

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ESPECIALIZACIÓN

EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

EN EL NIÑO MENOR DE UN AÑO EN LOS CENTROS DE SALUD

DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ARACELLY GONZÁLEZ C.

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA
OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS
CON ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA
MATERNO INFANTIL**

1997

ÍNDICE GENERAL

	<u>Página</u>
APROBACIÓN.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE CUADROS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
INTRODUCCIÓN GENERAL.....	xiii
RESUMEN.....	1
PRIMER CAPÍTULO - INTRODUCCIÓN	
1.1 Descripción del Área Problemática.....	4
1.2 Surgimiento del Estudio.....	6
1.3 Justificación del Estudio.....	8
1.4 Planteamiento del Problema.....	9
1.5 Hipótesis.....	9
1.5.1 Hipótesis general.....	9
1.5.2 Hipótesis específica.....	10
1.6 Variables del Estudio.....	10
1.7 Definición Operacional de las Variables.....	11

	<u>Página</u>
1.8 Definición Operacional de Términos.	12
1.9 Objetivos del Estudio.	13
SEGUNDO CAPÍTULO - REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
2.1 Aspectos Relevantes de la Calidad de Atención.	16
2.1.1 Definiciones.	17
2.1.2 Antecedentes.	18
2.1.3 Algunos factores que influyen en la calidad de atención. ...	21
a. Infraestructura administrativa.	21
b. Recursos humanos.	23
b.1 Factores fisiológicos.	23
b.2 Factores internos.	24
b.3 Factores externos.	25
b.4 Higiene y seguridad.	26
c. Infraestructura física.	27
2.2 La Evaluación de Calidad.	28
2.2.1 Definiciones.	28
2.2.2 Objetivos.	29
2.2.3 Fases de la evaluación.	30
2.2.4 Características de las áreas de evaluación.	32
2.2.5 Enfoques de la evaluación de calidad.	36

	<u>Página</u>
b. Actividades.	52
b.1 Promoción y educación.	52
b.2 Investigación.	53
b.3 Atención.	53
c. Normas de atención.	55
 TERCER CAPÍTULO - ASPECTOS METODOLÓGICOS	
3.1 Tipo de Estudio.	61
3.2 Universo del Estudio.	61
3.3 Procedimiento para la obtención de la muestra.	62
3.4 Instrumentos y Métodos para la Recolección de Datos.	63
3.5 Plan de Tabulación y Análisis.	68
3.5.1 Tabulación.	68
3.5.2 Análisis de los datos.	70
 CUARTO CAPÍTULO - RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Presentación y Análisis de los Resultados.	75
CONCLUSIONES.	132
RECOMENDACIONES.	135
BIBLIOGRAFÍA CITADA.	138
ANEXOS.	143

ÍNDICE DE CUADROS

No.	Título	Página
I	Índice de calidad de atención de enfermería en el control de Crecimiento y Desarrollo, de niños menores de un año, según Centros de Salud de la Región Metropolitana: Enero - junio de 1996.	75
II	Distribución de los usuarios de las Clínicas de Crecimiento y Desarrollo, según meses de edad. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	78
III	Distribución de los familiares de los usuarios del control de Crecimiento y Desarrollo, según grupos de edad. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	81
IV	Distribución de los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, según nivel de instrucción: Región Metropolitana. Enero-junio de 1996.	84
V	Distribución de los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo por instalación de salud utilizada, según corregimiento de procedencia. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	85
VI	Distribución de los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, por número de miembros en el hogar, según ingreso familiar mensual. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	87
VII	Distribución de los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, según ocupación. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	89
VIII	Distribución de los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, por experiencia de utilización del programa, según tiempo utilizado para llegar al Centro de Salud. Región Metropolitana : Enero-junio de 1996.	91

No.	Título	Página
IX	Distribución de los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, según medio de información y tema utilizado por la enfermera para orientarlo. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	93
X	Distribución de los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, según opinión que le merece la comodidad de la sala de espera de los Centros de Salud. Región Metropolitana. Enero-junio de 1996.	97
XI	Distribución de los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, según opinión que le merece la atención recibida en la Clínica. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	99
XII	Grado de satisfacción de los tutores por la atención y orientación de enfermería recibida en el control de crecimiento y desarrollo, según Centro de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	102
XIII	Relación entre la calidad de atención y el grado de satisfacción del usuario (tutor), según Centros de Salud. Región Metropolitana : Enero-junio de 1996.	104
XIV	Calidad de atención según grado de satisfacción del usuario (tutor), de los Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	105
XV	Relación entre la calidad de atención y la organización de los servicios, según Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	107
XVI	Calidad de atención según la organización de los servicios en los Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	108
XVII	Relación entre la calidad de atención y los recursos humanos, según Centro de Salud. Región Metropolitana : Enero-junio de 1996.	111

No.	Título	Página
XVIII	Calidad de atención, según recursos humanos, en los Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	112
XIX	Relación entre la calidad de atención y la infraestructura física, según Centro de Salud. Región Metropolitana : Enero-junio de 1996.	114
XX	Calidad de atención según infraestructura en los Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	115
XXI	Relación entre la calidad de atención y las características de estructura, según Centro de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	117
XXII	Calidad de atención, según características de estructura, en los Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	118
XXIII	Relación entre la calidad de atención y los elementos de atención de enfermería, según Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	120
XXIV	Calidad de atención, según los elementos de atención en enfermería, en los Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	121
XXV	Relación entre la calidad de atención y las relaciones interpersonales, según Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	123
XXVI	Calidad de atención, según relaciones interpersonales en los Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996	124
XXVII	Relación entre la calidad de atención y los mecanismos de seguimiento, según Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	126
XXVIII	Calidad de atención, según los mecanismos de seguimiento en los Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	127

No.	Título	Página
XXIX	Relación entre la calidad de atención y los indicadores del proceso de atención, según Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	129
XXX	Calidad de atención, según indicadores del proceso en los Centros de Salud. Región Metropolitana: Enero-junio de 1996.	130

ÍNDICE DE FIGURAS

No.	Título	Página
1	Fases de la evaluación.	31
2	Aspectos evaluados según criterios seleccionados del Programa Infantil en los Centros de Salud de la Región Metropolitana.	35
3	Distribución de los Centros de Salud de la Región Metropolitana según calidad de atención, en el control de Crecimiento y desarrollo del niño menor de un año. Enero-junio de 1996.	77
4	Usuarios de la clínica de Crecimiento y Desarrollo, según meses de edad. Región Metropolitana.	80
5	Distribución de los familiares de los usuarios de la clínicas de crecimiento y desarrollo, según grupo de edades. Área Metropolitana.	83
6	Distribución de los familiares de los usuarios de la clínica de Crecimiento y Desarrollo, según medio de información utilizado por la enfermera. Región Metropolitana.	95
7	Distribución de los familiares de los usuarios de la clínica de Crecimiento y Desarrollo, según tema de orientación. Región Metropolitana.	96
8	Distribución de los familiares de los usuarios de la clínica, según opinión que le merece la atención recibida. Región Metropolitana.	101

INTRODUCCIÓN GENERAL

Ante los retos que nos impone el mundo cambiante de hoy, se hace necesario optimizar la atención que se brinda a los niños, mediante la evaluación de los programas, de manera que esta atención sea eficiente y de calidad. La Declaración de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas proporciona las pautas para el ejercicio de la Enfermería Pediátrica, de forma que se asegure a cada niño una atención óptima que le permita lograr el máximo bienestar físico y emocional.

La calidad de atención o servicio que se presta en una organización de salud puede verse afectada por diversos factores, lo cual hace necesario que los administradores ejerzan un control eficaz sobre las características administrativas, recursos humanos y físicos y el proceso de atención, de manera tal que se mantenga el equilibrio entre éstos, sin que se desmejore la atención.

Con base en las premisas antes citadas el trabajo que a continuación presentamos tiene como objetivo valorar la calidad de atención recibida por los lactantes menores que acuden al control de crecimiento y desarrollo realizado por la enfermera del Programa Integral de la Niñez en los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

El trabajo se ha dividido en cuatro capítulos; en el primero, se presentan las generalidades de la investigación realizada, a saber: la descripción del área de estudio, el surgimiento, la justificación, el planteamiento del problema, las hipótesis, variables del estudio y los objetivos que se pretenden lograr.

En el segundo capítulo, se desarrolla la revisión bibliográfica en torno a los conceptos más recientes sobre la calidad de atención, definiciones, antecedentes, y factores que pueden influir en ella. También se presentan conceptos sobre evaluación, sus características y enfoques; igualmente, se destacan aspectos más relevantes sobre los lactantes menores, sus características, y las normas de atención infantil ambulatoria.

En el tercer capítulo, se detalla en forma clara y sencilla el tipo de estudio, el universo, y cómo se escogió la muestra. Además, se explica cada una de las actividades realizadas para recolectar la información, los instrumentos, la tabulación de los datos y las pruebas estadísticas para el análisis de la información.

Los resultados y los análisis significativos son presentados en el cuarto capítulo a través de cuadros y gráficas.

Finalizamos con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos que complementan el contenido del trabajo.

Esperamos que el estudio permita conocer la situación en relación con la calidad de atención brindada en el Programa de Salud Integral de la Niñez, así

como también dé lugar a modificaciones del mismo, que conlleven a optimizar la atención brindada a la población beneficiada.

RESUMEN

Esta investigación estudia la relación entre características estructurales (organización de los servicios, recursos humanos e infraestructura física) y de proceso (atención directa, relaciones interpersonales y mecanismos de seguimiento), con los resultados de la atención brindada por la enfermera en el Control de Crecimiento y Desarrollo del niño medido a través de un índice de calidad y la satisfacción de los usuarios. Se efectuó en 14 Centros de Salud de la Región Metropolitana de Salud de Panamá, las unidades de análisis fueron las clínicas de crecimiento y desarrollo atendidas por enfermeras. La muestra comprendió 140 niños menores de un año, en el período de enero a junio de 1996.

En el análisis se emplearon diferentes modelos lineales y chi cuadrado, se elaboró un índice de calidad con el cual se relacionaron los promedios de las diferentes variables. El análisis de las variables de estructura, proceso y los resultados reveló una relación directa entre ellas; estas asociaciones fueron estadísticamente significativas.

El grado de satisfacción de los padres de los usuarios respecto a la atención fue bueno, algunos factores que incidieron en ello fueron: el tiempo de espera, inadecuación del horario de atención y cierta insatisfacción por el poco tiempo dedicado a la atención del niño.

Se estableció que la correlación entre las variables de estructura y la calidad fue directa, positiva y altamente significativa. Igualmente, se demostró que entre los indicadores de proceso y la calidad de atención existe una intensa relación. En cuanto a la calidad de atención, los resultados demostraron que en un 21.4% (3) de los centros es excelente, en un 42.85% (5) es buena y en 35.7% (6) es regular.

Estos hallazgos son útiles para apoyar decisiones administrativas que contemplen asignar más recursos humanos, mejorar la organización, la infraestructura física y el proceso de atención de manera que se garantice una calidad de atención óptima.

SUMMARY

The present research deal with the relation between structural characteristics (organization of services, human resources, physical structure) and the process involved (direct attention, interpersonal relations, and follow-up) in regard to the results of nursing care during the control growing and development of a child, measured by an index of quality and the satisfaction of parents.

The research was carried out in 14 Health Centers of the Metropolitan Health Region of Panama, the analysis units were the Clinics of Growing and Development attended by nurses. The field of study comprised 140 children under one year of age, during the period january - june, 1996. In the analysis, different lineal models and chi square were used, an index of quality was prepared, as a point of relation with the averages of the different variables. The analysis of the variables relating to structure and process and the results revealed a direct relation; these associations were statistically significant. The degree of satisfaction of parents regarding the attention of their children was good ; some of the pertinent factors were the time of waiting, inadequacy of the time schedule and some lack of satisfaction with the time dedicated to the attention of each child. It was established that the correlation between the variables of structure and quality was direct, positive, and highly significant. It was also demonstrated that there is an intense relation between the process factors and the quality of attention.

Regarding the quality of attention, the results showed that in 21.4% (3) of the Health Centers, it is excellent ; in 42.9% (5) it is good ; and in 35.7% (6), it is regular. These findings are useful in the justification of administrative decisions concernig the assignation of more human resources (nurses), and the improvement of the organization, the physical structure and the attention process in order to guarantee and optimun quality of attention of infants.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

I.I Descripción del Área Problemática

Con la modernización de los servicios de salud del país, se hace necesario evaluar la calidad de atención brindada a los clientes de los diferentes programas, para así ampliar los límites de la eficiencia y eficacia de los servicios y establecer en qué medida se alcanzan los objetivos previamente establecidos.

Wong (1995), indica que la enfermería pediátrica tiene como objetivo fomentar el máximo estado de salud posible en cada niño por lo cual es importante garantizar la calidad de los cuidados que se brindan mediante la evaluación de los diferentes componentes del programa de atención infantil. Así, por ejemplo, la evaluación de la atención a infantes y niños en el primer nivel permite verificar el cumplimiento de normas y estándares e indirectamente reducir la incidencia y severidad de las patologías que los afectan.

Se debe tener presente que la atención de salud tiene tres componentes básicos: el aspecto técnico, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en el que se lleva a cabo. La evaluación de los tres componentes permite estimar la calidad de atención que se brinda.

Mendel (1994) destaca que existen diferentes enfoques para determinar la calidad de atención. La principal base de la evaluación puede ser la utilización de uno o varios métodos, ejm., el de análisis de prerequisites para una buena atención, índices destinados a medir elementos de funcionamiento, índices para medir el efecto de la asistencia por los resultados obtenidos, y, evaluaciones clínicas cuantitativas.

En vista de que los enfoques y métodos para evaluar la calidad son variados, debe existir un balance que permita el análisis de sus interacciones; su estructura, el proceso y los resultados.

García (1994) indica que la estructura consiste en los atributos materiales y de organización relativamente estables de las unidades donde se presta el servicio y su evaluación implica determinar si las mismas cumplen con los requisitos o estándares mínimos de una buena atención.

El proceso por su parte, incluye las actividades y procedimientos realizados por el prestador de servicios así como su habilidad en desarrollarlos y la contribución de los usuarios al seguir sus indicaciones. En suma, es la combinación de técnicas y relaciones interpersonales que ocurren durante la atención.

