, para evitar que pueda ocurrir alguna negligencia médica, por no haber indicado de una forma clara y en términos sencillos la forma de administración del medicamento.

Desde hace años atrás es preocupación a nivel mundial, la atención con calidad en salud, muchos países se han preocupado por esta situación, incluso han creado instituciones que constantemente se encuentran valorando la calidad con la que se atiende a los pacientes, en el Ecuador es de gran preocupación la prestación integral de salud, es por eso, un gran logro para las personas con escasos recursos la gratuidad en los servicios de la salud, atención médica y entrega de medicamentos esenciales, que por esta situación ha incrementado la asistencia de los ecuatorianos y de personas extranjeras que residen en el Ecuador a recibir atención por parte del servicio que brinda el Estado Ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública.

Además el Estado Ecuatoriano para mejorar la calidad de atención en salud, ha incrementado el presupuesto para el sector salud, mejorando e implementando la infraestructura para los servicios de salud, pero a pesar de esto, todavía falta equipamiento y profesionales de salud, para poder atender con mejor calidad. Además también el estado en la reforma del sistema sanitario ha implementado una norma para el mejoramiento de la atención en salud, esta norma es el MAIS, que es el Modelo de Atención Integral de Salud, en la que toma como norma de atención a la niñez, el AIEPI, pero muchos de los médicos de atención primaria no le dan una buena utilización.

La norma AIEPI, establece que se debe indicar los signos y síntomas de alerta al familiar del niño, además establece que se debe dar seguimiento al niño para verificar la correcta evolución del niño y además indica la forma de administración de los medicamentos, pero se evidencia en el servicio de emergencia del Hospital General de Latacunga que muchos de los familiares que acuden con sus hijos no conocen correctamente la dosis del medicamento, otros llegan con niños con neumonía grave y muy grave después de haber recibido atención

en el centro de salud, es por eso que es menester investigar si los médicos para el diagnóstico y tratamiento de los niños menores de 5 años, utilizan y manejan adecuadamente la norma AIPEI, si se da una explicación de manera clara y en términos sencillos los signos y síntomas de alarma a los pacientes y familiares, si se otorga el tiempo necesario para la explicación, de la forma y dosis con la que se debe administrar la medicación al niño, si se da seguimiento a sus pacientes para confirmar la buena evolución o identificar de forma precoz alguna posible complicación que podría tener su paciente.

También es necesario investigar si el tiempo designado para la consulta es el suficiente para una atención con calidad y calidez, ya que en la consulta externa no solo se basa en la atención del paciente, sino también en el llenado de una Historia Clínica que cuentan con varios ítems que deben ser cumplidos, también de un parte diario y de otros instrumentos que llevan tiempo llenarlos y acortan el tiempo para la atención con calidad para el paciente, es por eso que al observar todos estos factores ya mencionados, que forman parte de un proceso, cabe preguntarse si con todo este proceso se puede llegar a obtener los resultados esperados, que es tener una atención en salud con calidad y calidez de una forma integral y continua.

Otro punto muy importante que se evidencia es el trato personal que se da a los pacientes, y como ejemplo se puede tomar las opiniones de los pacientes, que cuentan con el seguro del IEES, y la queja que ellos manifiestan, es el inadecuado trato personal que se les da a muchos de ellos, los largos días que esperan para una atención con un especialista, o a pesar del aporte económico que aportan al Seguro, no disponen con todos los medicamentos esenciales, es por eso que muchos pacientes manifiestan acudir a los servicios que dispone el MSP, que gracias al nuevo sistema de salud, de referencia y contra-referencia ha mejorado sus servicios, incrementando más la atención en el primero y segundo nivel de atención de salud y descongestionando los hospitales especializados para la atención que verdaderamente lo requiere.

Pero es fundamental conocer cuál es la opinión que tienen los pacientes en cuanto a la forma en que ha sido atendido, en el trato humanitario que ha recibido por parte de su médico y del personal que conforma el centro de salud, el tiempo de espera que tuvo para obtener la atención médica, estos y otros factores ya mencionados son de importancia para mejorar la atención en salud y el bienestar del paciente que es el objetivo de todo médico durante su

periodo de formación y durante su vida profesional, son ítems que se han revisado en muy pocos estudios previos y que sería de gran aporte profundizarlos y dar una solución al problema para mejorar la calidad de atención.

1.2.3 Prognosis

Conviene preguntarse qué podría pasar en el futuro a corto o mediano plazo si el problema referente a una mala calidad de atención en salud de los niños menores de cinco años con signos y síntomas respiratorios que reciben atención en salud en el centro de salud No 1 de Latacunga continúa y no se le da la adecuada solución.

Si el problema de la mala calidad de atención en salud continua, el inadecuado manejo de la norma del AIPEI, en el tema de infecciones respiratorias, al no explicar de una manera adecuada, en términos sencillos los signos y síntomas de peligro y las indicaciones y dosis de medicamentos, se podría incrementar la morbi-mortalidad, de los menores de 5 años incrementando los costos del servicio de salud, tanto para los familiares del paciente como para el estado, lo que repercutirá en el bolsillo de todos los ecuatorianos, además también que las complicaciones en los niños se podrían incrementar al igual que las hospitalizaciones, permitiendo que el ausentismo de los padres se incrementara por permiso laboral al igual que los insumos, medicamentos y gastos médicos

Si no se da el adecuado seguimiento a los pacientes, no se puede identificar la mejor evolución del paciente o identificar de forma precoz posibles complicaciones que puede tener el niño, si no se da un buen trato personal, de una manera de calidad y calidez, sin ver raza, sexo, nivel educativo o condición económica el nivel de calidad en atención en salud no podrá mejorar y no se daría cumplimiento de la norma del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) no se cumpliría con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir ni con los objetivos de desarrollo del milenio.

Por tal motivo es necesario estudiar e investigar cual es el nivel de calidad de atención que se está brindando a los menores de cinco años y a sus padres y acompañantes, en el centro de salud, y evitar estos aspectos negativos e incrementar medidas con las cuales se podría mejorar la calidad en salud que sin la adecuada investigación no se podría conocer y dar una

solución al problema, con el fin de mejorar la calidad de atención en salud y el nivel de vida de los pacientes.

1.2.4 Formulación del problema:

¿Es de calidad la atención en salud que reciben los pacientes de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios que acuden al centro de salud No 1 de Latacunga?

1.2.5 Preguntas directrices:

1. ¿Existe relación entre calidad de atención y la satisfacción de los padres o acompañantes?
2. ¿Cuáles son las características sociales, culturales y clínicas de los padres o acompañantes y de los niños de 2 meses a 5 años en el centro de salud No1 de Latacunga?
3. ¿Cómo es valorada la calidad de atención en salud que se brinda a los pacientes menores de 5 años con signos y síntomas respiratorios en el centro de salud No1 de Latacunga?
4. ¿Cómo perciben los padres y acompañantes de los pacientes menores de cinco años con signos y síntomas respiratorios la calidad de atención en el centro de salud No 1 de Latacunga?
5. ¿Cuál es la necesidad de que en el centro de Salud No 1 de Latacunga se realice una propuesta para mejoramiento de los problemas encontrados?

1.2.6 Delimitación

Delimitación de contenido:

- **Área:** Medicina
- **Campo:** Pediatría
- **Aspectos:** Calidad de atención en salud.
Satisfacción de los padres y acompañante de niños de 2 meses a cinco años.
Infecciones respiratorias.

Delimitación espacial:

- **Provincia:** Cotopaxi
- **Cantón:** Latacunga
- **Institución:** Centro de salud No1 de Latacunga

Delimitación temporal

- **Periodo:** Septiembre 2013 - Abril 2014

1.3 JUSTIFICACIÓN

Es importante el presente trabajo porque pretende investigar y evaluar cómo se realiza la atención a los niños menores de 5 años con signos y síntomas respiratorios, tanto a nivel del diagnóstico y tratamiento adecuado, como en el seguimiento del paciente, en la utilización de la norma del AIEPI, en el cumplimiento del manual del MAIS, también se pretende identificar cuál es la percepción del familiar o acompañante del paciente en cuanto al trato y comunicación recibida por parte del médico y personal de salud, conocer cuál es la apreciación que tienen los padres o acompañante del niño/a acerca del ambiente, infraestructura y grado de aseo y medio en el que se encuentra el centro de salud No 1 de Latacunga y también investigar cuales son las aspiraciones de los padres o acompañantes para mejorar también la calidad percibida con el fin de proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma y con esto se pretende desarrollar una intervención orientada a tener resultados de impacto social y aportar con una solución para el problema investigado.

El interés en realizar el presente trabajo de investigación se halla en que las infecciones respiratorias son la principal causa de morbilidad en niños menores de 5 años, por lo que es de interés científico y técnico investigar cómo se está manejando estas patologías por parte de los médicos y evaluar la comunicación que los médicos imparten a sus pacientes de los signos y síntomas de peligro, si han comprendido la forma correcta por parte del paciente y su acompañante y evaluar si se cumple con el adecuado seguimiento que norma el AIEPI para prevención de complicaciones.

Es factible realizar esta investigación con la población objeto de estudio pues se cuenta con los recursos humanos, materiales, físicos y económicos necesarios, lo que permite la realización del presente trabajo de investigación.

Se pretende con este trabajo de investigación realizar el estudio, análisis y reflexión del porque es importante no solo tener conocimiento de brindar una atención con calidad y calidez a los pacientes que acuden al centro de salud, que gran parte de este conocimiento se encuentra normado en el MAIS, sino también es importante ponerlo en práctica, también se va a investigar cuál es la percepción de los padres y acompañantes del niño/a acerca de la calidad con la que han sido atendidos utilizando ciertos parámetros.

De esta investigación se beneficiaran los pacientes que acuden al centro de salud No 1 de Latacunga por la calidad de atención que reciben, el personal de salud del centro de salud No 1 de Latacunga por la atención que brindan, La dirección de Salud de Cotopaxi y el MSP porque tendrán un conocimiento mayor de la calidad de atención que se brinda en el centro de salud No1 de Latacunga y la Universidad Técnica de Ambato porque es un avance en el pensum científico, en el cumplimiento de las políticas de salud, de la norma del MAIS, de los objetivos del Buen Vivir y del desarrollo del milenio y cumplimiento de la Constitución.

La originalidad de realizar una valoración de la calidad de atención en salud, se encuentra en que es un tema poco estudiado en el Ecuador y a nivel local en la ciudad de Latacunga. Y porque además muchos se interesan en ver cuál fue el número de atenciones realizadas, pero no se interesan en ver cómo fue la calidad con la que se realizó la atención.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 Objetivo general:

Analizar la calidad de atención en salud que reciben los pacientes de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios que acuden al centro de salud No1 de Latacunga según el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

1.4.2 Objetivos específicos:

- Determinar la relación que existe entre calidad de atención y la satisfacción de los padres o acompañantes
- Describir las características sociales, culturales y clínicas de los padres o acompañantes y niños de 2 meses a 5 años del centro de salud No 1 de Latacunga.
- Valorar la calidad de atención en salud que se brinda a los pacientes menores de 5 años con signos y síntomas respiratorios en el centro de salud No1 de Latacunga.
- Describir como los familiares de los pacientes perciben la calidad de atención en salud dada a los pacientes menores de cinco años con signos y síntomas respiratorios.
- Realizar una propuesta para mejoramiento de los problemas encontrados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

Varios son los estudios realizados en cuanto al problema planteado entre los que se destacan, se encuentran los siguientes:

Alberto Mario Masuet, Argentina (2010). El objetivo del estudio fue “Evaluar la calidad de la atención médica ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la ciudad de Córdoba, mediante la utilización de un estudio de caso, desde la perspectiva de la satisfacción de los familiares de los pacientes”.⁽²²⁾

“Se realizó un estudio de campo, de tipo descriptivo correlacional. En el presente estudio se evalúa la atención médica en un hospital público pediátrico, desde la perspectiva de la satisfacción de los acompañantes adultos de los pacientes. Se estudiaron 381 casos; las características mejor evaluadas por los padres y que más influyeron en la satisfacción son la capacitación del médico, la confianza que éste inspira, y su trato. Las variables peor valoradas y que afectan negativamente la satisfacción del usuario, fueron la limpieza de los sanitarios, la señalización dentro del hospital y su estado de aseo. Desde la perspectiva de los acompañantes del paciente, las variables relacionadas con el médico son las que mayor incidencia tienen en su satisfacción. Se destaca la importancia en el estudio, la satisfacción del paciente como indicador válido de la calidad de atención.”.⁽²²⁾

Gustavo Fidel Macías, Argentina, (2009). El objetivo del estudio fue “investigar con enfoque evaluativo los componentes más relevantes de la calidad de atención, en el Centro de Salud Campo Verde, en la Provincia de Jujuy”.⁽³⁴⁾

“Es un estudio descriptivo observacional retrospectivo con una metodología cualitativa / cuantitativa multidimensional, en donde llegaron a la conclusión de que la problemática de salud se resume a lo materno infantil y a las patologías prevalentes sobre todo las infectocontagiosas. No se desarrolla ninguna actividad para la prevención ni detección precoz de patologías no transmisibles. La limitación de la técnica utilizada radica en la

subjetividad con que el personal se visualiza a sí mismo, se encontró un buen nivel de autoestima y positividad en ellos y una dificultad para su proyección. Los resultados de la Caracterización del Centro y la evaluación de la Estructura, revelan que el Centro de Salud tiene una planta física nueva y completa, que también posee normas de funcionamiento e insumos en cantidad adecuada, pero con limitada capacidad de programación y organización. Los instrumentos utilizados, indican que los servicios están organizados según la capacidad de oferta y no según las necesidades de la demanda. Manifiestan que el personal es amable y respetuoso, que en la consulta se sienten a gusto, se les explica bien y reciben indicaciones claras, pero le solucionan los problemas a la mitad. En el personal falta instalar la idea de que es la propia gente, quien valida su trabajo. Finalmente se debe recordar que los Centros de Salud son empresas de personas que brindan servicios a otras personas siendo estas últimas las que validan su eficacia y eficiencia”.⁽³⁴⁾

Yesenia Estela Mejía Gutiérrez, Roberto Carlos Amaya Castillo. El Salvador. (2011). El objetivo del estudio fue “evaluar la calidad de atención brindada en el servicio de la emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe durante el periodo de abril a junio de 2011”.⁽²¹⁾

“Es un estudio descriptivo de carácter evaluativo, con una muestra de 80 pacientes que corresponde al 15% del total de la población que acude al servicio de Emergencia. El estudio llegó a las siguientes conclusiones:⁽²¹⁾

La Unidad de Emergencia del Hospital de Nueva Guadalupe, no cuenta con la capacidad instalada para la categoría del segundo nivel de atención, pero sus servicios son accesibles a la población urbana y rural por su ubicación geográfica y estratégica. En la calidad técnica existe cumplimiento de los protocolos y guías de manejo, lo que genera confianza en los usuarios de los servicios de la unidad de emergencia del hospital. La dimensión de la continuidad de los servicios brindados, se ha visto afectada por las malas relaciones interpersonales de los trabajadores, lo que dificulta el trabajo en equipo y se refleja en la percepción de mala calidad que manifiestan los usuarios. Los usuarios internos y externos expresan que la infraestructura es mala, tiene poca iluminación y las condiciones higiénicas, interfieren en la comodidad de la Unidad de Emergencia, afectando la calidad de atención. Las condiciones físicas de la Unidad, los servicios brindados son rápidos, resuelven los problemas de salud según lo expresado de los

usuarios, generando confianza en el hospital. La demora de tiempo de espera de los usuarios, es mayor para recibir la atención del médico y el complemento de los tratamientos, lo que genera abandono y atraso en el proceso asistencial”.⁽²¹⁾

Claudia Burgoa Rivero, Ariel Salas Mallea. Bolivia. (2008). El objetivo fue determinar los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) para concurrir a un servicio de salud.⁽³³⁾

Es un estudio transversal, con una muestra de 79 madres de Cala-marca (La Paz, Bolivia) que fueron seleccionadas aleatoriamente para una entrevista entre julio y septiembre de 2006. Los resultados a los que llegaron fueron que la mayor proporción de madres entrevistadas tenía en promedio 28 años y un grado de escolaridad primario (79.8%). Con relación a EDA, aproximadamente la mitad reconoció la deshidratación severa (58.2%) y la disentería (59.5%) como signos de alarma. Aproximadamente el 75% indicó la preparación correcta de SRO pero, 51.9 % consideró que en niños con EDA debe suspenderse el pecho y la comida. En relación a IRA, aproximadamente un tercio consideró como signo de alarma la dificultad respiratoria (39.8%) e identifica la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50% de los casos (51.9% y 48.1% respectivamente). Sólo 35.7% acudiría a un centro de salud por estos síntomas en las primeras 24 horas. Dar líquidos y destapar la nariz fueron consideradas conductas saludables en IRA sólo en 55.7% de las encuestadas. Las Conclusiones a las que llegaron fue que, la falta de reconocimiento de signos de alarma en madres del área rural podría ser un factor determinante de mayor morbilidad y mortalidad infantil. Los mensajes educativos sobre este tema deberían incluir material escrito.⁽³³⁾

Mayra Pérez Sánchez, Hermes Fundora Hernández y cols. Cuba (2011). El objetivo fue identificar los factores de riesgo inmunoepidemiológicos que contribuyeron a la aparición de las infecciones respiratorias recurrentes.⁽³⁵⁾

Es un estudio observacional descriptivo, longitudinal y retrospectivo que se realizó en un grupo de 44 niños procedentes de Ciudad de la Habana que ingresaron por infecciones respiratorias recurrentes y que asistieron a la consulta de inmunología en el período comprendido de enero de 2005 a diciembre de 2007 en el Hospital Materno infantil

"Ángel Arturo Aballí". Las Conclusiones a las que llegaron fueron que los factores de riesgo inmunoepidemiológicos encontrados en la muestra de estudio fueron: la edad comprendida entre los 1 a 5 años con predominio del sexo masculino, la lactancia materna no efectiva, la alergia, el bajo peso al nacer, el humo de tabaco en el ambiente, el hacinamiento y la asistencia a los círculos infantiles. Estos se acompañan de defectos en la respuesta inmune con predominio de la rama celular. ⁽³⁵⁾

Comentario: Podemos concluir en base a las investigaciones ya citadas que dentro de los factores de riesgo que más influye en las infecciones respiratorias de los niños se encuentran la edad de los niños que mayoritariamente eran de 1 a 5 años y de prevalencia en el sexo masculino, que además pocos son los conocimientos que tienen las madres de los signos y síntomas de alarma de infecciones respiratorias por los que deben acudir al centro de salud, que en cuanto a la calidad los aspectos que ayudaban a mejorar la atención en salud fueron; el cumplimiento de protocolos, las condiciones físicas de la unidad y los servicios brindados con rapidez. Los aspectos que daban menor puntaje a la atención en salud con calidad fueron; la no continuidad de los servicios, las malas relaciones interpersonales, la poca iluminación del lugar y malas condiciones higiénicas y la demora en el tiempo de espera. Los aspectos más importantes para los familiares fueron la capacitación del médico, la confianza que inspira en el paciente y familiares y el trato que brindaba.

2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL:

En esta investigación se fundamenta en los lineamientos establecidos en la Constitución de la República del Ecuador del año 2008, la ley orgánica de salud del año 2006, el código de la Niñez y adolescencia.

También toma como base legal y fundamento el Plan Nacional del Buen Vivir, La Atención primaria en salud y en normas como el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), El Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y tratados internacionales al cual el Ecuador es miembro.

2.2.1 Los artículos de la Constitución de la República del Ecuador que sustentan esta investigación son los siguientes artículos:

Que el Artículo 18, Todas las personas, en forma individual o colectiva tienen derecho a:

1. Buscar, recibir intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos y procesos de interés general, y con responsabilidad ulterior ⁽²⁾.
2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejan fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información. ⁽²⁾

Que el Artículo 32, “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. ⁽²⁾

Que el Artículo 35, “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”. ⁽²⁾

Que el Artículo 44, “El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes y aseguraran el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los demás de las personas”. ⁽²⁾

Que el Artículo 66, “Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y

orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras”.⁽²⁾

Que el Artículo 361, “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normara, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.⁽²⁾

Que el Artículo 363, El Estado será responsable de:

1. “Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.”⁽²⁾
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.”⁽²⁾
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.”⁽²⁾
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.”⁽²⁾
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.”⁽²⁾
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.”⁽²⁾
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.”⁽²⁾
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud”.”⁽²⁾

1.2.2 Ley Orgánica de Salud.

Para esta investigación se toma como sustento los siguientes artículos:

Que el artículo 7, Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: ⁽⁴⁾

- **Literal a)** Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud. ⁽⁴⁾

Que el artículo 181, “La autoridad sanitaria nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina prepagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad”.⁽⁴⁾

Que el artículo 201, “Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos”. ⁽⁴⁾

1.2.3 Código de la Niñez y Adolescencia

Para esta investigación se toma como sustento los siguientes artículos:

Que el artículo 6, Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

- **Numeral 3.** Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. ⁽³⁾

Que el artículo 26, Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. ⁽³⁾

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos. ⁽³⁾

Que el artículo 28, Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

- **Numeral 2.** Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y

adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil. ⁽³⁾

Que el artículo 30, Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

- **Literal 10,** Proporcionar un trato de calidez y calidad compatibles con la dignidad del niño, niña y adolescente. ⁽³⁾

1.2.4 También toma como base para la investigación el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013

El Plan Nacional para el Buen Vivir, en concordancia con los mandatos constitucionales define objetivos, políticas y metas prioritarias que en salud se puede resaltar los siguientes: ⁽¹⁸⁾

- **En el Objetivo 1.** “Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad”, La Política 1.1 se orienta a garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades, en especial, salud, educación, alimentación, agua y vivienda. En salud plantea la ampliación de la cobertura a través del mejoramiento de la infraestructura, equipamiento de los servicios de salud y la superación de las barreras de ingreso; Impulsar el acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; universalizar el acceso a agua segura y la asignación prioritaria y progresiva de recursos públicos para propender el acceso universal y gratuito a los servicios de salud en función de criterios poblacionales, territoriales y de equidad social. ⁽¹⁸⁾
- **En el Objetivo 2.** Mejorar las capacidades y potencialidades de la población, en el que la salud y la nutrición constituyen aspectos claves para el logro de este objetivo a través de una visión integral de la salud, la atención adecuada y oportuna, acciones de prevención y una adecuada nutrición que permitan la disponibilidad de la máxima energía vital. ⁽¹⁸⁾
- **En el Objetivo 3.** “Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población” plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia

epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas. ⁽¹⁸⁾

- **En el Objetivo 4.** Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable. ⁽¹⁸⁾

En cuanto a las políticas del Buen Vivir se puede resaltar los siguientes:

- **En la política 1.10** Plantea asegurar el desarrollo infantil integral para el ejercicio pleno de los derechos, involucrando a la familia y a la comunidad para generar condiciones adecuadas de protección, cuidado y buen trato en particular en las etapas de formación prenatal, parto y lactancia, así como articular progresivamente los programas y servicios públicos de desarrollo infantil que incluyan salud, alimentación saludable y nutritiva, educación inicial y estimulación adecuada. ⁽¹⁸⁾
- **En la política 3.1** Promover prácticas de vida saludable en la población. ⁽¹⁸⁾
- **En la política 3.2** Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad. ⁽¹⁸⁾
- **En la política 3.3** Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad. ⁽¹⁸⁾
- **En la política 3.4** Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural. ⁽¹⁸⁾
- **En la política 3.5** Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos. ⁽¹⁸⁾
- **En la política 3.7** Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos. ⁽¹⁸⁾

1.2.5 La Atención Primaria de la Salud

En base al artículo No 360 de la Constitución, “El sistema garantizara, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la *atención primaria de salud*”. ⁽²⁾

Que según la definición de Alma-Ata (1978) es la “Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.⁽¹¹⁾

1.2.6 También toma como base normas como es el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

Que mediante acuerdo ministerial No 0000553 de 13 de mayo del 2004, se aprueba y autoriza la publicación del Modelo de Atención Integral, basado en la Atención Primaria de Salud.⁽¹⁴⁾

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.⁽¹⁴⁾

Está dirigido al personal de salud de los establecimientos de la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria y se ha incorporado las directrices y herramientas para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en todos los niveles de atención.⁽¹⁴⁾

1.2.7 El Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Mediante acuerdo ministerial No 00000102 de 09 de Febrero del 2011, se aprueba las “Normas de Atención Integral a la Niñez” para el fomento y protección de la salud Infantil y de la Niñez en atención primaria de salud, reformadas y actualizadas de acuerdo al criterio técnico de la Dirección Nacional de Normatización.

La estrategia AIEPI

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez y asumida, de manera progresiva, por los países de la Región. ⁽¹³⁾

La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad. ⁽¹³⁾

Los objetivos de la AIEPI son:

- Mejorar el desarrollo integral de los niños.
- Contribuir a la reducción de la mortalidad en la niñez.
- Mejorar la calidad de atención de los niños tanto en los servicios de salud como en el hogar y en la comunidad. ⁽¹³⁾

1.2.8 En esta investigación también se toman en consideración algunos tratados internacionales de los cuales el Ecuador es miembro.

EL DERECHO A LA SALUD EN DIFERENTES INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El derecho a la salud también es reconocido por otras convenciones internacionales, como el artículo 5 de la Convención internacional para la eliminación de

todas las formas de discriminación racial de 1965, y el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. ⁽¹²⁾

La Observación General No.14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales tiene el objetivo de asistir a los países en la implementación del artículo 12 del PIDESC. La Observación General No.14 señala que el derecho a la salud contiene tanto libertades como derecho a prestaciones. Las libertades incluyen el derecho a controlar el propio cuerpo y salud, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no sufrir interferencias, como el derecho a no sufrir tortura o a no ser objeto de tratamientos y experimentaciones médicas no consentidas. ⁽¹²⁾

El derecho a recibir prestaciones incluye el derecho a acceder a un sistema de protección de la salud que asegure a la población igualdad de oportunidades para gozar del más alto nivel posible de salud. De acuerdo con el Comité, el derecho a la salud incluye los siguientes elementos interrelacionados: ⁽¹²⁾

- a) **Disponibilidad,**
- b) **Accesibilidad,**
- c) **Aceptabilidad,**
- d) **Calidad,**

La Observación General No. 14 establece además que el derecho a la salud impone tres tipos de obligaciones sobre los países miembros del PIDESC: las obligaciones de respeto, de protección y de cumplimiento, satisfacción o garantía. La obligación de respeto requiere que los países se abstengan de interferir, directa o indirectamente, con el disfrute del derecho a la salud. La obligación de protección requiere que los países adopten medidas para prevenir que otros particulares interfieran con las garantías establecidas por el artículo 12. Finalmente, la obligación de cumplimiento contiene obligaciones de facilitar, proveer y promover. Requiere que los países adopten medidas adecuadas, de tipo legislativo, administrativo, presupuestario, judicial, promocional y de otro tipo para la plena realización del derecho a la salud. ⁽¹²⁾

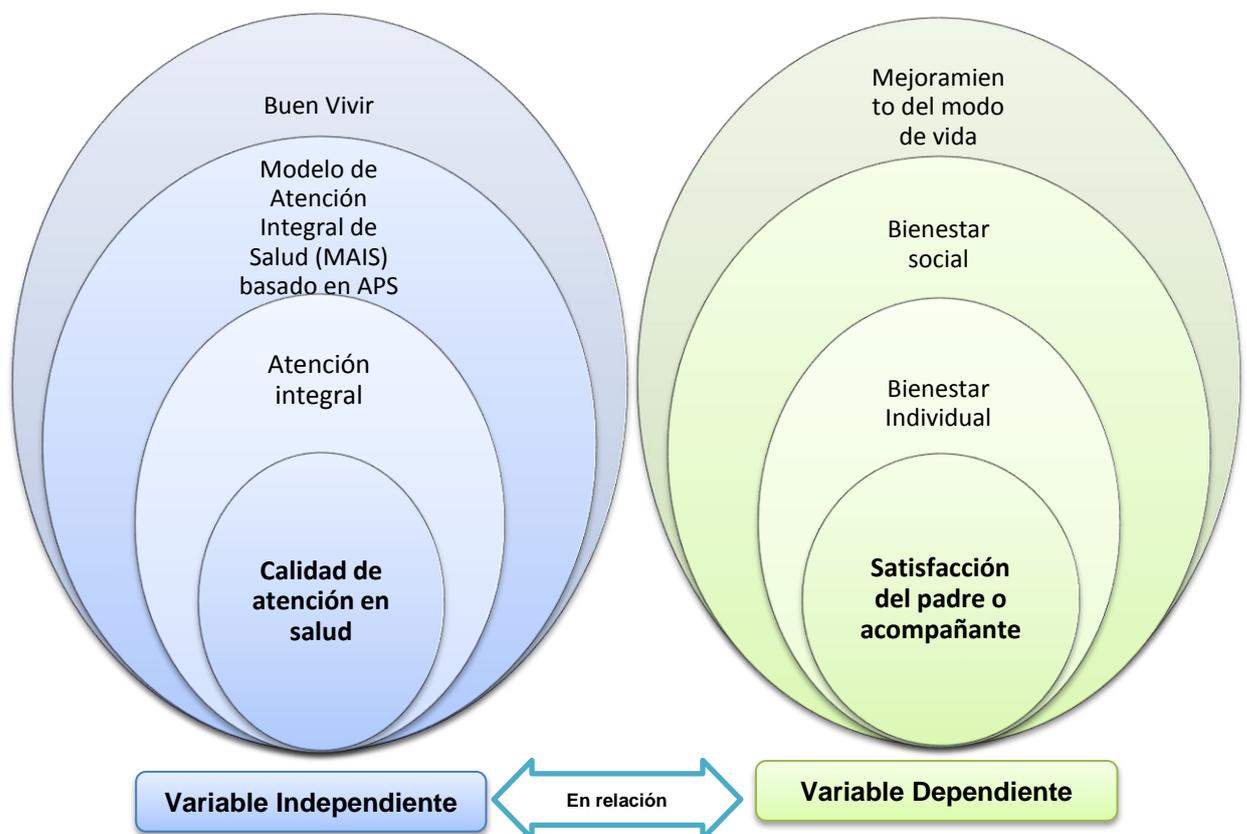
2.3 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA:

La presente investigación se enfoca en un paradigma crítico-propositivo, crítico porque pretende indagar, obtener datos y comprender la realidad en la que se encuentra el centro de salud No1 de Latacunga en cuanto a la calidad de atención que presta a los menores de

5 años con infecciones respiratorias y conocer cuál es la percepción de los padres o acompañantes. Es propositivo porque pretende transformar la realidad en la que se encuentra en el centro de salud, mediante la implementación de indicadores, para una evaluación continua y permanente de la calidad de atención de salud.