Los resultados se refieren a los efectos directos e indirectos del servicio. Aquí pueden considerarse dos indicadores los que tienen relación con las actividades propias del servicio y que ocurren en la población usuaria (ejm., satisfacción del cliente) y los de impacto, que no son atribuibles totalmente al

programa y se observan en la población objeto de los servicios (cambios en la salud materno infantil o en tasas de fecundidad, entre otras).

Nuestro país tiene una población eminentemente joven: un 33.36% de la población es menor de 15 años y el grupo de menores de un año asciende a 6.91% y las estadísticas entre enero a septiembre de 1995 indican que la cobertura del Programa de Crecimiento y Desarrollo en menores de un año fue de 78%; por ello, consideramos pertinente realizar un estudio que permitiera valorar los mecanismos por los cuales la estructura y las actividades que desarrolla la enfermera influyen sobre los resultados de la atención, incluyendo las evaluaciones de calidad.

Este aporte científico aspira a realizar un análisis de los factores que inciden tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo del programa; con el único deseo de que sea de utilidad y ayuda al desenvolvimiento de las profesionales de la enfermería para obtener resultados más satisfactorios.

1.2 Surgimiento del Estudio

La salud infantil a nivel mundial se ha constituido desde hace varias décadas en un aspecto prioritario, motivando la unión del equipo de salud en la búsqueda de estrategias que contribuyan a las mejores condiciones físicas y mentales del niño.

Es así como los controles de salud del niño adquieren mayor importancia cada día, ya que a través de ellos se detectan y corrigen oportunamente desviaciones de la salud que puedan alterar el crecimiento y desarrollo del niño.

El derecho que todo niño tiene a la salud está enmarcado en el objetivo 31 indicado por la O.M.S. en su documento Salud Para Todos en el Año 2,000 que dice:

“...para el año 1990 todos los ministerios deben haber puesto en marcha mecanismos que aseguren la calidad de los cuidados médicos dentro del sistema de salud”.

De allí nace la inquietud de realizar un estudio que permita determinar la relación que existe entre factores estructurales y del proceso en la calidad de atención brindada a los niños menores de un año en los controles de salud realizados por las enfermeras.

Este grupo, por sus características de crecimiento y desarrollo, necesita de cuidados fundamentales para la conservación de la salud, los cuales han de ser enseñados a la madre en las citas de control que, para los lactantes menores, tiene una concentración de seis controles, tres de los cuales son realizados por los profesionales de enfermería.

1.3 Justificación del Estudio

A pesar de que la calidad de atención ha sido un aspecto que causa gran preocupación en los diversos niveles de salud, no existen programas de aplicación general y permanentes que la garanticen.

García (Op. cit.) nos dice que el concepto de calidad de los servicios se ha derivado, primero, de la industria; luego, su aplicación se ha adecuado a diversos programas de atención de salud, y por diversas razones, ha tenido gran aceptación en diferentes sectores de la sociedad.

Pensamos que la incorporación de un sistema de garantía de calidad en los servicios de salud permitirá mejorar la efectividad de los mismos. Luego de años de observación, en que se brindó atención de enfermería y de Docencia en el Programa de Crecimiento y Desarrollo surge la inquietud de realizar un diagnóstico del proceso de atención brindada por la enfermera en este programa a los niños menores de un año. En dicho diagnóstico se analizará la relación entre la estructura, el proceso y los resultados obtenidos, con base en la observación de los factores administrativos y de organización de las actividades realizadas para identificar aquellos que pueden estar influyendo negativamente en la prestación del servicio, a fin de elaborar algunas alternativas que contribuyan a una mayor calidad y eficiencia en la atención de la población infantil.

1.4 Planteamiento del Problema

Con base en los antecedentes y justificación del estudio, nos formulamos la siguiente interrogante:

¿Existirá alguna relación entre la estructura, el proceso y los resultados en cuanto a la calidad de atención de enfermería brindada en el control del crecimiento y desarrollo del niño en los centros de salud de la región metropolitana?

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis generales

Las hipótesis del estudio serán:

Hipótesis alternativa o Ha

“Existe una relación directa y significativa entre las variables de estructura y la calidad de atención brindada al niño menor de un año”

“Existe una relación directa y significativa entre las variables de proceso de atención y la calidad de atención brindada al niño menor de un año”.

Hipótesis Nula o Ho

“No existe relación entre las variables de estructura y la calidad de atención brindada al niño menor de un año”.

“No existe relación entre las variables de proceso de atención y la calidad de atención brindada al niño menor de un año”.

1.5.2 Hipótesis específicas

“Existe asociación directa entre la calidad de atención y el grado de satisfacción del usuario.”

“Existe asociación directa entre la calidad de atención y la organización de los servicios.”

“Existe asociación directa entre la calidad de atención y los recursos humanos.”

“Existe asociación directa entre la calidad de atención y la infraestructura física.”

“Existe asociación directa entre la calidad de atención y los elementos de atención de enfermería.”

“Existe asociación directa entre la calidad de atención y las relaciones interpersonales.”

“Existe asociación directa entre la calidad de atención y los mecanismos de seguimiento.”

1.6 Variables del Estudio

Variable independiente cualitativa - categórica.

Estructura administrativa	-Organización de los servicios -Recurso humano disponible -infraestructura física
Proceso de atención	- Elementos de Atención - Relaciones Interpersonales - Seguimiento

Grado de satisfacción de los tutores

Variable dependiente cualitativa

Calidad de atención

Intervinientes

Escolaridad de los tutores

Accesibilidad

1.7 Definición operacional de las variables

Estructura

“Conjunto de características del servicio que provee la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su disposición, y el marco físico en el que se desenvuelven”.

Su evaluación implica determinar si los mismos cumplen con las normas o estándares.

Proceso

“Actividades y procedimientos realizados por el prestador de los servicios, (enfermeras) según normas del programa infantil”.

Su evaluación consiste en determinar si las mismas se aplican, cumpliendo con los estándares y asegurando una buena atención

Calidad de atención

“Conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención de Enfermería brindada a los lactantes menores.”

Su evaluación es el resultado de computar la aplicación de normas y el debido registro de las actividades que se realizan en el control de crecimiento y desarrollo.

Grado de satisfacción de los tutores

“Manifestación de aprobación de parte de los padres o tutores sobre los servicios y la atención recibida por los lactantes menores”.

Escolaridad de la madre o tutor

“Si recibió enseñanza escolar, considerando el último nivel aprobado así: primaria completa o incompleta; secundaria completa o incompleta; universitaria completa o incompleta.”

Accesibilidad

“Tiempo en horas transcurridas entre la salida del hogar y llegada a la institución de salud, según lo manifiesta el tutor.”

1.8 Definición Operacional de Términos

- **Evaluación de calidad**: Representa en el estudio la forma de medir y dar seguimiento a lo realizado en el programa infantil, considerando el

cumplimiento de algunos criterios de la norma y algunos factores condicionantes que pudieran afectar la atención que se brinda.

- **Ingreso mensual** : Se considera la remuneración que recibe la familia, expresado en balboas, según lo manifestado en la entrevista.
- **Lactante menor** : Grupo etéreo que comprende a los niños entre un mes a doce meses.
- **Mecanismo de seguimiento** : Sistema establecido por el programa infantil para promover la continuidad de la asistencia por parte de los usuarios a los controles.
- **Organización de los servicios** : Condiciones de oferta y adecuación de los servicios a los valores y necesidades de atención de la población infantil y su familia.
- **Proveedor de los servicios** : Se refiere a la enfermera que brinda cuidados a los lactantes menores en el programa infantil.
- **Relaciones interpersonales** : Grado de confidencialidad y contenido afectivo que se establece en la interacción enfermera-cliente o tutor.
- **Tutor**: Madre, padre y otro familiar que lleva a los lactantes al control de salud.
- **Usuario**: Todo niño cuya edad oscila entre un mes a 12 meses y asiste a los controles de salud del programa infantil.

1.9 Objetivos del Estudio

Objetivo General

Analizar la relación entre las características de estructura, proceso, resultados y la calidad de atención ofrecida a los lactantes menores en centros de salud.

Objetivos Específicos

- Identificar algunos factores generales y administrativos que influyen en la calidad de atención brindada a los lactantes menores atendidos en los Centros de Salud.
- Describir el grado de satisfacción de los tutores de los niños en relación a la atención recibida.
- Evaluar la aplicación de normas del programa infantil.
- Determinar el grado de la relación existente entre las variables de estructura y la calidad de atención de enfermería.
- Identificar la relación entre las variables de proceso y la calidad de atención.

CAPÍTULO II
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Aspectos Relevantes de la Calidad de Atención

Dentro del contexto de salud consideramos prioritario asegurar la calidad de la atención que se brinda a la población materno infantil, en especial a los lactantes (grupo etáreo comprendido entre un mes y 12 meses de vida).

La atención que se brinda puede estar influida por diferentes factores administrativos, humanos y físicos los cuales pueden tener incidencia positiva o negativa.

En virtud de la complejidad para ofrecer los cuidados y de los posibles factores a los que puede estar expuesta esta población, es de vital importancia evaluar la calidad de los cuidados que se le brinda.

En los servicios de enfermería, la evaluación de la calidad brindada debe ser permanente y dinámica para que en forma continua se realicen análisis de los planes y elaboración de los métodos que determinen qué tan efectiva es la intervención asistencial planificada al enfrentarse a las necesidades del paciente.

2.1.1 Definiciones

Calidad de atención es un término que se ha utilizado ampliamente en el campo de la salud, a menudo con múltiples significados. Esto conlleva a que algunas personas consideren como buena calidad de atención, mientras que para otras no.

A continuación, se presentan algunas definiciones de calidad expresadas por autores que han estudiado al respecto.

Avedis Donabedian (1980) define "la calidad de la atención como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar; después de haber uno tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes.

Paganini (1995) indica que "calidad de atención es el grado en que los servicios de salud, para individuos y poblaciones, aumenta las posibilidades de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional prevalente."

Kron (1989) nos define la calidad de cuidado o garantía de calidad como "Dar asistencia a todas las personas en un nivel óptimo de excelencia y esfuerzo persistente para obtener un continuo mejoramiento. Se enfoca más en lo que debía hacerse, que en lo que se hace."

Muy atinadamente Arndt y Huckabay (1992) define calidad como “una situación en la que se brinda una atención segura y se satisfacen las necesidades o se resuelven los problemas físicos, sociales y psicológicos del paciente.”

Jaques Horovitz (1991) nos dice que “la calidad es el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave.”

Los autores antes mencionados nos permiten colegir que la calidad de atención requiere un proceso en el cual intervienen diversos elementos, a saber: el que presta el servicio, el ambiente físico, el equipo y material, las relaciones con el cliente, que, debidamente organizados en los servicios de salud son destinados a alcanzar eficiencia y equidad en la atención.

2.1.2 Antecedentes

En 1900, la Asociación Médica Americana, comienza a llevar programas de educación médica. La Asociación de Enfermeras comienza también a desarrollar modelos.

Durante 1910, el Dr. Abraham Flexner, quien es uno de los primeros en determinar la calidad de los cuidados, publicó su famoso informe sobre la calidad de las escuelas de medicina en Estados Unidos.

En 1913, el Colegio Americano de Cirujanos, llegó a ser una organización acreditada, que formulaba normas para la práctica y preparación de médicos.

Entre los años 1940 a 1950, el público desarrolla interés en la organización, planeamiento y evaluación de los servicios de salud. En 1952, la Joint Commission of Accreditation of Hospitals desarrolló métodos de auditoría para determinar la calidad de los cuidados.

En octubre de 1972, el 92° congreso estadounidense publicó una ley que enmienda a la Social Security, dicha enmienda imponía el establecimiento de normas profesionales (Professional Standards Review Organization), creada para revisar la calidad y el costo de la atención recibida por los clientes de Medicare, Medicaid y los programas de salud materno infantil.

A partir de 1976, la American Nurses Association ha formulado lineamientos para las normas de la práctica de enfermería; igualmente la American Hospital Association y la Joint Health Care Organization realizaron una revisión retrospectiva de los cuidados; desarrollando las instituciones, criterios y procesos para medir la calidad de los cuidados.

José Nuñez García (Op. cit.) indica que Donabedian y otros autores desarrollaron un marco conceptual de calidad para los servicios de salud en general considerando el concepto industrial de calidad.

Para Donabedian (Op. cit.) la calidad es una propiedad o un juicio sobre alguna unidad definible de la atención, la cual divide en dos partes: técnica e interpersonal.

La parte técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud; la

parte interpersonal incluye la interacción social y psicológica entre el cliente y el que brinda los cuidados.

Donabedian (Op. cit.) indica que puede haber un tercer elemento de la atención, el cual llama “amenidades” y que consiste en los aspectos más íntimos de los lugares en que se presta la atención y que se consideran principalmente como parte o contribuciones al manejo de las relaciones interpersonales.

Resalta este autor que el manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidas que gobiernan la interacción de los individuos en general.

La Organización Panamericana de la Salud, en 1988, realizó un taller sobre hospitales en el cual se hizo evidente la necesidad de valorizar el concepto de calidad.

Igualmente, esta misma organización, en 1991, desarrolló un seminario regional donde se discutieron enfoques y estrategias sobre la calidad de atención.

En los últimos diez años, se han desarrollado estrategias que incluyen diferentes enfoques para evaluar la calidad y asegurar que los hallazgos de las evaluaciones realmente mejoraron los servicios proporcionados.

2.1.3 Algunos factores que influyen en la calidad de atención

La calidad de atención brindada en cualquier institución puede verse afectada por la influencia de diversos factores, presentes en el medio ambiente en donde se brindan los servicios de salud. Estos factores son los siguientes:

a) Infraestructura administrativa

El nivel administrativo está ocupado por los funcionarios administrativos y ejecutivos que coordinan y controlan las funciones de servicio de la institución de atención de salud. En este nivel se toman las decisiones relativas a la distribución del espacio.

Las responsabilidades de las personas que ocupan estos puestos incluyen la evaluación de las necesidades relacionadas con el medio físico para lograr la satisfacción del personal, buscando un equilibrio entre las distintas funciones de la institución.

A medida que el sistema de una institución de salud se esfuerza por proporcionar una buena atención, el personal de enfermería participa y colabora con otras personas de esta misma área de salud, para desarrollar criterios en cuanto a los resultados del cuidado de los pacientes y controlar el programa general para garantizar la buena asistencia.