Tiene un fundamento Ontológico porque pretende comprender las múltiples realidades que intervienen en una atención en salud de calidad. Epistemológico porque se realizara un análisis de la situación actual de atención en el centro de salud No 1 de Latacunga y formular una estrategia para mejorar la situación basándose en los principios del Buen Vivir. Axiológico porque esta investigación tiene como principios los valores morales y éticos que rigen a la medicina. Metodológica en cuanto a la hermenéutica esta investigación se basa en normas y principios de atención en salud, especialmente normas de atención para menores de 5 años y en cuanto a la dialéctica esta investigación prioriza el dialogo usando como técnica la encuesta. Mediante estos aspectos del paradigma crítico-propositivo se pretende dar una clara interpretación de la realidad en la que se encuentra la calidad de atención en salud de menores de 5 años con infecciones respiratorias y dar una solución al problema planteado.

2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES:



2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

2.5.1 Buen Vivir

Los pueblos indígenas andinos aportan a este debate desde otras epistemologías y cosmovisiones y nos plantean el *sumak kawsay*, la vida plena. La noción de desarrollo es inexistente en la cosmovisión de estos pueblos, pues el futuro está atrás, es aquello que no miramos, ni conocemos; mientras al pasado lo tenemos al frente, lo vemos, lo conocemos, nos constituye y con él caminamos. En este camino nos acompañan los ancestros que se hacen uno con nosotros, con la comunidad y con la naturaleza. Compartimos entonces el «estar» juntos con todos estos seres. Seres que tienen vida y son parte nuestra. El mundo de arriba, el mundo de abajo, el mundo de afuera y el mundo del aquí, se conectan y hacen parte de esta totalidad, dentro de una perspectiva espiral del tiempo no lineal. ⁽¹⁸⁾

El pensamiento ancestral es eminentemente colectivo. La concepción del Buen Vivir necesariamente recurre a la idea del «nosotros» porque el mundo no puede ser entendido desde la perspectiva del «yo» de Occidente. La comunidad cobija, protege, demanda y es parte del nosotros. La comunidad es el sustento y es la base de la reproducción de ese sujeto colectivo que todos y cada uno «somos». De ahí que el ser humano sea concebido como una pieza de este todo, que no puede ser entendido sólo como una sumatoria de sus partes. La totalidad se expresa en cada ser y cada ser en la totalidad. «El universo es permanente, siempre ha existido y existirá; nace y muere dentro de sí mismo y sólo el tiempo lo cambia» (pensamiento kichwa). De ahí que hacer daño a la naturaleza es hacernos daño a nosotros mismos. Cada acto, cada comportamiento tienen consecuencias cósmicas, los cerros se enojan o se alegran, se ríen o se entristecen, sienten... piensan... existen (están). ⁽¹⁸⁾

El *sumak kawsay*, o vida plena, expresa esta cosmovisión. Alcanzar la vida plena es la tarea del sabio y consiste en llegar a un grado de armonía total con la comunidad y con el cosmos. ⁽¹⁸⁾

Si recurrimos a la traducción cultural que nos sugiere Boaventura de Sousa Santos, nuestro debate sobre la construcción de una nueva sociedad, partiendo de epistemologías diversas, se enriquece enormemente: ya no estamos hablando de crecimiento económico, ni del PIB; estamos hablando de relaciones amplias entre los seres humanos, la naturaleza, la vida comunitaria, los ancestros, el pasado y el futuro. El objetivo que nos

convoca ya no es el «desarrollo» desde esa antigua perspectiva unilineal de la historia, sino la construcción de la sociedad del Buen Vivir. ⁽¹⁸⁾

La concepción del Buen Vivir converge en algunos sentidos con otras concepciones también presentes en la historia del pensamiento de Occidente. Aristóteles en sus reflexiones sobre ética y política nos habla ya del vivir bien. Para Aristóteles, el fin último del ser humano es la felicidad, que se alcanza en una polis feliz. Es decir, únicamente la felicidad de todos es la felicidad de cada uno; la felicidad se realiza en la comunidad política. Aisladamente, los seres humanos no podemos alcanzar la felicidad, solo en sociedad podemos practicar la virtud para vivir bien, o ser felices. El fin de la polis, es entonces alcanzar la felicidad de los seres humanos que la integran. A su vez y, dentro de este marco, el filósofo ve la felicidad con procesos relacionados a la amistad, el amor, el compromiso político y la posibilidad de contemplación en y de la naturaleza, a teorizar y crear obras de arte. Todos ámbitos olvidados usualmente en el concepto dominante de desarrollo. ⁽¹⁸⁾

A su vez, vale recordar que la palabra desarrollo ha sido enmarcada dentro de la perspectiva bienestarista, en donde es sinónimo de bienestar. No obstante, sostenemos que es necesario resignificar la palabra bien-estar en el castellano. ¿Por qué? La palabra *well-being* ha sido traducida desde el inglés como «bienestar». No obstante, el verbo «*to be*» en inglés significa ser y estar. En el caso de la traducción al español se está omitiendo toda mención al ser como parte fundamental de la vida (Ramírez: 2008, 387). Esta es una razón adicional por la cual se propone, frente al concepto de bien-estar, utilizar el concepto del Buen Vivir, el cual incluye no únicamente el estar, sino también el ser. ⁽¹⁸⁾

1) Hacia un Nuevo Modo de Generación de Riqueza y (Re) distribución para el Buen Vivir

El nuevo pacto de convivencia que propone el Gobierno de la Revolución Ciudadana es un esfuerzo por hacer realidad un verdadero y efectivo régimen constitucional de derechos y justicia. Sin embargo, esto requiere de una estrategia de acumulación, generación de riqueza y (re)distribución radicalmente distinta a aquella que se desprende de los patrones históricos. ⁽¹⁸⁾

Esto último quiere decir que la construcción del Estado constitucional de derechos y de justicia, plurinacional e intercultural, y la sociedad del Buen Vivir –para todos y todas– es

contraria al mantenimiento de una estrategia de acumulación sustentada solamente en los principios del mercado capitalista, en una economía primario exportadora que basa la (re)distribución en la apertura comercial a ultranza, la competencia del libre mercado y el asistencialismo focalizado de la política social neoliberal, sin considerar la diversidad de formas de producción y propiedad que se sostienen en principios de justicia, solidaridad, reciprocidad, cooperación y soberanía, y la capacidad del Estado de aplicar una política social de carácter universal y democratizadora. ⁽¹⁸⁾

2) Hacia un nuevo pacto de convivencia y una nueva estrategia endógena de generación de riqueza

La sociedad liberal utilitaria ha tenido sus fundamentos en el egoísmo como motivación de competencia, en la desigualdad y la envidia como estímulos, en la actividad pública (sobre todo la acción estatal) como coste, y en la responsabilidad como problema. Tal perspectiva ha partido de la premisa de que en el contrato social todos los ciudadanos se encuentran en igualdad de condiciones. ⁽¹⁸⁾

El objetivo máximo, en términos concretos, ha sido aumentar el bienestar de la población, entendiendo este bienestar como el mero incremento de la suma agregada de los ingresos y gastos de los ciudadanos-consumidores. La garantía de derechos, estaba sujeta principalmente a la calidad de trabajador formal, cuyo poder adquisitivo viabiliza el acceso a tal garantía. A su vez, el modo de producción se caracterizaba por un desigual acceso a la propiedad, que garantizaba a los propietarios el control del trabajo y de la producción, convirtiendo al trabajador en instrumento. La distribución de la riqueza monetaria y, en el mejor de los casos, de los bienes primarios, era competencia del mercado y del asistencialismo subsidiario de la política social. Estas eran las características principales del pacto social que fundamentó la Constitución de 1998. ⁽¹⁸⁾

A diferencia de aquella, se puede afirmar que la Constitución de 2008 propone edificar un igualitarismo republicano moderno, basado en el principio de justicia, en donde la sociedad debe atender, por una parte, a las distancias intolerables entre compatriotas y, por la otra, a las cercanías que es preciso auspiciar. ⁽¹⁸⁾

La nueva Constitución reconoce que un nuevo pacto de convivencia no puede ignorar las injusticias históricas o intergeneracionales, por lo cual, parte de la constatación de que

Ecuador es un país igualmente pobre y desigualmente rico, en donde la discriminación es parte de la cultura de interacción entre ciudadanos. Siguiendo valores socialistas que se fundamentan en el principio igualitario, la Constitución considera a la igualdad como principio rector de la construcción de otra sociedad. Para tal efecto, se sustenta en la convicción de que resulta injustificable e inaceptable toda desigualdad que no sea consecuencia de acciones elegidas responsablemente. ⁽¹⁸⁾

Tal es el caso de las desigualdades derivadas de diferencias biológicas o sociales. En la nueva Constitución, se da una importancia trascendental a corregir las distancias sociales a través de procesos redistributivos, y se reedita la vieja tesis de la virtud republicana, que veía en la comunidad de pequeños propietarios el cimiento adecuado para la buena salud de la República. ⁽¹⁸⁾

La nueva Constitución propone edificar una sociedad republicana que auspicie la construcción de una libertad positiva, concebida como un estado de no dominación que promueve el florecimiento de las capacidades y potencialidades de los individuos. Para ejercer tal principio es necesario disponer de los recursos materiales suficientes, como condición *sine qua non*. Corresponde para ello generar una ciudadanía con responsabilidad republicana, en cuyo ejercicio se construyan autónomamente sus preferencias. ⁽¹⁸⁾

3) Construyendo un nuevo modo de acumulación y (re)distribución para el Buen Vivir

El nuevo pacto social que ha firmado la sociedad ecuatoriana a partir del proceso constituyente impulsado por el Gobierno de la Revolución Ciudadana, no puede convivir con una estrategia primario exportadora, en un contexto en el cual el Ecuador no puede seguir siendo un proveedor más de bienes primarios, pues, de continuar por ese rumbo, este nuevo pacto social estaría destinado al fracaso. Es por ello que, para construir el Buen Vivir que imaginamos, resulta indispensable contar con una hoja de ruta alternativa para generar riqueza para (re)distribuirla. ⁽¹⁸⁾

Vale la pena aclarar que la estrategia de acumulación económica y de (re)distribución apenas es una arista de la multiplicidad de enfoques que debe tener una estrategia para alcanzar el Buen Vivir. Empero, en una sociedad en donde existen altos niveles de necesidades básicas insatisfechas, es indispensable materializar alternativas a la estrategia

primario exportadora que, como se ha destacado, ha evidenciado su fracaso. A continuación se aborda la nueva estrategia endógena de acumulación y (re)distribución para la satisfacción de las necesidades básicas en el mediano plazo. ⁽¹⁸⁾

4) Fases de la nueva estrategia de acumulación y (re)distribución en el largo plazo

El Ecuador emprende una transformación revolucionaria e histórica hacia el Buen Vivir de todas y todos los ecuatorianos, en el marco de un nuevo régimen de desarrollo concebido a partir de la articulación organizada, sostenible y dinámica del sistema económico, político, socio-cultural y ambiental, para garantizar la reproducción de la vida con un horizonte intergeneracional, es el centro y la finalidad de la acción estatal y social. ⁽¹⁸⁾

La Revolución Ciudadana plantea una estrategia nacional endógena y sostenible para el Buen Vivir, con una inserción estratégica y soberana en el mundo. Esta estrategia consiste en implementar políticas públicas que modifiquen los esquemas de acumulación, distribución y (re)distribución, con un enfoque territorial que permita reducir las inequidades. ⁽¹⁸⁾

En este marco, la planificación de la inversión pública, los incentivos tributarios para la producción y el crédito público productivo buscan superar el modelo primario exportador, democratizar el acceso a los medios de producción, crear las condiciones para incrementar productividad y generar empleo de calidad. ⁽¹⁸⁾

Es necesario recalcar, no obstante, que el centro de atención del Buen Vivir durante estos períodos es la satisfacción de las necesidades básicas de la población en los territorios, a través de procesos de generación de riqueza que resulten sostenibles en el tiempo. Si en la era del individualismo y el egoísmo se buscaba crecer y luego redistribuir a cuenta gotas, en esta era de solidaridad, reciprocidad y cooperación, se busca «distribuir produciendo» y «producir redistribuyendo». En este marco, la construcción y el impulso de una economía popular, social y solidaria constituye la principal herramienta para incorporar la (re)distribución en el propio proceso de generación de riqueza. ⁽¹⁸⁾

Para generar una ciudadanía hacia el Buen Vivir el Gobierno se ha planteado objetivos y metas entre los que van de acuerdo con esta investigación tenemos el siguiente objetivo, con sus políticas y metas.

Objetivo 3: “Mejorar la calidad de vida de la población” La calidad de vida alude directamente al Buen Vivir de las personas, pues se vincula con la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas. Dicho de otra manera, tiene que ver con el fortalecimiento de las capacidades y potencialidades de los individuos y de las colectividades, en su afán por satisfacer sus necesidades y construir un proyecto de vida común. ⁽¹⁸⁾

El neoliberalismo –en muchos casos a través de los organismos internacionales de cooperación– impuso modelos uniculturales de atención y prestación de servicios de bajo nivel de acceso y poca calidad para los más pobres, que redujeron el conocimiento y el ámbito de acción de las políticas públicas. ⁽¹⁸⁾

En la perspectiva de mirar integralmente los determinantes que inciden en la calidad de vida de la población y, más aún, con el fin de evitar los restringidos efectos de las políticas neoliberales, se han diseñado políticas y acciones responsables, integrales e integradas, con la participación activa de las distintas poblaciones, desde los territorios. Este aspecto es esencial, pues persisten barreras y desigualdades inaceptables en la calidad de los servicios, en el consumo de bienes, y en la práctica de los valores esenciales para sobrellevar la vida en condiciones adecuadas, especialmente por parte de los sectores rurales, urbano-periféricos, indígenas y afroecuatorianos. ⁽¹⁸⁾

Este objetivo propone, por tanto, acciones públicas, con un enfoque intersectorial y de derechos, que se concretan a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados. En estos sistemas, los aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales se articulan con el objetivo de garantizar los derechos del Buen Vivir, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, los pueblos y nacionalidades. ⁽¹⁸⁾

Política 3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

- a) Articular los diferentes servicios de la red pública de salud en un sistema único, coordinado e integrado y por niveles de atención.
- b) Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria sobre la red complementaria de atención, incluyendo la privada, social y comunitaria.

- c) Promover la producción de medicamentos esenciales genéricos de calidad a nivel nacional y de la región, procurando el acceso a medios diagnósticos esenciales de calidad.
- d) Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencias de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo.
- e) Promover procesos de formación continua del personal de salud, a fin de proveer servicios amigables, solidarios y de respeto a los derechos y a los principios culturales y bioéticos, de acuerdo a las necesidades en los territorios y su perfil epidemiológico.
- f) Generar y aplicar mecanismos de control de calidad de la atención y de la terapéutica en las prestaciones en los servicios de la red pública y complementaria, a través de protocolos de calidad, licenciamiento de unidades, participación ciudadana y veeduría social.
- g) Impulsar la investigación en salud, el desarrollo de procesos terapéuticos y la incorporación de conocimientos alternativos. ⁽¹⁸⁾

Política 3.4. Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.

- a) Ofrecer protección y prevención especializada para la salud de niñas, niños y adolescentes.
- b) Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico, en particular en las zonas rurales, las comunidades, pueblos y nacionalidades.
- c) Optimizar y equipar los servicios de atención materno-infantil y acompañar a las madres durante el embarazo, con calidad y calidez, promoviendo una adecuada nutrición, cuidado y preparación, e impulso a la maternidad y paternidad responsable. ⁽¹⁸⁾

METAS

- 3.2.6. Reducir en un 18% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza hasta el 2013.
- 3.3.2. Aumentar a 7 la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública hasta el 2013. ⁽¹⁸⁾

2.5.2 Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud (APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva. ⁽¹¹⁾

1) La definición de Alma-Ata

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS: “Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. ⁽¹¹⁾

2) Elementos conceptuales

Los que caracterizan a la APS, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:

- **Integral:** abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisociables de los procesos de salud-enfermedad. ⁽¹¹⁾
- **Integrada:** asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social. ⁽¹¹⁾

- **Continuada y longitudinal:** desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...). ⁽¹¹⁾
- **Activa:** realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces. ⁽¹¹⁾
- **Accesible:** sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica. ⁽¹¹⁾
- **Desarrollada por equipos:** formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...). ⁽¹¹⁾
- **Comunitaria y participativa:** enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria y contando con la participación activa y constante de los actores implicados. ⁽¹¹⁾
- **Programada y evaluable:** a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- **Docente e investigadora:** con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios. ⁽¹¹⁾

3) Centro de salud

El centro de salud integral, entendido no sólo o principalmente como un edificio sino como una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la APS, es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones: desde las de acogida inicial del usuario hasta las asistenciales curativas y de promoción y prevención. En el centro de salud integral se pueden asumir los siguientes grandes grupos de actividades: ⁽¹¹⁾

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención domiciliaria.
- Rehabilitación (no en todos los centros).
- Atención continuada y urgente (no en todos los centros).

- Vigilancia epidemiológica.
- Docencia e investigación.
- Gestión (funcionamiento interno y soporte).⁽¹¹⁾

4) La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R)

La APS-R es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades⁽¹⁴⁾.

La APS-R tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978) que esta, a su vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inicio la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud⁽¹⁴⁾.

A partir de la Declaración de Alma Ata (1977) la estrategia de APS toma importancia para los Estados y las políticas nacionales de salud, sin embargo del reconocimiento formal, su aplicación es limitada en la mayoría de países⁽¹⁴⁾.

Otro aporte de esta declaración es que identificó requisitos previos para la salud, tales como un ecosistema estable, justicia social, equidad, y recursos como la educación, alimentos e ingresos. (Bolívar K., 2011)⁽¹⁴⁾.

Posteriormente, en 1986 se realiza en Ottawa, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que define a la promoción como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él”⁽¹⁴⁾.

La OMS (1986) plantea la necesidad de implementar acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población como una condición ineludible para el logro de la

salud. La estrategia de promoción de la salud establece algunos lineamientos como reorientar el modelo de atención hacia un enfoque integral en el que las acciones de prevención y promoción de la salud son los ejes fundamentales, la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población ⁽¹⁴⁾.

Otro hito importante fue la conferencia de Santa Fe de Bogotá en 1992, en donde se plantea la necesidad de armonizar el desarrollo económico con el mejoramiento de las condiciones de bienestar y equidad social como condiciones indispensables para el logro de salud. En ese sentido “el desafío de la Promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo” ⁽¹⁴⁾.

En la década del 90, el embate del pensamiento y la práctica neoliberal incidieron en que la Estrategia de APS se reduzca a intervenciones puntuales, focalizadas, locales y de bajo costo, coartando su potencial transformador, se institucionalizó las intervenciones focalizadas y de bajo costo para los pobres y se estimuló el crecimiento y consolidación de la salud como una mercancía impulsando las acciones de salud centradas en el enfoque curativo ⁽¹⁴⁾.

La evidencia del fracaso del modelo de desarrollo economicista y de las políticas neoliberales, que en el campo de la salud significó profundizar la inequidad en el acceso a condiciones de vida saludables y a los servicios de salud, ha incidido en que se reposicione la estrategia de la APS como eje de los procesos de transformación de los sistemas de salud bajo los siguientes objetivos:

- Facilitar la inclusión social y la equidad en salud
- Promover los sistemas de salud basados en APS
- Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada
- Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes
- Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente
- Fortalecer los recursos humanos en materia de salud ⁽¹⁴⁾.

Tanto la Constitución Política como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que la estrategia de Atención Primaria de Salud, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud. ⁽¹⁴⁾

Este mandato implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención; implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud, que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. ⁽¹⁴⁾

La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el I nivel de atención es la puerta de entrada a los otros tres niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales. ⁽¹⁴⁾

2.5.3 Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

1) Definición:

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.

2) Propósito:

Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención

Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.

3) **Objetivo:**

Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

4) **Principios del modelo de Atención Integral de Salud:**

- **Garantía de los derechos de las y los ciudadanos** y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad. La garantía de derechos implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.
- **Universalidad:** es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos. La articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y red complementaria para garantizar el acceso a servicios de excelencia a toda la población.
- **Integralidad:** desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).
- **Equidad:** Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de

salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.

- **Continuidad:** Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.
- **Participativo:** Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.
- **Desconcentrado:** Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primer la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.
- **Eficiente, eficaz y de calidad:** Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos. Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano. Que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población.

2.5.4 Atención Integral

Características de la atención de salud en donde existe el reconocimiento del carácter multidimensional de la salud individual y colectiva, es decir el reconocimiento de que la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y biológicas.⁽¹⁴⁾

Para comprender el concepto de atención integral es preferible ilustrarse con el siguiente grafico que explica la complejidad del modelo.

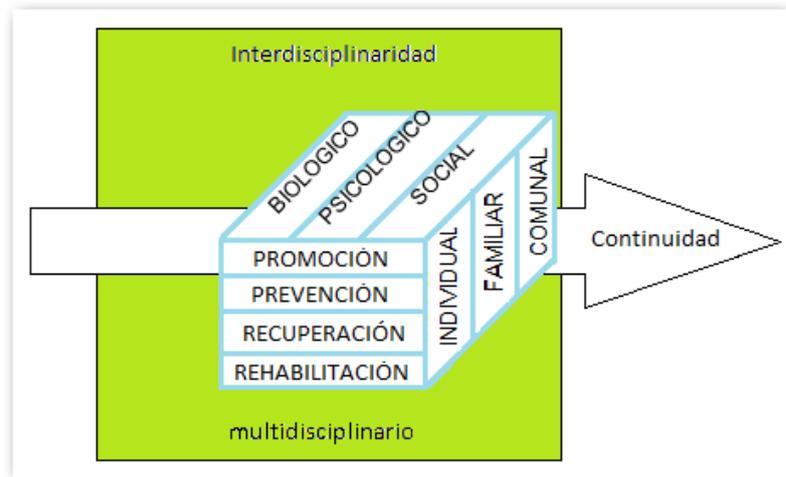


Gráfico No1: Características de la atención integral en salud

La atención integral es el enfoque biopsicosocial que se le brinda a los pacientes, su familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Para ello se requiere de equipos de trabajo multidisciplinarios, con acciones interdisciplinarias, mediante un proceso continuo de la atención. ⁽²⁸⁾

En el siglo pasado, surgió la especialización, que tuvo un gran auge hasta nuestros días, sin embargo favoreció a la pérdida de la integralidad de las personas. Los individuos eran vistos como órganos enfermos y se preocupaban por recuperarlo, pero se olvidaban que dicho órgano se encuentra dentro de un individuo, que además de tener otros órganos, tiene preocupaciones, intereses, convive con una familia y se relaciona con una sociedad, todos estos aspectos favorecen a la salud o la enfermedad. ⁽²⁸⁾

Hoy se comprende que curar más personas NO es tener una población más sana. Se entiende además que la salud o la enfermedad no dependen solo de los médicos, sino de otros aspectos que incluyen además de su situación biológica, otras condiciones ambientales, socioculturales, su estilo de vida y de los servicios de salud que se brindan. ⁽²⁸⁾

2.5.5 Interacción humana con el ambiente

La salud humana finalmente depende de la capacidad de una sociedad para mejorar la interacción entre las actividades humanas y el ambiente físico, químico y biológico (Gráfico No 2). Esto debe hacerse de manera que se salvaguarde y promocióne la salud humana, pero sin amenazar la integridad de los sistemas naturales de los cuales depende

el ambiente. Los ambientes físico y biológico incluyen todo, desde los ambientes inmediatos de trabajo y el hogar hasta el nivel regional y nacional y, desde luego los ambientes globales. Esto incluye mantener un clima estable y la continua disponibilidad de recursos ambientales seguros (suelo, agua potable, aire limpio). Así como también el funcionamiento continuo de los sistemas naturales que reciben los desechos producidos por las sociedades humanas, sin exponer a las personas a patógenos y sustancias tóxicas y sin comprometer el bienestar de futuras generaciones. ⁽¹⁾

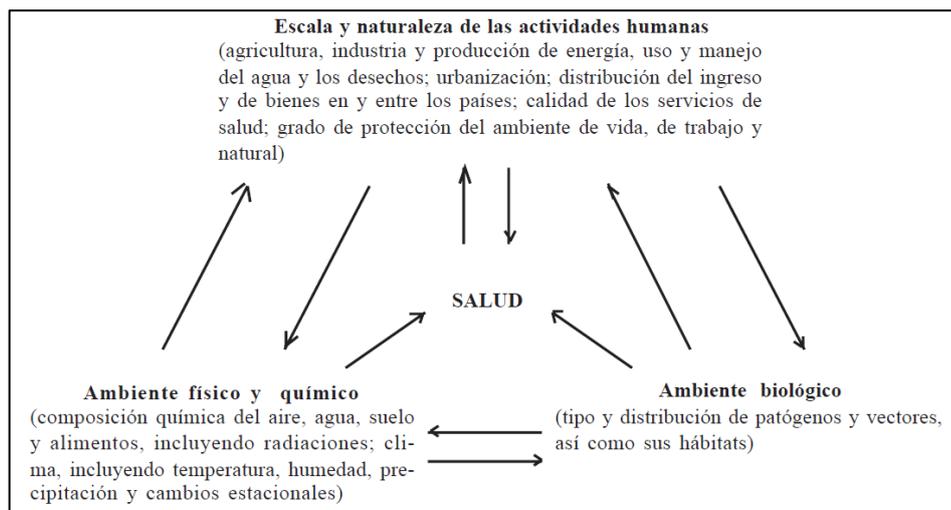


Gráfico No 2: Interacción entre las actividades humanas y el ambiente físico y químico.
Fuente: OMS 1992

Por mucho tiempo se ha reconocido la idea de un nexo inexorable entre la salud humana y el ambiente como ejemplo tenemos que hace 100 años, el cacique indio Seattle, un líder indígena en el territorio de Washington, EUA, habló de manera patética de nuestra relación con la tierra en un discurso muy citado: “Nosotros somos una parte de la trama de la vida y cualquier cosa que le hagamos a ella, nos la hacemos a nosotros mismos”. Así, cuando pensamos en la salud como un estado físico, mental y social completo, se debe reconocer que esto también incluye un contexto de bienestar ecológico. ⁽¹⁾

Aunque virtualmente cada aspecto de la salud humana se vincula estrechamente al ambiente físico y social, nosotros nos enfocaremos a la interacción entre la salud y el ambiente según los factores descritos en el gráfico No2:

- Patógenos biológicos, vectores y sus reservorios.