La organización presente en toda administración debe tener en cuenta, de acuerdo con DIVicenti, (1984) :

- Establecer los métodos para adquirir los recursos necesarios (materiales y humanos) ;
- Fijar los aspectos estructurales de la organización para indicar las actividades que se desarrollarán y las líneas de responsabilidad y autoridad;
- Establecer un plan global de la organización representado en un organigrama que indique en qué lugar se encuentran las funciones de autoridad y refleje el conjunto de personas que labora en la institución de salud y que ejerce la responsabilidad legal para su funcionamiento adecuado.

Al personal del departamento le resulta útil verificar las relaciones formales que tienen con los demás, a fin de determinar si las funciones de los servicios de enfermería se han definido y distribuido de la manera más eficaz y eficiente.

También a la organización le corresponde:

- Crear un horario para señalar los detalles de las actividades.
- Diseñar un plan cronológico para el logro de determinadas metas.

Todo esto debe agruparse en un sistema de operación para proporcionar los servicios de enfermería, integrando los recursos y el departamento para el buen funcionamiento.

b) Recursos humanos:

El funcionamiento y producción de toda empresa depende en su mayor parte de la calidad de su organización humana, su coordinación, su competencia técnica y su eficaz interacción.

El recurso humano es uno de los elementos más importantes dentro de la organización, todo lo que le afecte, ya sea físico, emocional o personal, repercutirá en gran manera en el logro de los objetivos planeados y en la calidad de atención que se brinda.

A continuación se describen algunos factores que inciden en los recursos humanos:

b.1 Factores fisiológicos:

La fatiga es un signo fisiológico de inadaptación; en la fatiga, el sujeto traduce su actitud global ante el trabajo, actuando con el principio de la contrarreacción, la cual ejerce un efecto moderador del esfuerzo e incluye en este impulso los factores más diversos, muchísimas veces muy alejados en su origen del propio trabajo.

Ramón de Lucas Ortueta nos dice:

"La fatiga se considera como una disminución del poder funcional de los órganos, producida por el exceso de trabajo y que va acompañada por una sensación de malestar".

Vencer la fatiga es, por tanto, el primer objetivo orientado a conseguir un buen rendimiento y afecta tanto al trabajo manual como al intelectual. La ilusión del hombre por el automatismo, con todas las preocupaciones sociales que encierra, persiste en su anhelo de liberarse del trabajo agotador e incrementar la riqueza colectiva.

Algunos factores que pueden incidir en la fatiga, según los sociólogos del trabajo, son :

- Mala orientación o selección del trabajo, debido a que hay fatiga física y moral cuando la persona no es apta o le falta interés por su trabajo.
- Ausencia de estímulo, éste, además de económico, puede tratarse de espíritu de competencia o deseo de hacer una obra perfecta.
- Preocupaciones del trabajador, tanto de índole familiar como político-social, que le obliguen a distraer continuamente su atención.

b.2 Factores internos:

Estos se refieren a causas físicas, siendo los más importantes la salud, aptitud, alimentación y reposo. La mala alimentación y la falta de higiene del empleado se traducen no sólo en la reducción de rendimiento, que perjudica al empresario, sino también en la pérdida de la riqueza por la disminución de horas útiles de trabajo.

b.3 Factores externos:

Entre éstos se destacan:

- Régimen de trabajo, el cual debe incluir descansos para evitar la fatiga.
- Duración de la jornada, considerando la tendencia actual de reducir el período pero manteniendo un ritmo rápido durante la misma, ya que mediante el mayor descanso también debe ser más fácil alcanzar un mayor rendimiento que justifique salarios más altos. Las jornadas más cortas permiten al empleado disponer de más tiempo para su vida privada y le dan la posibilidad para la formación y desarrollo de su personalidad.
- Ambiente agradable, que incluye una adecuada temperatura (la mejor de 13° a 14°C) para sentir estímulo hacia el movimiento y para realizar trabajos de precisión, libre de tensiones. Igualmente, un adecuado alumbrado ayuda al empleado a mejorar la calidad del trabajo que realiza. Cuando existe luz artificial, deben considerarse los siguientes aspectos:
 - Que el empleado pueda hacer su trabajo durante todo el día, sin aumentar ni disminuir su visibilidad.
 - Que no tenga que variar su posición para observar lo que realiza.
 - Ausencia de zonas de sombras, que fatigan el iris.
- Colores apropiados para ambientar, señalar y decorar. En general, el verde comunica alegría, es sedante y resulta agradable. Los colores del amarillo al rojo son excitantes. Los neutros, grises, azulados no originan

reacción; reflejan mal la luz y no inducen al aseo. La luz natural se debe completar con colores más amarillos en salas orientadas al norte y más azuladas en las dispuestas al mediodía. Los pasillos y rutas de tráfico se deben marcar con claridad.

- Ruidos y vibraciones son una influencia muy nociva en la fatiga y el sistema nervioso. Su disminución incide en el mayor rendimiento de los empleados.
- La música tiene un valor estimulante en los lugares de trabajo y los momentos más convenientes son a media mañana y a media tarde. La reproducción debe resultar clara y de buena calidad, pues, de lo contrario, la música se transforma en ruido que fatiga.

b.4 Higiene y seguridad:

Las funciones de higiene y seguridad en toda organización deben tener primordial importancia. En la medida en que se realice una vigilancia continua de las condiciones ambientales, iluminación, temperatura y humedad del área de trabajo se evitarán las enfermedades producidas por los ruidos, vibraciones o malas condiciones de trabajo. Además, el trabajador se desempeñará dentro de un ambiente laboral seguro y se incentivará un mayor rendimiento en su trabajo.

La seguridad deberá considerar al hombre no sólo como sujeto susceptible de accidentes, sino en toda su complejidad como hombre, en sus

relaciones sociales de trabajo. Un ambiente que se caracterice por relaciones cordiales, serias y respetuosas entre todos, contribuye a una mayor seguridad

La mala política de salarios, horarios o condiciones de trabajo inadecuados, y la falta de una política de ascensos hace que aumente el número de accidentes y disminuya la productividad.

Una buena política de relaciones humanas y el respeto a la dignidad del trabajador promueven la seguridad. Cuando la dirección se preocupa por el personal, éste se siente más seguro, sereno y con menos riesgo de accidentes.

c) Infraestructura física:

La institución de atención de salud, que incluye la arquitectura, está constituida por grupos de personas e instalaciones que se pueden describir mejor en función de una organización operativa, es decir, como subsistemas de un sistema de atención de salud.

El ambiente físico, nos afirman Arndt/Huckabay (Op. cit.), tiene efecto en el personal y los clientes-pacientes, por cuanto la estructura física constituye el receptáculo o marco físico de las actividades de atención de los clientes. Por ello, es necesario examinar minuciosamente la disposición física de las actividades, así como los recursos materiales y humanos, para determinar la eficacia del medio ambiente.

Las autoras citadas consideran que el ambiente físico debe satisfacer los criterios relacionados con la función que se espera de la instalación de atención

de la salud, y las formas requeridas para evaluar su desempeño y el de las operaciones que comprenden.

2.2 La Evaluación de la Calidad

Toda organización dirige sus esfuerzos hacia el alcance de los objetivos y las metas que previamente se han establecido, apoyándose en la administración, considerada como actividad universal y fundamental para el éxito de las organizaciones.

La evaluación, como uno de los cuatro elementos esenciales de la administración, se encarga de asegurar la ejecución esperada de los proyectos.

La evaluación debe ser permanente y dinámica para que, de manera continua, se analicen los planes y se elaboren los métodos más satisfactorios para la organización del trabajo.

2.2.1 Definiciones

Según Vargas Fuentes (1990), la evaluación constituye una parte esencial del proceso de planificación, que tiene como objetivo medir, controlar y dar seguimiento a los resultados obtenidos con las actividades desarrolladas en un período definido.

En tanto que Kron (Op. cit.) nos dice que la evaluación es un método para determinar el valor que tiene algún elemento o cosa en el logro de los objetivos y metas preestablecidas, Marriner (1993) sostiene que la evaluación

consiste en una serie de actividades ideadas para determinar el valor de los programas o de sus elementos.

Los autores antes citados coinciden en que la evaluación es un proceso dinámico y continuo que facilita la medición de lo planeado en relación con los resultados, comparándolos con los objetivos y metas establecidas en el programa u organización.

2.2.2 Objetivos

La evaluación tiene como objetivos :

- Respalda la buena práctica de la atención de salud mediante la identificación de sus elementos eficaces y eficientes.
- Indicar las áreas que deben ser mejoradas.
- Brindar al personal de salud enseñanza constante acerca de su propia práctica.

La evaluación será efectiva en la medida en que el evaluador sea imparcial y objetivo y, además, tenga conocimientos sobre el programa, sus antecedentes y circunstancias, ya que dichos conocimientos le facilitarán su labor.

En los últimos diez años, se han desarrollado estrategias que incluyen diferentes enfoques para evaluar la calidad, para asegurar que los hallazgos de las evaluaciones realmente contribuirán a mejorar los servicios proporcionados.

2.2.3 Fases de la evaluación

El análisis y control de la calidad de la atención constituye un elemento clave porque brinda la posibilidad de identificar problemas relativos al proceso de entrega de los servicios y de corregirlos oportunamente

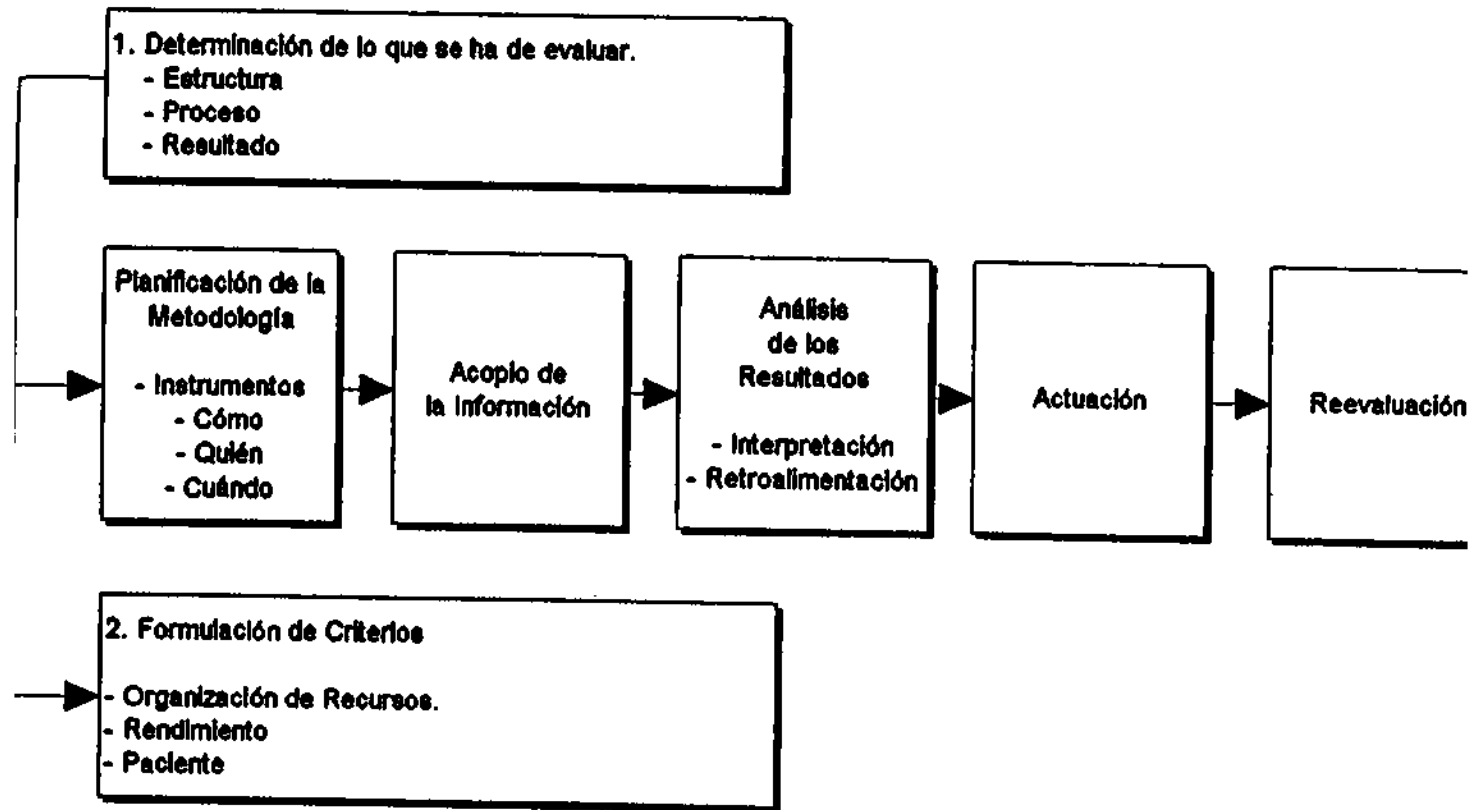
La evaluación conlleva un proceso que requiere diversas fases, a saber :

- a- Determinar los indicadores básicos para medir calidad en los tres componentes (estructura, proceso, resultados).
- b- Diseñar los estándares adecuados correspondientes a cada indicador de evaluación que se espera cumplan los servicios.
- c- Determinar el tipo de instrumentos y fuentes de información observación directa, entrevistas abiertas, encuestas, etc.).
- d- Realizar análisis multivariados para probar la capacidad productiva de los indicadores.
- e- Diseñar un método simple para la supervisión y evaluación continua o sistemática de los servicios.

Lo antes expuesto se resume en la Fig. 1, el cual le da al administrador una visión completa de los aspectos de mayor relevancia que han de considerarse al evaluar los programas.

FIG. 1

FASES DE LA EVALUACIÓN



Fuente: Guillermo Fajardo. Atención Médica. México. Ediciones Científicas. Prensa Médica, S.A. 1983. Pág. 16.

2.2.4 Características de las áreas de evaluación

Las características más relevantes de la evaluación son:

Demanda: Considera la información para el diagnóstico integral de salud, y caracteriza las necesidades de salud de la población, a través de las variables demográficas y la epidemiológica.

Oferta: Se refiere al volumen y tipo de recursos existentes en el área; divididos en físicos, humanos y financieros. Incluye, además, la organización y administración de estos recursos, para así determinar si dan respuesta efectiva a la solución de las necesidades detectadas en la demanda.

Proceso: En este aspecto se permite la relación entre la oferta y la demanda. Mide el costo de los servicios y el rendimiento y productividad de los recursos.

Resultados: A partir de la programación integral de la atención, evalúa la cobertura del programa en general, como la cobertura de actividades finales. Evalúa la eficacia de la atención.

Impacto: Valora la efectividad del programa de atención, en términos de la reducción del riesgo de enfermar o morir, cambio de actitud en los usuarios y satisfacción de estos y de los que proveen el servicio, calidad de la atención y costo beneficio.

Todo lo antes expuesto es posible en tanto que la metodología de evaluación utilizada permita un análisis integral de los servicios evaluados.

Este análisis es factible mediante la aplicación de los conceptos desarrollados en la teoría de sistemas o enfoque sistemático, que permite dirigir la evaluación de las relaciones entre todas las variables que afectan la interacción entre el usuario - ambiente y se incluye la influencia de la atención de enfermería.

El enfoque de sistema tiene en esencia un carácter extensivo, estudia a sus distintos componentes, no aislados sino como partes interactuantes de la totalidad.

Los componentes deben estar juntos porque actúan, cooperan y se relacionan entre sí, son discretos y dinámicos con objetivos y funciones propias.

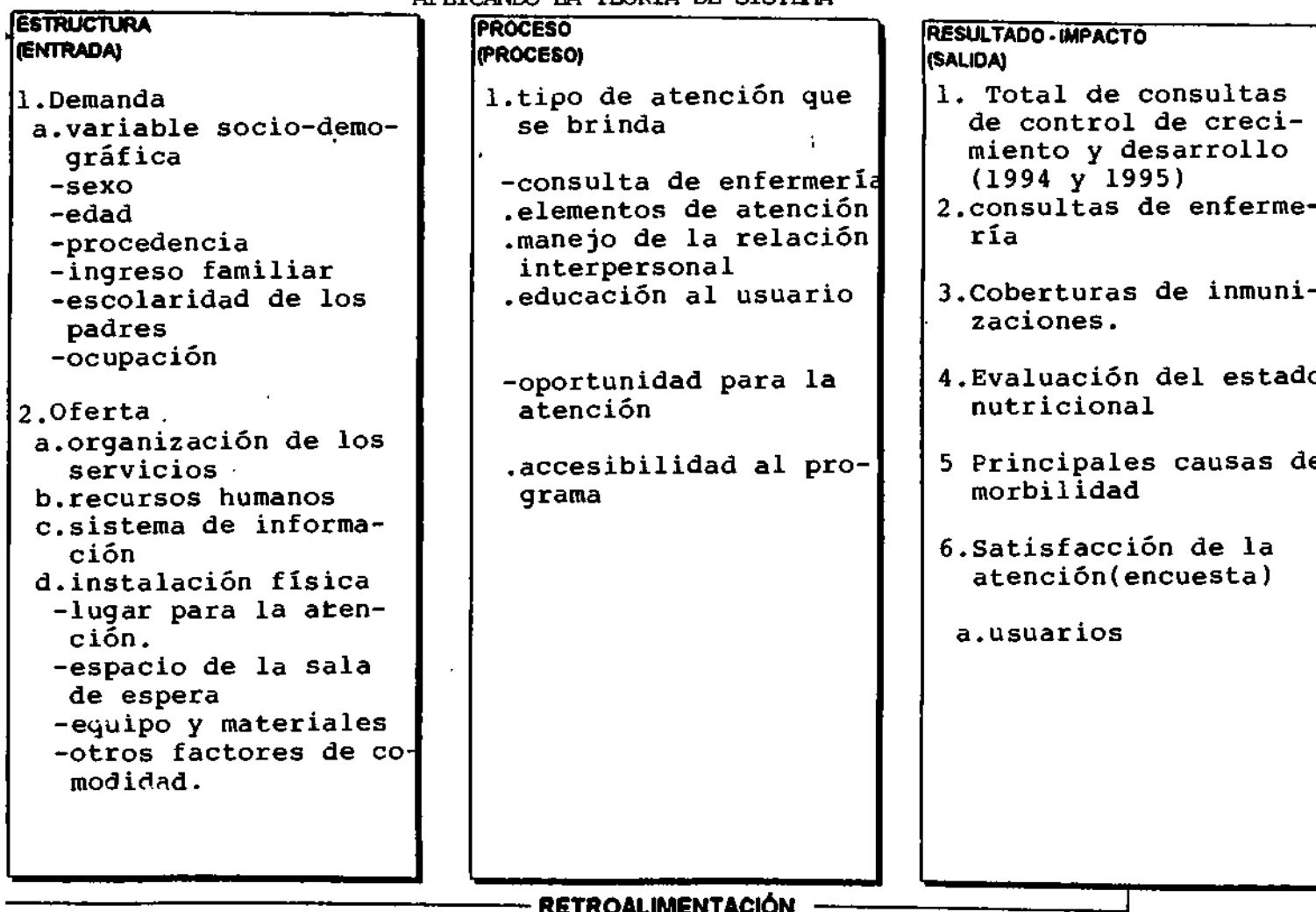
Las partes principales de un sistema son los componentes del sistema, las entradas o insumos, las salidas o productos y el procesador. Las entradas al sistema son los elementos que transforma. Las salidas son los productos del sistema. Estas materializan los objetivos que persigue el sistema.

El procesador es el mecanismo necesario para transformar elementos entrantes o insumos en salidas o productos. Sus elementos son habitualmente una estructura de canales de comunicación y responsabilidades distribuidas, procesos y procedimientos, personal que emplea tales procesos y procedimientos e instalaciones, equipos y otros materiales.

Para este estudio se utilizan algunos criterios de estructura, proceso y resultados porque a través de estos criterios se puede mejorar la atención de acuerdo con los objetivos del programa.

A continuación se presenta un esquema utilizando el enfoque sistémico con cada uno de los aspectos que se evalúan (estructura, proceso, resultados), y los criterios que fueron considerados para el estudio.

FIG. 2
 ASPECTOS EVALUADOS SEGUN CRITERIOS SELECCIONADOS DEL PROGRAMA
 INFANTIL EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA
 APLICANDO LA TEORIA DE SISTEMA



2.2.5 Enfoques de la evaluación de calidad

La estructura, el proceso y los resultados o cualquier combinación de estos son los enfoques comunes de la evaluación.

a) Enfoque estructural

Este enfoque se encarga del sistema de entrega mediante el cual se pone en práctica el cuidado de enfermería. En este enfoque se evalúan las políticas, los procedimientos, las descripciones de empleos, el programa de orientación, el programa de servicio y la planeación de proyectos.

También este primer enfoque estudia características estables de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su disposición, el marco físico y organizativo en el que trabajan e incluye los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para prestar la atención. Abarca el número, distribución y calificaciones del personal profesional, así como el número, tamaño, equipo y disposición geográfica de los hospitales y otras instituciones.

b) Enfoque de proceso

Mide lo que hace la enfermera al atender el paciente. Tanto ella como el usuario pueden ser entrevistados para recopilar datos de juicio profesional y funciones.

Starfield (1992) definió proceso como un conjunto de actividades que realizan los proveedores y los pacientes tales, como hacer un examen físico y adherirse a las normas. Incluye el reconocimiento del problema, el diagnóstico, el tratamiento, la utilización, la aceptación, la comprensión y el cumplimiento.

c) Enfoque de resultados

Mide las consecuencias de la atención proporcionada al usuario y evalúa si se han logrado las metas; además, considera las manifestaciones clínicas, los conocimientos de los usuarios y su capacidad de atenderse sin ayuda.

Para Starfield (Sup. cit.) los resultados de los servicios de salud se definen como cambios en el estado de salud de un paciente que pueden atribuirse a la asistencia médica recibida, lo cual incluye su satisfacción respecto a la atención que se le brindó.

Hay muchos posibles enfoques para el estudio de las relaciones entre estructura, proceso y resultados: relación entre estructura y proceso; relación entre proceso y resultados; relación entre estructura, proceso y resultados, y relación entre estructura y resultados.

En el primer enfoque se estudia cómo algunas características estructurales, tales como, el volumen del hospital, el número y tipo de recursos humanos y su formación, el número y tipo de instalaciones médicas, los niveles tecnológicos, las distintas organizaciones, o los mecanismos de financiamiento influyen en el proceso de atención.

En el segundo tipo de estudio o enfoque, se comparan los indicadores del proceso de atención, tales como el número de visitas médicas, número de altas, número y tipo de exploraciones radiológicas realizadas, o costos hospitalarios, con los indicadores de resultados, tales como tasa de mortalidad o morbilidad y satisfacción del paciente.

El tercer enfoque o tipo de estudio analiza la relación de las características estructurales y de proceso con el resultado de la atención. Se incluyen aquellos que analizan las características estructurales y de proceso bajo categorías amplias como hospitales docentes o no docentes, afiliación o no a una facultad de medicina, o el carácter benéfico o lucrativo de la institución.

La utilización de categorías amplias tiene como limitación no especificar la naturaleza del efecto de la estructura sobre las características del proceso y el resultado de la atención.

En el cuarto tipo de estudios los indicadores estructurales se analizan respecto a indicadores de resultados. Según Donabedian (Op. cit.), el conocimiento de las contribuciones potenciales de las características estructurales al resultado de la atención tiene implicaciones que exceden en mucho la construcción de indicadores para medir la calidad.

En conclusión, los estudios que analizan características estructurales específicas y procesos de atención médica y los comparan con indicadores de resultados son útiles para validar las relaciones causales entre ellos. Este

conocimiento resulta importante para la toma de decisiones relacionadas con la organización de los servicios a fin de lograr mayor eficacia y eficiencia.

En el estudio se presenta una evaluación simultánea de la estructura y el proceso de atención del Programa Infantil realizado por la enfermera, con la finalidad de entender y explicar las relaciones y diferencias encontradas y poder sugerir intervenciones destinadas a mejorar los resultados de la atención, y, por ende, alcanzar equidad y eficiencia en la organización y prestación de los servicios en los programas de salud.

2.3 La Atención de Salud Pediátrica

Las estrategias de enfermería para la atención del lactante menor deben encaminarse al logro de un pleno desarrollo del niño y el fomento de su salud .

La enfermera que atiende lactantes menores debe poseer conocimientos científicos sobre la etapa y sus características, de manera que la atención que brinde sea oportuna, eficiente y de calidad.

Las actividades que se realizan deben enmarcarse principalmente en la promoción y prevención, aunque también son realizadas las de curación y rehabilitación.

2.3.1 Generalidades del primer año de vida

En ningún otro momento de la vida son tan espectaculares los cambios y el desarrollo como en la lactancia. Los sistemas experimentan una maduración progresiva con un desarrollo simultáneo de habilidades.

Durante el primer año, el crecimiento es rápido, sobre todo a los seis meses iniciales. Los lactantes aumentan 680 gramos al mes hasta los cinco meses cuando se duplica el peso que tenían al nacer.

La altura aumenta 2.5 cm al mes durante los seis primeros meses y luego el aumento es más lento durante los seis meses siguientes. Al año, la altura al nacer habrá aumentado casi un 50%, aumento que se produce en el tronco más que en los primeros meses y contribuye a la configuración del aspecto físico característico del lactante.

El crecimiento de la cabeza también es rápido; las suturas craneales y fontanela posterior se cierran a los seis u ocho meses de edad, mientras que la fontanela anterior lo hace entre los 12 y 18 meses de edad. El aumento de la cabeza refleja el crecimiento y diferenciación del sistema nervioso; la maduración cerebral se refleja en el desarrollo espectacular de logros infantiles. Los reflejos primitivos son sustituidos por movimientos voluntarios, intencionados.

El tórax adopta un contorno más adulto y el diámetro lateral se hace mayor que el antero-posterior. La circunferencia torácica iguala,

aproximadamente, a la cefálica al final del primer año. El corazón crece más despacio que el resto del cuerpo. El tamaño del corazón sigue siendo grande en relación con la cavidad torácica; su anchura es alrededor del 55% de la del pecho.

La frecuencia cardíaca es más lenta y a menudo muestra una arritmia sinusal. La frecuencia cardíaca aumenta con la inspiración y disminuye con la espiración.

Durante el primer año, se producen cambios hematopoyéticos importantes, la hemoglobina fetal predomina durante los dos a tres primeros meses y la adulta aumenta en forma regular durante la primera mitad de la lactancia.

La frecuencia respiratoria se vuelve algo más lenta y es relativamente estable. Los movimientos respiratorios siguen siendo abdominales; varios factores predisponen al lactante a sufrir problemas respiratorios graves y agudos. La proximidad de la tráquea a los bronquios y su estructura ramificada transmite con rapidez los agentes infecciosos de un lugar anatómico a otro.

Los procesos digestivos en su mayoría no empiezan a funcionar hasta los tres meses de edad, momento en que es común el babeo por el mal coordinado reflejo de deglución. La digestión en el estómago consiste principalmente en la acción del ácido clorhídrico y la renina, actuando específicamente sobre la caseína de la leche, formando el cuajo que hace que la leche sea retenida en el

estómago lo suficiente para su digestión; igualmente, en el duodeno hay descomposición de grasas y proteínas.

La amilasa, lipasa y tripsina secretan suficiente cantidad para realizar la digestión de carbohidratos, proteínas y grasas de los cuatro a cinco meses; por lo que las heces son suaves, y los alimentos de mayor consistencia pasan igual a las heces; cualquier irritación gástrica puede producir diarreas, vómitos y deshidratación. Cuando ocurre la erupción de los dientes de seis a siete meses hay un desarrollo paralelo de la capacidad digestiva y de absorción de los alimentos.

El hígado es el más inmaduro de los órganos gastrointestinales durante la lactancia. La conjugación de la bilirrubina y secreción de la bilis se consigue durante las dos primeras semanas de vida. Los demás procesos son inmaduros hasta el año de vida.

El sistema inmunológico en el lactante sufre cambios ya que en el recién nacido recibe inmunoglobulina materna, por lo que lo protege los tres primeros meses; luego, el sintetiza inmunoglobulinas y al año alcanza un 40% de los niveles de adulto; a los nueve meses, se consiguen niveles de adultos; de Inmunoglobulina M.