- Agentes físicos y químicos presentes en un ambiente que son independientes de actividades humanas y pueden menoscabar la salud por su presencia (p. ej. radionúclidos naturales, luz ultravioleta) o por su ausencia (p. ej. yodo, y hierro).
- Agentes nocivos físicos y químicos agregados al ambiente por actividades humanas (p.ej. óxidos de nitrógeno, hidrocarburos aromáticos policíclicos, partículas originadas en la utilización de combustible de petróleo, residuos producidos por la industria, desechos biomédicos y radiactivos).⁽¹⁾
- Los factores socioeconómicos controlan cómo se usan los recursos. El que una persona tenga hambre, alimentación adecuada o sobrealimentación, depende no solamente del estado de sus recursos naturales, sino también de factores socioeconómicos como las prácticas agrícolas usadas o el mal empleo de esos recursos y si el alimento es seguro, nutritivo y está razonablemente disponible.⁽¹⁾

A veces parece existir un dilema ético entre promover la salud y la protección del ambiente. Una posición extrema es que cualquier control que limite la explotación de recursos puede inhibir al individuo o a la comunidad para mejorar su nivel de vida, por lo tanto infringe sus derechos y libertades, así como también disminuye su capacidad para mantener la salud. Al otro extremo está la posición de que cualquier acción para proteger el ambiente y mantener la integridad del ecosistema se justifica, sin tomar en cuenta el impacto sobre la salud y la actividad humana.⁽¹⁾

Las Naciones Unidas tienen establecido que asegurar la supervivencia humana debería tomarse como un principio de primer orden. Este principio para garantizar la supervivencia humana es consecuente con la Declaración Universal de las Naciones Unidas sobre derechos humanos (ONU, 1948), que afirma “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y bienestar de sí mismo y su familia, incluyendo el alimento, trabajo, educación, ropa, vivienda, salud pública, y los servicios sociales necesarios”.⁽¹⁾

El desarrollo sustentable implica que todos tengan acceso a los recursos ambientales para satisfacer sus necesidades. Esto debe hacerse con un compromiso continuo para mejorar la comprensión general de cómo el ambiente y la salud se vinculan estrechamente y considerando que no se deben sobrepasar las capacidades finitas de absorción de los ecosistemas globales.⁽¹⁾

2.5.6 Infección del agente causal

La **infección** es la invasión o colonización del organismo por parte de microorganismos patógenos lo cual puede o no producir daño al huésped, mientras que la **enfermedad** se presenta cuando el huésped es dañado de alguna forma por la presencia del agente infeccioso. Es decir, una infección puede estar presente sin que existan síntomas de una enfermedad; por ejemplo, la infección por VIH. ⁽¹⁰⁾

Las infecciones bacterianas no aparentes (infecciones subclínicas) pueden ser de dos tipos:

- a) **Infecciones durmientes:** en las que se puede aislar el microorganismo del paciente. Usualmente se usa el término de PORTADOR para designar a aquellas personas que continúan diseminando el microorganismo después de haberse recuperado de la enfermedad. Ejemplo: Infecciones por *Salmonellas*, *Streptococcus β hemolíticos*. ⁽¹⁰⁾
- b) **Infecciones latentes:** en las que no se puede aislar el microorganismo y sólo pueden ser reconocidos por métodos indirectos o cuando aparecen los síntomas de la enfermedad. Ejemplo: Infección por el *Micobacterium tuberculosis*. ⁽¹⁰⁾

La probabilidad que la infección por un patógeno dé origen a una enfermedad va a depender de:

- a) La virulencia: Mientras mayor sea la virulencia mayor será la probabilidad de éste para causar enfermedad.
- b) El número de gérmenes patógenos que infecten el huésped.
- c) La resistencia del huésped: Mientras mayor sea la resistencia del huésped, menor será la probabilidad de éste de sufrir enfermedad, como consecuencia de la infección por el germen patógeno. ⁽¹⁰⁾

Las enfermedades pueden ser **agudas** cuando se desarrollan con rapidez y sólo duran un tiempo corto, o **crónicas** cuando se desarrollan con mayor lentitud y la reacción del organismo puede ser menos grave pero es probable que continúe por períodos prolongados. ⁽¹⁰⁾

Establecimiento de una infección o una enfermedad

Para que un agente etiológico llegue a producir una infección o una enfermedad, deben producirse una secuencia definida de eventos.

- Debe haber un reservorio como fuente de patógenos.
- El patógeno debe ser transmitido al huésped susceptible.
- Se debe producir un proceso de invasión en el que el microorganismo ingresa en el huésped y se multiplica.
- El microorganismo lesiona al huésped dependiendo de sus mecanismos de patogenicidad.⁽¹⁰⁾

2.5.7 Respuesta inmunológica

A lo largo de su vida, un individuo está expuesto a muchos agentes infecciosos; sin embargo, en la mayoría de las situaciones la enfermedad es la excepción más que la regla. La mayoría de los microorganismos infecciosos no logran ingresar al individuo, gracias a las barreras físicas y químicas que éste presenta. La barrera física más importante es la piel; la integridad de ésta, junto a la secreción de mediadores químicos, evita el ingreso de microorganismos patógenos. Asimismo, las mucosas poseen una serie de atributos (secreciones, flujo ciliar) que dificultan el ingreso de microorganismos por esa vía. Además, la existencia de poblaciones microbianas no patógenas residentes (flora normal), también impide la colonización de las mucosas por agentes infecciosos.⁽²⁶⁾

La mayoría de los microorganismos que logran evadir estas barreras y producir infección, son destruidos en pocas horas por mecanismos no específicos de inducción rápida (inmunidad innata). Sin embargo, si un agente infeccioso es capaz de superar esas primeras líneas de defensa, se activará, en la mayoría de los casos, un tipo de respuesta de defensa (inmunidad adquirida), altamente especializada y específica. Ésta logrará, en la mayoría de las situaciones, controlar la infección y suprimir la enfermedad. Además, de este proceso resultará la generación de memoria inmunológica, que permitirá al individuo en el próximo contacto con el mismo agente, responder más rápida y efectivamente.⁽²⁶⁾

La importancia fundamental que tiene el sistema inmune en la supervivencia de los individuos, está evidenciada por las enfermedades que padecen los individuos con alguna disfunción de este sistema. Por otro lado, la correcta regulación de la homeostasis del

sistema inmune es central, porque la exacerbación de la respuesta puede provocar enfermedad en el individuo. ⁽²⁶⁾

Así, la inmunopatología es una consecuencia frecuente de la respuesta inmune contra muchos agentes infecciosos. ⁽²⁶⁾

2.5.8 Infecciones respiratorias

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan una proporción importante como causa de consulta en atención primaria en todo el mundo, principalmente en la edad pediátrica. Han permanecido dentro de las primeras causas de demanda de atención en el primer nivel de atención, a pesar del incremento en la consulta por enfermedades crónicas. ⁽¹⁹⁾

A pesar de que la mayoría de las IRA son autolimitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema reconocido y demostrado por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, principalmente en las infecciones de vías respiratorias superiores, con aparición de resistencias bacterianas además de ocasionar desperdicio de medicamentos debido a la falta de cumplimiento de tratamientos una vez que los síntomas han desaparecido. Por otro lado, se ha encontrado que las principales complicaciones de las IRA no son detectadas ni tratadas oportunamente, lo que favorece una elevada mortalidad, aún en regiones con acceso adecuado a los servicios de salud. ⁽¹⁹⁾

Es por ello esencial utilizar los criterios recomendados por la Organización Mundial de la Salud adaptados a nuestras condiciones como referencia para la atención de las IRA en el primer nivel. ⁽¹⁹⁾

1) IRA sin insuficiencia respiratoria

A este grupo de IRA pertenecen, la rinofaringitis, la faringoamigdalitis y la otitis media constituyen el 87.5% del total de los episodios y la vasta mayoría son causadas por virus. ⁽¹⁹⁾

- **Rinofaringitis.** La rinofaringitis aguda o catarro común es casi en la totalidad de los casos de origen viral, autolimitada y la fiebre se puede presentar hasta por 4 ó 5 días, la rinorrea y la tos hasta por 10 días. Los virus más frecuentes son los rinovirus. En estos casos, los síntomas iniciales incluyen congestión nasal e

irritación faríngea y en pocas horas puede ocurrir rinorrea acuosa y estornudos, frecuentemente acompañados de malestar general; de uno a tres días la secreción nasal se vuelve típicamente más espesa y mucopurulenta debido a la presencia de células epiteliales, polimorfonucleares y bacterias que normalmente colonizan el tracto respiratorio, sin que sea una manifestación de complicación bacteriana y su recuperación es espontánea en el tiempo mencionado arriba. ⁽¹⁹⁾

- **Faringoamigdalitis o faringitis.** La faringitis es también comúnmente causada por virus, pero aproximadamente 15% de los episodios pueden deberse a estreptococo beta hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*), que es la única bacteria clínicamente importante y más común entre los 5 y los 15 años de edad. Esta patología representa la segunda causa de consulta por infecciones respiratorias agudas, en estos casos habitualmente se encuentra exudado blanquecino en amígdalas, adenopatía cervical, ausencia de rinorrea, tos y fiebre mayor de 38°C; el diagnóstico clínico con 3 de estos datos ha demostrado una sensibilidad de más de 75%. La rinorrea, tos húmeda, disfonía y conjuntivitis son poco frecuentes en estos casos y sugieren fuertemente un origen viral. Lo mismo es aplicable en el caso de presencia de vesículas, que orientan hacia etiología viral. ⁽¹⁹⁾
- **Otitis media.** La otitis media es un problema importante en los niños, y en nuestro medio se encuentra en aproximadamente el 2% de las IRA. Es causada por múltiples factores interrelacionados, que incluyen infección, disfunción de la trompa de Eustaquio, alergia y barotrauma, los cuales estimulan la mucosa del oído medio y las células inflamatorias para la liberación de mediadores que ocasionan inflamación. Como consecuencia, se presenta atrapamiento de patógenos potenciales residentes en la nasofaringe.

Los criterios para establecer el diagnóstico incluyen otalgia, fiebre y puede presentarse otorrea o membrana timpánica hiperémica o abombada. Debe establecerse el diagnóstico diferencial con otitis media crónica, en la que no se presentan manifestaciones sistémicas y la evolución es más prolongada. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Streptococcus pneumoniae*, que es responsable del 40 al 50% de los casos, *Haemophilus influenzae* 20 a 30% y *Moraxella catarrhalis* 10 a 15%; otras bacterias causan aproximadamente el 5% y los virus solos el 10%. ⁽¹⁹⁾

- **Sinusitis.** La sinusitis, definida como la inflamación de uno o más de los senos paranasales, en su forma aguda generalmente es precedida por una IRA viral con invasión bacteriana subsecuente de los senos por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, o *Moraxella catarrhalis*. Los factores predisponentes incluyen rinitis alérgica vasomotora o medicamentosa, así como ciertas variaciones anatómicas.

El diagnóstico clínico de sinusitis bacteriana requiere cumplir con los siguientes datos en los adultos y niños mayores: síntomas y signos persistentes de rinofaringitis con tos (más de 7-10 días) o cuadro clínico de infección respiratoria alta severa, como fiebre mayor de 39°C, inflamación, dolor facial o cefalea. En los niños pequeños, el diagnóstico puede elaborarse en presencia de un cuadro de rinofaringitis con tos de más de 7-10 días sin mejoría. La rinorrea mucopurulenta deberá considerarse como un dato de importancia para el diagnóstico sólo cuando es persistente por más de 7 días. ⁽¹⁹⁾

- **Laringitis, laringotraqueitis y bronquitis.** Aunque la laringitis y la traqueitis pudieran considerarse como infecciones respiratorias bajas, con mucha frecuencia acompañan a los síndromes respiratorios altos, particularmente a la rinofaringitis o catarro común. La ronquera o pérdida completa de la voz es el signo característico de la laringitis, mientras que la tos acompañada de dolor retroesternal es un dato de traqueitis. En ambos casos, casi siempre la etiología es de origen viral, sobre todo en ausencia de insuficiencia respiratoria aguda; los virus más frecuentes son parainfluenza, rinovirus, adenovirus e influenza. El diagnóstico de bronquitis se establece principalmente por la presencia de tos productiva sin otros datos específicos de infección respiratoria aguda; los agentes asociados a estos cuadros han sido virus parainfluenza, sincitial respiratorio e influenza. ⁽¹⁹⁾

2) **IRA con insuficiencia respiratoria.**

En niños pequeños, laringitis y traqueitis pueden ocasionar edema subglótico severo con obstrucción parcial de las vías aéreas, lo que ocasiona tos característica con estridor laríngeo inspiratorio conocido como crup. Asimismo, en raras ocasiones es posible observar epiglotitis aguda en adultos y niños mayores, que es causada principalmente por *Haemophilus influenzae* tipo b; la introducción de la vacuna ha logrado un descenso importante en la frecuencia de esta patología, aunque aún puede presentarse en quienes

no han sido vacunados. Tanto la epiglotitis aguda como el crup requieren hospitalización urgente para el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. ⁽¹⁹⁾

La neumonía es la principal complicación de las infecciones respiratorias; el 80% es causado por dos bacterias: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Los niños con broncoespasmo causado por asma o bronquiolitis pueden presentar los mismos síntomas que los que presentan neumonía. Un niño puede presentar neumonía y broncoespasmo. Los pacientes con sibilancias en quienes pueda documentarse asma o bronquiolitis, o con datos clínicos de neumonía, que presenten insuficiencia respiratoria, deben ser referidos para valoración en el segundo nivel. ⁽¹⁹⁾

3) Terapéutica de las infecciones respiratorias agudas

- **Medidas generales y educación.** Además de las recomendaciones de alimentación y de higiene, debe mencionarse que el uso de descongestionantes tópicos o por vía oral no se debe indicar por el efecto de “rebote” que provocan y que puede resultar en un problema más que beneficio para el paciente, por lo que la recomendación apropiada para mejorar los síntomas de obstrucción nasal es la administración de solución salina localmente o como alternativa las inhalaciones de vapor; ambas fluidifican las secreciones y facilitan su eliminación. ⁽¹⁹⁾

No existe evidencia de la utilidad en la administración de antitusivos, expectorantes, mucolíticos, antihistamínicos solos o en combinación con descongestionantes o de otras combinaciones, por lo que no se recomienda su uso como sintomático para la tos. ⁽¹⁹⁾

La educación a la madre sobre signos de alarma para solicitud inmediata de atención es uno de los principales aspectos en las recomendaciones generales de tratamiento, e incluyen tanto la identificación de la insuficiencia respiratoria como la aparición de manifestaciones clínicas de agravamiento. ⁽¹⁹⁾

- **IRA virales (rinofaringitis, laringitis, traqueitis y bronquitis).** No se recomienda el uso de antibióticos con el objetivo de prevenir una infección bacteriana secundaria al cuadro viral, ya que se ha demostrado que no existe beneficio para los pacientes, y se ha reportado la aparición frecuente de reacciones adversas en adultos (principalmente gastrointestinales); asimismo, el

aumento de la resistencia bacteriana que ocasiona el uso indiscriminado de antibióticos, sobre todo cuando no se requieren, son razones suficientes para no prescribirlos. ⁽¹⁹⁾

- **Faringoamigdalitis.** La penicilina es el antibiótico de primera elección para el tratamiento, ya que no se ha encontrado resistencia o tolerancia por el *S. Pyogenes*. El principal objetivo del tratamiento es la prevención de las complicaciones, particularmente la fiebre reumática, aunque este padecimiento es cada vez más raro. Se ha demostrado el beneficio del tratamiento antibiótico con una reducción del riesgo para fiebre reumática y en forma menos consistente para glomerulonefritis. La penicilina benzatínica en dosis individual o la eritromicina en los pacientes alérgicos a penicilina son las principales recomendaciones y erradican en forma eficaz el estreptococo. ⁽¹⁹⁾

Otitis media y sinusitis.

Otitis media. El beneficio del tratamiento con antibióticos para la resolución del cuadro clínico ha sido demostrado, tanto para dolor (reducción del 28%) como para la reducción de los días con síntomas. No existe suficiente evidencia hasta la fecha que demuestre su eficacia para la disminución en el riesgo de complicaciones como mastoiditis o sordera. El trimetoprim sulfametoxazol es el antibiótico de elección, ya que presenta elevados porcentajes de curación (80%) y menores efectos secundarios que otros antibióticos. La ampicilina es una alternativa del tratamiento ya que la resistencia del principal patógeno (*S. pneumoniae*) permanece baja. Ante la presencia de cuadros de otitis media supurada de evolución subaguda o crónica, no existe beneficio con la administración de antibióticos sistémicos, por lo que no deben ser indicados. ⁽¹⁹⁾

Sinusitis. Tanto el trimetoprim-sulfametoxazol como la ampicilina durante 10 días han mostrado similar eficacia para el tratamiento, al reducir la probabilidad de persistencia del padecimiento en el corto a mediano plazo. ⁽¹⁹⁾

Prevención de las infecciones respiratorias agudas. El principal objetivo de las recomendaciones relacionadas con la educación para la salud es disminuir el riesgo de presentar infecciones respiratorias. Existen medidas cuya efectividad ha sido bien demostrada y que deben enfatizarse: ⁽¹⁹⁾

- a) La probabilidad de contagio es mayor a través del contacto por las manos con enfermos que por vía aérea; por lo tanto, el lavado frecuente de manos entre responsables del cuidado del niño o en adultos es recomendable. ⁽¹⁹⁾
- b) Debido a que la alimentación con seno materno es protectora, particularmente para la prevención de otitis media aguda, es necesario educar a las madres para la continuación de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida y, en caso de ser factible, en forma exclusiva al menos por 4 meses. ⁽¹⁹⁾
- c) El hábito tabáquico y el tabaquismo pasivo en adultos se han encontrado asociados a un mayor riesgo de infecciones respiratorias con mayor tiempo de evolución. Asimismo, la exposición al humo del tabaco en niños y adolescentes también se asocia con mayor frecuencia de infecciones respiratorias como bronquitis y otitis media, así como con cambios del tejido de adenoides. Por lo tanto, debe evitarse esta exposición.
- d) Por último, se ha establecido que la asistencia a la guardería aumenta la frecuencia y severidad de las infecciones respiratorias agudas. Sin embargo, dado que en nuestro medio es en muchas ocasiones la única alternativa de cuidado en niños pequeños, la recomendación deberá centrarse en el resto de las medidas preventivas ya mencionadas para disminuir el riesgo de enfermar en este grupo de niños. ⁽¹⁹⁾

2.5.9 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez y asumida, de manera progresiva, por los países de la Región. ⁽¹³⁾

La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad. ⁽¹³⁾

Los objetivos de la AIEPI son:

- Mejorar el desarrollo integral de los niños.

- Contribuir a la reducción de la mortalidad en la niñez.
- Mejorar la calidad de atención de los niños tanto en los servicios de salud como en el hogar y en la comunidad. ⁽¹³⁾

Para implementar adecuadamente la estrategia AIEPI, requiere del concurso sinérgico de sus tres componentes que son: ⁽¹³⁾

- Mejorar las habilidades del personal de salud.** Tiene por objetivo mejorar la calidad de atención de los niños menores de 5 años en los servicios de salud. (Evaluación, clasificación, tratamiento y consejería). ⁽¹³⁾
- Fortalecer los servicios y sistemas de salud.** El objetivo de este componente está orientado a responder de manera adecuada a los problemas de salud familiar y comunitaria. Promueve la integración de los servicios de salud estableciendo o fortaleciendo redes de atención entre servicios, tanto en una misma institución como entre las instituciones y la comunidad. Fortalece los sistemas de trabajo interprogramático y de supervisión, de información, vigilancia, suministros, referencia y contrarreferencia. ⁽¹³⁾
- Mejorar las prácticas familiares y comunitarias.**- Este componente está dirigido a la familia y a la comunidad y tiene como fin fortalecer sus conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos relacionados al cuidado del niño, niña y mujeres gestantes, a través de la adopción de prácticas saludables. En este componente son los ACS (promotores y parteras) y los Actores sociales los que desarrollan acciones de atención y promoción de la salud respectivamente. ⁽¹³⁾

Pero la vida de los niños es patrimonio común de la sociedad y, por tanto, debe ser protegida por todos, más si las causas del problema son expresión de la forma como se cuida o no al niño y niña en la familia y la comunidad. ⁽¹³⁾

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es considerada en la actualidad la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de salud de la infancia en los países en desarrollo. Además de representar un instrumento útil para la detección precoz y tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan la salud de los menores de 5 años, contribuye a mejorar los

conocimientos y las prácticas de las familias para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. De esta forma, su aplicación en los servicios de salud y en la comunidad puede producir un importante impacto en términos de la reducción del número de muertes en la infancia, en la disminución del número y gravedad de enfermedades que afectan a este grupo de edad, y en las condiciones nutricionales y de desarrollo de los menores de 5 años. ⁽³⁸⁾

1) Implicaciones de la implantación de un modelo de atención integrada a la niñez desde el nacimiento hasta los cinco años de edad

La implantación del modelo de Atención Integrada a la Niñez, representa un cambio sustancial en la forma cómo los servicios de salud han estado funcionando hasta ahora. ⁽³³⁾

La implantación de un modelo integrado de atención a la niñez, es en cierta manera, una revolución en la forma de brindar los servicios de salud, en su funcionamiento y organización, en las funciones del personal, en la infraestructura y distribución física de los espacios, en el equipamiento necesario y en los recursos financieros. ⁽³⁸⁾

Por tanto, es importante analizar y reflexionar sobre las implicaciones de su implementación en todos estos aspectos a nivel de cada unidad de salud. ⁽³⁸⁾

Los problemas respiratorios, la asfixia y las infecciones son las causas más importantes de enfermar y morir de los niños(as) menores de dos meses, asociado en un gran porcentaje a prematuridad y bajo peso al nacer. Estas entidades constituyen la amenaza más grande a la sobrevivencia y salud de los niños(as) en la región de las Américas. ⁽³⁸⁾

Estas amenazas pueden disminuirse con otras intervenciones claves, por ejemplo, la atención adecuada inmediata al parto y la prevención y tratamiento de la dificultad respiratoria, los trastornos metabólicos e infecciones, que no solo representan un alto riesgo de morir, sino que tienen repercusiones a largo plazo en el neurodesarrollo integral. ⁽³⁸⁾

Además del enfoque de los problemas agudos, con este modelo se dan pautas de promoción y atención en salud, tales como lactancia materna, cuidados en el hogar, nutrición, así como crecimiento y desarrollo. ⁽³³⁾

Esto constituye la esencia del enfoque integrado, cubriéndose la gran mayoría de las razones de enfermedad y muerte después del nacimiento y hasta los cinco años de edad.⁽³⁸⁾

El manejo integrado de todas estas actividades requiere de una nueva práctica de los componentes de AIEPI en los servicios de salud, que son:

- Mejorar las habilidades del personal.
- Fortalecer el sistema de salud, y
- Mejorar las prácticas comunitarias y familiares.⁽³⁸⁾

2) El proceso de atención integrada de casos

La atención integrada depende de la detección de casos con el uso de signos clínicos simples, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utiliza el número más bajo posible de signos clínicos, basados en opinión clínica, resultados de investigación y logran un equilibrio cuidadoso entre la sensibilidad y la especificidad. Los tratamientos se llevan a cabo según clasificaciones orientadas a acciones en lugar de diagnóstico exacto. Cubren las enfermedades más probables representadas por cada clasificación y parte de medicina basada en evidencias.⁽³⁸⁾

El proceso de AIEPI puede ser utilizado por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que ven a lactantes y niños(as) enfermos desde el nacimiento hasta cinco años de edad. Se trata de un proceso de manejo de casos para ser utilizado en un establecimiento de primer nivel como sería un consultorio, un centro de salud o un departamento ambulatorio de un hospital.⁽³⁸⁾

El proceso de AIEPI describe cómo atender a un niño(a) que asiste a un consultorio por una enfermedad, o para una visita de seguimiento programada para verificar el progreso o su estado de inmunización. Las pautas ofrecen instrucciones sobre la manera de evaluar sistemáticamente a un niño por signos generales de enfermedades comunes, desnutrición y anemia e identificar otros problemas. Además del tratamiento, el proceso incorpora actividades básicas para la prevención de enfermedades.⁽³⁸⁾

3) Evaluar, clasificar y tratar al niño de dos meses a cinco años de edad

a) Preguntar a la madre: ¿qué problema tiene el niño?

- Determinar si es la primera consulta para este problema o es una consulta de control
- Si es la primera consulta, examinar al niño. ⁽³⁷⁾

b) Verificar si existen signos generales de peligro

PREGUNTAR: <ul style="list-style-type: none">• ¿Puede el niño beber o tomar el pecho?• ¿Vomita todo lo que ingiere?• ¿Ha tenido el niño convulsiones?	OBSERVAR: <ul style="list-style-type: none">• Verificar si el niño está letárgico o inconsciente
--	---



Uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none">• No puede beber o tomar el pecho• Vomita todo• Convulsiones• Letárgico o inconsciente	ENFERMEDAD MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none">• Completar de inmediato la evaluación y el examen físico• Administre oxígeno si hay disponible• Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA"
---	-----------------------------	---

Tabla No1: Evaluar al niño de dos meses a cinco años de edad

Fuente: AIEPI cuadro de procedimientos

c) En seguida preguntar por cada uno de los síntomas principales:

- ¿Tiene el niño tos o dificultad para respirar?
- ¿Tiene el niño diarrea?
- ¿Tiene el niño fiebre?
- ¿Tiene el niño problemas de oído?
- ¿Tiene el niño problema de garganta?. ⁽³⁷⁾

d) En seguida:

- Verificar la salud bucal del niño
- Evaluar el crecimiento del niño
- Verificar si el niño tiene anemia
- Verificar la presencia de maltrato en el niño
- Evaluar el desarrollo del niño
- Verificar los antecedentes de vacunación del niño
- Evaluar otros problemas. ⁽³⁷⁾

e) ¿Tiene el niño tos o dificultad para respirar?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA	
PREGUNTAR <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace? • Si hay sibilancias: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Es el primer episodio? - ¿Es recurrente? - ¿Tiene cuadro gripal previo? - ¿Ha presentado apneas? - ¿Fue prematuro? 	OBSERVAR Y ESCUCHAR CON EL NIÑO TRANQUILO: <ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones en un minuto • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y determinar si presenta saturación de O₂ <92% (<90% en altura >2500 msnm) • Observar y auscultar si hay estridor • Observar y auscultar si hay sibilancias



Primer episodio de sibilancias en un niño menor de dos años, con cuadro gripal dos a tres días antes y uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal • Respiración rápida • Saturación de oxígeno <92% (o <90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) • Edad menor de tres meses • Edad menor de seis meses y antecedente de prematuridad • Apneas 	BRONQUIOLITIS GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxígeno • Si tolera la vía oral aumentar ingesta de líquidos y leche materna • Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA"
Primer episodio de sibilancias en un niño menor de dos años con cuadro gripal dos a tres días antes y <ul style="list-style-type: none"> • No tiene tiraje subcostal • No tiene respiración rápida • Saturación de O₂ ≥ 92% (o ≥90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) • Mayor de tres meses de edad • Sin antecedente de prematuridad • Sin apneas 	BRONQUIOLITIS	<ul style="list-style-type: none"> • Aseo nasal con suero fisiológico cada tres a cuatro horas • Aumentar ingesta de líquidos y leche materna • Enseñar a la madre a cuidar al niño en casa • Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato • Consulta de seguimiento dos días después
<ul style="list-style-type: none"> • Sibilancias primer episodio y no cumple criterios para clasificarse como bronquiolitis 	SIBILANCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar con un broncodilatador de acción rápida • Volver a clasificar una hora después de terminado el ciclo según el cuadro de clasificación para el niño con SIBILANCIA PRIMER EPISODIO
<ul style="list-style-type: none"> • Sibilancias Y • Antecedente de episodio previo de sibilancias 	SIBILANCIA RECURRENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar la severidad de la crisis de sibilancia recurrente o la crisis de Asma e iniciar el tratamiento según esta clasificación
<ul style="list-style-type: none"> • Estridor agudo 	CRUP	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar la severidad del CRUP y tratar de acuerdo a la severidad de la obstrucción.

Tabla No2: Clasificar y tratar al niño de dos meses a cinco años de edad

Fuente: AIEPI cuadro de procedimientos

Si el niño no encuadra en una de las clasificaciones anteriores clasifique la tos o dificultad para respirar según el siguiente cuadro:

Uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier signo general de peligro • Tiraje subcostal • Saturación de O₂ < 92% (o <90% si vive en una altura superior a 2,500 msnm) 	NEUMONÍA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxígeno • Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado • Tratar la fiebre • Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte ‘REFIERA’
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida 	NEUMONÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un antibiótico apropiado • Tratar la fiebre • Aliviar la tos con bebidas endulzadas • Enseñar a la madre a cuidar el niño en casa • Enseñar a la madre signos de alarma para volver de inmediato. • Hacer consulta de seguimiento dos días después • Enseñar medidas preventivas específicas
<ul style="list-style-type: none"> • Tos y ninguno de los signos anteriores 	TOS O RESFRIADO	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la fiebre • Aliviar los síntomas como la obstrucción nasal y la tos con aseo nasal y bebidas endulzadas • Enseñar a la madre a cuidar al niño en casa • Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato • Si no mejora, consulta de seguimiento cinco días después • Si hace más de 21 días que el niño tiene tos, evalúelo según el cuadro de clasificación de Tuberculosis

Tabla No3: Clasificar y tratar al niño de dos meses a cinco años de edad
Fuente: AIEPI cuadro de procedimientos

La taquipnea está considerada como un signo de alarma temprano que ha demostrado su sensibilidad y especificidad, y la edad del niño es el dato clínico principal para identificar la gravedad de la IRA, en particular la presencia de neumonía. Se la define según la edad como se muestra en el siguiente cuadro: ⁽¹⁹⁾

SI EL NIÑO TIENE	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA
Menos de dos meses	60 respiraciones o más por minuto
2 a 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
1dos meses a cinco años:	40 respiraciones o más por minuto

Tabla No4: Taquipnea en niños
Fuente: AIEPI cuadro de procedimientos

2.5.10 Atención de calidad en salud

1) Definición:

Siempre se ha considerado que definir la calidad en la atención médica es muy difícil, como lo han hecho varios autores entre ellos Donabedian la define como: “la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables”. ⁽¹⁶⁾

Para Gilmore y Moraes la calidad en salud significa:

1. Un alto nivel de excelencia profesional.
2. Uso eficiente de los recursos.
3. Un mínimo de riesgo para el paciente.
4. Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
5. Impacto final en la salud. ⁽¹⁶⁾

Otros autores como Lee y Jones en 1990 definen la calidad en salud como “Calidad significa conformidad con las normas”. Bonilla en 1993 la define como “Calidad es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas”. ⁽¹⁶⁾

En el presente trabajo consideramos como definición de calidad en atención en salud la propuesta por el Dr. Benito Narey Ramos Domínguez en su libro “Control de calidad de la atención de salud” la define de la siguiente manera:

“Existe buena calidad en la atención de salud cuando los resultados, producto o efectos del proceso de atención de salud satisfacen los requisitos y seguridad del paciente, las expectativas de los profesionales, los trabajadores, la institución y el sistema”. ⁽¹⁶⁾

Se toma en consideración esta definición porque toma en cuenta las características y particularidades del proceso de atención en salud, muy diferentes a los demás sectores y también porque la calidad en salud no solo se mide en un objeto material sino también intrínsecamente en la persona que recibe la atención. ⁽¹⁶⁾

Para el proveedor de salud, pone énfasis en la calidad técnica de la atención clínica:

Calidad Técnica: consiste en la aplicación de una atención o intervención científicamente adecuada de acuerdo a la medicina basada en la evidencia (contenido de la atención) y la aplicación de las normas establecidas para dicha atención (proceso de la atención), tratando de tener un riesgo reducido para el paciente, el profesional y el entorno. Por ejemplo el uso de la norma AIEPI para la atención de los menores de 5 años. ⁽¹⁵⁾

Calidad percibida: Los usuarios en cambio ponen énfasis a la satisfacción de sus necesidades y requerimientos, principalmente los siguientes:

1. **Relación interpersonal, trato:** se refiere a la relación entre proveedores y pacientes y entre el equipo de los servicios de salud y la comunidad. Consiste en el buen trato, el respeto, la no discriminación, la participación en las decisiones sobre su atención.
2. **Comodidad, limpieza:** se refiere a contar con espacios físicos limpios y confortables en los servicios de salud, puede incluir aspectos que tornan la espera menos difícil como asientos, música, videos educativos, materiales de lectura, etc.
3. **Tiempo de espera:** se relaciona al tiempo que transcurre hasta que los usuarios sean atendidos, tanto en los tramites, como la espera para la atención profesional.
4. **Disponibilidad del médico, medicinas:** se refiere a la presencia del profesional para la atención, como a contar con insumos necesarios y especialmente medicinas para el tratamiento del usuario en el establecimiento. ⁽¹⁵⁾

2) **Contenidos y procesos de la atención.**

La calidad (tanto técnica, como la calidez o satisfacción de los/as usuarios/as y por supuesto el nivel de salud mejorado) es resultado del establecimiento de contenidos adecuados de la atención y la ejecución apropiada de los procesos de la misma ⁽¹⁵⁾.