La capacidad de la piel aumenta en respuesta al frío, los capilares periféricos se contraen y conservan la temperatura interna del organismo, reduciendo la pérdida de calor por evaporación. En respuesta al calor, los

capilares periféricos se dilatan reduciendo la temperatura por evaporación, conducción y convección.

Los músculos y fibras musculares se contraen generando calor cuando hay escalofríos. El tejido adiposo en los seis primeros meses de vida sirven para aislar el frío del cuerpo.

El plasma sanguíneo, el líquido intersticial y la linfa elevan la proporción del líquido extracelular, por lo que predisponen al lactante a la deshidratación, al igual que la madurez renal; al año y medio es que hay madurez de riñón, se elimina orina a menudo y su densidad es de 1000 a 1010.

La agudeza auditiva es igual al adulto. La agudeza visual mejora y hay fijación binocular bien establecida a los cuatro meses.

2.3.2 Características del primer año de vida

a) Motricidad fina y burda

La motricidad fina incluye el uso de manos y de los dedos en la presión de un objeto; constituye una conducta refleja en los dos a tres primeros meses, y, de forma gradual, se convierte en voluntaria. Se establece bastante la presión de pinzas (índice y pulgar); a los nueve meses, ya inicia la introducción de objetos en un recipiente; al año intenta construir torres con bloques, con mucha dificultad.

La motricidad burda se inicia con el sostén de la cabeza, da vueltas, después gatea arrastrándose, se sienta, se mantiene de pie y logra caminar.

b) Desarrollo psicosocial

A esta edad necesita de personas adultas que satisfagan sus necesidades de alimento, calor y seguridad. El elemento principal en esta etapa es la calidad de atención cuidador-niño, ya que deben aprender juntos a satisfacer tales necesidades para evitar las frustraciones. La confianza adquirida es fundamental para el desarrollo de las capacidades futuras del infante, por razón de su sensación de bienestar y seguridad física, lo cual le ayuda a experimentar situaciones desconocidas y extrañas con mínimo de temor.

c) Desarrollo cognoscitivo

Aprende a percibirse como diferente de los demás objetos de su entorno; hay comprobación de que los objetos continúan existiendo aunque quedan fuera de su alcance visual. Hay reconocimiento de símbolos y da inicio a la comprensión del tiempo y espacio.

d) Conducta del lenguaje

Los lactantes, incapaces de emitir palabras, usan y comprenden la comunicación no verbal; manifiestan sus necesidades y sentimientos por

conductas no verbales y vocalizaciones que pueden interpretar quienes conviven con ellos. Sonríen y gorgojean si están contentos, y lloran cuando están molestos o sufren.

Los lactantes vocalizan ya desde las cinco semanas, emitiendo leves sonidos guturales, y hacia los dos meses de edad producen vocales aisladas; entre los tres a cuatro meses, agregan vocales aisladas; se arrulla, hace gorgoritos y ríe en voz alta. Alrededor de los ocho meses, aparecen otras consonantes y combina sílabas, como en "papá", pero no le adscriben significado hasta los 10 u 11 meses de edad. Comprende el significado del "no", obedece instrucciones sencillas y responde a su nombre entre los 9 y 10 meses, puede decir dos o tres palabras con sentido hacia el año de edad.

e) Conducta personal - social

Esta conducta incluye las respuestas personales del niño a su medio ambiente. Es el área que está más sujeta a la influencia de estímulos externos; implica comunicación consigo mismo y con otros. Los lactantes son seres que reaccionan a los estímulos, tienen capacidad de moldear su ambiente y provocar ciertas respuestas.

Alrededor del primer trimestre manifiestan interés considerable por su medio ambiente; se excitan cuando le muestran juguetes, rehúsan quedarse solos. Hacia los cuatro meses, se ríen sonoramente y disfrutan estímulos.

El lactante, a los seis meses, es muy agradable para los demás; juega a escondidas; expresa su deseo de que lo carguen. La adquisición de las habilidades burdas y finas le permiten mucha mayor independencia de movimientos.

En la segunda mitad del primer año, ya comprende aspectos sencillos de la disciplina como el significado de la palabra no. La imitación y la independencia están en desarrollo durante este período.

2.3.3 Fomento de la salud en el primer año de vida

El primer año de vida de un niño es un período de cambios y logros considerables; cada mes y cada fase del desarrollo tienen implicaciones en cuanto a la atención del niño. El fomento de la salud abarca diversos aspectos sobre los cuales la enfermera debe educar a los padres a fin de lograr un desarrollo pleno de todas las capacidades del lactante; estos aspectos son:

a) Asesoría nutricional

La orientación nutricional debe iniciarse desde la etapa prenatal. La enfermera, como parte del equipo de salud, posee conocimientos que le permiten responder a todas las interrogantes que tienen los padres sobre la alimentación del lactante, a fin de que se satisfagan las necesidades nutricionales del niño.

Durante el primer semestre de vida, la lactancia materna es el alimento más aconsejable y completo para el lactante.

Un bebé que recibe la leche de la madre bien nutrida no necesita de complementos vitamínicos o minerales específicos. La lactancia refuerza la relación madre-hijo; dicho vínculo influye decisivamente en las formas en que esa relación va a desarrollarse en un futuro. Este binomio madre-hijo, constituye un mundo en el cual se entrecruzan y se refuerzan sentimientos muy intensos de forma bidireccional.

En el segundo semestre de vida, la lactancia humana o leche procesada continúa siendo la fuente principal de nutrientes. El principal cambio en los hábitos alimentarios es la introducción de alimentos sólidos, entre los cinco y seis meses, etapa en que el aparato digestivo ha madurado lo suficiente para procesar nutrientes más complejos. La incorporación de alimentos actúa inicialmente como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz.

Para la introducción de los alimentos, la enfermera debe enseñar a la madre algunas reglas que orientan el inicio de la alimentación complementaria, la cual debe ajustarse a las reales necesidades biológicas del niño, permitiéndole un crecimiento y desarrollo adecuado y según normas del programa infantil.

Durante los controles de salud, la enfermera dispone de oportunidades para educar a los padres en todo lo relativo a necesidades nutricionales del niño y la manera correcta de preparar los alimentos en el hogar.

b) Inmunizaciones

Las vacunas han sido uno de los adelantos más notables en pediatría, ya que con su utilización ha sido considerable la disminución de enfermedades infecciosas en las últimas tres décadas.

Durante el primer año de vida, el estado inmune será la resultante del estado de protección generado por el niño durante el período neonatal, más la protección conferida por las inmunizaciones.

La edad recomendada para el inicio de las inmunizaciones primarias de los lactantes sanos es la de dos meses, la enfermera es la persona encargada de su administración y quien debe enseñar a los padres los cuidados que deben brindar a sus niños posteriormente. Además, las inmunizaciones durante el primer año deben ser administradas según el esquema que a continuación presentamos:

<u>Vacuna recomendada</u>	<u>Edad</u>
B C G	recién nacido
Polio	recién nacido, 2, 4 y 6 meses
DPT	2, 4 y 6 meses
Sarampión	9 meses

Las actividades de inmunización constituyen uno de los pilares de la atención primaria; implican, además, una alternativa útil para promover el

crecimiento del niño, ya sea por el hecho de prevenir una determinada enfermedad o por la acción educativa que se realiza.

c) Prevención de accidentes

Una característica fundamental del niño es la de ser un individuo en constante cambio; crecer le significa ir ocupando un espacio cada vez mayor, y familiarizarse con ese espacio y con las posibilidades que le ofrece. Por otra parte, el desarrollo conlleva la necesidad de nuevos estímulos que enriquezcan su experiencia. Por esto, la prevención de accidentes en los lactantes requiere la protección de los niños y la educación a los padres o las personas que lo atiendan.

Las enfermeras, al conocer las posibles causas de lesiones en cada grupo de edad, están en capacidad de dar a los padres enseñanza preventiva y anticipada, ya que dos terceras partes de los accidentes que sufren los niños ocurren en el hogar, de modo que se debe hacer hincapié en las medidas de seguridad y la práctica de costumbres seguras, por parte de los padres o quienes cuidan a los niños.

En el crecimiento y desarrollo de los lactantes participan numerosos componentes que se ven sometidos a una variedad de factores, por lo tanto la atención que se les brinde debe ser integral y así garantizar que todas sus necesidades serán satisfechas.

2.3.4 Generalidades del Programa Integral de Atención a la Niñez.

Con la finalidad de lograr una coherencia adecuada y resultados óptimos, el programa de Atención Integral a la Niñez establece las normas y procedimientos correspondientes.

(MINSA - Memorias 1995) dice:

La Salud constituye un derecho y un deber humano. La preservación y su incremento sostenido, constituyen una de las tareas más hermosas e importantes que puede asumir un colectivo de mujeres y hombres conscientes de su responsabilidad para con la comunidad y la nación a la que se deben.

Con la creación del Ministerio de Salud en 1969, que estableció como una de sus metas fundamentales la implementación de programas para desarrollar la medicina comunitaria, se dio la apertura programática de la atención infantil; la ejecución de los programas se lleva a cabo mediante la fundamentación técnico- administrativa de la política de salud.

a) Objetivos

Con el fin de brindar una óptima atención de salud al neonato, niño y adolescente se establecieron los siguientes objetivos.

a.1 General

- Mejorar el nivel de salud de los niños y niñas panameñas de 0-5 años promoviendo el óptimo desarrollo biopsicosocial con enfoque de riesgo y género.

a.2 Específicos

- Promover la salud de la niñez, mediante la educación a la familia sobre las medidas de prevención, los cuidados generales, el crecimiento físico, la alimentación, la higiene, la nutrición y el desarrollo de la estimulación temprana de 0-6 años, en sus diversas etapas del desarrollo.
- Detectar precozmente los trastornos con enfoque de riesgo y género que puedan afectar la salud del niño y la niña, tanto física como mentalmente.
- Ofrecer tratamiento oportuno de los procesos mórbidos que afectan la salud de los niños y las niñas.
- Habilitar en la mejor forma posible a los niños(as) con trastornos congénitos o adquiridos, en colaboración con otras instituciones del sector salud, así como con otras no gubernamentales.
- Detectar el estado nutricional de los niños menores de cinco años, utilizando el indicador global peso/edad.

- Educar a la madre con el propósito de reducir la incidencia de caries dentales y síndrome del biberón en los niños (as) de 0-4 años.

La responsabilidad del programa está a cargo del equipo de salud. Para que se logren los objetivos, se espera una mejor redistribución y utilización de los recursos y la integración funcional del equipo, de manera tal que las actividades se fundamenten en la realidad nacional.

b) Actividades

El programa clasifica las actividades dirigidas hacia la población en los aspectos de educación, atención, evaluación e investigación.

b.1 Promoción y educación

Este aspecto se refiere al proceso de enseñanza-aprendizaje tendiente a la adopción y la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas de la población, incluyendo el equipo de salud, con el fin de ayudar a la promoción, recuperación y/o rehabilitación de la salud propia y la de los demás, a través del uso de todos los medios de que dispone, en especial de su movilización activa de carácter participativo.

Su propósito es educar al personal de salud, al individuo, a la familia y a la comunidad para que cuiden la salud individual y colectiva, a través de la adquisición de conocimientos, actitudes, y prácticas que posibiliten el

autocuidado de la salud y la promoción integral del desarrollo humano, en procura de una mejor calidad de vida.

b.2 Investigación

Generalmente identificadas como funciones de los niveles jerárquicos superiores, deben ser realizadas por todos los niveles, tanto de servicios de atención locales como por las unidades técnicas-administrativas regionales y nacionales.

b.3 Atención

Son las actividades de atención directa a las personas, niños(as) o grupos de personas, familias, agrupaciones o comunidades. Pueden ser educativas, de diagnóstico, de manejo de tratamiento, o de rehabilitación, e incluyen:

- Atención del recién nacido
- Control del crecimiento físico.
- Control de la alimentación y monitoreo del estado nutricional y manejo ambulatorio del niño(a) con problemas de déficit del crecimiento.
- Control y estimulación del desarrollo.
- Control de enfermedades prevenibles por vacuna.
- Detección temprana de las pérdidas auditivas.

- Atención ambulatoria del niño(a) enfermo.
- Control de enfermedad diarreica aguda.
- Control de infecciones respiratorias agudas.

El programa infantil (1995), en el módulo de control de crecimiento y desarrollo físico establece en forma taxativa las siguientes indicaciones y definiciones.

- La atención para el control de crecimiento, alimentación y desarrollo debe iniciarse lo más temprano posible con el recién nacido, antes que cumpla los 15 días de vida, y mantenerse en las diferentes edades, utilizando la metodología con enfoque de riesgo en la atención infantil.
- El control de crecimiento físico, es el conjunto de acciones necesarias para monitorear dicho crecimiento en la población infantil e identificar precozmente las alteraciones de este proceso, con el fin de aplicar las intervenciones que garanticen el crecimiento adecuado del niño(a). Esta actividad se realiza mediante el uso de indicadores antropométricos y curvas de evaluación del estado nutricional.
- El control de la alimentación infantil y del monitoreo del estado nutricional, es el conjunto de acciones que se ejecutan dentro del control de crecimiento físico con el propósito de identificar precozmente, alteraciones del crecimiento y orientar a los padres en una adecuada alimentación del niño. La evaluación del estado nutri-

cional se realiza mediante la valoración de la anamnesis alimentaria, el indicador antropométrico e interpretación de esos resultados.

- El monitoreo del proceso dinámico y sucesivo de organización de funciones biológicas, psicológicas y sociales, mediante el cual se acrecientan las capacidades genéticas del organismo en relación con el ambiente físico y social, así como el conjunto de actividades que oportuna y adecuadamente enriquecen al niño en su desarrollo físico y psíquico, se hace a través de la interrelación constante con el niño, desde que nace, para así lograr su desarrollo integral y mejorar su capacidad en los campos afectivo, perceptual, motor, síquico y social.
- El control de enfermedades prevenibles por vacunas consiste en su aplicación contra la poliomielitis, tuberculosis, tosferina, tétano, difteria y sarampión, según esquema normatizado en Panamá para la población infantil (Polio, BCG, DPT, Sarampión.)