Los contenidos de la atención. Nos permiten hacer lo correcto, es decir elegir el procedimiento o atención científicamente adecuada en función de la medicina basada en la evidencia, esto incluiría el establecer el modelo de atención y disponer de las guías clínicas o protocolos, la tecnología, los insumos y el equipo adecuados y necesarios para la atención. ⁽¹⁵⁾

Los procesos de la atención. Nos permiten hacer bien las cosas y en forma correcta, es decir una vez definidos los contenidos es necesario la ejecución de estos de forma adecuada, esto podemos lograrlo con el establecimiento de estándares, la medición de su cumplimiento, la identificación de problemas, para lo cual es necesario la conformación de equipos de mejoramiento de la calidad que realicen mejora continua de la misma. ⁽¹⁵⁾

3) **La atención para la salud entendida como un proceso**

Se considera que todo trabajo implica procesos y sistemas. En la prestación de atención en salud, se producen muchos procesos simultáneamente. Un proceso se define como una

secuencia de pasos que implican acciones a través de las cuales las entradas o insumos se convierten en resultados que benefician a los usuarios. ⁽¹⁵⁾

Se considera a los servicios de salud como un sistema, en donde las acciones y decisiones que se realicen o tomen en una parte del sistema afectan al resto. Para lograr la producción de servicios son necesarios: ⁽¹⁵⁾

- A. **Entradas:** que son los recursos o insumos indispensables para realizar las actividades.
- B. **Procesos:** que son la serie de actividades para el logro de un objetivo
- C. **Salidas:** que son los resultados de salud, la satisfacción de los usuarios y la utilización del servicio. ⁽¹⁵⁾

4) **Objetivos para el sistema de asistencia sanitaria del siglo XXI**

El IOM (Instituto de Medicina Americano) describió la calidad de un modo orientado al objetivo y estableció 6 objetivos para el sistema de asistencia sanitaria del siglo XXI: seguro, eficaz, centrado en el paciente, oportuno, eficiente y equitativo. En estas definiciones está implícita la idea de que los componentes de la calidad pueden medirse y mejorarse: ⁽¹⁷⁾

- **Seguro:** evitar las lesiones a los pacientes por la asistencia destinada a ayudarles. ⁽¹⁷⁾
- **Eficaz:** proporcionar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que puedan beneficiarse de él y abstenerse de ofrecer servicios a quienes no sea probable que se beneficien. ⁽¹⁷⁾
- **Centrado en el paciente:** ofrecer la asistencia que sea sensible con las preferencias, necesidades y valores individuales de los pacientes, y asegurarse de que los valores del paciente orienten todas las decisiones clínicas. ⁽¹⁷⁾
- **Oportuno:** reducir las esperas y en ocasiones las demoras perjudiciales para los que reciben y los que presten la asistencia. ⁽¹⁷⁾
- **Eficiente:** evitar el derroche, incluido el de equipo, suministros, ideas y energía. ⁽¹⁷⁾

- **Equitativo:** proporcionar una asistencia que no varíe de calidad debido a las características personales, como el sexo, el origen étnico, la localización geográfica y el nivel socioeconómico. ⁽¹⁷⁾

5) Medición de la calidad

La medición de la calidad, es la verificación sistemática del desempeño de un proceso a través del grado de cumplimiento de ciertos estándares e indicadores seleccionados. ⁽¹⁵⁾

Estándar de calidad.- Un estándar es una declaración explícita de la calidad esperada, que sirve como parámetro de medición de la calidad en un sistema de salud definido y en un momento específico de su desarrollo. En un sistema de salud, existen estándares de entrada (recursos humanos, insumos, equipos), proceso y salida (resultado clínico, utilización o satisfacción), tanto en el área clínica como administrativa. ⁽¹⁵⁾

La palabra estándar es genérica, abarca a protocolos, guías clínicas, normas, procedimientos y especificaciones; en la medida que estos expresan condiciones explícitas de la calidad esperada. ⁽¹⁵⁾

Indicador.- Es una medida que puede emplearse para determinar el grado de cumplimiento de los estándares, midiendo toda discrepancia o brecha que exista entre el desempeño ideal y el real en los procesos clínicos, administrativos y los resultados de la satisfacción de usuarios. ⁽¹⁵⁾

Los indicadores, traducen un enunciado cualitativo (expresado por el estándar) en uno cuantitativo expresado en números, (recuentos), promedios y coeficientes (proporción o porcentaje), pueden constar de un numerador y un denominador. Para desarrollar los indicadores se necesitan datos, siendo indispensable identificar la fuente de información de donde lo obtendremos. Si se ha identificado correctamente que vamos a medir y se ha formulado adecuadamente el indicador, será fácil identificar la fuente de información que proporcionara los datos. ⁽¹⁵⁾

Cuando el indicador es una proporción hay que conseguir información para el numerador (lo observado) y el denominador (la referencia). La fuente de aquellos no es siempre la misma, pero si se refiere siempre al mismo universo. Las principales fuentes de información, en el área de la salud, para el desarrollo de indicadores, son los siguientes:

- Registro de Admisión
- Registro de actividades:
 - Partes diarios de emergencia
 - Registros de sala de partos
 - Registros de quirófanos
 - Canés maternos
 - Carnés de vacunación
- Registro de alta:
 - Registro de egresos hospitalarios INEC
- Historias clínicas:
 - Historia clínica perinatal
 - Formulario de atención de emergencia (008)
 - Formulario de guía AIEPI
 - Formulario de evolución (005)
- Registro de estadísticas vitales
 - Papeleta de nacimiento
 - Papeleta de defunción
- Instrumentos de información de:
 - Entrevistas
 - Encuestas
 - Observación directa

2.5.11 Mejoramiento del modo de vida

Al hablar de mejoramiento del modo de vida, nos referimos a un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. Por lo tanto, mejoramiento del modo de vida y calidad de vida tiene diferentes definiciones desde el aspecto filosófico y político hasta el relacionado a la salud. ⁽²⁹⁾

A través del tiempo se ha intentado poder plantear una definición que abarque todas las áreas que implica el concepto de modo de vida puesto que combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto en común es el BIENESTAR individual. De los últimos, esos se pueden agruparse en 5 dominios principales: el bienestar físico (como salud, seguridad física), bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades,

etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión). Sin embargo, es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y tan variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, la edad misma, la situación de empleo o a las políticas en salud. ⁽²⁹⁾

Como la enfermedad y su tratamiento pueden afectar el bienestar psicológico, social y económico de las personas, así como su integridad biológica, se puede tratar de entender a la calidad de vida en salud desde cada uno de esos dominios. De esta forma, la mejoría del modo de vida en los pacientes puede lograrse ya sea curando la enfermedad o mejorando los peores síntomas por un período largo o evitando daños ya sea por errores de los profesionales de la salud o por la presencia de efectos secundarios a los fármacos. ⁽²⁹⁾

2.5.12 Bienestar social

El bienestar social se le llama al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. El bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones como se comprende y se puede comparar de un tiempo o espacio a otro. Aun así, el bienestar, como concepto abstracto que es, posee una importante carga de subjetividad propia del individuo, aunque también aparece correlacionado con algunos factores económicos objetivos. El bien social no implica un colectivismo, donde todos son, teóricamente, dueños de todo pero la propiedad, posesión y uso se transforman en una abstracción puesto que carecen de derecho de propiedad individual. ⁽³⁰⁾

Algunos de los indicadores más idóneos para medir el bienestar social de un país son:

- Índice de bienestar económico sostenible - (IBES). ⁽³⁰⁾
- Índice de progreso real - IPR o índice de progreso genuino IPG, este índice es como el IBES pero con más variables. ⁽³⁰⁾
- Índice de desarrollo humano - (IDH) (Naciones Unidas). ⁽³⁰⁾

- Índice Forham de salud social - (IFSS) Mide 16 indicadores incluida la tasa de mortalidad, el abuso y la pobreza infantil, el suicidio, el consumo de drogas, abandono escolar, ganancias medias, desempleo, cobertura sanitaria, pobreza en ancianos, homicidios, vivienda y desigualdad social. ⁽³⁰⁾
- Índice de bienestar económico - IBE. Considera el índice de ahorro de las familias y la acumulación de capital tangible, como el valor de la vivienda, que mide la sensación de seguridad futura. ⁽³⁰⁾

2.5.13 Bienestar Individual

La necesidad de “sentirse bien” o “vivir bien” es intrínseca al ser humano. Los filósofos griegos consideraban a “la buena vida” como una virtud. Aristóteles hablaba del “Sumo Bien” y de la “Felicidad Suma” como el objetivo o finalidad del transcurrir humano. Igualmente, los discípulos del filósofo chino Confucio referían a una buena calidad de vida en términos de una sociedad ordenada en donde cada sujeto tendría roles y responsabilidades claramente delimitados que se puedan ejercer correctamente. ⁽³¹⁾

Veenhoven (1991) define al bienestar subjetivo como el grado en que un individuo juzga su vida “como un todo” en términos positivos, es decir, en qué medida un sujeto se encuentra a gusto con la vida que lleva. Según este autor, el individuo utiliza dos componentes para realizar esta evaluación: sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo, –la satisfacción con la vida–, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros; su rango oscila desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso. La principal característica del bienestar es ser estable, se mantiene en el tiempo e impregna la vida global de los sujetos. ⁽³¹⁾

Andrews y Withey (1976) definen al bienestar subjetivo tomando en cuenta los aspectos cognitivos y afectivos. El componente afectivo comprende el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Es mucho más lábil, momentáneo y cambiante. Ambos componentes se encuentran interrelacionados, una persona que tiene experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Igualmente los sujetos que tienen un alto bienestar son aquellos que experimentan satisfacción con la vida, en los que predomina una valoración positiva de sus circunstancias vitales; frecuentemente su estado anímico es bueno y sólo ocasionalmente experimentan emociones displacenteras como la tristeza. En cambio, lo sujetos

“infelices” serían aquellos que valoran la mayor parte de sus acontecimientos vitales como perjudiciales y negativos (Veenhoven, 1991, Diener, 1994).⁽³¹⁾

Estudios previos vinculan el bienestar con el contacto social y las relaciones interpersonales (Erikson, 1996), con el arraigo y los contactos comunitarios, con los patrones activos de amistad y la participación social (Allardt, 1996), con el matrimonio, la familia y el contacto social, (Diener, 1994), con los recursos sociales (Veenhoven, 1994), con las relaciones positivas con los demás (Ryff y Keyes, 1995; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002), con experiencias como la paternidad (Ryff, Schmutte y Lee, 1996), y con el funcionamiento social (Smith et al., 1999), entre otros.⁽³¹⁾

Para entender las conductas de los individuos, más saludables o patológicas, es necesario considerarlas en tanto el resultado de aspectos culturales –como los valores, creencias y expectativas– y de los procesos psicológicos que aquellos moldean (Zubieta, Delfino y Fernández, 2007).

Los valores emergen como metas deseables que responden a necesidades individuales en tanto organismos biológicos, así como a requerimientos para la interacción social ordenada y el buen funcionamiento de los grupos. Son motivos sociales que se adquieren en la socialización por lo que se vinculan a metas y fines deseables del grupo cultural de pertenencia del individuo. Los valores promueven, orientan e intensifican la acción erigiéndose así en tendencias de acción relativamente estables que se construyen en normas de evaluación y justificación de la acción.⁽³¹⁾

A partir de estos conceptos, el bienestar estaría definido por el grado de satisfacción de las necesidades de los individuos. Sin embargo estas necesidades se corresponden con elementos psicológicos y sensaciones humanas, por lo que es prácticamente imposible obtener una medida exacta de bienestar. No obstante, es posible realizar aproximaciones que impliquen una determinada cuantificación de esta variable. En este sentido la aproximación al término de bienestar puede realizarse a través del estudio del grado de satisfacción de las necesidades humanas, midiendo tanto aspectos cuantitativos como aspectos cualitativos.⁽³²⁾

2.5.14 Satisfacción del usuario

La satisfacción puede ser entendida como el estado afectivo, resultado de la percepción del/a usuario/a hacia diferentes aspectos de la atención en salud que recibe. ⁽¹⁵⁾

La satisfacción es determinada por dos factores:

- a) La respuesta que da el servicio para cubrir las necesidades del/a usuario/a
- b) Las expectativas que trae consigo el/a usuario/a. Estas últimas son influenciadas por las experiencias pasadas de atención de la salud, los contextos culturales y las idiosincrasias particulares. ⁽¹⁵⁾

En el presente estudio se indaga sobre aspectos específicos de la vida (la atención médica) en una dimensión temporal transitoria (evento de salud, enfermedad) en la que se juega la vida como un todo, por lo que podría denominarse como “experiencia pico”, en ella, se pretende dar cuenta de la satisfacción momentánea que hace referencia a estados cognitivos y emotivos ligados a la experiencia del acontecimiento en la corta duración. ⁽⁹⁾

La atención con calidad para satisfacción del usuario es un derecho consagrado en la constitución, además existen beneficios de brindar una atención con calidad para los usuarios, entre los cuales tenemos: ⁽¹⁵⁾

- Aumentan su conformidad con los consejos médicos y se involucran en su propio tratamiento.
- Buscan la atención
- Siguen las instrucciones del prestador
- Regresan donde el prestador de los servicios
- Invitan a otros usuarios a procurar la atención en salud. ⁽¹⁵⁾

2.6 HIPÓTESIS:

Existe relación entre la calidad de atención en salud y la satisfacción de los padres o acompañantes de los niños de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios en el centro de salud No1 de Latacunga.

2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES:

Variable independiente:

- Calidad de atención en salud

Variable dependiente:

- Satisfacción de los padres o acompañantes.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO

Se trata de una investigación predominantemente cualitativa porque relaciona la calidad de atención en salud con la satisfacción de los padres o acompañantes de los niños de 2 meses a 5 años con infecciones respiratorias, en donde se maneja variables como el trato recibido, signos y síntomas de alarma que son variables cualitativas, aunque también la presente investigación es de tipo cuantitativo por que el análisis de los resultados se los realiza mediante tablas y gráficos.

También la presente investigación se enfoca en un paradigma crítico-propositivo, critico porque pretende indagar, obtener datos y comprender la realidad en la que se encuentra el centro de salud No1 de Latacunga en cuanto a la calidad de atención que presta a los menores de 5 años con infecciones respiratorias y conocer cuál es la percepción de los padres o acompañantes. Es propositivo porque pretende transformar la realidad en la que se encuentra en el centro de salud, mediante la implementación de indicadores, para una evaluación continua y permanente de la calidad de atención de salud.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de Campo, porque el estudio que se realiza es directamente en el lugar en el que se producen los hechos. En donde el investigador toma contacto de forma directa con la realidad, para obtener la información de acuerdo con los objetivos planteados en este proyecto.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo, porque compara, fenómenos, situaciones, clasifica elementos, estructuras y modelos de compartimiento que caracterizan la atención que se da en el centro de salud No1 de Latacunga. Además también porque analiza

factores que influyen en la calidad de atención en salud, y porque la recolección de datos se obtiene mediante la aplicación de un instrumento tipo encuesta.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población:

La población a la que se realizó el estudio, es a los niños de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios, la recolección de la información se la realizó en base a la encuesta dirigida a la madre, padre o acompañante del niño/a que acudió a consulta del centro de salud No 1 de Latacunga.

3.4.2 Muestra:

Se utilizó el muestreo no probabilístico de tipo intencional en donde se tiene en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que se plantearon en la investigación.

3.4.3 Tamaño de la muestra:

Para el cálculo de la muestra se la realizó en base al acumulado de atenciones realizadas en el centro de salud No1 de Latacunga del año 2012, datos proporcionados por la Ing. Ángela Peñaherrera jefa del servicio de Estadística del centro de salud, en donde se estableció el promedio de atenciones mensuales de los niños/as de 2 meses a 5 años, con patología respiratoria, en donde el promedio de atenciones mensuales son 216.

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{Z^2 p Q + N e^2}$$

n = tamaño de la muestra

Z = Nivel de confiabilidad 95% $\rightarrow 0.95/2 = 0.4750 \rightarrow Z = 1.96$

P = Probabilidad de ocurrencia 0.5

Q = Probabilidad de no ocurrencia $1 - 0.5 = 0.5$

N = Población 216

e = Error de muestreo 0.05 (5%)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)216}{(1.96)^2 (0.5)(0.5) + 216 (0.05)^2}$$

$$n = 138$$

Criterios de inclusión:

- Se incluye en esta investigación a los pacientes de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios, se la realiza mediante una encuesta dirigida a la madre,

padre o acompañante del niño/a que acude al centro de salud No 1 de Latacunga que previa explicación da su consentimiento y acepta se les realice la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Se excluyó a pacientes mayores de 5 años y menores de 2 meses.
- Se excluyó también a pacientes menores de 5 años que no presentaron signos y síntomas respiratorios.
- Se excluyó también de la investigación a todo paciente y acompañante que no acepta que se le realice la encuesta.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1 Variable independiente:

- Calidad de atención en salud

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
Medición de la calidad de los servicios de salud entre el desempeño esperado y el realmente alcanzado	Evaluación del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Examen físico respiratorio integral • Comunicación de signos y síntomas de alarma • Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El médico examinó cabeza, boca, tórax y pulmones? • ¿Se le indicaron cuales son los signos de alarma por los cuales acudir pronto? • ¿Se le indico alguna fecha para volver a revisar al niño? 	Encuesta Cuestionario estructurado
	Trato y comunicación interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Buen trato del personal de estadística • Buen trato del personal de enfermería • Buen trato del personal médico • El padre o acompañante comprenden la indicaciones de la receta médica 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El trato que tuvo el personal de estadística, enfermería y médico fue de una forma cordial y amistosa? • ¿El padre comprende la dosis, intervalo y número de días que debe dar la medicación al niño? 	
	Organización y gestión del establecimiento de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de medicamentos • Buena estructura física • Trabajo en equipo • Tiempo de espera 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tuvo que comprar algún medicamento? • ¿Cómo califica la estructura física en general? • ¿Siente que existe trabajo en equipo entre el personal de salud? • ¿Tiempo de espera? 	

Tabla No 5: Operacionalización de variables “variable independiente”

Elaborado por: Israel Alarcón

3.5.2 Variable dependiente

- Satisfacción de los padres o acompañante

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS
Estado afectivo, resultado de la percepción del/a persona hacia diferentes aspectos de la atención en salud que recibe	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta que da el servicio para cubrir las necesidades del paciente • Las expectativas que trae consigo el paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempo de espera 2. Relación interpersonal, trato 3. Comodidades 4. Limpieza 5. Disponibilidad de medicinas e insumos 6. Respeto 	<p>¿Cuánto fue el tiempo de espera desde que llego al centro de salud hasta terminar la consulta con el médico?</p> <p>¿Sintió confianza en el médico que atendió al niño como para realizarle preguntas?</p> <p>¿Cómo califica la estructura física?</p> <p>¿Cómo califica los servicios higiénicos?</p> <p>¿Tuvo que comprar algún medicamento?</p> <p>¿El trato del personal de estadística y enfermería fue de forma cordial y amistosa?</p>	<p>Encuesta</p> <p>Cuestionario estructurado</p>

Tabla No 6: Operacionalización de variables “variable dependiente”
Elaborado por: Israel Alarcón

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó en el Centro de Salud No1 de Latacunga en el área de consulta externa de medicina general se procedió de la siguiente manera. Para empezar la investigación se pidió el permiso respectivo a la directora del centro de salud, obtenido el permiso respectivo, se procedió a recolectar la información mediante la técnica de la encuesta, con el instrumento de un cuestionario estructurado dirigido a la madre, padre o acompañante de los pacientes menores de 5 años que cumplen con los criterios de inclusión planteados en el presente trabajo de investigación y que acudieron a consulta externa en el centro de salud, la presente información se recolecto en los meses de Febrero a Marzo 2014.

La recolección de la información se la realizó de la siguiente manera, la encuesta dirigida a la madre, padre o acompañante del paciente de 2 meses a 5 años se la realizo en el horario de 7:15 a 15:00 horario en el que existe mayor afluencia de pacientes, lo realizó el investigador preguntando oralmente y escribiendo la respuesta del informante, de forma que no exista sesgo a la hora de la recolección de datos, se procedió en el momento en el que el paciente sale de la consulta médica, luego de haber sido atendido por el personal médico, de enfermería, estadística y personal que labora en el centro de salud, en los días de Domingo a Viernes.

3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información se realizó de la siguiente manera, se introdujo la información en una base de datos, utilizando el programa Excel. Una vez finalizada la recolección de los datos, se procedió a tabulación de los datos obtenidos junto a la realización de gráficos y tablas, revisando cada uno de los ítems, utilizando el programa Microsoft Excel. Para hacer una valoración de la calidad de atención, se formuló una tabla de medición de la calidad en base al cuadro de procedimientos del AIEPI y a indicadores propuestos por el estudio del MSP “Encuesta sobre la calidad de atención al niño/a menor de cinco años y a la embarazada en la consulta externa de establecimientos de salud” del año 2012. Para la verificación de la hipótesis se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 20 para determinar la existencia o no de relación entre las variables, se aplicó el estadígrafo Chi-cuadrado (X^2) y todos los valores de $p < 0.05$ fueron considerados como significativos.

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

ENCUESTA

La encuesta de la presente investigación, realizada en el centro de salud No1 de Latacunga se la formuló a la madre, padre o acompañante del paciente de 2 meses a 5 años, con una muestra de 138 pacientes. Los siguientes resultados muestran de una forma integral la opinión de los padres o acompañante sobre los diferentes procesos que hacen parte de la atención en salud con calidad en los niños menores de 5 años con signos y síntomas respiratorios.

4.1 FACTORES SOCIOCULTURALES DE LOS PADRES O ACOMPAÑANTES

4.1.1 Parentesco del familiar o acompañante con el niño/a

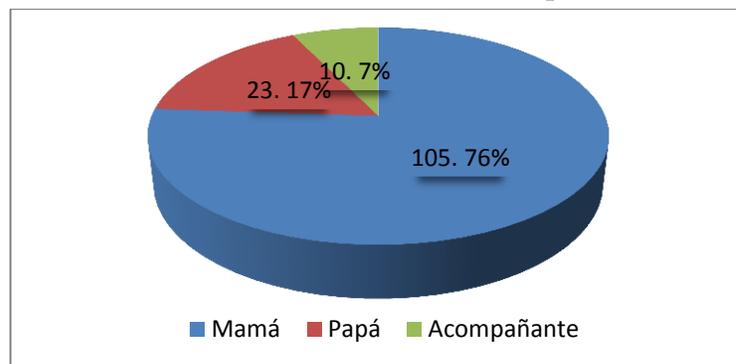
TABLA No 7: Parentesco del familiar o acompañante con el niño/a

Parentesco	Número	Porcentaje
Mamá	105	76%
Papá	23	17%
Acompañante	10	7%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 3: Parentesco del familiar o acompañante con el niño/a



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Se estudiaron a tres grupos de personas quienes acompañaron a los niños/as menores de 5 años, los grupos fueron madres, padres o acompañantes (si en caso no se encontraba el menor

en compañía de sus padres). Como podemos observar las madres son las que mayormente acompañan a sus hijos en un 76% esto puede deberse a que la madre es la persona que se encarga mayoritariamente de la crianza de los niños en el hogar ya que muchas de las ocasiones el padre es el que se dedica a ser el sustento económico del hogar y la madre también pero en menor proporción, cabe también recalcar que en pocas ocasiones las madres acudieron en compañía de sus esposos esto también puede deberse a que en los últimos años en los padres también existe una mayor preocupación por la educación y salud de los niños a lo que también esto lleva a abandono del trabajo de parte y parte y a permisos laborales.

4.1.2 Distribución del familiar o acompañante según su edad

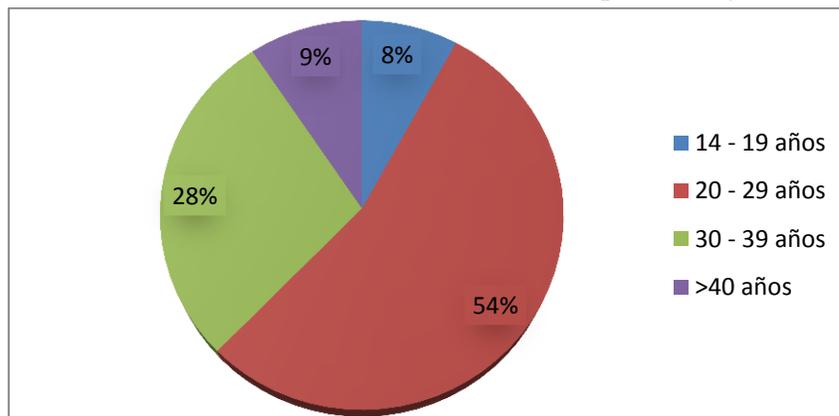
TABLA No 8: Distribución del familiar o acompañante según su edad

EDAD	Número	Porcentaje
14 - 19 años	11	8%
20 - 29 años	75	54%
30 - 39 años	39	28%
>40 años	13	9%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 4: Distribución del familiar o acompañante según su edad



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Según el MAIS, a la población la divide según grupos etarios, perteneciendo los menores de 14 años a la 1era etapa de la Adolescencia, de 14 a 19 años segunda etapa de la Adolescencia, de 20 a 39 años Adulto joven, de 40 a 64 años Adulto y mayores de 65 años Adulto mayor,

en esta investigación se estudió a los grupos de Adolescentes, Adulto joven y Adultos que son las personas que acompañaron a los niños. Como podemos observar el grupo que mayor porcentaje acompañan a los niños/as son los adultos jóvenes siendo un 82% grupo en el cual se encuentran las mujeres en edad reproductiva (en la edad de 15 a 44 años según la OPS), se puede observar que es en estas edades donde la mayor población tiene hijos y es por eso que se observa que los adultos jóvenes son los que mayormente acompañaron a los niños/as, en menor porcentaje están las personas mayores de 40 años un 9% que pertenecieron a la población de acompañantes de los niños como abuelas o tías entre otros y también a las madres añosas.

4.1.3 Distribución del familiar o acompañante según su sexo

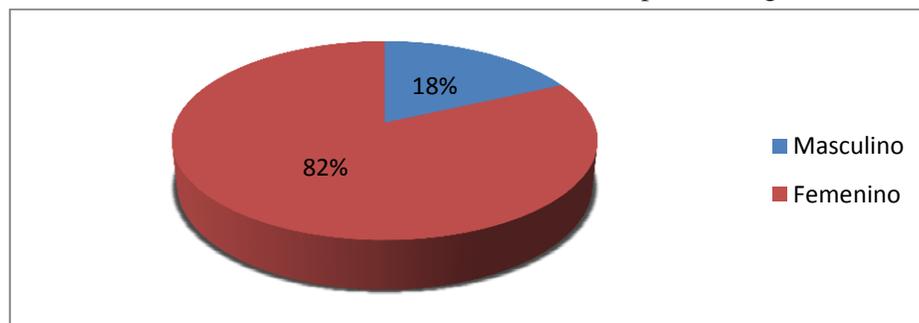
TABLA No 9: Distribución del familiar o acompañante según su sexo

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	25	18%
Femenino	113	82%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 5: Distribución del familiar o acompañante según su sexo



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Para el estudio del grupo de padres y acompañantes según la distribución del sexo se puede observar que un gran porcentaje (82%) son adultos del sexo femenino los que en su mayoría acompañan a los niños y en un mínimo porcentaje (18%) son los adultos del sexo masculino, esto puede deberse a que por historia social en el sexo femenino cae la mayor responsabilidad de la educación, formación, crianza y preocupación de la salud de los niños ya que el hombre

tiene la mayor responsabilidad del sustento económico del hogar y por razón de tiempo y horario no puede llevar a los niños al médico cayendo la responsabilidad en la madre, aunque también hay que considerar que en los últimos años las mujeres también ya no solo se dedican al hogar sino también a la actividad económica fuera del hogar repartiéndose la responsabilidad del hogar entre padre y madre por lo que existe un 18% de padres que acuden acompañando a los niños.

4.1.4 Distribución del familiar o acompañante según su nivel de educación

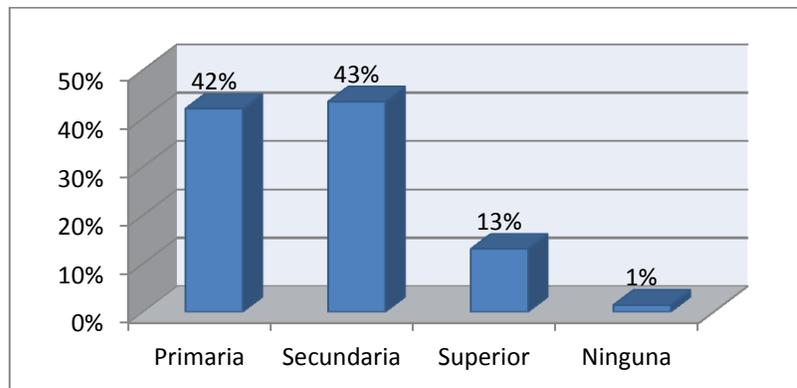
TABLA No 10: Distribución del familiar o acompañante según su nivel de educación

Nivel de educación	Número	Porcentaje
Primaria	58	42%
Secundaria	60	43%
Superior	18	13%
Ninguna	2	1%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 6: Distribución del familiar o acompañante según su nivel de educación



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

El nivel de Educación en los acompañantes del niño/a que se evidencia fue adultos con secundaria en un 43%, cabe recordar que no se especifica si fue secundaria completa o incompleta al igual que los otros niveles de educación, el segundo grupo que le sigue fue de adultos con nivel primario 42%, ya que la mayor parte de este estudio pertenece al sexo femenino, en este grupo de población tienen diversos problemas para continuar sus estudios uno de ellos surge cuando ellas se encuentran estudiando tienen un embarazo y un hijo por lo

cual dejan los estudios y pocas son las que continúan sus estudios después, es por eso que la mayor población de este estudio se encuentra en nivel primario y secundario y solo un 13% alcanza el nivel superior, muchas ya lo han terminado y otras todavía lo están cursando.

4.1.5 Distribución del familiar o acompañante según su raza

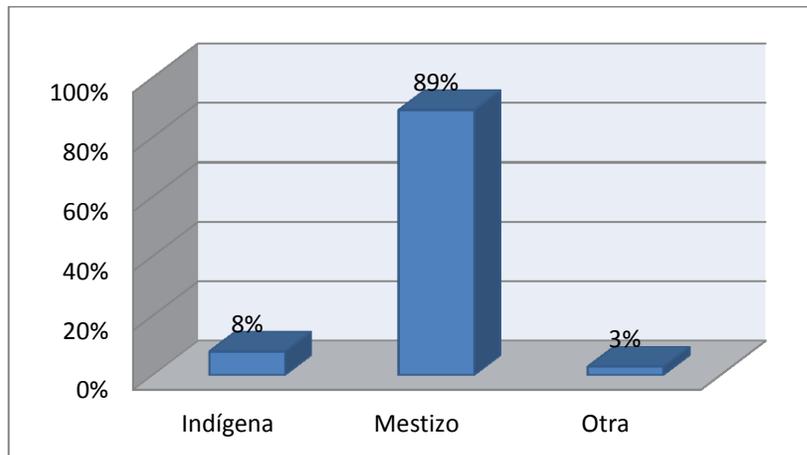
TABLA No 11: Distribución del familiar o acompañante según su raza

Raza	Número	Porcentaje
Indígena	11	8%
Mestizo	123	89%
Otra	4	3%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 7: Distribución del familiar o acompañante según su raza



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

En cuanto a la raza con la que, en gran mayoría se identifican los acompañantes de los niños fue la raza mestiza con un 89%, seguido en un mínimo porcentaje por la raza indígena con un 8% y en una gran minoría con un 3% otras razas (en este grupo fue de predominio la raza negra), hay que considerar que el centro de salud No1 de Latacunga se encuentra en el centro de la ciudad y la mayor población que acude al centro de salud son personas del área urbana en donde existe mayor población de raza mestiza y también esto se debe a la implementación de la distritalización en donde cada persona acude al centro de salud de su residencia.

4.2 FACTORES SOCIOCIOCULTURALES DE LOS NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD No 1 DE LATACUNGA.

4.2.1 Distribución de los niños/as según su edad

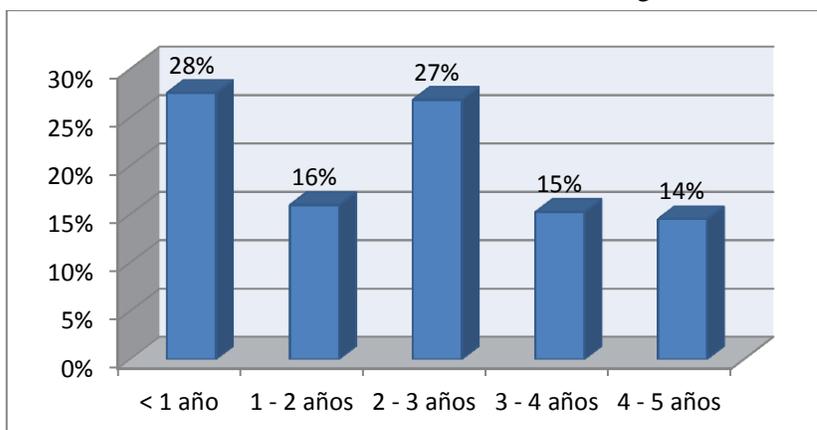
TABLA No 12: Distribución de los niños/as según su edad

Edad	Número	Porcentaje
< 1 año	38	28%
1 año	22	16%
2 años	37	27%
3 años	21	15%
4 - 5 años	20	14%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 8: Distribución de los niños/as según su edad



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Como podemos observar más de un 70% de niños menores de 3 años son los que en mayor porcentaje tuvieron una infección respiratoria, esto puede deberse a que las infecciones respiratorias como el resfrío común en los niños pequeños se presentan un promedio de 6-8 resfriados cada año y la incidencia de esta enfermedad disminuye con la edad, de modo que los adultos solo sufren 2-3 resfríos por año. Los niños que son llevados durante el primer año de vida a una guardería tienen un 50% más de resfriado que los niños atendidos en casa. Esta diferencia en la incidencia de esta enfermedad entre ambos grupos de niños va disminuyendo cuanto más tiempo lleven los niños en la guardería, aunque la incidencia de resfriados sigue siendo alta en estos niños durante los 3 primeros años de vida.

4.2.2 Distribución de los niños/as según su sexo

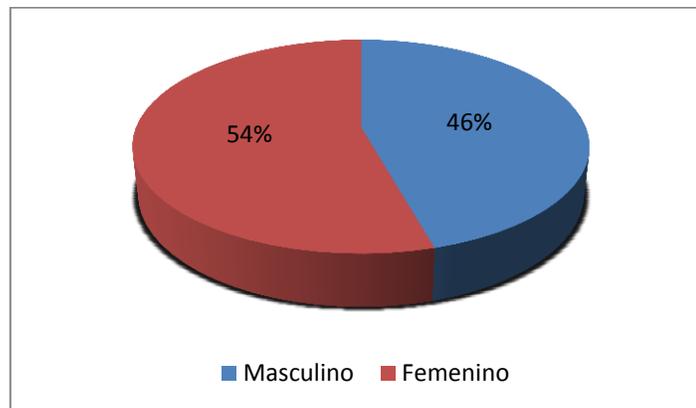
TABLA No 13: Distribución de los niños según su sexo

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	63	46%
Femenino	75	54%
Total	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 9: Distribución de los niños según su sexo



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Según el sexo de los niños se puede observar que el grupo mayoritario que predomina en los menores de 5 años, son los de sexo femenino con un 54% y en menor porcentaje son los de sexo masculino con 46%, esto puede deberse también a que la mayor población, la ocupa el sexo femenino tanto a nivel nacional como provincial, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC en el último censo del año 2010 en la provincia de Cotopaxi la población de sexo femenino ocupa el 51,5% y la población de sexo masculino ocupa el 48,5%.

4.2.3 Distribución de los niños/as según el signo o síntoma que presentó.

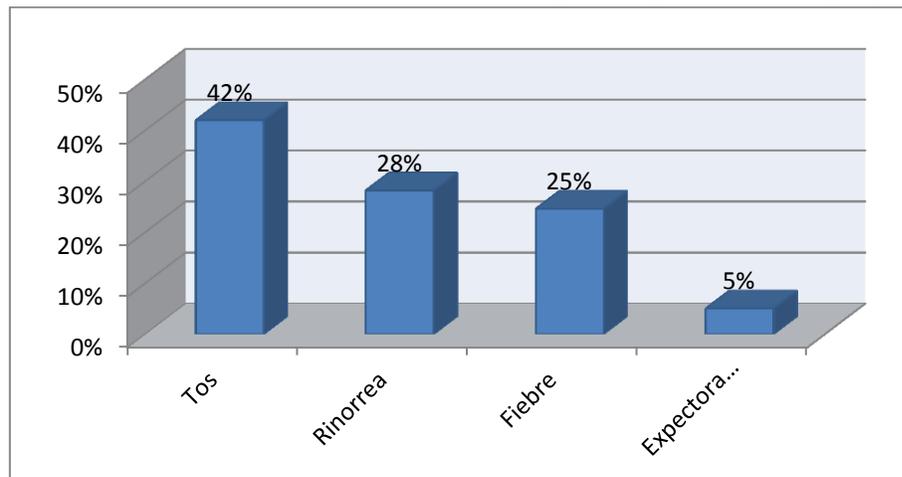
TABLA No 14: Distribución de los niños/as según el signo o síntoma que presentó

Signo o síntoma	Número	Porcentaje
Tos	58	42%
Rinorrea	39	28%
Fiebre	34	25%
Expectoración	7	5%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 10: Distribución de los niños/as según el signo o síntoma que presentó



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

En cuanto a los signos y síntomas por los cuales madres, padres y acompañantes observan que su hijo/a se encuentra enfermo y acuden al centro de salud es en su gran mayoría es por presentar tos un 42% y señalan a la rinorrea un 28%, acuden inmediatamente cuando sienten que el niño se encuentra con fiebre en 25%, cabe aclarar que muchos de ellos no miden la temperatura con un termómetro sino solamente sienten que se encuentra caliente, pocos de ellos refieren que tiene expectoración ya que muchos no conocen la palabra expectoración sino que la refieren diciendo que el niño tiene flema.

4. 3 CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS PADRES O ACOMPAÑANTES DE LOS NIÑOS

4.3.1 Método de obtención del turno

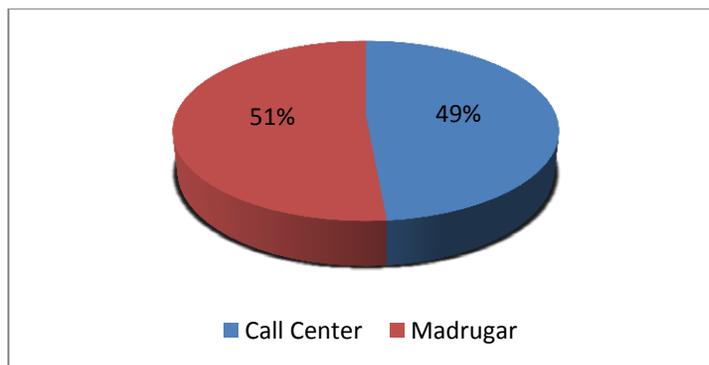
TABLA No 15: Método de obtención del turno

Método	Número	Porcentaje
Call Center	67	49%
Madrugar	71	51%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 11: Método de obtención del turno



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

En cuanto a los métodos de obtención del turno que se utilizan en el centro de salud No1 de Latacunga se encuentra la llamada telefónica (Call Center) u obtener el turno madrugando y haciendo fila, acudiendo directamente al centro de salud por motivo de emergencia especialmente porque el niño/a tiene fiebre u otra circunstancia, se puede observar que a pesar que a la población se le ofrece una alternativa de obtener el turno con mayor comodidad el 51% prefiere madrugar e ir directamente al centro de salud, a pesar de que no existe una sala de espera y que si madruga tiene que hacer la espera fuera del centro de salud, en la calle a la intemperie, hasta que el centro de salud abra sus puertas, los motivos que explican por los que prefieren madrugar son diversos entre los cuales se encuentran que el turno lo adquieren el mismo día que lo piden, que no saben el número de teléfono del Call Center, que no contestan en Call Center o que el niño/a se encontraba con fiebre.

4.3.2 Distribución de los padres según la hora de obtención del turno

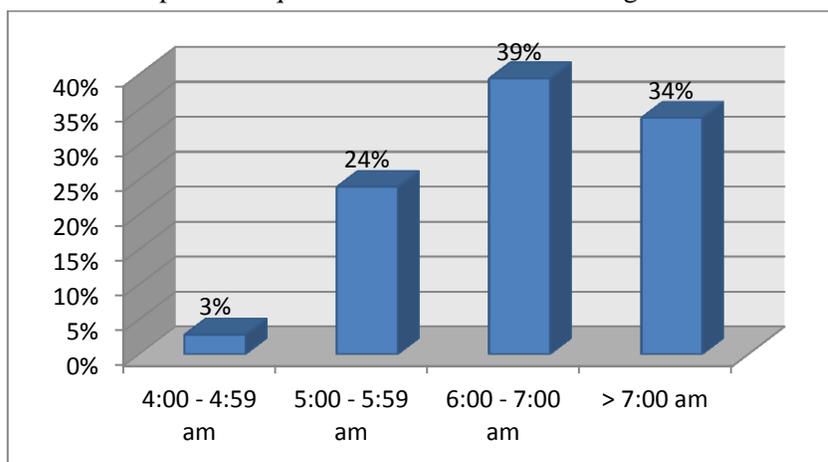
TABLA No 16: Distribución de los padres según la hora de obtención del turno, de las 71 personas que obtuvieron el turno madrugando

Hora	Número	Porcentaje
4:00 - 4:59 am	2	3%
5:00 - 5:59 am	17	24%
6:00 - 7:00 am	28	39%
> 7:00 am	24	34%
TOTAL	71	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 12: Distribución de los padres según la hora de obtención del turno, de las 71 personas que obtuvieron el turno madrugando



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Entre uno de los métodos de obtención de turno para atención médica es el acudir directamente al centro de salud, ya sea madrugando o ir luego de las 7:00 am por tratarse de alguna emergencia como lo es si el niño tiene fiebre, de las 138 personas a las que se le realizó la encuesta, como se observa en la tabla No15, 71 personas obtuvieron el turno madrugando se puede ver en la tabla No16 que un 63% acude en el horario entre las 5:00 y 7:00 am, solo un 3% acude antes de las 5:00 por la razón de coger turnos en primer lugar, un 34% acude después de las 7:00 am por tratarse de alguna emergencia que tuvo el niño/a especialmente el encontrarse con fiebre.

4.3.3 Opinión de los padres acerca del trato del personal de estadística

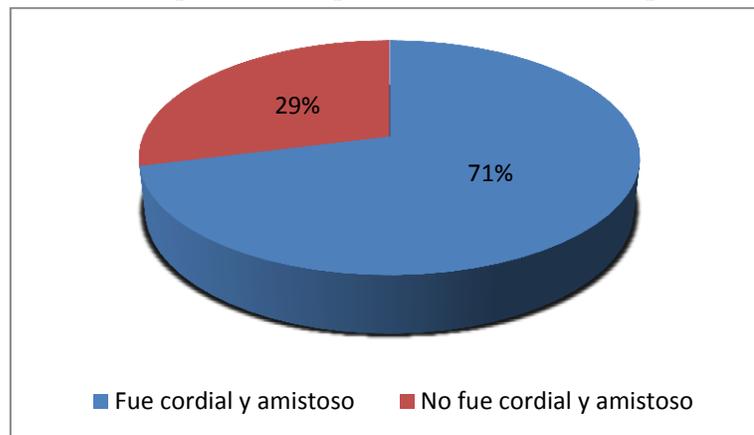
TABLA No 17: Opinión de los padres acerca del trato del personal de estadística

Trato del personal	Número	Porcentaje
Fue cordial y amistoso	98	71%
No fue cordial y amistoso	40	29%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 13: Opinión de los padres acerca del trato del personal de estadística



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Para hacer un análisis de la calidad y calidez del centro de salud y también para analizar si el trato fue con equidad sin mirar a “quien”, se preguntó a los padres si la forma en que el trato que recibió por parte del personal de Estadística fue cordial y amistoso, como lo debería ser en toda institución, ya sea esta pública o privada, mostrando una sonrisa y un saludo, esto debería observarse en que más de un 90% debería haber dicho que si fue de esta forma, pero como se puede observar no es de esa manera, solo un 71% asegura que se le trato bien pero un 29% asegura que no tuvieron un buen trato, que a algunos no se les trato de la mejor manera, también hay que recalcar que no existe una sala de espera para obtener el turno o sacar la Historia Clínica que el usuario hace la fila de espera parado, muchos de ellos son madres con hijos en brazos, que el lugar no es cerrado y está en la intemperie y que muchas de las ocasiones llueve y existe goteras. (Ver anexo 4).

4.3.4 Opinión de los padres acerca del trato del personal de enfermería

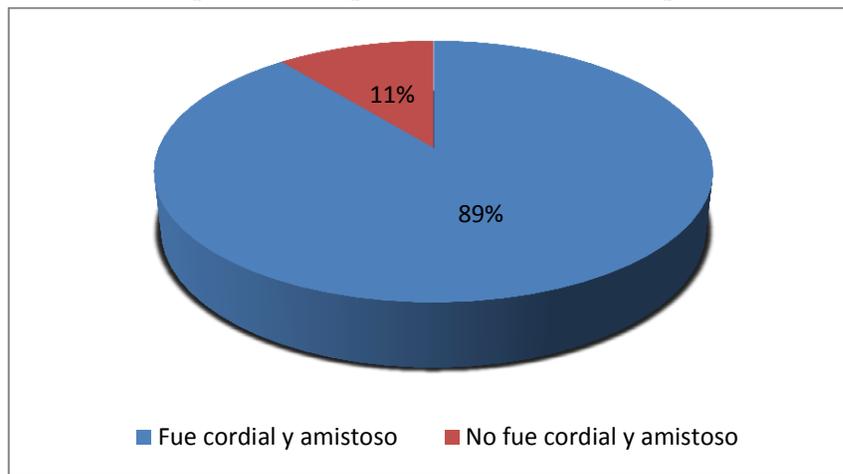
TABLA No 18: Opinión de los padres acerca del trato del personal de enfermería

Trato del personal	Número	Porcentaje
Fue cordial y amistoso	123	89%
No fue cordial y amistoso	15	11%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 14: Opinión de los padres acerca del trato del personal de enfermería



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

En cuanto a la opinión de los acompañantes de los niños en cuanto a la atención del personal de enfermería (Enfermeras, auxiliar de enfermería e internos de enfermería), los usuarios consideran que en un 89% tuvo una atención de forma cordial y amistosa mientras que en un 11% no tuvieron una atención con calidez, dentro de este 11% las madres se quejan que las enfermeras no tuvieron mucha paciencia con los niños a la hora de la toma de signos vitales ya sea porque el niño llora o que es muy inquieto, hay que también aclarar que aunque el corredor donde esperan las madres para que se les tome los signos vitales existe una banca para que puedan esperar, también este lugar no es un lugar cerrado y también se encuentra en la intemperie y también llueve y hace frío provocando una baja en la calidad de atención del centro de salud No1 de Latacunga.

4.3.5 Criterio de los padres acerca del trato del médico

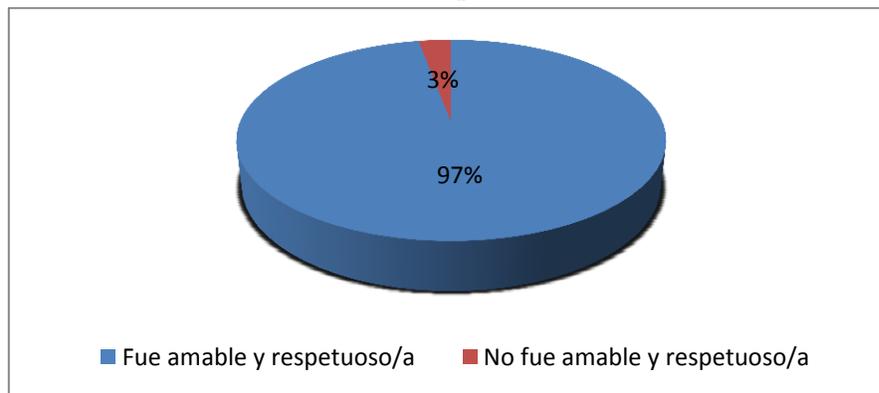
TABLA No 19: Criterio de los padres acerca del trato del médico

Atención del médico	Número	Porcentaje
Fue amable y respetuoso/a	134	97%
No fue amable y respetuoso/a	4	3%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 15: Criterio de los padres acerca del trato del médico



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

En cuanto al trato del personal médico si al inicio de la atención el médico fue amable y respetuoso el 97% lo consideraron de forma positiva mientras que solo un 3% le consideraron de una forma negativa, se evidencia que el trato del personal médico fue el mejor valorado al compararlo con el trato del personal de estadística y de enfermería, refieren que el médico fue la persona que mejor les trato, que les saludo a la hora de entrar al consultorio, que existió más calidad y calidez con el médico, también hay que aclarar que en cuanto a la infraestructura física del lugar en donde se encuentran los consultorios el lugar es un poco más cómodo que los anteriores, que el lugar es cerrado, también existe unas bancas en donde pueden sentarse los usuarios, pero también es pequeño y cuando el lugar se llena lamentablemente los pacientes tienen que salir al corredor a esperar que les toque su turno y lamentablemente el corredor está a la intemperie del frío, lluvia, calor, provocando también una baja en la calidad. (Ver anexo 4).

4.3.6 Padres que sintieron confianza en el médico

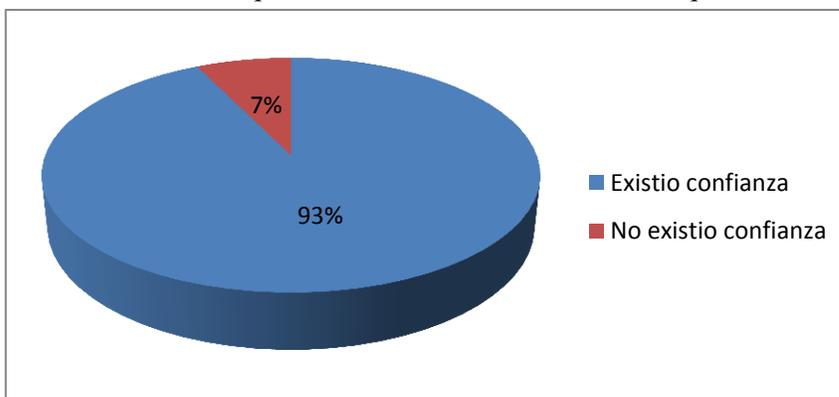
TABLA No 20: Padres que sintieron confianza en el médico que atendió al niño/a

Confianza en el médico	Número	Porcentaje
Existió confianza	128	93%
No existió confianza	10	7%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 16: Padres que sintieron confianza en el médico que atendió al niño/a



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Podemos observar que aunque un 97% de las madres, padres o acompañantes que afirmaron que tuvieron un trato amable y cordial por parte del médico, la confianza en el médico no fue reflejado en el mismo porcentaje ya que solo un 93% manifiesta confianza en el médico, las razones que explican los usuarios son que faltó un poco más de comunicación por parte del médico hacia su paciente, hay que también aclarar que muchas de las instituciones de salud son centros docentes en la cual acuden muchos estudiantes y que el usuario observa todo y aunque los médicos que dan atención en el centro de salud No1 de Latacunga, son médicos generales, rurales o hasta de postgrado en Medicina Familiar son personas jóvenes, los usuarios piensan que los médicos que les atendieron son pasantes y no es la misma confianza en el médico joven que el médico de mayor edad.

4.3.7 Padres que observaron que el médico examinó al niño

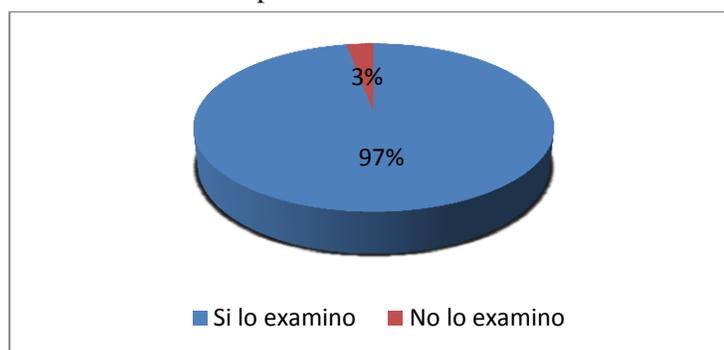
TABLA No 21: Padres que observaron que el médico examinó cabeza, boca, tórax y pulmones del niño/a

El médico examinó cabeza, boca, tórax y pulmones	Número	Porcentaje
Si lo examinó	134	97%
No lo examinó	4	3%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 17: Padres que observaron que el médico examinó cabeza, boca, tórax y pulmones del niño/a



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Una de las dimensiones que también miden la calidad de atención en salud es la Atención Centrada en el Paciente, para valorar esta variable se planteó como indicador el examen físico integral del niño, se le formuló la pregunta a la madre, padre o acompañante del niño/a, si observó que el médico examinó cabeza, boca, tórax y pulmones que son parte de un examen físico respiratorio, a lo que un 97% respondió que sí observó que el médico lo examinó de esa forma, solo un 3% respondió que no, que solo observó la boca y no examinó el tórax y pulmones del niño/a; a lo que se puede concluir que los médicos del centro de salud cumplen con la norma del MAIS de realizar un examen físico completo e integral.

4.3.8 Padres que afirman que el médico les indicó los signos de alarma.

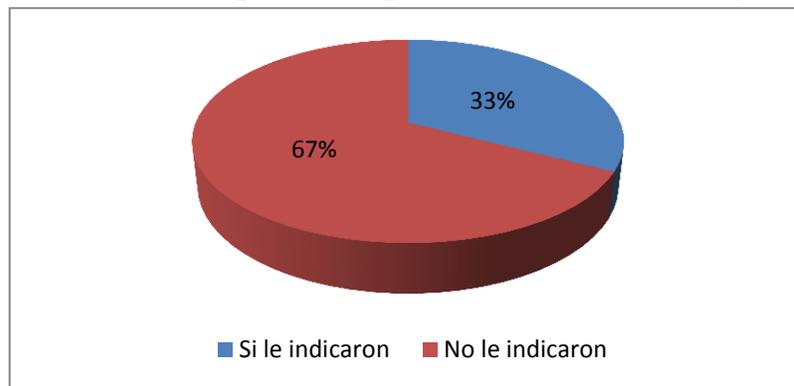
TABLA No 22: Padres que afirman que el médico les indicó los signos de alarma

Signos de alarma	Número	Porcentaje
Si le indicaron	45	33%
No le indicaron	93	67%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 18: Padres que afirman que el médico les indicó los signos de alarma



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Como norma de atención en salud del Ecuador a nivel del sector público se utiliza el MAIS (Modelo de Atención Integral en Salud), el cual indica que la norma de atención para la niñez es el AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), en donde dice que se debe informar a los padres y acompañantes de los niños los signos y síntomas de alarma por los cuales debe acudir pronto por atención médica. En el centro de salud No1 de Latacunga los padres y acompañantes refieren que solo a un 33% se les indico los signos y síntomas de alarma o que previamente ya los conocía, mientras que en un 67% refieren que no se les indico los signos y síntomas de alarma.