Finalmente, dentro de las actividades directas realizadas, deben aparecer registradas acciones concernientes a la atención ambulatoria del niño enfermo: Control de enfermedad diarréica aguda, control de infecciones respiratorias agudas y cualquier otro que se presente.

c) Normas de atención

Para mejorar la atención a los niños menores de un año, se establecen normas de concentración de consultas y se programan las actividades de

atención, con referencia a edades específicas, así, por ejemplo, el lactante debe asistir por lo menos a seis controles de acuerdo con las actividades programadas y las citas se realizarán según el siguiente esquema:

<u>Edad</u>	<u>Recurso</u>	<u>Actividad Agregada</u>
2 meses	enfermera	Vacunación
3 meses	médico	
4 meses	enfermera	Vacunación
6 meses	médico	Vacunación
8 meses	médico	
9 meses	enfermera	Vacunación

En la cita del cuarto mes, se entregarán las solicitudes de exámenes de hemograma completo y urinálisis. Se explicará al familiar que estos exámenes se efectuarán con 15 días de anterioridad a la cita de control de los seis meses.

En la cita del noveno mes se entregarán las solicitudes de exámenes de hemograma completo, heces, y para detectar anemia falciforme cuyos resultados deberá traer en la consulta del año.

- Atención de consultas:

En los Centros de Salud y en las Consultas Externas de Hospitales, realizados por Médicos Pediatras, Médicos Generales, Médicos Internos y/o Enfermeras; una vez cumplidos los requisitos de admisión se pasará el niño a Enfermería donde:

- Se tomará el peso corporal, la longitud o talla, temperatura y perímetro cefálico, con las técnicas adecuadas y transfiriendo estos datos a la hoja de evolución infantil .
- En los casos de morbilidad, se tomará peso y temperatura.
- Se revisarán y llenarán la anamnesis pediátrica en la parte correspondiente a antecedentes maternos, antecedentes familiares, antecedentes de embarazo y parto de este niño(a), alimentación desde el nacimiento, crecimiento y desarrollo, enfermedades, hospitalizaciones y alergias.
- Se interrogará a la madre o acudiente acerca del estado de salud del niño(a) o de los síntomas que presenta y del tipo de alimentación que recibe.
- Se efectuará el examen físico completo, incluyendo la medición del perímetro cefálico.
- Se evaluará el desarrollo psicomotor de acuerdo con el perfil para la evaluación del niño(a) de 0-6 años y/o el inventario de evaluación del desarrollo, anotando dicha apreciación en el espacio crecimiento y desarrollo normal o, en caso contrario, anotará la alteración encontrada se anotará en el renglón de observaciones. Se le brindará la orientación a los padres sobre las técnicas de estimulación apropiadas.
- Si en la evaluación se observan o sospechan alteraciones, o si en la hoja de referencia de la epicrisis Neonatal aparece algún diagnóstico que amerita control y seguimiento especial en una o más áreas del desarrollo, se referirá

a donde corresponda, usando el "Resumen Clínico de Referencia de los Niños con Alteraciones del Desarrollo".

- Se hará la recomendación o modificación pertinente y se entregará la hoja indicada de la guía para la salud, según la edad del niño(a).
- Se revisarán y anotarán las vacunas administradas encerrando en un círculo las dosis recibidas en el espacio respectivo, colocado en el extremo derecho de cada una de las atenciones de la hoja de Evolución Infantil.
- En el renglón diagnósticos, se anotarán las observaciones sobre el Control de Crecimiento y Desarrollo o Control de C/D.
- Si tuviese un diagnóstico por morbilidad, se anotará según la Clasificación Internacional de Enfermedades.
- En el renglón indicaciones, se anotarán los tratamientos indicados.
- Se orientará a la madre sobre la importancia del cumplimiento de los controles establecidos. En los casos de problemas nutricionales (déficit o exceso) se ajustará a las normas establecidas.

↳ Respecto a las referencias, en las instituciones que no cuentan con los formularios HCP16 se debe utilizar el sello que reproduce el formato de HCP16 y de esta forma llenar con la información adecuada cada uno de los rubros de atenciones, así como anotar el seguimiento correspondiente. Para las referencias e interconsultas en los niños(as) con alteraciones del desarrollo, utilizar el formulario respectivo, "Resumen Clínico de Referencia para Niños(as) con Alteraciones del

Desarrollo"; en cualquier otro caso o diagnóstico, se usará el formulario "Resumen Clínico de Hospitalización, Referencias y Consultas".

- ↳ La visita domiciliaria será efectuada por el personal de enfermería y cualquier otro miembro del equipo de salud, tomando en cuenta las siguientes prioridades: Captación de Recién Nacido de más de 15 días de vida que no haya asistido al primer control. Niños(as) con desnutrición moderada o severa que descontinúan controles.
- ↳ Niños(as) inasistentes a la clínica de Control de Crecimiento y Desarrollo.
- ↳ Casos epidemiológicos denunciados.
- ↳ Casos en los que la patología especial o factor de riesgo lo ameritan.
- ↳ Niños(as) con esquema de vacunación incompleta.
- ↳ En cada uno de los casos anteriores, se anotará lo pertinente en el formulario de "Visitas Domiciliarias".

III CAPÍTULO
ASPECTOS METODOLÓGICOS

ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Estudio

El estudio, según el análisis y alcance de los resultados, es analítico, exploratorio y correlacional de corte transversal; está dirigido a evaluar la calidad de atención de enfermería, brindada en el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un año de edad que concurrieron a los centros de salud de la Región Metropolitana de Salud, durante el primer semestre del año 1996.

Además, identifica algunas características administrativas y de infraestructura, así como del proceso instituido, que inciden o se relacionan con la calidad de atención.

3.2 Universo del Estudio

El universo del estudio lo constituyen los niños menores de un año de la clínica de Crecimiento y Desarrollo de los centros de Salud de la Región Metropolitana.

3.3 Procedimiento para la Obtención de la Muestra

Al azar se seleccionaron 14 de los 17 centros de salud de la Región Metropolitana, siendo ellos: Chorrillo, San Felipe, Santa Ana, Calidonia, Curundú, Pueblo Nuevo, Boca La Caja, Parque Lefevre, Río Abajo, Pedregal, Tocumen, Las Mañanitas, 24 de Diciembre y Veracruz

Con base en la información obtenida que, durante el año 1995 y el primer semestre de 1996 (Memorias MINSA, Op. cit.) indica que la población infantil comprendida dentro de los límites geográficos de dichas instalaciones y que acudió a los controles de Crecimiento y Desarrollo era del orden de 78.0%, se decidió usar ese parámetro para la realización de la investigación.

La muestra de niños fue probabilística, con un 95% de confianza y una precisión de 6.86%. Según Lwanga (1991) el tamaño mínimo requerido se obtiene mediante la aplicación de la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 (1 - \alpha / 2) \times P (1-p)}{d^2}$$

donde:

$Z^2 1 - \alpha / 2$ = nivel de confianza del 95%
en la curva normal = (1.96)

P = proporción de la población prevista = .78

d = precisión absoluta necesaria a ambos
lados de la proporción = .0686

n = tamaño muestral

reemplazando:
$$n = \frac{(1.96) \times .78 (1-.78)}{(.0686)}$$

$$n = \frac{3.8416 \times .78 \times .22}{.00470596}$$

$$n = 140.0816 = 140$$

El número de niños requeridos para la investigación fue distribuido en forma directamente proporcional al número de centros, resultando diez por cada uno.

3.4 Instrumentos y Métodos para la Recolección de los Datos

La atención de salud tiene tres componentes básicos: el aspecto técnico, el manejo de la relación interpersonal y el ámbito en el que se lleva a cabo; la evaluación de éstos permite estimar la calidad de atención.

En esa secuencia de ideas, el componente Estructura Administrativa e Infraestructura consiste en los atributos materiales y de organización relativamente estables de las instalaciones donde se presta el servicio, y su evaluación implica determinar si las mismas cumplen con las normas o estándares mínimos de la buena atención.

El proceso, por su parte, incluye las actividades y procedimientos realizados por el prestador de servicios, en este caso las enfermeras, así como su habilidad en desarrollarlos y la contribución del usuario al seguir sus indicaciones.

Brook (1973) indica que existen diferentes procedimientos para determinar la calidad de atención, entre los cuales destaca la elaboración de índices para medir elementos de funcionamiento, con base en el cumplimiento de normas o estándares establecidos. Esta línea metodológica es la que se usó en el presente estudio.

Un supuesto básico del estudio es que las diferencias encontradas en los niveles de calidad de atención en los distintos centros de salud, serían explicables por disimilitudes en los respectivos procesos de atención y de sus características administrativas-estructurales; es decir, si la normativa interna está bien definida y la estructura administrativa facilita organizar, dirigir, controlar, y evaluar eficientemente los servicios prestados.

Después de analizar un conjunto más amplio de variables, las incluidas en el estudio fueron aquellas que individual y colectivamente muestran una mayor asociación estadística con la variable Calidad de Atención.

Las variables objeto de estudio fueron de cuatro tipos:

X 1 variable relativa a las características socio-demográficas de la unidad familiar del usuario.

X 1.1 Satisfacción del usuario

X 2 variable relativa a características de estructura

X 3 variable relativa a las características del proceso

Y 1 variable relativa a la calidad de atención

En la recolección de los datos, se utilizaron técnicas directas e indirectas, tanto en la observación como en la entrevista.

La técnica de observación directa se utilizó para observar las características de la infraestructura física de los Centros de Salud y, simultáneamente, la actuación de la enfermera durante la ejecución de las actividades de atención en el Control de Crecimiento y Desarrollo.

En la entrevista estructurada se utilizó un formulario donde la investigadora anotaba las respuestas dadas por la enfermera del programa sobre algunas características administrativas de la atención. Además, esta técnica fue utilizada al recopilar las impresiones de los familiares de los usuarios sobre la atención recibida.

Se elaboraron tres instrumentos básicos un cuestionario para la variable X1, un cuestionario para las variables X2 y X3, y, un formulario para transcribir la información pertinente del usuario, a partir de los datos del expediente clínico. Los instrumentos fueron probados por la autora en tres instituciones gubernamentales de la región de Chorrera y Arraiján, ajenas al estudio. Los cuestionarios elaborados y que se presentan en los anexos 1, 2, 3, fueron estructurados de la siguiente manera:

El cuestionario para la variable X1 tenía como objetivo valorar si los familiares de los niños atendidos estaban satisfechos con la atención brindada por la enfermera en el Control de Crecimiento y Desarrollo, así como

identificar algunos factores que pueden afectar esta atención, relacionados con la estructura administrativa o con el proceso de atención.

Este instrumento se dividía en dos aspectos:

1. Características generales, edad, ocupación, procedencia, escolaridad, ingreso familiar, número de miembros de la familia.
2. Información sobre la atención.

El segundo cuestionario utilizado para recopilar información acerca de las variables X2 y X3, contaba de tres aspectos; inicialmente, un instructivo que explica la manera de utilizarlo. Una segunda parte que contiene 78 ítems con los cuales se evaluaban las características administrativas divididas en tres subvariables. Una tercera parte, con 62 ítems relacionados con la variable X3 y características del proceso, estos ítems estaban distribuidos como a continuación se presenta.

	<u>Variable</u>	<u>Número de ítems</u>
X 2	Estructura	78
	X 2.1 Organización de los servicios	32
	X 2.2 Recursos humanos	14
	X 2.3 Infraestructura	32
X 3	Proceso	62
X 3.1	Elementos de atención	46
	X 3.2 Relaciones interpersonales	10
	X 3.3 Seguimiento	6

El tercer formulario fue utilizado para aplicar el criterio de evaluación de la calidad de atención de enfermería en el Control de Crecimiento y Desarrollo del niño menor de un año; se seleccionaron 20 ítems por cada expediente; a cada ítem se le asignó el valor de uno en caso de realizarse de acuerdo a las normas y de cero en caso contrario.

En vías de facilitar la actividad de evaluación, los ítems fueron agrupados en los siguientes conjuntos:

Y 1 Calidad de atención	20 ítems
Datos de control(sexo, edad)	2
Antropometría (peso, talla, perímetro cefálico y torácico)	4
Estado nutricional (peso/edad, peso/talla talla/edad)	3
Vacunas recibidas (B.C.G., D.P.T. polio, sarampión)	4
Número y tipo de control (médico, enfermera)	2
Morbilidad	3
Evaluación de habilidades	2

En total fueron objeto de observación 78 ítems o elementos en la variable estructura y 62 de la variable proceso, en cada centro de salud, totalizando 140 ítems. En cuanto a la variable dependiente (calidad de atención) fueron

evaluados 20 elementos por expediente y diez expedientes por Centro de Salud.

La recopilación de la información se realizó en 14 semanas laborables, una semana por cada Centro de Salud, de acuerdo a la siguiente secuencia: primero, se observó la estructura administrativa; luego, el proceso de atención y entrevista a la enfermera; después, se entrevistó al familiar del usuario al salir de la consulta con la enfermera, hasta completar las diez unidades; seguidamente, se solicitaba el acceso al expediente del usuario respectivo para transcribir la información requerida. La ejecución de esta actividad se realizó sin contratiempos. Los datos fueron recopilados por la autora a fin de asegurar la homogeneidad del proceso de captación de la información requerida.

3.5 Plan de Tabulación y Análisis

3.5.1 Tabulación

Para realizar el análisis estadístico de los datos, las variables explicativas o independientes X1 y X2, se dicotomizaron y se les asignó los valores uno y cero, en ausencia o presencia del factor, norma o estándar de cumplimiento, respectivamente.

Igualmente, a los ítems que conformaban la variable Y1, se les asignaron valores uno y cero, si se ajustaban o no al cumplimiento de lo establecido, respectivamente.

De este modo, se construyeron tres escalas para los ítems que conformaban la variable X2, características de estructura, con un recorrido que variaba desde cero a 32 puntos para la organización de los servicios (X2.1), cero a 14 para recursos humanos (X2.2) y, cero a 32 para infraestructura y recurso materiales (X2.3).

La escala para la variable X2 se obtuvo mediante la suma de los valores parciales. El límite superior del recorrido constituye el 100%, en cada caso en particular.

Un procedimiento similar se empleó para la construcción de la escala relativa a la variable X3, proceso de atención, siendo el valor máximo del recorrido de 46 puntos para la subvariable elementos de atención (X3.1), de 10 para la subvariable relaciones interpersonales (X3.2) y de seis para el seguimiento (X3.3).