4.3.9 Mención de 4 signos y síntomas de alarma.

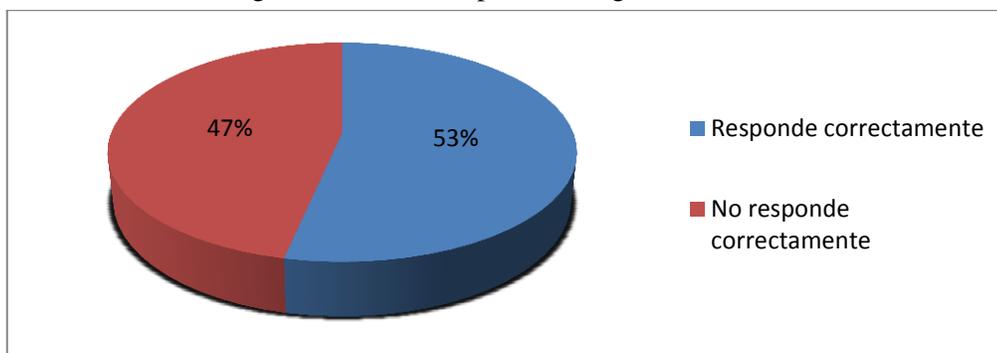
TABLA No 23: Del 33% de los padres que afirman haber sido indicados por el médico los signos de alarma, responden 4 signos de alarma

Población que:	Número	Porcentaje
Responde correctamente	24	53%
No responde correctamente	21	47%
TOTAL	45	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 19: Del 33% de los padres que afirman haber sido indicados por el médico los signos de alarma, responden 4 signos de alarma



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

El AIEPI indica que se debe indicar los siguientes signos y síntomas de alarma a los padres y acompañantes de los niños los cuales son: 1) No puede beber agua, 2) Se ve decaído, 3) No puede tomar el seno, 4) Tiene dificultad para respirar, 5) Tiene respiración agitada o ruidosa, 6) Tiene asientos con sangre, 7) Le falta agua en el cuerpo (deshidratado/a), 8) Tiene fiebre muy alta. De los 138 padres a los que se les realizó el estudio, 45 padres y acompañantes refirieron que si se conocían previamente los signos y síntomas de alarma por los cuales deben acudir pronto al centro de salud o se les había indicado al finalizar la consulta médica, para hacer un análisis del conocimiento que tienen se les formulo otra pregunta, en la cual debían nombrar solo 4 signos y síntomas de alarma correctamente y se puede observar que un 53% responde correctamente, mientras que un 47% no responden los 4 signos y síntomas de alarma, o confunden los signos y síntomas de alarma como por ejemplo con el dolor de cabeza, rinorrea o diagnósticos.

4.3.10 Padres que afirman que el médico le indicó la forma de administración del medicamento.

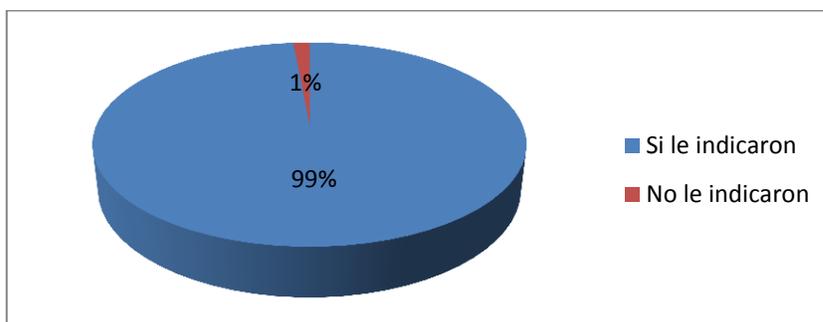
TABLA No 24: Padres que afirman que el médico le indicó la forma de administración del medicamento

Forma de administración del medicamento	Número	Porcentaje
Si le indicaron	136	99%
No le indicaron	2	1%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 20: Padres que afirman que el médico le indicó la forma de administración del medicamento



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Otra dimensión de la calidad de atención en salud es la seguridad que se brinda al paciente, como indicador se ha tomado la comunicación de signos y síntomas de alarma y la indicación de forma clara y sencilla de la administración del medicamento, para lo cual un 99% manifiesta que se le indicó de esta forma la administración del medicamento al niño, mientras que solo un 1% manifiesta que no le indicaron de forma clara y sencilla, que esto se puede deber a que el usuario no tuvo la debida atención en el momento en que el médico le indicaba las indicaciones de administración del medicamento, cabe recordar que el usuario podía indicar la administración del medicamento de forma oral, de memoria o leyendo la indicaciones dadas.

4.3.11 Explicación de la forma de administración del medicamento

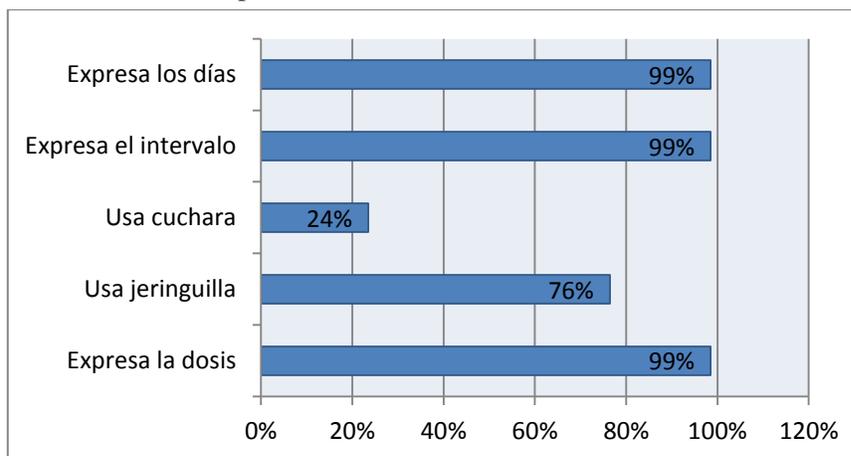
TABLA No 25: Explicación de la forma de administración del medicamento

Administración del medicamento	SI	NO	TOTAL	Porcentaje
Expresa la dosis	134	2	136	99%
Usa jeringuilla	104	32	136	76%
Usa cuchara	32	104	136	24%
Expresa el intervalo	134	2	136	99%
Expresa los días	134	2	136	99%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 21: Explicación de la forma de administración del medicamento



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

De los 134 acompañantes de menores de 5 años que mencionan que se les indicó la administración del medicamento de forma clara y sencilla, un 99% expresa correctamente los días por los cuales dar el medicamento, un 99% expresa correctamente el intervalo con el que se debe dar, un 24% usa una cuchara para dar el medicamento, un 76% usa una jeringuilla para administrar el medicamento y un 99% indica cuál es la dosis que debe dar al niño, cabe recordar que al preguntar esta información el acompañante podía leer la información dada por el médico en las indicaciones o podía decir de memoria lo que se le había informado.

4.3.12 Seguimiento del niño/a.

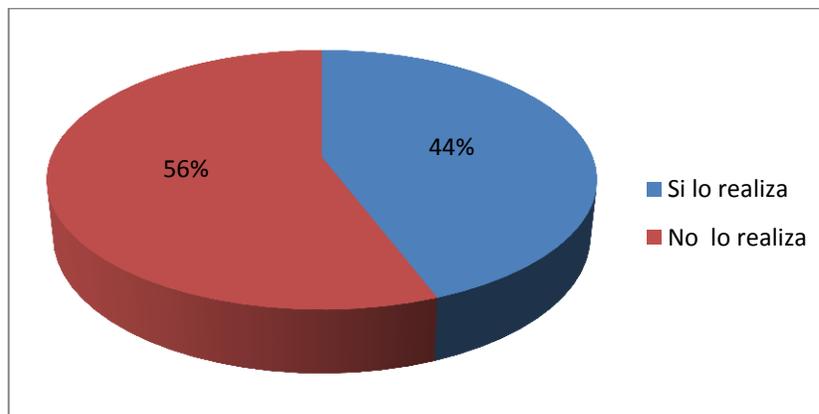
TABLA No 26: Seguimiento del niño/a

Seguimiento	Número	Porcentaje
Si lo realiza	61	44%
No lo realiza	77	56%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 22: Seguimiento del niño/a



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Como norma de atención al menor de 5 años con patología en el Ecuador se utiliza el AIEPI el cual indica que se debe dar continuidad de la atención médica especialmente a los niños que presentan Neumonía dar seguimiento a los 2 días para evaluar la buena o mala evolución del paciente, en este estudio se puede observar que al 44% de los niños se da continuidad dándole o sugiriéndole una nueva fecha para volver a ver al niño y un 56% no se le da seguimiento.

4.3.13 Duración de la consulta del niño con el médico.

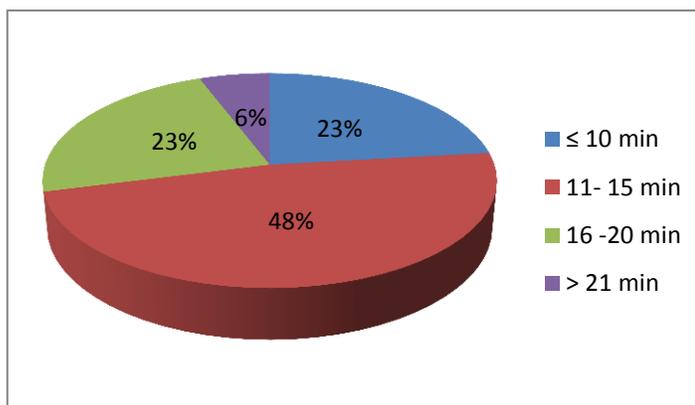
TABLA No 27: Duración de la consulta del niño con el médico

Tiempo	Número	Porcentaje
≤ 10 min	32	23%
11- 15 min	66	48%
16 -20 min	32	23%
> 21 min	8	6%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 23: Duración de la consulta del niño con el médico



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Otro de las dimensiones de la calidad, es la atención centrada en el paciente de modo que la atención en salud este dirigido a atender las necesidades del usuario de manera que la asistencia sanitaria resulte justa, adecuada y eficiente para lo cual es necesario tener un tiempo adecuado para que la atención sea de calidad, como podemos observar un 71% estima que el tiempo que duro la consulta con el médico fue entre 15 y 20 min, tiempo en el cual su mayor parte es ocupado en realizar y llenar formularios recetas y exámenes necesarios que hacen parte de la atención en salud, por lo que se convierte en un problema ocupar más tiempo en llenar todos estos papeles de la atención médica del MSP, que utilizar ese tiempo en atender la necesidad del usuario realizando una buena anamnesis y examen físico del paciente.

4.3.14 Criterio de los padres acerca de la letra del médico.

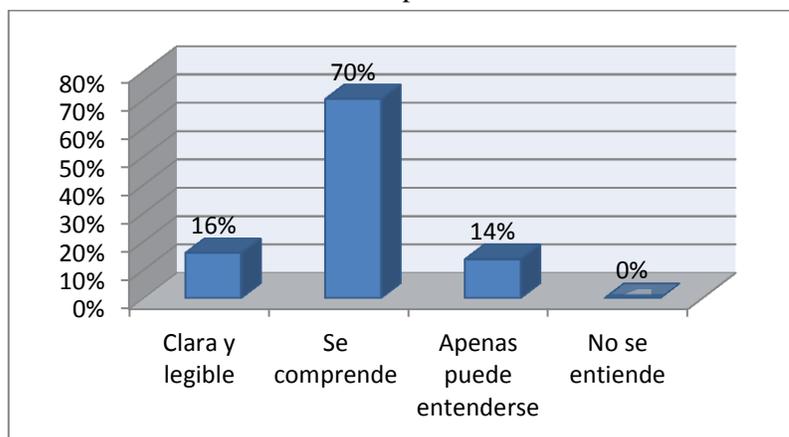
TABLA No 28: Criterio de los padres acerca de la letra del médico

Criterio	Número	Porcentaje
Clara y legible	22	16%
Se comprende	97	70%
Apenas puede entenderse	19	14%
No se entiende	0	0%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 24: Criterio de los padres acerca de la letra del médico



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Para valorar la seguridad de que los padres o acompañantes de los niños comprendieron las indicaciones del médico, se estudió cual es el criterio de los usuarios acerca de la calidad de letra que tiene el médico del centro de salud, en donde se evidencia que gran parte de la población considera que la letra del médico se comprende en un 70%, un 16% considera que el médico tiene una letra clara y legible y solo un 14% refiere que apenas puede entenderse la indicación dada por el médico por lo que puede concluirse que la seguridad de que el paciente entiende las indicaciones médicas es seguro ya que ninguno manifestó que no se entendiera la letra del médico.

4.3.15 Tiempo aproximado de duración de la atención

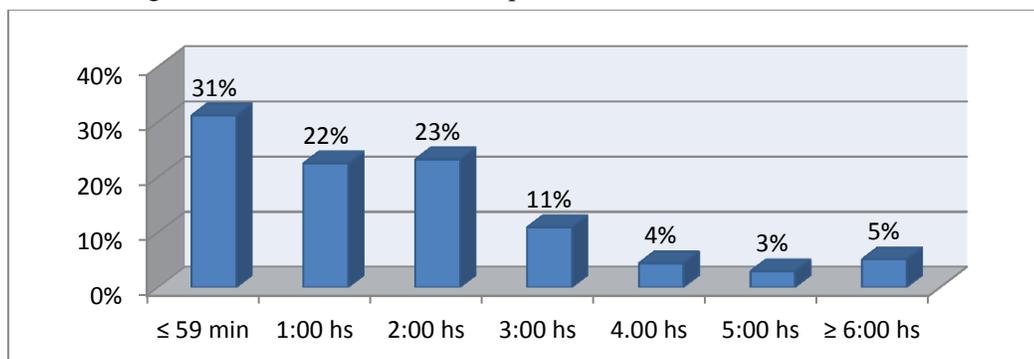
TABLA No 29: Tiempo aproximado de duración de la atención desde que los padres llegaron al centro de salud hasta que terminó la consulta con el médico

Tiempo	Número	Porcentaje
≤ 59 min	43	31%
1:00 hs	31	22%
2:00 hs	32	23%
3:00 hs	15	11%
4:00 hs	6	4%
5:00 hs	4	3%
≥ 6:00 hs	7	5%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 25: Tiempo aproximado de duración de la atención desde que los padres llegaron al centro de salud hasta que terminó la consulta con el médico



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Para valorar también la calidad de atención en salud, se estudió cuál fue el tiempo que tuvo que estar el familiar del paciente en el centro de salud desde el momento que llega al centro de salud hasta el momento que sale del centro de salud, en donde se evidencia que un 53% tuvieron un tiempo entre 1 hora y menos de 1 hora, que en su mayoría fueron los pacientes que obtuvieron el turno por Call Center o por alguna emergencia, y se demoraron más de 2 horas un 46% los usuarios que obtuvieron el turno mayormente madrugando.

4.3.16 Criterios de los padres acerca de la existencia de trabajo en equipo.

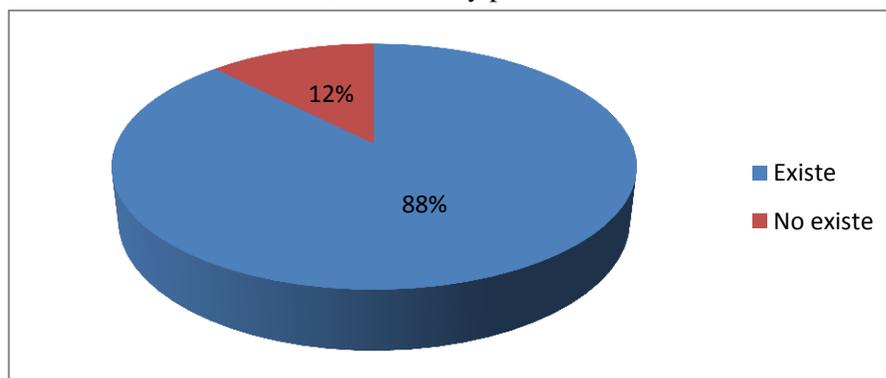
TABLA No 30: Criterios de los padres acerca de la existencia de trabajo en equipo entre el médico, enfermera y personal de salud.

Trabajo en equipo	Número	Porcentaje
Existe	121	88%
No existe	17	12%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 26: Criterios de los padres acerca de la existencia de trabajo en equipo entre el médico, enfermera y personal de salud.



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

En cuanto al criterio de los padres o acompañantes de los niños/as acerca de la existencia de trabajo en equipo entre el médico, enfermera y personal de salud un 88% manifiesta que existe trabajo en equipo ya que observan que todo paciente que es tomado los signos vitales es conducido directamente hacia el consultorio médico que le corresponde, además también cualquier problema que se suscitara ya sea el médico, enfermera o personal de estadística acude directamente al servicio necesario para solucionarlo, solo un 12% refiere que falta o no existe trabajo en equipo entre el personal que labora en el centro de salud No1 de Latacunga.

4.3.17 Criterio de los padres acerca de los servicios higiénicos.

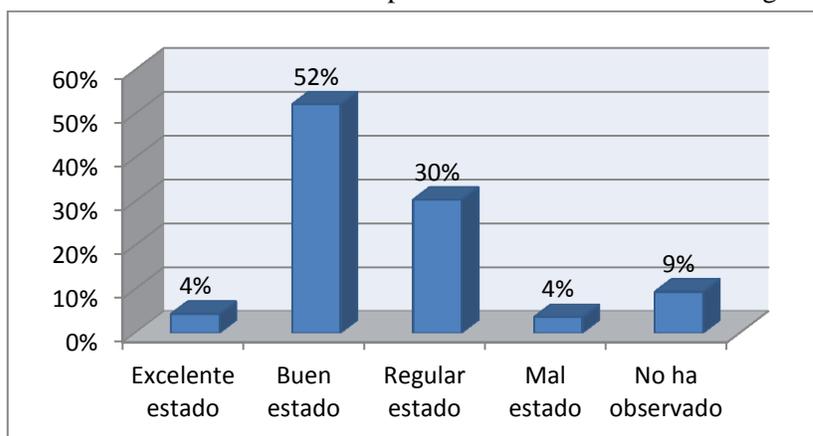
TABLA No 31: Criterio de los padres acerca de los servicios higiénicos

Criterio	Número	Porcentaje
Excelente estado	6	4%
Buen estado	72	52%
Regular estado	42	30%
Mal estado	5	4%
No ha observado	13	9%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 27: Criterio de los padres acerca de los servicios higiénicos



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Para la calidad de atención también se estudió el criterio de los acompañantes de la estructura física del centro de salud específicamente al estado en el que encuentran los servicios higiénicos un 86% de los padres y acompañantes de los niños manifiesta que el estado de los servicios higiénicos se encuentra entre bueno y malo, ellos refieren que los servicios higiénicos son antiguos, en mal estado, con poca iluminación, una sola batería sanitaria para hombres y mujeres, algunas de las veces falta un poco más de aseo. Solo un 4% de la población refiere que se encuentran en excelente estado los servicios higiénicos, hay que considerar también que el edificio en donde se encuentra ubicado el centro de salud es antiguo, tipo colonial, considerado como patrimonio cultural arquitectónico y que ha sido usado y adaptado para diversas entidades como el Hospital San Vicente de Paúl.

4.3.18 Criterio de los padres acerca de la estructura física en general.

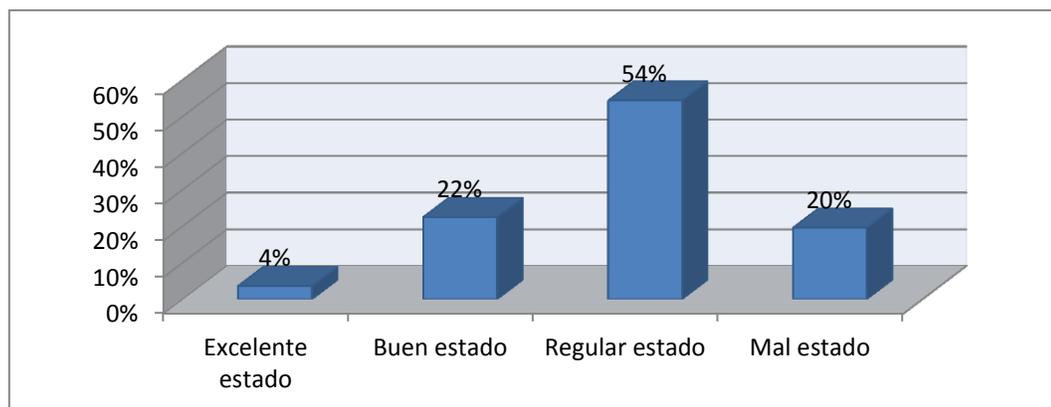
TABLA No 32: Criterio de los padres acerca de la estructura física en general del centro de salud

Criterio	Número	Porcentaje
Excelente estado	5	4%
Buen estado	31	22%
Regular estado	75	54%
Mal estado	27	20%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 28: Criterio de los padres acerca de la estructura física en general del centro de salud



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

En cuanto a la valoración de la estructura física en una forma general, el criterio de los acompañantes con un 54% manifiestan que se encuentra en regular estado, en buen estado un 22%, en mal estado un 20% y solo un 4% manifiestan que la estructura física se encuentra en excelente estado, La manifestación más frecuente por la que califican los usuarios en regular y mal estado la estructura física en general fue porque a criterio de ellos se encontraba muy deteriorado el centro de salud, algunos de los lugares mantienen una banda de seguridad amarilla que dice peligro ya que parte del tejado se está cayendo, cuando llueve existen goteras que no han sido corregidas, que como es un edificio antiguo hacía falta una remodelación, pero igualmente hay que considerar que el edificio es considerado como patrimonio cultural arquitectónico y que ya tiene 151 años de edificación.

4.3.19 Criterio de los padres acerca de la señalización.

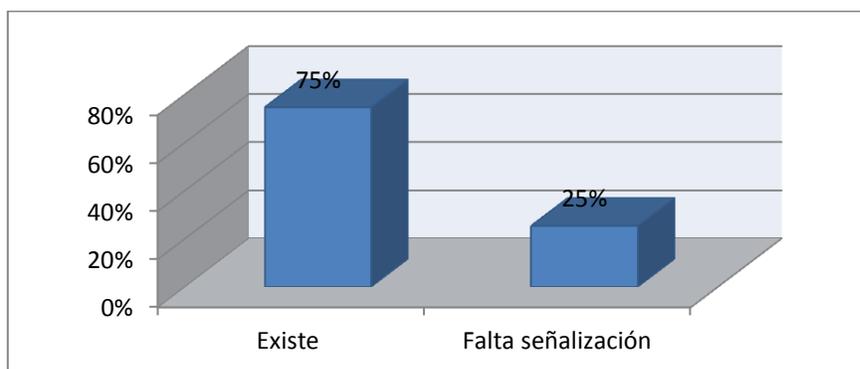
TABLA No 33: Criterio de los padres acerca de la existencia de la suficiente señalización en el centro de salud para llegar fácilmente hacia el servicio que necesita.

Señalización	Número	Porcentaje
Existe	103	75%
Falta señalización	35	25%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 29: Criterio de los padres acerca de la existencia de la suficiente señalización en el centro de salud para llegar fácilmente hacia el servicio que necesita.



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Para valorar el grado de satisfacción del usuario para ubicarse dentro del centro de salud los padres o acompañantes de los niños refieren que en un 75% existe completa señalización y en un 25% refieren falta de señalización, entre los criterios que manifiestan es que se debería incrementar señales de mayor tamaño en algunos departamentos y que también deberían haber señales tipo flechas que guíen hacia donde se encuentran los departamentos a los usuarios que no conocen el centro de salud, cabe aclarar que aunque el 75% de la población se conforma con la poca señalización que hay ya sea porque la enfermera le conduce al consultorio médico el criterio del investigador es que existe muy poca señalización, aunque la señalización de los centros de salud se encuentra normada.

4.3.20 El padre tuvo que comprar algún medicamento

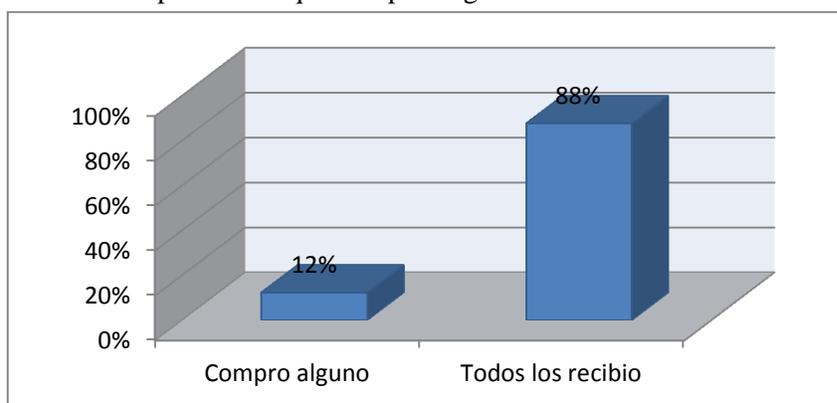
TABLA No 34: El padre tuvo que comprar algún medicamento fuera del centro de salud.

Medicamentos	Número	Porcentaje
Compro alguno	17	12%
Todos los recibió	121	88%
TOTAL	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 30: El padre tuvo que comprar algún medicamento fuera del centro de salud.



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

La Constitución en su artículo 362 indica que los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenden los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. Para valorar el grado de cumplimiento de este artículo se preguntó a los padres y acompañantes de los niños si tuvieron que comprar algún medicamento, en el cual solo un 12% manifiesta que le mandaron a comprar algún medicamento y un 88% manifiesta que todos los medicamentos le entregaron, algunas veces hizo falta algún medicamento que no existe en el centro de salud pero que es necesario para el paciente, por lo que el usuario lo tuvo que obtener fuera del centro de salud, aunque esto según el artículo 362 de la Constitución es algo fuera de la Ley.

4.3.21 Satisfacción de los padres o acompañantes

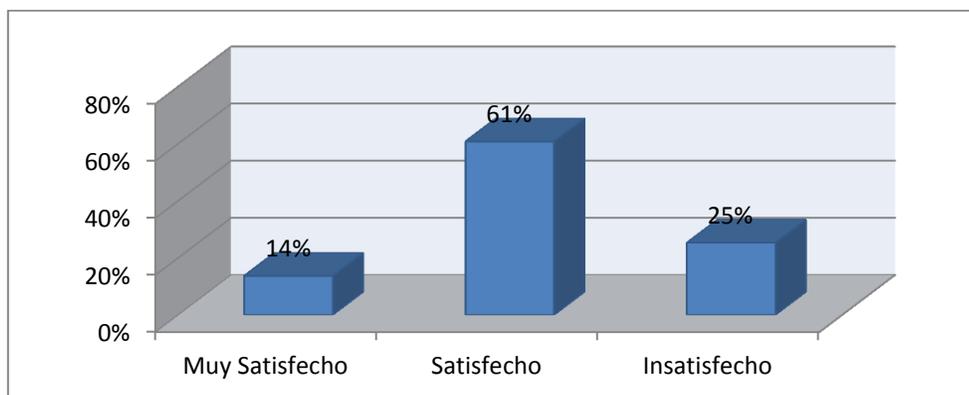
TABLA No 35: Satisfacción de los padres o acompañantes acerca de la atención del centro de salud No1 de Latacunga

Satisfacción del usuario	Número	Porcentaje
Muy Satisfecho	19	14%
Satisfecho	84	61%
Insatisfecho	35	25%
Total	138	100%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 31: Satisfacción de los padres o acompañantes acerca de la atención del centro de salud No1 de Latacunga



Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Para hacer también un análisis de la satisfacción de los padres o acompañantes, en cuanto a la calidad de atención brindada en el centro de salud No1 de Latacunga, se preguntó a los padres según los parámetros ya estudiados, en general cual fue la apreciación de la calidad de atención que recibió en el centro de salud, a lo que manifiestan en un 14% estar muy satisfechos, en un 61% estar satisfechos y un 25% estar insatisfechos con la atención recibida, cabe recalcar que la apreciación de los padres que años atrás ya habían recibido atención en el centro de salud es que la atención ha mejorado pero si hace falta hacer una mejora continua en cuanto a la atención en salud.

4.3.22 Calidad de atención en salud

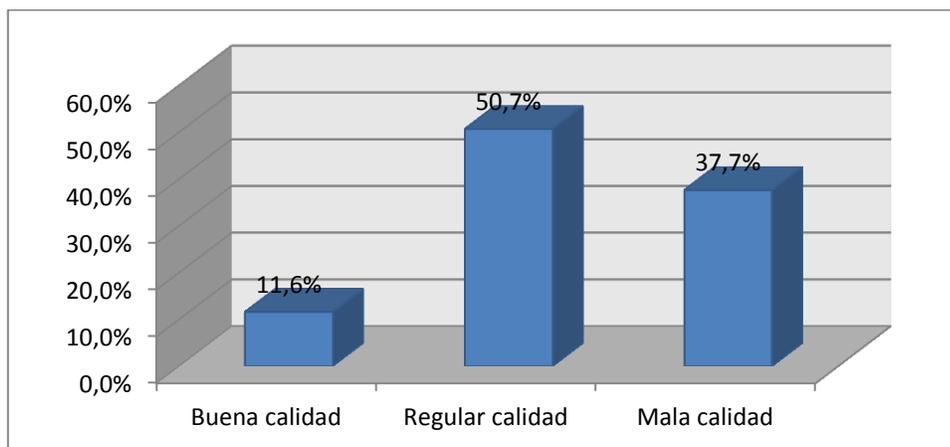
TABLA No 36: Calidad de atención en salud en el centro de salud No1 de Latacunga

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	Número	Porcentaje
Buena calidad	16	11,6%
Regular calidad	70	50,7%
Mala calidad	52	37,7%
Total	138	100%

Elaborado por: **Israel Alarcón**

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

GRÁFICO No 32: Calidad de atención en el centro de salud No1 de Latacunga



Elaborado por: **Israel Alarcón**

Fuente: Centro de Salud No 1 de Latacunga

Análisis:

Para cumplir con unos de los objetivos específicos, se realizó una valoración de la calidad de atención en salud tomando en cuenta las dimensiones e indicadores de la calidad de atención en salud propuestos por el MSP del Ecuador en su estudio “Encuesta sobre la calidad de atención al niño/a menor de cinco años y a la embarazada en la consulta externa de establecimientos de salud” del año 2012, dimensiones como la Evaluación del niño tomando como indicadores el examen físico respiratorio integral, la comunicación de signos de alarma por parte del médico a los padres o acompañantes del niño y el seguimiento. El trato y la comunicación interpersonal tomando como indicadores el buen trato del personal médico de enfermería y estadística, y la comprensión del padre o acompañante de las indicaciones de la

receta médica. Y la organización y gestión del establecimiento de salud tomando como indicadores la existencia de medicamentos, la estructura física, el trabajo en equipo y el tiempo de espera en el centro de salud.