Con relación a la variable dependiente, calidad de atención (Y1), se construyó una escala con un recorrido que variaba desde cero, deficiente, a 20, excelente atención, para cada uno de los expedientes evaluados. A continuación, se obtuvo un promedio de los diez expedientes como representativo de la calidad de atención de cada Centro de Salud en particular.

Las respuestas dadas por los tutores o familiares de los usuarios a las preguntas 4, 5, 6, 11, 12, 14 y 15, del cuestionario destinado a ellos, se dicotomizaron 1 = sí, 0 = no y fueron utilizadas para la construcción de un índice que denominamos "satisfacción del usuario".

Habida cuenta de lo anteriormente expuesto, la información emanada de los cuestionarios utilizados para la captación de los datos relacionados con las variables independiente X1, X2, y X3, y sus ítems, serán presentadas en tablas simples que muestran los valores unitarios obtenidos, distribuidos por Centros de Salud.

A partir de esa información, se presentan los índices globales de las variables X2, X3 y Y1, distribuidos por Centros de Salud que permiten calcular los coeficientes de relación y asociación requeridos para la prueba de hipótesis.

En relación al usuario, las características generales y algunos datos relacionados con la atención recibida son presentados en tablas de doble entrada y otros en tablas de contingencia para determinar asociaciones entre variables específicas y el índice de satisfacción.

3.5.2 Análisis de los datos

Wayne (1993) nos dice, al analizar los datos para las disciplinas de las ciencias de la salud, que con frecuencia se encuentra que resulta conveniente saber algo acerca de la relación entre dos variables, así como la medición de la intensidad de la relación entre variables y si ésta es significativa o no.

Para realizar el análisis descriptivo parcial, se calcularon proporciones, medias, desviación estándar (DE) y el coeficiente de variación (CV), para

cada variable independiente parcial (X1, X 2.1, X2.2, X2.3, X3.1, X3.2, X3.3).

El análisis de estos parámetros permitieron identificar algunos factores que inciden en la calidad de atención.

La naturaleza y la intensidad de relaciones entre variables como las descritas, pueden determinarse por medio del análisis de regresión y correlación, dos métodos estadísticos que, aunque relacionados, tienen propósitos diferentes. El análisis de regresión es útil para averiguar la forma probable de la relación entre las variables y el objetivo final que es, por lo general, "predecir" o estimar, el valor de una variable correspondiente a un valor dado de otra variable. En cambio, el análisis de correlación se refiere a la medición de la intensidad entre las variables.

El estudio de la correlación lineal y la estimación de la magnitud de la asociación entre variables, se basó en la estimación del coeficiente de correlación "r de Pearson.

$$r = \frac{N (\Sigma xy) - (\Sigma x) (\Sigma y)}{\sqrt{[N \Sigma x^2 - (\Sigma x)^2] [N (\Sigma y^2) - (\Sigma y)^2]}}$$

A su vez, para medir la significancia de la r calculada, se somete a una prueba estadística, por medio de la varianza, tomando como puntos críticos los

coeficientes r , que nos permite probar la hipótesis nula de no relación lineal entre las variables x , y .

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_a: \rho \neq 0$$

La correlación lineal y prueba de hipótesis mencionada se aplicaron a los pares de valores $X_1 Y$, $X_{2.1} Y$, $X_{2.2} Y$, $X_{2.3} Y$, $X_{3.1} Y$, $X_{3.2} Y$, y $X_{3.3} Y$.

El análisis de la relación lineal simultánea entre las variables independientes X_2 , X_3 y la variable dependiente Y , se realiza a través del modelo de correlación múltiple que permite calcular el coeficiente de correlación múltiple.

$$R_{y, 1.2} = \sqrt{R_{y, 12}} = \sqrt{\frac{\sum (Y_c - y)^2}{\sum (Y_i - y)^2}}$$

El $R_{y, 12}$ se interpreta como una medida de la correlación entre la calidad de atención, la estructura y el proceso de atención, simultáneamente. La prueba de hipótesis nula de $Q_{y,1.2} = 0$, se realiza calculando la distribución

$$F = \frac{R_{y,1.2}}{1 - R^2_{y, 1.2}} \cdot \frac{n - k - 1}{K}$$

Los puntos críticos para la aceptación o rechazo de la hipótesis nula aparecen debidamente tabulados en la tabla estadística denominada distribución F. La prueba de hipótesis de no correlación (H_0), para los coeficientes de correlación simple y múltiple, se realizan con un nivel de significación de $\alpha = .05$

Tal vez, el uso más frecuente de la distribución chi - cuadrada (X^2), es probar la hipótesis nula de que dos criterios de clasificación , cuando se aplica al mismo conjunto de entes, son independientes. Por esta razón, y a modo de complemento, concluido el análisis correlacional de las variables, se hace un análisis de los datos de las variables, clasificadas nominalmente, ensayando la prueba de hipótesis de independencia a través de la distribución chi - cuadrada.

$$X^2 \text{ corrección Yates} = \frac{(ad - bc - .5n)^2 \cdot xn}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

IV CAPÍTULO
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuadro I. INDICE DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO, SEGÚN CENTRO DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA: ENERO - JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Calidad de Atención (Yi)	
	n = 20	Índice n = 100.00
1	17.6	88.0
2	17.6	88.0
3	14.3	71.5
4	14.3	71.5
5	17.6	88.0
6	15.4	77.0
7	16.5	82.5
8	16.5	82.5
9	14.3	71.5
10	13.2	66.0
11	16.5	82.5
12	14.3	71.5
13	14.3	71.5
14	16.5	82.5
	\bar{y} =	78.18
	sy =	7.53
	Cvy =	9.63

Fuente : Instrumento de revisión de expedientes clínicos.

La evaluación del efecto directo de las actividades de control y monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño, o sea el índice de calidad se presenta en este cuadro, donde podemos destacar los siguientes aspectos:

El índice promedio de calidad de atención es de 78.18 con una desviación estándar de 7.53, valor que denota poca variabilidad de la media.

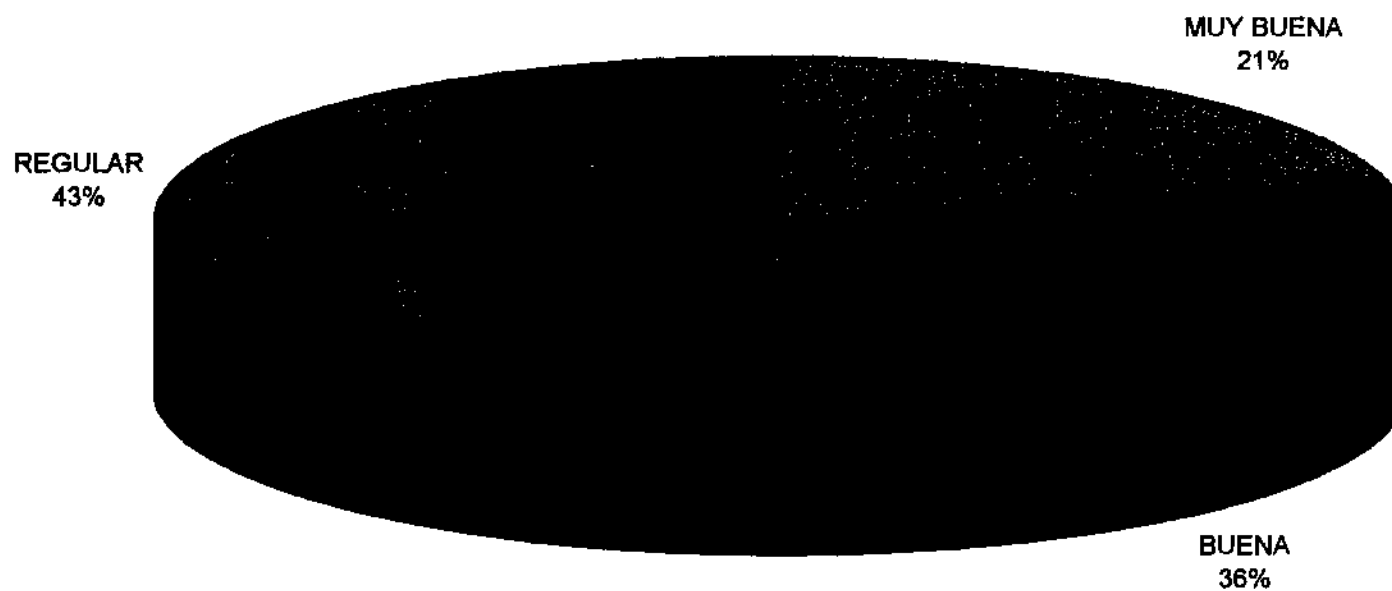
El recorrido del índice varía de 88.0, cifra que ubica a 3 centros de salud con muy buena calidad de atención, a 66.0 que ubica a un centro de salud con una calidad de atención apenas regular.

Tomando en cuenta la clasificación ordinal, la distribución de los centros de salud, de acuerdo a su nivel de calidad de atención, es como sigue: el 21.43%, o sean tres, proporcionan muy buena calidad; el 35.71%, cinco centros, brindan una buena calidad de atención; en tanto que el 42.86% restante (seis centros) proporcionan una calidad de atención regular, según se señala en la Fig. 1.

Entre los factores determinantes del nivel regular, en cuanto a calidad de atención, destacan: la omisión de algunos de los indicadores antropométricos y curvas de evaluación del estado nutricional, la omisión del registro de tipo y número de controles.

Es importante resaltar que a pesar de que un alto porcentaje de las instituciones evaluadas lograron un buen índice; se hace necesario que los proveedores de los servicios del 42.86% que obtuvieron una evaluación regular implementen medidas tendientes a ser consistentes en la aplicación de normas y el debido registro y monitoreo de las acciones que se realizan.

FIG. 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN, EN EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO . ENERO-JUNIO DE 1996.



Fuente: Instrumento de revisión de historiales clínicos.

Cuadro II. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS CLÍNICAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN MESES DE EDAD. REGIÓN METROPOLITANA: ENERD - JUNIO DE 1996.

Edad en Meses	Usuario	
	Total	Porcentaje
TOTAL	140	100.00
Menor de 1	7	5.00
1 - 2	44	31.43
3 - 4	45	32.14
5 - 6	10	7.14
7 - 8	3	2.14
9 - 10	26	18.57
11 - 12	5	3.57

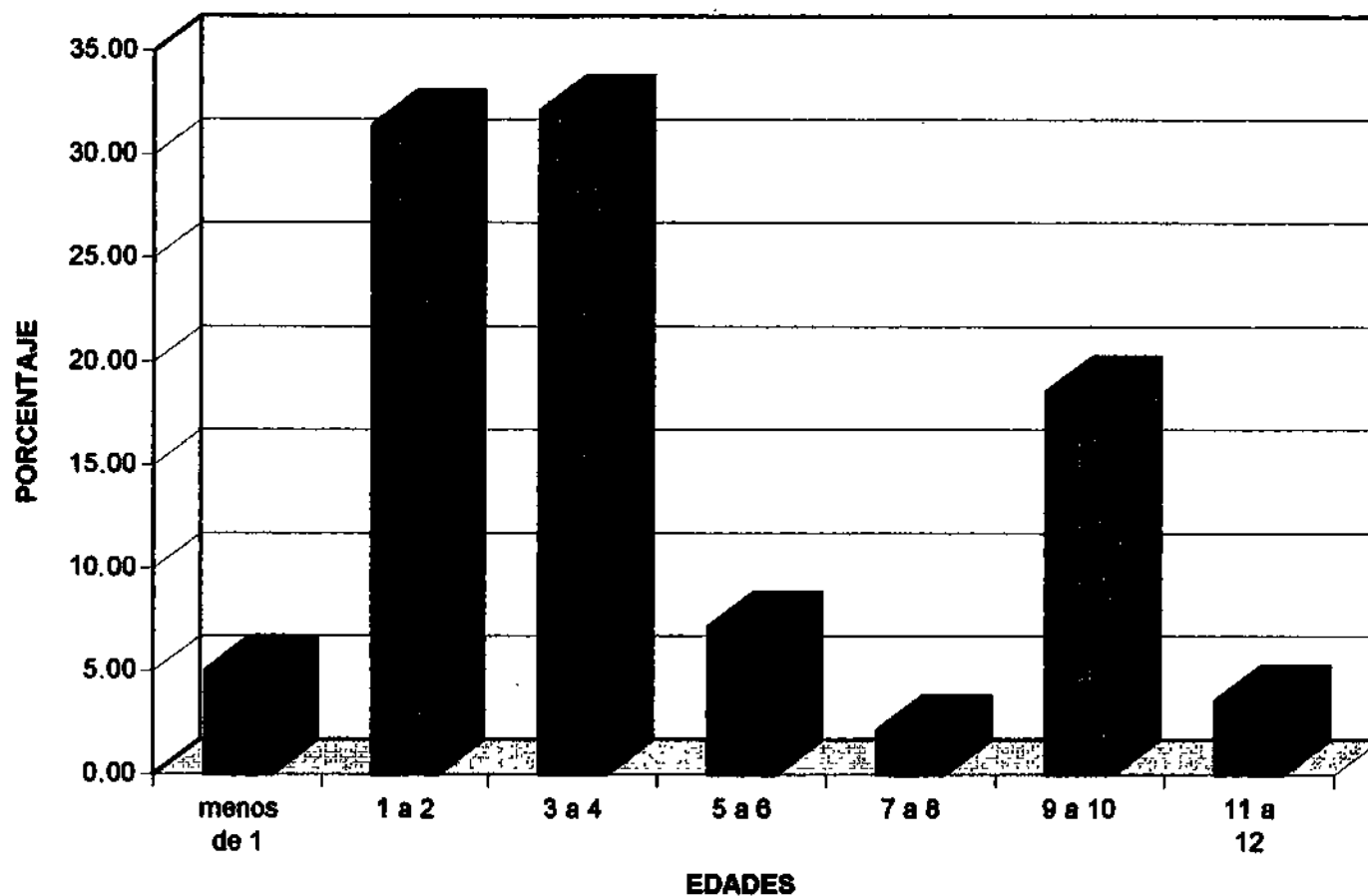
Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la clínica de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

La evaluación de la calidad de atención, basándose en los resultados de la misma, puede ser inadecuada, ya que los resultados no dependen sólo de la atención recibida sino también de las características demográficas, sociales y económicas de los usuarios.