En relación al porcentaje obtenido de las 11 tareas de evaluación de la calidad de cada encuesta y en consideración al estudio del MSP se valoró a la calidad entre un porcentaje de 90 y 100% como “Buena calidad” entre 80 y 70% como “Regular calidad” y un porcentaje menor al 70% como “Mala calidad”, encontrándose en el estudio que la calidad es valorada como “Regular calidad” en un 50,7% “Mala calidad” en un 37,7% y “Buena calidad” en un 11,6%.

Los indicadores que más influyeron en esta baja de la calidad fueron la poca comunicación de signos de alarma a los padres o acompañantes, el escaso seguimiento de los niños, el inadecuado trato del personal de estadística, la estructura física en mal estado y la prolongada espera en el centro de salud, indicadores que se encuentran graficados y valorados en tablas presentes en esta investigación.

4.4 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para la validación de la hipótesis se plantea la siguiente hipótesis nula:

H₀ = No existe relación entre la calidad de atención en salud y la satisfacción de los padres o acompañantes de los pacientes de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios en el centro de salud No1 de Latacunga.

El método estadístico para comprobar las hipótesis fue chi-cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir la relación entre las dos variables de las hipótesis, utilizando el programa SPSS 20. Con un nivel de significancia de 0.05.

Tabla No 37: Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
calidaddeatencion * satisfaccion	138	100,0%	0	0,0%	138	100,0%

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Base de Datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20

Tabla No 38: Tabla de contingencia variable calidad de atención y satisfacción

		satisfaccion			Total
		muy satisfecho	satisfecho	insatisfecho	
calidaddeatencion	buena	4	11	1	16
	regular	14	44	12	70
	mala	1	29	22	52
Total		19	84	35	138

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Base de Datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20

Tabla No 39: Prueba de X^2

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,227 ^a	4	,001
Razón de verosimilitudes	22,033	4	,000
Asociación lineal por lineal	17,621	1	,000
N de casos válidos	138		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,20.

Elaborado por: Israel Alarcón

Fuente: Base de Datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20

Decisión:

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que dice:

H1: Existe relación entre la calidad de atención en salud y la satisfacción de los padres o acompañantes de los pacientes de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios en el centro de salud No1 de Latacunga.

Análisis:

Se ha realizado una investigación para analizar la asociación entre la calidad de atención y la satisfacción de los padres o acompañantes, con la prueba X^2 encontrando que si existe relación entre ambas variables, [$X^2(4, N=138)=0,001$ $p < 0,05$].

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES:

- Mediante análisis estadístico en el programa SPSS 20, utilizando la prueba de Chi Cuadrado (X^2) con un valor de p: ,001 se determinó que existe relación entre la calidad de atención en salud y la satisfacción de los padres o acompañantes de los niños de 2 meses a 5 años con infecciones respiratorias.
- Las características socioculturales de la población de padres y acompañantes fue la existencia de un mayor número de personas de sexo femenino siendo un 82%, frente a un 18% de sexo masculino, perteneciendo en su mayoría al grupo de edad entre 20 y 39 años, teniendo un nivel de educación secundaria un 43%, identificándose un 89% con la raza mestiza. Y las características socioculturales y clínicas de los niños estudiados fueron, la edad de mayor frecuencia, son los niños menores de 3 años en un 71%, en un 54% de sexo femenino, los signos y síntomas que presentaron en mayor porcentaje fue tos un 42%, rinorrea y fiebre (28 y 25% respectivamente).
- La calidad de atención fue valorada como Regular calidad en un 50,7%, Mala calidad en un 37,7% y Buena calidad en un 11,6%. Los indicadores que más influyeron en esta baja de la calidad de atención en el centro de salud fueron el mal estado de la estructura física y los servicios higiénicos, la no existencia de una sala de espera en estadística para obtener el turno o sacar la historia clínica, la poca calidez de la atención del servicio de estadística, la escasa continuidad y seguimiento de los niños/as y la poca comunicación de los signos y síntomas de alarma de parte del médico a los padres y acompañantes de los niños/as.

- Los padres o acompañantes de los niños de 2 meses a 5 años, manifiestan estar en un 61% estar satisfechos, en un 25% estar insatisfechos con la atención recibida y solo en un 14% estar muy satisfechos.
- Para mejorar los problemas encontrados se realiza la siguiente propuesta con el tema “Plan de capacitación, monitoreo y seguimiento con indicadores de evaluación de la calidad de atención en salud en pacientes menores de 5 años en el centro de salud No 1 de Latacunga”.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se ha observado que muchos de los usuarios son madres con niños en brazos, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad que no pueden estar parados esperando ser atendidos por el personal de estadística, por lo que es necesario implementar un mayor número de bancas alrededor del servicio de estadística y del servicio que lo requiera.
- Además también para brindar mayor información al usuario externo del centro de salud se recomienda implementar mayor número de afiches de prevención de salud, igualmente entregar trípticos en donde también se incluya los signos y síntomas de alarma, colocar televisores con mensajes educativos y en pro de la salud, con el fin de incrementar el conocimiento de la población.
- También para conocer cuál es el criterio del usuario tanto interno como externo del centro de salud es necesario se implemente un buzón de sugerencias y quejas con el fin de mejorar la insatisfacción del usuario y brindar una atención de mejor calidad.
- Se puede observar que la infraestructura física tiene ya muchos años de funcionamiento, que además se encuentra en muy mal estado y la mayoría de pacientes pasan bastante tiempo a la intemperie, que cuando llueve existen goteras y que no existe la adecuada comodidad para el usuario externo e interno, por lo que es necesario que se agilite la construcción del nuevo centro de salud.

- Además también el estado de los baños del centro de salud no es el adecuado por lo que se recomienda que hasta que la construcción del nuevo centro de salud este completo y en funcionamiento se de una mejor adecuación de los baños.
- Al comparar el trato que ofrecen los médicos, enfermera y personal de estadística del centro de salud, el trato que brinda del personal de estadística es el que menor valoración obtuvo por parte de los padres y acompañantes de los niños, por lo que les es necesario dar mayor capacitación a este servicio sobre la forma de tratar a los pacientes que acuden al centro de salud y con esto cumplir con los objetivos del MSP, de dar una atención de calidad y calidez.
- La norma que utiliza el MSP para la atención del menor de 5 años con patología es el AIEPI, la cual indica que se debe dar seguimiento a los 2 días a los menores con neumonía, en esta investigación se evidencia un menor seguimiento, por lo que es necesario implementar indicadores de control para cumplir con el AIEPI.
- Otra de las indicaciones de la norma AIEPI, es la comunicación de signos y síntomas de alarma a todos los familiares o acompañantes del niño, y es evidente en esta investigación que no se cumple con estas indicaciones, por lo que también es necesario que se implemente indicadores de control de calidad para la comunicación de signos y síntomas de alarma y con esto cumplir con el AIEPI y mejorar la calidad de la atención médica y disminuir la morbimortalidad de los menores de 5 años.
- También se recomienda, que estas recomendaciones y algunas dimensiones que hacen parte de la calidad de atención en salud sean puestas en práctica y se realice un monitoreo, evaluación y difusión continua entre usuarios internos a través de la implementación de indicadores de control de calidad de atención en salud.
- Después de implementar los indicadores de control de calidad para la atención del menor de 5 años, es necesario hacer un seguimiento continuo cada mes de los indicadores, para ver el avance que se ha tenido con la implementación de los indicadores y evaluar si existe algún problema para mejorarlo a través de la implementación de ciclos rápidos de mejoramiento de la calidad.

- Se recomienda también reforzar el equipo de mejoramiento continuo de la calidad del centro de salud, con el fin de que este equipo sea el responsable del monitoreo, control, difusión y mejoramiento de los indicadores de calidad y de la puesta en práctica de los ciclos rápidos así como también del control de la calidad técnica y percibida del centro de salud No1 de Latacunga.
- Se recomienda que los resultados de esta investigación sean conocidos por todo el personal que integra el centro de salud No1 de Latacunga y realizar una información, educación, capacitación y comunicación continua, cada mes sobre temas de atención con calidad y también sobre temas de conocimiento científico a todo el personal de salud en el que se incluya a los médicos rurales y generales, enfermeras, internos de medicina y enfermería, personal nuevo contratado y personal de estadística que son las personas que están en mayor contacto con la población.

CAPÍTULO VI.

PROPUESTA.

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 TEMA:

Plan de capacitación, monitoreo y seguimiento con indicadores de evaluación de la calidad de atención en salud en pacientes menores de 5 años en el centro de salud No 1 de Latacunga.

1.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA

La presente propuesta se ejecutara en el centro de salud No 1 de Latacunga en el área de consulta externa de Medicina General.

1.1.3 BENEFICIARIOS

- Pacientes menores de 5 años
- Familiares de los niños
- Centro de salud No 1 de Latacunga
- Población del Área No 1 de Latacunga

1.1.4 UBICACIÓN

- **Lugar:** Centro de salud No 1 de Latacunga
- **Cantón:** Latacunga
- **Provincia:** Cotopaxi

1.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN

Posterior a la defensa de la investigación, se pretende ejecutar la propuesta, dando conocimiento de la investigación al director del centro de salud No 1 de Latacunga sobre los resultados de la investigación y propuesta, para ejecutarla, realizando la socialización de los indicadores de calidad de atención a todo el personal que labora en el centro de salud y también fortalecer el Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad integrado por personal

del centro de salud para que el equipo sea el responsable de la ejecución de los indicadores, al mes de la socialización para continuar con su seguimiento y socialización de los indicadores cada mes de una forma continua y permanente.

1.1.6 EQUIPO RESPONSABLE

- Equipo de mejoramiento continuo de la calidad
- Director del centro de salud No 1 de Latacunga
- Médicos del centro de salud No 1 de Latacunga

1.1.7 PRESUPUESTO

Para la ejecución de la propuesta se ha establecido un presupuesto económico de 200 dólares.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En la presente investigación realizada en el centro de salud No 1 de Latacunga una de las variables que más influyeron en la disminución de la calidad fue la estructura física valorada en regular estado un 54% y en mal estado un 22%, los servicios higiénicos que fueron valorados en buen estado un 52%.

En cuanto a la entrega de medicación gratuita un 88% de la población estudiada manifestó que se le entregó todos los medicamentos e insumos dentro del centro de salud mientras que un 12% manifestó que tuvo que comprar algún medicamento o insumo fuera del centro de salud.

Además también se determinó que existe un 33% de los familiares o acompañantes de los niños a los que se les había indicado los signos y síntomas de alarma o ya tenía un conocimiento previo, de esta población y solo un 53% nombra correctamente 4 signos o síntomas de alarma.

También se identificó en base a la encuesta realizada que solo a un 44% de la población estudiada, el médico del centro de salud indica una nueva fecha para el control del niño, para evaluar la buena evolución del niño, el AIEPI indica que a los menores de 5 años se les debe ofrecer continuidad en la atención médica y a los padres o acompañantes se les debe dar comunicación de los signos y síntomas de alarma.

Por lo que es necesario que se implemente indicadores de control de la calidad de atención en salud, para evaluar la planta física del centro de salud que se encuentre en condiciones óptimas que garanticen la mejor calidad de atención al usuario, que el centro de salud disponga de los medicamentos, equipos e insumos básicos para la atención del usuario y de los niños menores de 5 años, que se dé cumplimiento de la norma del AIEPI en cuanto a la indicación de signos y síntomas de alarma a los familiares y del seguimiento del niño, para contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud y disminuir la morbimortalidad de los menores de 5 años.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta de investigación se justifica por que pretende mejorar la calidad de atención en salud de los usuarios de una forma general, pero en especial manera de los menores de 5 años que acuden acompañados de sus padres al centro de salud No1 de Latacunga, a través de la implementación de indicadores de calidad que valoran la planta física del centro de salud, la dotación de insumos para la atención de los menores de 5 años y el grado de cumplimiento de la norma AIEPI en cuanto a la comunicación de signos y síntomas de alarma a los padres y acompañantes del niño/a y seguimiento del menor enfermo.

Ya que la norma AIEPI es considerada en la actualidad una de las mejores formas de intervención para los menores de 5 años, es fundamental implementar indicadores de calidad que nos permitirán controlar la adecuada utilización de la norma y a la vez proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar la salud de sus hijos y ejercer un mayor control sobre la misma a través del incremento de sus conocimientos dados por la comunicación de signos y síntomas de alarma impartido por los médicos del centro de salud, y también se justifica esta propuesta ya que se controlara de mejor manera el seguimiento que se les da a los niños con enfermedades de la infancia, además que también permitirá disminuir la morbimortalidad de la población que pertenece al centro de salud No 1 de Latacunga.

Además la presente propuesta permitirá tener un seguimiento continuo de los indicadores, cada mes de como se está llevando la atención de los menores de 5 años con patología y mejorar continuamente la calidad de atención del usuario en forma general y en especial de

un grupo importante de la población que son los niños y niñas menores de 5 años, por parte del equipo de mejoramiento continuo de la calidad.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General:

Implementar un plan de acción de capacitación, monitoreo y seguimiento con indicadores de calidad de atención en salud.

6.4.2 Objetivos Específicos:

- Mejorar la calidad de atención de los menores de 5 años.
- Valorar cada mes la forma de aplicación de la norma AIEPI por parte de los médicos del centro de salud a través de indicadores.
- Incrementar y fortalecer los conocimientos de los signos y síntomas de alarma de padres y acompañantes de los menores de 5 años
- Disminuir la morbi-mortalidad de los menores de 5 años del centro de salud No 1 de Latacunga.
- Reforzar el Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad.
- Mejorar la satisfacción del usuario interno y externo del Centro de Salud No 1 de Latacunga.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La presente propuesta es factible de ser aplicada, ya que se dispone del espacio físico en el que se ejecutara, que es en el centro de salud No 1 de Latacunga, en el área de consulta externa de medicina general, además también se cuenta con los recursos tecnológicos, humanos y financieros necesarios para su realización y mejorar la calidad de atención en salud.

Este estudio tiene factibilidad legal así como lo demuestra en el código de Salud del Ecuador valorado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Art 97 Toda persona está obligada a colaborar y a participar en los programas de fomento y promoción de la salud.

Art 185 La dirección Nacional de Salud requerirá a todas las instituciones de Salud, los datos estadísticos para centralizarlos y elaborarlos a fin de satisfacer las necesidades de planificación y desarrollo de programas.

Así también tiene la Constitución del Ecuador vigente que lo demuestra en su artículo 362:

Art 362 La atención de salud como servicio público se prestara a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-CIENTÍFICA

La atención para la salud entendida como un proceso.

Se considera que todo trabajo implica procesos y sistemas. En la prestación de atención de salud, se producen muchos procesos simultáneamente. Un proceso se define como una secuencia de pasos que implican acciones a través de las cuales las entradas o insumos se convierten en resultados que benefician a los/as usuarios/as. Se considera a los servicios de salud como un sistema, en donde las acciones y decisiones que se realicen o tomen parte del sistema afectan al resto. ⁽¹⁵⁾

Para lograr la producción de servicios son necesarias las ENTRADAS, que son los recursos o insumos indispensables para realizar las actividades; los PROCESOS, que son la serie de actividades para el logro de un objetivo y las SALIDAS, que son los resultados de salud, la satisfacción de los usuarios y la utilización del servicio. ⁽¹⁵⁾

Garantía de calidad.

La definición de la calidad es un momento metodológico del mejoramiento continuo de los procesos en el cual se define operativamente la calidad esperada a través de la formulación de estándares clínicos, administrativos y de satisfacción de usuarios/as. ⁽¹⁵⁾

Para la formulación de estándares se consulta manuales, guías y protocolos existentes (tanto nacionales como internacionales) de donde se extraen y adaptan criterios. ⁽¹⁵⁾

Medición de la calidad.

La medición de la calidad, es la verificación sistemática del desempeño de un proceso a través del grado de cumplimiento de ciertos estándares e indicadores seleccionados. ⁽¹⁵⁾

Estándar de calidad.

Un estándar es una declaración explícita de la calidad esperada que sirve como parámetro de medición de la calidad en un sistema de salud definido y en un momento de su desarrollo. ⁽¹⁵⁾

La palabra estándar es genérica, abarca a protocolos, guías clínicas, normas, procedimientos y especificaciones; en la medida que estos expresan condiciones explícitas de la calidad esperada. ⁽¹⁵⁾

Tipo de estándares:

- a) **Estándar de Entrada:** Definen la calidad esperada de los recursos de los sistemas de servicios de salud.
- b) **Estándar de Proceso:** Guían la ejecución de los procesos.
- c) **Estándar de Salida:** Miden el estado de salud, utilización, conocimientos y satisfacción.

Indicador de calidad.

Es una medida que puede emplearse para determinar el grado de cumplimiento de los estándares, midiendo toda discrepancia o brecha que exista entre el desempeño ideal y el real en los procesos clínicos, administrativos y los resultados de la satisfacción de usuarios. ⁽¹⁵⁾

Los indicadores, traducen un enunciado cualitativo (expresado por el estándar) en uno cuantitativo expresado en números, (recuentos), promedios y coeficientes (proporción o porcentaje), pueden constar de un numerador y un denominador. ⁽¹⁵⁾

En la presente propuesta se ha revisado las Normas de Atención Integral a la Niñez 2011, en donde sean creado y mejorado ciertos indicadores de la calidad de atención para complementarlos a los estándares de Entrada, Proceso y de Salida, basados en los resultados, conclusiones y recomendaciones de la presente investigación con el fin de mejorar continuamente la calidad de atención en salud de los menores de 5 años y la población en general del centro de salud No 1 de Latacunga.

Para el estándar de Entrada sea creado la siguiente matriz de indicadores con 2 indicadores; el primero evalúa los insumos para la atención de los menores de 5 años y el segundo indicador evalúa la planta física del centro de salud para la atención de niños y población en general. . (VER ANEXO 2 y 3).

Para el estándar de Proceso se ha creado la siguiente matriz de indicadores; igualmente con 2 indicadores que evalúan el proceso de atención de los menores de 5 años, el primero evalúa la comunicación de signos y síntomas de alarma y el segundo evalúa el seguimiento del niño/a enfermo. (VER ANEXO 4).

Para el estándar de Salida se ha creado una matriz de indicadores; con 1 indicador que evalúa el resultado de la atención en cuanto a la comunicación de signos y síntomas de alarma a los padres o acompañante del niño/a que acude al centro de salud. (VER ANEXO 5).

Instrumentos para medir la calidad.

Una vez desarrolladas las matrices de los estándares e indicadores con su operacionalización, es necesario diseñar y validar los instrumentos con lo que se recolectaran y procesaran los datos. Estos instrumentos los aplicara el Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) en el centro de salud No1 de Latacunga, de forma continua, una vez al mes. En términos generales los instrumentos consisten en una distribución adecuada de preguntas relativas a los estándares establecidos, en los que se halla espacios para sus respuestas. ⁽¹⁵⁾

Cada formulario consta de:

- **Encabezado**, donde deben ser llenados los datos generales de la provincia, área de Salud, Unidad Operativa, fecha de medición, mes evaluado y el/a responsable de la medición.
- **Número y descripción del estándar**, redactado cada estándar.
- **Instructivo**, de cómo obtener en la práctica la información y el llenado del instrumento respectivo.
- **Instrumento**, de recolección de datos en forma de tabla en la que contiene ítem por ítem los condicionantes del estándar y un espacio para clasificar con un “+” si cumple o un “-” si no cumple, o casillas en blanco en los casos en que se requiera completar estándares numéricos, al final de la tabla se encuentra espacios para procesar la información.
- Cuando la información es obtenida desde las historias clínicas, los instrumentos contienen un casillero que permite colocar el número de la historia clínica, para verificar más adelante la información, si es necesario.
- **Procesamiento** para obtener el valor indicado. ⁽¹⁵⁾

Para nuestra propuesta se formuló los siguientes instrumentos de recolección y procesamiento de datos en base a los estándares de Entrada, Proceso y Resultados. (VER ANEXO 6, 7, 8 y 9).

6.7 MODELO OPERATIVO

FASES	METAS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO
<p>PLANIFICACIÓN Autorización para realizar la propuesta Presentación de la propuesta Esquema de programación de la propuesta</p>	<p>Comunicar al director del centro de salud los resultados de la investigación y la propuesta planteada y obtener la autorización para la ejecución de la propuesta</p>	<p>Entrega de los resultados y de la propuesta y recepción de la aprobación para la ejecución de la propuesta</p>	<p>Solicitud al director del centro de salud No 1 de Latacunga</p>	<p>2 meses</p>
<p>EJECUCIÓN Fortalecimiento del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad. Implementación de los indicadores de calidad de atención de salud de menores de 5 años</p>	<p>Capacitación al personal médico del centro de salud. Reforzar el Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad a través de la implementación de los indicadores. Ejecución del plan de indicadores de calidad.</p>	<p>Reuniones con el Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad y personal directivo y médico del centro de salud No1 de Latacunga</p>	<p>Actas Instrumentos de recolección de datos</p>	<p>3 meses</p>
<p>EVALUACIÓN Monitoreo y seguimiento de los indicadores de atención de calidad.</p>	<p>Informe mensual de los indicadores. Seguimiento continuo mensual de indicadores. Implementación de nuevos indicadores de mejora de la calidad de atención para menores de 5 años de atención con morbilidad.</p>	<p>Evaluación mensual de los indicadores de calidad de atención a menores de 5 años con patología respiratoria</p>	<p>Actas Instrumentos de recolección de datos</p>	<p>De forma continua, permanente y mensual.</p>

Tabla No 40. Modelo operativo de la propuesta

Elaborado por: Israel Alarcón

6.8 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS



Gráfico No 33. Administración de recursos
Elaborado por: Israel Alarcón

6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

La realizará el director del centro de salud No 1 de Latacunga, quien recibirá un informe mensual por parte del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad acerca de la implementación de los indicadores de calidad de atención a menores de 5 años con patología respiratoria y a usuarios en forma general, para de esta manera evaluar la propuesta y aplicación de la misma de forma continua y permanente y realizar ciclos rápidos de Mejora Continua de la Calidad para solucionar los problemas encontrados.

MATERIALES DE REFERENCIA

BIBLIOGRAFÍA:

1. Annalee Yassi, Tord Kjellstom y cols. Salud Ambiental Básica. OMS, PNUMA, INHEM. 2002: 1 -551.
2. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. 2008: 1 – 80.
3. Congreso Nacional del Ecuador. Código de la Niñez y Adolescencia. 2003; 1-77.
4. Congreso Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 2006; 1-55.
5. Hospital Universitario del Valle. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. HUV: 2010. 1-173.
6. Hugo Noboa y cols. Participación y calidad de Atención en Salud, Ecuador. MSP. 2011: 1-52
7. Humberto Pigeon Oliveros. Incidencia y complicaciones de las infecciones respiratorias agudas en niños que asisten a estancias infantiles. MEDIGRAPHIC. 2008: 14-22
8. Juan Luis Manzur y cols. Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. Ministerio de Salud de la República de Argentina. 2011. 1-117.
9. Liz Hamui Sutton, Ruth Fuentes García y cols. Un estudio de satisfacción con la Atención Médica. Universidad Nacional Autonoma de México. 2013: 1-208.
10. Magaly Pedrique de Aulacio y cols. Mecanismo de Patogenicidad Microbiana. UCV. 2008: 1-14.
11. Martín Zurro Amando, Jodar Solá Gloria. Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria. ELSEVIER España. 2011; 1-16.
12. Melvyn Freeman, Soumitra Pathare. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental Derechos Humanos y Legislación. OMS. 1-220.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, OPS/OMS Ecuador. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. 2008; 1-31.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Atención Integral en Salud. 2012: 1-210.
15. Organización Panamericana de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna Proyecto Colaborativo Interpaíses. Ministerios de Salud Honduras-Ecuador-Nicaragua: 2004; 1-146.

16. Ramos Domínguez Benito. Control de Calidad de la atención de Salud. 2da Ed. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas: 2011; 1-172.
17. Robert M. Kliegman, Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Bonita F. Stanton. Nelson Tratado de Pediatría. 18^{va} ed. España. ELSEVIER: 2009; 12-13.
18. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional para el buen Vivir. República del Ecuador. 2009: 1-520.
19. Sergio Hernández, Juan Trejo. Guía Clínica para el Diagnostico y Prevención de la Infecciones Respiratorias Agudas. 69-80.
20. Susana Ramírez Hita. Calidad de Atención en Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2010. 1-236.
21. Yesena Estela Mejía, Roberto Carlos Amaya. Evaluación de la calidad de Atención en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Nueva Gaudalupe en el periodo de Abril a Junio 2011. Universidad del Salvador. 2011: 1-101.

LINKOGRAFÍA:

22. Alberto Mario Masuet. La Calidad de la Atención Médica Ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la Ciudad de Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba. 2010, disponible en http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/MASUET_alberto_mario.pdf
23. Anthony Scott y cols. Efecto de los incentivos económicos sobre la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada por los médicos de atención primaria. COCHRANE. 2011. 1-61, disponible en <http://summaries.cochrane.org/es/CD008451/efecto-de-los-incentivos-economicos-sobre-la-calidad-de-la-asistencia-sanitaria-proporcionada-por-los-medicos-de-atencion-primaria>.
24. Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia, disponible en <http://www.slideshare.net/natalialban/aiepi-clinico-2013>.
25. Avedis Donabedian. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. 1991 disponible en <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/34.pdf>
26. Chabalgoity, Pereira. Inmunidad contra los agentes infecciosos, disponible en <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/Inmunidadcontralosagentesinfecciosos.pdf>

27. Clotty María Urdaneta Gonzáles. Calidad de Atención del servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas, Caracas. Universidad Católica Andrés Bello. 2006: 1-65, disponible en <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexo/biblioteca/marc/texto/.pdf>
28. La Atención Integral en Salud, disponibles en <https://sites.google.com/site/medfamger/la-atencion-integral-en-salud>
29. Calidad de Vida, disponible en <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigación/comiteEtica/calidadVida.html>
30. Bienestar social, disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Bienestar_social#Bienestar_social.
31. Bienestar, Valores y Variables Asociadas, disponible en www.uv.es/seoane/boletin/previos/N106-1.pdf
32. El concepto de Bienestar y su medición, disponible en <http://www.economiaandaluza.es/sites/default/files/2Cap%C3%ADtulo%202.%20E1%20concepto%20de%20bienestar%20y%20su%20medici%C3%B3n.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA:

33. **SCIELO:** Burgoa Rivero Claudia, Salas Mallea Ariel. Conocimientos y Actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. Rev Soc Bol Ped 2008; 47 (2): 72-76.
34. **SCIELO:** Gustavo Fidel Macías. Evaluación de la Calidad de Atención en el centro de Salud de Campo Verde, San Salvador de Jujuy. FHyCS-UN Ju. 2009; 37: 291-305
35. **SCIELO:** Pérez Sánchez Mayra, Fundora Hernández Hermes y cols. Factores de riesgo inmunoepidemiológicos en niños con infecciones respiratorias recurrentes. Rev Cubana Pediatr. 2011; 83 (3): 225-235.
36. **BVS:** Organización Panamericana de la Salud. Guía operativa para implementación de AIEPI en entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios. Colombia: 2011; 1-52.
37. **BVS:** Organización Panamericana de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Cuadro de Procedimientos. 2da Ed. Colombia. PAHO; 2010: 1-95.
38. **BVS:** Organización Panamericana de la Salud. Manual AIEPI para estudiantes. 2004: 1-331

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA

Encuesta dirigida a madres, padres o acompañantes de pacientes de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios.

OBJETIVO: La presente encuesta tiene como objetivo valorar la calidad de atención en salud con la que fue atendido en el centro de salud No1 de Latacunga.

A) DATOS DE LA MADRE, PADRE O ACOMPAÑANTE.

1. Su parentesco con el niño/a es: mamá (), papá (), acompañante ()

2. Edad en años: _____

3. Sexo: M () F ()

4. Educación:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Ninguna ()

5. Raza

Indígena ()

Mestizo ()

Blanco ()

Otra ()

B) DATOS DEL NIÑO /A:

6. Edad en años: _____ y meses: _____

7. Sexo: M () F ()

8.- El niño/a tuvo alguno de los siguientes signos y síntomas

Tos () Rinorrea () Fiebre () Expectoración () Disnea () Dolor torácico ()

9.- ¿El turno lo obtuvo por Call Center o madrugó a coger turno?

Call Center () Madrugó a coger turno ()

10.- ¿Si madrugó a coger turno a qué hora llegó?

Porque no cogió turno por Call Center? _____

11.- ¿El trato que tuvo el personal de estadística fue de una forma cordial y amistosa?

Si () No ()

12. ¿El personal de enfermería atendió a usted y al niño de una forma cordial y amistosa?

Si () No ()

13. ¿Al comenzar con la atención el médico tuvo un trato amable y respetuoso con usted y el niño?

Si () No ()

14. ¿Con la atención que brindo el profesional de salud sintió usted confianza en el médico que atendió al niño?

Si () No ()

Porque? _____

15. ¿El médico al examinar al niño lo hizo de forma integral especialmente examinando cabeza, boca, tórax y pulmones?

Si () No ()

¿Porque?

16. ¿El médico le expuso cuales son los signos de alarma por los cuales debe acudir pronto a atención con un profesional de la salud?

Si () No ()

Si la respuesta es afirmativa:

Me podría citar 4 de ellos

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

17. ¿El médico le explico claramente como es la forma en la que debe dar la medicación al niño?

Si () No ()

Si la respuesta anterior es afirmativa: (A criterio del investigador)

Me podría explicar la forma de administración del medicamento: Si () No ()

- Expresa correctamente la dosis del medicamento:
Si () No ()
- Se le ha indicado la administración del medicamento con una jeringuilla:
Si () No () Otro ()
- Se le ha indicado la administración del medicamento con una cuchara:
Si () No ()
- Expresa correctamente el intervalo con el que debe administrarse:
Si () No ()
- Se le ha indicado los días que se dará el medicamento:
Si () No ()

18.- ¿Cuál fue el diagnostico que tiene el niño?

_____ No le dijeron ()

19. ¿Al finalizar la consulta el médico le dio alguna fecha para volver a revisar al niño?

Si () No ()

Si la respuesta anterior es afirmativa:

Cuando: día: ___ Mes: ___ Año: ___

20. ¿Cuánto tiempo aproximadamente duro la consulta dada por el médico?

_____ hs _____ min

21. ¿La letra del médico que atendió al niño escrita en las indicaciones, cuál es su criterio?

Clara y legible ()

Se comprende lo escrito ()

Apenas puede entenderse ()

No se entiende ()

22.- ¿Aproximadamente cuánto fue el tiempo de espera desde que llegó al centro de salud hasta terminar la consulta con el médico?

23. ¿Siente que existe trabajo en equipo entre el médico, enfermera y personal de salud que labora en esta casa de salud?

Si () No ()

Porque: _____

24. ¿En cuánto a los servicios higiénicos del centro de salud como los califica?

Excelente estado ()

Buen estado ()

Regularestado ()

Mal estado ()

No ha observado ()

25. ¿En cuánto a la estructura física en general del centro de salud como la califica?

Excelente estado ()

Buen estado ()

Regularestado ()

Mal estado ()

Cree usted que le hace falta alguna estructura u objeto: _____

26. ¿Cree que existe la suficiente señalización en el centro de salud para que pueda llegar fácilmente al departamento que busca?

Si () No ()

Si la respuesta es negativa:

Que señales piensa usted que se deberían implementar? _____

27. ¿De la receta que le dio el médico, tuvo que comprar algo afuera?

Si () No ()

Que medicamento tuvo que comprar: _____

28. ¿En general cómo cree que fue la atención que recibió en el centro de salud No1 de Latacunga?

Excelente ()

Bueno ()

Regular ()

Malo ()

ANEXO 2. TABLA DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

La siguiente tabla se la formulo para hacer una valoración de la calidad de atención en salud dada a los padres y acompañantes de niños de 2 meses a 5 años con infecciones respiratorias, en el centro de salud No1 de Latacunga. Se la realizo en base al cuadro de procedimientos del AIEPI y también tomando en cuenta las dimensiones e indicadores de la calidad de atención en salud propuestos por el MSP del Ecuador en su estudio “Encuesta sobre la calidad de atención al niño/a menor de cinco años y a la embarazada en la consulta externa de establecimientos de salud” del año 2012. En relación al porcentaje obtenido de las 11 tareas de evaluación de la calidad de cada encuesta y en consideración al estudio del MSP se valoró a la calidad entre un porcentaje de 90 y 100% como “Buena calidad” entre 80 y 70% como “Regular calidad” y un porcentaje menor al 70% como “Mala calidad”.

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD																												
DIMENSIONES	EVALUACIÓN DEL NIÑO						TRATO Y COMUNICACIÓN INTERPERSONAL						ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD						RESULTADOS									
INDICADORES	EXAMEN FÍSICO RESPIRATORIO INTEGRAL		SIGNOS DE ALARMA		SEGUIMIENTO		BUEN TRATO DEL PERSONAL DE ESTADÍSTICA		BUEN TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA		BUEN TRATO DEL PERSONAL MÉDICO		COMPRENSIÓN DE LAS INDICACIONES DE LA RECETA MÉDICA		EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS		ESTRUCTURA FÍSICA		TRABAJO EN EQUIPO		TIEMPO DE ESPERA EN EL CENTRO DE SALUD		Total	Maximo puntaje	Porcentaje	calidad		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Ene y D	Reg o Mal	Existe	No existe	< 1 h	> 1 h						
ITEMS	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Ene y D	Reg o Mal	Existe	No existe	< 1 h	> 1 h						
PUNTAJE	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0						
1	1		1		0		1		1		1		1		1		1		0		1		0		8	11	73%	Regular
2	1		0		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		9	11	82%	Regular
3	1		0		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		9	11	82%	Regular
4	1		0		1		1		1		1		1		1		0		1		1		1		8	11	73%	Regular
5	1		1		1		1		1		1		1		1		1		0		0		1		9	11	82%	Regular
6	1		1		0		1		1		1		1		1		1		0		1		0		8	11	73%	Regular
7	1		0		0		1		1		1		1		1		1		1		1		0		8	11	73%	Regular
8	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		0		10	11	91%	Buena
9	1		0		0		0		1		1		1		1		1		0		1		0		6	11	55%	Mala
10	1		0		1		0		1		1		1		1		1		0		1		1		8	11	73%	Regular
11	1		0		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		9	11	82%	Regular
12	1		0		0		0		1		1		1		1		1		0		1		0		6	11	55%	Mala
13	1		0		1		0		1		1		1		1		1		1		1		0		7	11	64%	Mala
14	1		0		0		1		1		1		1		1		1		0		1		1		8	11	73%	Regular
15	0		0		1		1		1		1		0		0		1		0		0		0		5	11	45%	Mala
16	1		0		0		0		1		1		1		1		1		0		1		0		6	11	55%	Mala
17	1		1		1		1		1		1		1		1		1		0		0		0		8	11	73%	Regular
18	1		0		1		0		1		1		1		1		1		1		1		0		8	11	73%	Regular
19	1		0		0		1		1		1		1		1		1		1		1		0		7	11	64%	Mala
20	1		0		0		0		1		1		1		1		1		0		1		0		6	11	55%	Mala
21	1		0		0		0		1		1		1		1		1		0		1		0		6	11	55%	Mala
22	1		1		0		1		1		1		1		1		0		0		1		0		7	11	64%	Mala
23	1		0		0		0		1		1		1		1		1		0		1		0		6	11	55%	Mala
24	1		0		1		1		1		1		1		1		1		0		1		0		8	11	73%	Regular
25	1		0		1		1		1		1		1		1		0		0		1		0		7	11	64%	Mala
26	1		0		0		1		1		1		1		1		1		0		1		0		7	11	64%	Mala
27	1		0		0		1		1		1		1		1		0		0		1		0		6	11	55%	Mala
28	1		1		0		1		1		1		1		1		1		1		1		0		8	11	73%	Regular
29	1		1		0		1		1		1		1		1		1		0		1		1		9	11	82%	Regular
30	1		0		0		0		1		1		1		1		1		0		1		1		7	11	64%	Mala
31	1		0		0		1		1		1		1		1		1		0		1		0		7	11	64%	Mala
32	1		0		1		1		1		1		1		1		1		0		1		0		8	11	73%	Regular
33	1		0		1		1		1		1		1		1		1		0		1		1		9	11	82%	Regular
34	1		0		0		0		1		1		1		1		1		0		1		0		6	11	55%	Mala
35	1		0		0		1		1		1		1		1		1		0		1		1		8	11	73%	Regular
36	1		0		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		10	11	91%	Buena
37	1		0		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		10	11	91%	Buena
38	1		0		1		1		1		1		1		1		1		0		0		1		8	11	73%	Regular
39	1		1		0		1		1		1		1		1		1		0		1		1		9	11	82%	Regular
40	1		0		0		1		1		1		1		1		0		1		1		1		7	11	64%	Mala
41	1		1		1		1		1		1		1		1		0		1		1		0		9	11	82%	Regular
42	1		0		0		0		1		1		1		1		1		0		1		0		6	11	55%	Mala
43	1		0		1		0		1		1		1		1		0		0		1		1		7	11	64%	Mala
44	1		0		0		1		1		1		1		1		1		0		1		0		7	11	64%	Mala
45	1		1		1		1		1		1		1		1		1		0		1		1		10	11	91%	Buena
46	1		0		1		1		1		1		1		1		1		0		1		0		8	11	73%	Regular
47	1		0		1,5		1		1		1		1		1		1		1		1		1		10,5	11	95%	Buena
48	1		1		0		1		1		1		1		1		1		0		1		1		9	11	82%	Regular
49	1		0		1		1		1		1		1		1		1		0		1		1		9	11	82%	Regular
50	1		0		0		1		1		1		1		1		1		0		1		0		7	11	64%	Mala
51	1		0		1		1		1		1		1		1		1		1		1		0		9	11	82%	Regular
52	1		0		0		1		1		1		1		1		1		0		1		1		7	11	64%	Mala
53	1		0		0		1		1		1		1		1		1		1		1		1		9	11	82%	Regular
54	1		0		0		1		1		1		1		1		1		0		1		0		7	11	64%	Mala
55	1		0		0		1		1		1		1		1		1		1		1		1		9	11	82%	Regular
56	1		1		1		0		1		1		1		1		1		0		1		1		9	11	82%	Regular

57	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
58	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	7	11	64%	Mala
59	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
60	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	5	11	45%	Mala
61	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	11	73%	Regular
62	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	7	11	64%	Mala
63	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	9	11	82%	Regular
64	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	11	27%	Mala
65	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	11	82%	Regular
66	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	7	11	64%	Mala
67	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	7	11	64%	Mala
68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	11	100%	Buena
69	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	9	11	82%	Regular
70	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	11	73%	Regular
71	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	11	82%	Regular
72	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	6	11	55%	Mala
73	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Buena
74	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Buena
75	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	6	11	55%	Mala
76	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	7	11	64%	Mala
77	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
78	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7	11	64%	Mala
79	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	6	11	55%	Mala
80	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	7	11	64%	Mala
81	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Buena
82	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	7	11	64%	Mala
83	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	6	11	55%	Mala
84	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	6	11	55%	Mala
85	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	11	73%	Regular
86	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5	11	45%	Mala
87	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	7	11	64%	Mala
88	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	6	11	55%	Mala
89	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	7	11	64%	Mala
90	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	11	82%	Regular
91	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	8	11	73%	Regular
92	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	11	82%	Regular
93	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	8	11	73%	Regular
94	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	11	73%	Regular
95	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	7	11	64%	Mala
96	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	5	11	45%	Mala
97	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
98	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	6	11	55%	Mala
99	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Buena
100	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Buena
101	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	7	11	64%	Mala
102	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
103	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	11	100%	Buena
104	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	11	82%	Regular
105	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5	11	45%	Mala
106	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
107	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	11	82%	Regular
108	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	11	100%	Buena
109	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	11	82%	Regular
110	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
111	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	11	82%	Regular
112	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Mala
113	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	9	11	82%	Regular
114	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	8	11	73%	Regular
115	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	6	11	55%	Mala
116	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	11	82%	Regular
117	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Buena
118	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	7	11	64%	Regular
119	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	7	11	64%	Regular
120	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	6	11	55%	Mala
121	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	11	91%	Buena
122	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	7	11	64%	Regular
123	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	7	11	64%	Regular
124	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	6	11	55%	Mala
125	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	6	11	55%	Mala
126	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	7	11	64%	Mala
127	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
128	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	11	82%	Regular
129	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
130	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Buena
131	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
132	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	11	82%	Regular
133	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	11	73%	Regular
134	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	9	11	82%	Regular
135	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	9	11	82%	Regular
136	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
137	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	11	73%	Regular
138	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	9	11	82%	Regular

ANEXO 3. MATRIZ DE INDICADORES

ESTANDAR E INDICADOR DE ENTRADA: Insumos, equipos y medicamentos

1.- Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta el Centro de Salud para la atención del niño con patología.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	PERIODICIDAD
El centro de salud contará con el 100% de insumos y medicamentos esenciales para la atención de la niñez.	Porcentaje de insumos y medicamentos esenciales con los que cuenta el centro de salud para la atención de la niñez.	$\frac{\text{Número de insumos con los que cuenta el centro de salud, el día de la medición}}{\text{Total de insumos y medicamentos esenciales, seleccionados.}} \times 100$	Lista de chequeo para constatar la existencia de insumos y medicamentos esenciales	Número de insumos y medicamentos seleccionados	Observación directa	Mensual

Lista de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención ambulatoria a la niñez.			
Área de estadística	Área de preparación	Consultorio médico	Farmacia (stock mínimo)
Normas de atención a la niñez. 1. HCU form 028A, 2. HCU form 028 A1 3. HCU form 028 A2 4. HCU form 028 A3 5. HCU form 028 A4 6. HCU form 028B 7. HCU form 028C 8. HCU form 028D	1. Fonendoscopio 2. Tensiómetro con mango pediátrico. 3. Paidómetro, tallímetro o cinta métrica 4. Balanza pediátrica 5. Balanza de adulto 6. Campo para balanza pediátrica 7. Termómetro	1. Fonendoscopio 2. Recetario 3. Baja lenguas 4. Lavabo y jabón 5. Toalla 6. Equipo de diagnóstico 7. Cuadro de AIEPI 8. Mesa de examen 9. Sales de rehidratación	1. Acetaminofén jarb y tab 2. Ampicilina susp 3. Amoxicilina susp. 4. cotrimoxazol susp. 5. Eritromicina susp. 6. Gentamicina amp. 7. Jeringuilla 3cc, 5cc, 10cc 8. Lactato de Ringer o SS 0.9% 9. Albendazol susp o tab. 10. Penicilina G cristalina 1.000.000 UI 11. Sales de rehidratación.

ANEXO 4. MATRIZ DE INDICADORES

ESTANDAR E INDICADOR DE ENTRADA: Planta física para la atención de los niños/as y usuarios en general

2.- Porcentaje de la que la planta física que se encuentra en buenas condiciones para la atención del usuario.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	PERIODICIDAD
El centro de salud contará con una planta física en buenas condiciones en un 100%	Porcentaje de la planta física que se encuentra en buenas condiciones para la atención del usuario	$\frac{\text{Parámetros que valoran la planta física del centro de salud, el día de la medición}}{\text{Total de parámetros de valoración del estado de la planta física.}} \times 100$	Lista de chequeo para constatar el estado de la planta física del centro de salud	Parámetros de valoración del estado de la planta física del centro de salud.	Observación directa	Mensual

Lista de parámetros de valoración del estado de la planta física del centro de salud

Área de enfermería	Consultorios médicos	Área de espera de pacientes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponen de lavamanos 2. Se mantiene aceptablemente limpio durante la consulta diaria 3. Se dispone de luz adecuada durante el horario de toda que dura la atención. 4. Se dispone de una adecuada temperatura ambiental durante todo el año. 5. Su diseño asegura la debida privacidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponen de lavamanos 2. Se mantienen aceptablemente limpios durante la consulta diaria 3. Se dispone de luz adecuada durante el horario de toda que dura la atención. 4. Se dispone de una adecuada temperatura ambiental durante todo el año. 5. Su diseño asegura la debida privacidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispone de un ambiente lo suficientemente amplio para asegurar que en las horas de atención todo el público disponga de asientos. 2. Se mantiene aceptablemente limpia durante el horario de atención 3. Se dispone de luz adecuada durante todo el horario de atención 4. Dispone de la adecuada temperatura durante todo el año. 5. Dispone de baños en adecuado estado para el usuario. 6. Existe afiches y entrega de trípticos al usuario con información de prevención en salud 7. Existe una señalización adecuada que facilite la orientación del usuario en el centro de salud.

ANEXO 5. MATRIZ DE INDICADORES

ESTANDAR E INDICADOR DE PROCESO: Atención del menor de 5 años con patología respiratoria.

3.- Porcentaje de niños de 2 meses a 5 años que presentaron patología respiratoria a los que se le comunico al familiar o acompañante signos y síntomas de alarma y se les dio seguimiento al niño/a con neumonía a los 2 días.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
<p>En todas las atenciones de menores de 5 años con patología respiratoria se aplicara y registrara las siguientes actividades:</p> <p>1.- Comunicación y registro de los signos y síntomas de alarma al familiar o acompañante.</p> <p>2.- Registro del control a los 2 días al menor con neumonía.</p>	<p>Porcentaje de niños de 2 meses a 5 años que presentaron patología respiratoria a los que se le comunico al familiar o acompañante signos y síntomas de alarma y se les dio seguimiento al niño/a con neumonía a los 2 días.</p>	<p>Número de atenciones en de niños de 2 meses a 5 años que presentaron patología respiratoria a los que se comunicó al familiar signos y síntomas de alarma y se les dio seguimiento al niño/a con neumonía</p> <p>----- X 100</p> <p>Total de atenciones en el mismo mes</p>	<p>Historia clínica de menores de 5 años con patología respiratoria registrados en el formulario de AIEPI</p>	<p>Registro de atenciones a menores de 5 años con patología respiratoria. Parte diario.</p>	<p>Revisión de Historias clínicas</p>	<p>Se revisaran todas las historias clínicas de atenciones a menores de 5 años con patología respiratoria de las cuales se escogerán 30 H.C de forma aleatoria</p>	<p>Mensual</p>

ANEXO 6. MATRIZ DE INDICADORES

ESTANDAR E INDICADOR DE SALIDA: Signos de alarma

4.- Porcentaje de padres y/o acompañantes de niños/as menores de cinco años, que están enfermos/as y que reconocen al menos 5 de 8 signos de alarma.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	MUESTRA	PERIODICIDAD
<p>Todos los padres y/o acompañantes de niños/as menores de cinco años de edad, que estén enfermos/as. DEBERAN MENCIONAR AL MENOS 5 DE 8 SIGNOS DE ALARMA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No puede beber agua 2. Se ve decaído 3. No puede tomar el seno 4. Tiene dificultad para respirar 5. Tiene respiración agitada o ruidosa 6. Tiene deposiciones con sangre 7. Le falta agua en el cuerpo (deshidratado) 8. Tiene fiebre muy alta. 	<p>Porcentaje de padres y/o acompañantes de niños/as menores de cinco años de edad, que están enfermos/as y que reconocen al menos 5 de 8 signos de alarma, el día de la medición</p>	<p>Número de encuestas a padres y/o acompañantes de niños/as menores de cinco años de edad que están enfermos/as y que reconocen al menos 5 de 8 signos de alarma, el día de la medición</p> <p>----- X 100</p> <p>Total de encuestas aplicadas a madres y/o acompañantes de niños/as menores de cinco años de edad que están enfermos/as y que son atendidos/as en la consulta externa, durante el mismo día</p>	<p>Resultados de las encuestas de salida</p>	<p>Total de encuestas aplicadas</p>	<p>Encuestas de salida</p>	<p>20 Encuestas</p>	<p>Mensual</p>

ANEXO 7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

ESTANDAR E INDICADOR DE ENTRADA: Atención del menor de 5 años con patología.

1.- Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta el Centro de Salud para la atención del niño con patología.

Cotopaxi, Centro de Salud No 1 de Latacunga

Mes evaluado: _____ Fecha de medición: ____ / ____ / 2014

Responsable de la medición: _____

Instructivo:

1. Realice la medición de este indicador de forma mensual.
2. Registre el mes evaluado, la fecha de la medición, y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Realice la constatación física, en horas laborables del listado de insumos, medicamentos y equipos en horas laborables en las siguientes áreas del centro de salud: estadística, preparación, consultorio médico y farmacia.
4. Registre en el casillero del instrumento en sentido vertical signo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple con cada ítem del estándar. Ya que al existen 5 consultorios en el centro de salud realice la constatación física de acuerdo al número del consultorio y coloque en el casillero que le corresponde.

LISTA DE CHEQUEO	
Insumos, equipos y medicamentos.	Cumple
Área de estadística	
1	
Normas de atención a la niñez.	
1. HCU form 028A,	
2. HCU form 028 A1	
3. HCU form 028 A2	
4. HCU form 028 A3	
5. HCU form 028 A4	
6. HCU form 028B	
7. HCU form 028C	
8. HCU form 028D	
Área de preparación	
1	
1. Fonendoscopio	
2. Tensiómetro con mango pediátrico.	
3. Paidómetro, tallímetro o cinta métrica	
4. Balanza pediátrica	
5. Balanza de adulto	
6. Campo para balanza pediátrica	
7. Termómetro	

Insumos, equipos y medicamentos.	Cumple				
	1	2	3	4	5
Consultorio médico					
1. Fonendoscopio					
2. Recetario					
3. Baja lenguas					
4. Lavabo y jabón					
5. Toalla					
6. Equipo de diagnóstico					
7. Cuadro de AIEPI					
8. Mesa de examen					
9. Sales de rehidratación					
Farmacia (stock mínimo)	1				
1. Acetaminofén jarbe y tab					
2. Ampicilina susp					
3. Amoxicilina susp.					
4. Cotrimoxazol susp.					
5. Eritromicina susp.					
6. Gentamicina amp.					
7. Jeringuilla 3cc, 5cc, 10cc					
8. Lactato de Ringer o SS 0.9%					
9. Albendazol susp o tab.					
10. Penicilina G cristalina 1.000.000 UI					
11. Sales de rehidratación.					
¿Cuántos ítems del estándar cumple? / ¿Ítems del estándar que debe cumplir?					35
Porcentaje de cumplimiento del estándar					%

PROCESAMIENTO:

1. Sume en sentido vertical cuantos insumos, equipos y medicamentos del estándar cumplen (signo +) y registre el resultado en el casillero que corresponde a ¿cuántos ítems del estándar cumple?, tome en cuenta que en el caso de los consultorios médicos son 5 que se debe sumar el valor correspondiente, al promedio de dichos consultorios; por ejemplo existen 5 consultorios de medicina general, en los que deben cumplir c/u con 9 ítems, si todos cumplieran sería 45 ítems / 5 consultorios en total = 9 en promedio. Si en cambio el primer consultorio cumple 6 ítems, el segundo 4, el tercero 9, el cuarto 7 y el quinto 9,

sería: $6 + 4 + 9 + 7 + 9 = 35 / 5$ consultorios = 7 de promedio.

2. Divida el resultado del numerador del total de insumos, equipos y medicamentos que se encuentran presentes el día de la medición (¿cuántos ítems del estándar cumple?) para el denominador ¿Ítems del estándar que debe cumplir y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponde al Porcentaje de cumplimiento del estándar.

ANEXO 8. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

ESTANDAR E INDICADOR DE ENTRADA: Planta física para la atención de los niños/as y usuarios en general

2.- Porcentaje de la que la planta física que se encuentra en buenas condiciones para la atención del usuario.

Cotopaxi, Centro de Salud No 1 de Latacunga

Mes evaluado: _____ Fecha de medición: ____ / ____ / 2014

Responsable de la medición: _____

Instructivo:

1. Realice la medición de este indicador el día de la medición dos veces la primera en la mañana y la segunda en la tarde de forma mensual.
2. Registre el mes evaluado, la fecha de la medición, y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Realice la valoración de la planta física, en horas laborables en las siguientes áreas del centro de salud: enfermería, consultorio médico y área de espera de pacientes.
4. Registre en el casillero del instrumento en sentido vertical signo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple con cada ítem del estándar. Ya que al existir 5 consultorios en el centro de salud realice la valoración de la planta física de acuerdo al número del consultorio y coloque en el casillero que le corresponde.

LISTA DE CHEQUEO					
Valoración de la planta física	Cumple				
Área de enfermería	1				
1. Disponen de lavamanos					
2. Se mantiene aceptablemente limpio durante la consulta diaria					
3. Se dispone de luz adecuada durante el horario de toda que dura la atención.					
4. Se dispone de una adecuada temperatura ambiental durante todo el año.					
5. Su diseño asegura la debida privacidad.					
Consultorio médico	1	2	3	4	5
1. Disponen de lavamanos					
2. Se mantienen aceptablemente limpios durante la consulta diaria					
3. Se dispone de luz adecuada durante el horario de toda que dura la atención.					
4. dispone de una adecuada temperatura ambiental durante todo el año.					
5. Su diseño asegura la debida privacidad.					

Área de espera de pacientes	1
1. Dispone de un ambiente lo suficientemente amplio para asegurar que en las horas de atención todo el público disponga de asientos.	
2. Se mantiene aceptablemente limpia durante el horario de atención	
3. Se dispone de luz adecuada durante todo el horario de atención	
4. Dispone de la adecuada temperatura durante todo el año.	
5. Dispone de baños en adecuado estado para el usuario.	
6. Existe afiches y entrega de trípticos al usuario con información de prevención en salud	
7. Existe una señalización adecuada que facilite la orientación del usuario en el centro de salud.	
¿Cuántos ítems del estándar cumple? / ¿Ítems del estándar que debe cumplir?	16
Porcentaje de cumplimiento del estándar	%

PROCESAMIENTO:

1. Sume en sentido vertical cuantos parámetros del estándar se cumplen (signo +) y registre el resultado en el casillero que corresponde a ¿cuántos ítems del estándar cumple?, tome en cuenta que en el caso de los consultorios médicos son 5 que se debe sumar el valor correspondiente, al promedio de dichos consultorios; por ejemplo existen 5 consultorios de medicina general, en los que deben cumplir c/u con 5 ítems, si todos cumplieran sería 25 ítems / 5 consultorios en total = 5 en promedio. Si en cambio el primer consultorio cumple 4 ítems, el segundo 4, el tercero 3, el cuarto 2 y el quinto 5, sería: $4 + 4 + 3 + 2 + 5 = 18 / 5$ consultorios = 4 de promedio.

2. Divida el resultado del numerador del total de parámetros que se cumplen durante el día de la medición (¿cuántos ítems del estándar cumple?) para el denominador ¿Ítems del estándar que debe cumplir y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponde al Porcentaje de cumplimiento del estándar.

ANEXO 10. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS. (ESTANDAR E INDICADOR DE SALIDA)

4.- Porcentaje de padres y/o acompañantes de niños/as menores de cinco años, que están enfermos/as y que reconocen al menos 5 de 8 signos de alarma.

Cotopaxi, Centro de Salud No 1 de Latacunga

Mes evaluado: _____ Fecha de medición: ___/___/2014 Responsable de la medición: _____

Instructivo:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el mes evaluado, la fecha de la medición, y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Esta encuesta puede ser aplicada por el personal del centro de salud, previa capacitación en todos los aspectos relacionados.
4. La encuesta debe ser aplicada al finalizar la consulta médica ya antes que el usuario abandone el centro de salud, hasta completar 20 encuestas
5. El encuestador deberá realizar la siguiente pregunta ¿Conoce usted algún signo o síntoma de alarma por la cual acudir pronto a un centro de salud?
6. El encuestador no deberá mencionar los signos de alarma, será el usuario quien lo deberá hacer.
7. Deberá registrar con signo positivo (+) en el casillero de acuerdo al número de encuesta si la respuesta se relaciona con el signo o síntoma de alarma de lo contrario registrara con signo negativo (-).
8. Registro en la última columna signo positivo (+) si las respuestas han sido 5 o más y con signo negativo (-) si son menos de 5.

Pregunta ¿Conoce usted algún signo o síntoma de alarma por la cual acudir pronto a un centro de salud?									
No de encuesta	No puede beber agua	Se ve decaído	No puede tomar el seno	Tiene dificultad para respirar	Tiene respiración agitada o ruidosa	Tiene deposiciones con sangre	Le falta agua en el cuerpo (deshidratado)	Tiene fiebre muy alta	¿Menciona al menos 5 de 8 signos de alarma?
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

No de encuesta	No puede beber agua	Se ve decaído	No puede tomar el seno	Tiene dificultad para respirar	Tiene respiración agitada o ruidosa	Tiene deposiciones con sangre	Le falta agua en el cuerpo (deshidratado)	Tiene fiebre muy alta	¿Menciona al menos 5 de 8 signos de alarma?
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
TOTAL DE ITEMS DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR / TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS									20
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR									%

PROCESAMIENTO:

1. Sume en sentido vertical la última columna de cumplimiento los signos de alarma del estándar y registre en la misma columna el total de ítems de cumplimiento del estándar y divida este valor para el total de encuestas aplicadas (20) y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero que corresponda a porcentaje de cumplimiento del estándar.

ANEXO 11. CENTRO DE SALUD No 1 DE LATACUNGA



VISTA EXTERIOR



VISTA EXTERIOR

CENTRO DE SALUD No 1 DE LATACUNGA



VISTA INTERIOR



AREA DE VACUNACIÓN

CENTRO DE SALUD No 1 DE LATACUNGA



CONSULTORIO MÉDICO



CONSULTORIO MÉDICO

CENTRO DE SALUD No 1 DE LATACUNGA



CONSULTORIO MÉDICO



CONSULTORIO MÉDICO

CENTRO DE SALUD No 1 DE LATACUNGA



CONSULTORIO MÉDICO



AREA DE ESTADÍSTICA

CENTRO DE SALUD N° 1 DE LATACUNGA



AREA DE ESTADÍSTICA



LABORATORIO