En este cuadro, se puede observar que las mayores proporciones de niños que asisten a los controles de crecimiento y desarrollo, se ubican en los grupos de edades de uno a dos meses (31.43%), de tres a cuatro meses (32.14%) y en orden de importancia decreciente, en la edad de nueve a diez meses (18.57).

Confrontando esa distribución con el esquema de controles por edad, establecidos en las normas, se destaca que es coincidente con las citas de vacunación; la coincidencia se debe al azar y no es indicativo de que las madres o tutores subestimen la importancia del resto de las actividades que se brindan en los otros controles.

FIG. 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN MESES DE EDAD REGIÓN METROPOLITANA, ENERO A JUNIO DE 1996.



Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo en los Centros de Salud de la Región Metropolitana

Cuadro III. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN GRUPO DE EDADES, REGIÓN METROPOLITANA: ENERO - JUNIO DE 1996.

Edad en Años	Familiar	
	Total	Porcentaje
TOTAL	140	100.00
Menos de 15	2	1.43
15 - 19	32	22.86
20 - 24	46	32.86
25 - 29	33	23.57
30 - 34	19	13.57
35 - 39	3	2.14
40 - 44	3	2.14
60 - 64	2	1.43

Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la clínica de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

La Epidemiología reconoce que la distribución de los fenómenos de salud constituye una fuente de información con vistas a precisar su etiología. No obstante, para efecto de esta investigación, el conocimiento de esta variable guarda relación con el interés de determinar el grado de juventud o madurez de la persona responsable de llevar al niño a sus controles y brindarle los cuidados pertinentes.

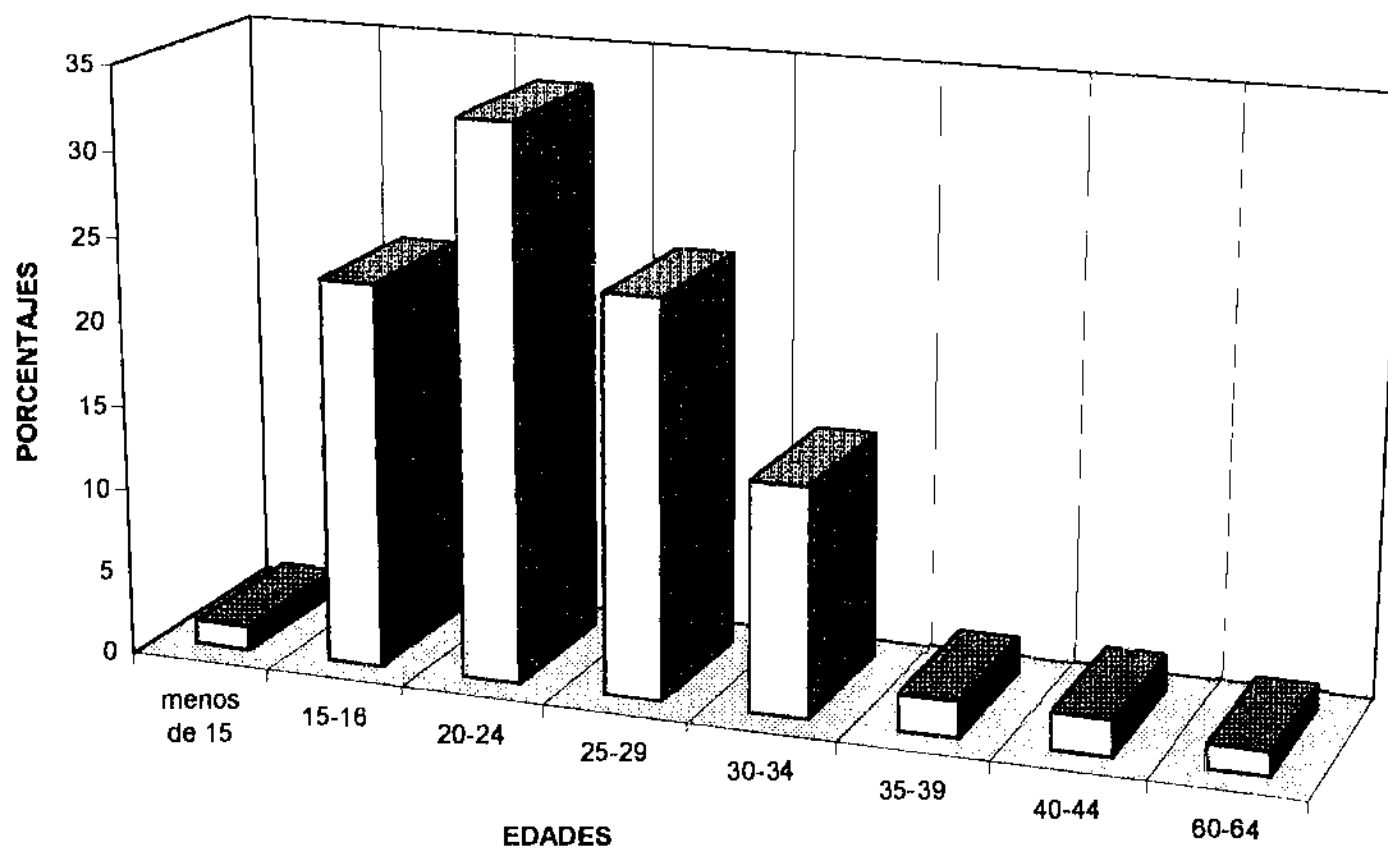
Según los datos del cuadro los tutores o familiares cuentan con edades comprendidas entre menos de 15 años a 64 años, siendo la mediana 23.9 años.

Aún cuando no se consigna la información, el 100 % de los tutores o familiares pertenecen al sexo femenino y, de ellas, el 90% son las madres biológicas de los niños que llevan al control.

Los datos relacionados con la estructura por edad de la fecundidad de la mujer panameña, a nivel nacional, señala Contraloría (1991) que la mayor fecundidad corresponde al grupo de 20-24 años (madres jóvenes adultas), en segundo lugar, destaca el grupo de madres adolescentes (menos de 20 años) y, en tercer lugar, las madres adultas (25-29 años).

Esa estructura por edad es similar a la presentada en el cuadro III, específicamente en los cuatro primeros grupos y, la importancia de la misma radica en el hecho de que la relativa juventud del conjunto de tutores constituye un indicador o factor determinante de una actitud altamente favorable en relación a la información y orientación que se brinde en beneficio del crecimiento físico y la salud del niño.

FIG. 5 DISTRIBUCION DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LAS CLINICAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGUN GRUPO DE EDADES. REGION METROPOLITANA. ENERO-JUNIO DE 1996



Fuente: Encuestas a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana

Cuadro IV. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Instrucción	Total	Porcentaje
TOTAL	140	100.00
Primaria	31	22.14
1 - 3	2	1.43
4 - 6	29	20.71
Secundaria	101	72.14
1 - 3	57	40.71
4 - 6	44	31.43
Algún año Universitario	8	5.71

Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

El nivel de instrucción de la madre tiene un mayor significado que el del padre en la epidemiología de la enfermedad de la primera infancia. Entre mayor sea el nivel de instrucción, es de esperarse una mejor captación y puesta en práctica de las orientaciones recibidas en cuanto el manejo y cuidado del niño en el hogar, tendiente a asegurar un adecuado nivel de desarrollo y de salud.

En cuanto al nivel de instrucción, los datos del cuadro, señalan que el 72.14% de los tutores, cuentan con instrucción de nivel secundario, 22.14% con instrucción primaria y el resto, con algún año universitario. El promedio de años aprobados por el conjunto es de 9.1 años, siendo igual al obtenido por las cifras censales de 1990, referido al distrito de Panamá y referido a los grupos de edades considerados en la Contraloría General de la República.

Cuadro V. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, POR INSTALACIÓN UTILIZADA, SEGÚN CORREGIMIENTO DE PROCEDENCIA, EN LA REGIÓN METROPOLITANA: ENERO-JUNIO DE 1996.

Corregimiento de Procedencia	Total	Instalación Utilizada	
		Su propio Corregimiento	De otro Corregimiento del área
TOTAL	140	103	37
Porcentaje	100.00	73.6	26.4
San Felipe	7	7	0
El Chorrillo	10	7	3
Santa Ana	6	6	0
Calidonia	11	10	1
Curundú	10	9	1
Pueblo Nuevo	5	5	0
San Francisco	10	9	1
Parque Lefevre	9	8	1
Río Abajo	7	7	0
Tocumen	20	15	5
Tocumen	9	6	3
Mañanitas	11	9	2
Pacora (24 de Diciembre) 1/	3	3	0
Veracruz	10	10	0
Betania	1	0	1
Juan Díaz	1	0	1
Pacora 2/	10	0	10
San Martín	1	0	1
Distrito San Miguelito	5	0	5
Distrito Arraján	6	0	6

1/ Parte del Corregimiento de Pacora

2/ Resto del Corregimiento de Pacora

Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

Este estudio está referido a 14 centros de salud del área metropolitana, ubicados en 13 corregimientos (el corregimiento de Tocumen cuenta con dos centros de salud: Tocumen y Mañanitas). Con excepción de Veracruz, el 92.8%

de los centros estaban situados en áreas denominadas urbanas.

En epidemiología, son frecuentes los estudios sobre el medio urbano y rural, estableciendo diferencias entre áreas, tales como concentraciones de servicios sociales y económicos (escuelas, transporte colectivo, instalaciones sanitarias, viviendas, empleo e industria) y factores de riesgo asociados (contaminación ambiental, violencia urbana, etc.).

La variable sobre corregimiento de procedencia o residencia tenía como objetivo inmediato determinar el grado de utilización de los servicios que brinda el centro de salud a su población de referencia, por parte de los usuarios.

Al respecto, los datos del cuadro muestran que el 73.6% de los tutores utilizan los servicios del centro de salud situado en su corregimiento de residencia, en tanto que el 26.4% restante utiliza los servicios de los centros de salud ubicados en corregimientos fuera de su lugar de residencia e, incluso, fuera del área metropolitana (distritos de San Miguelito, Arraiján, corregimientos de Pacora y San Martín).

Los datos estarían señalando que existen algunos factores, no precisados en este estudio, limitantes de la accesibilidad a los servicios de salud, tanto del área objeto de estudio como de las áreas circunvecinas.

Cuadro VI. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, POR NÚMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR, SEGÚN INGRESO FAMILIAR MENSUAL, EN LA REGIÓN METROPOLITANA: ENERO - JUNIO DE 1996.

Ingreso Familiar Mensual (E.)	Total		Número de Miembros en el Hogar									
			3		4		5		6-7		8 y más	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
TOTAL	140	100.00	37	26.43	38	27.14	28	20.00	22	15.71	15	10.71
Menos de 100	15	10.71	4	2.86	3	2.14	0	0	6	4.28	2	1.43
100 a 149	25	17.86	5	3.57	7	5.00	6	4.28	5	3.57	2	1.43
150 a 199	25	17.86	11	7.86	5	3.57	4	2.86	1	0.71	4	2.86
200 a 249	20	14.28	4	2.86	5	3.57	8	5.71	2	1.43	1	0.71
250 a 299	10	7.14	2	1.43	3	2.14	2	1.43	2	1.43	1	0.71
300 a 349	12	8.57	3	2.14	6	4.28	1	0.71	1	0.71	1	0.71
350 a 399	10	7.14	4	2.86	5	3.57	0	0	0	0	1	0.71
400 a 499	7	5.00	4	2.86	1	0.71	2	1.43	0	0	0	0
500 y más	9	6.43	0	0	0	0	4	2.86	3	2.14	2	1.43
Nb Declarado	7	5.00	0	0	3	2.14	1	0.71	2	1.43	1	0.71
Mediana	213.75		193.18		245		228.13		175		193.75	

Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, de los centros de Salud de la Región Metropolitana.

La familia constituye uno de los temas de mayor interés en los estudios epidemiológicos. Se trata de un conjunto de individuos ligados por un patrimonio genético y que comparten un ambiente íntimo. Los hábitos culturales, las tradiciones, las costumbres alimenticias, la higiene, los intereses, las motivaciones profesionales, etc., están en gran parte, influidos por la familia.

Asimismo, la concentración de individuos en las familias numerosas puede facilitar la propagación entre ellos de enfermedades contagiosas, debido al hacinamiento (número de personas por habitación, contacto íntimo, etc.).

La dimensión económica, o sea el ingreso familiar en un período señalado, es un factor determinante para el nivel de vida de los miembros del grupo familiar, particularmente en cuanto a las posibilidades de alimentación y de vivienda.

En relación a la dimensión familiar, en el cuadro se muestra que el 46.42% de los tutores provienen de familias extendidas (cinco miembros o más). El ingreso familiar mensual varía desde menos de B/.100.00 hasta B/.500.00 ó más.

La mediana de ingreso familiar mensual es de B/.213.75, cifra por debajo del costo de la canasta básica familiar, estimada en B/.250.00 por familia con cinco miembros, en la región metropolitana, en 1996.

La mayor mediana de ingreso corresponde a la familia con cuatro miembros y a partir de ésta, a medida que aumenta el número de miembros en la unidad familiar los ingresos tienden a decrecer, acentuándose la incapacidad para satisfacer sus necesidades básicas y, por ende, el bienestar.

Cuadro VII. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN OCUPACIÓN, REGIÓN METROPOLITANA: ENERO - JUNIO DE 1996.

Ocupación	Familiar	
	Total	Porcentaje
TOTAL	140	100.00
Trabajan	17	12.14
Profesionales - Técnicos	1	0.71
Empleados de Oficina	3	2.14
Vendedores	4	2.86
Servicios personales	9	6.43
No tienen trabajo remunerado	123	87.86
Amas de casa	119	85.00
Estudiantes	4	2.86

Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

Los datos relacionados con la ocupación de los tutores, que se muestran en el cuadro anterior, señalan una baja proporción de familiares con empleos remunerados, 12.4%, y, dentro de ese grupo, destacan ocupaciones con escasa remuneración, como lo son los servicios personales (planchadora, trabajadora manual, vendedor ambulante, etc.).

En cuanto al grupo que no tiene un trabajo remunerado, sobresalen las amas de casa con un 85% y, en menor medida, 2.86% de estudiantes. Si bien la falta de empleo remunerado tiene limitaciones en cuanto a contribuir al ingreso económico del hogar, tiende a favorecer el cumplimiento con las citas de control

del niño por el tutor que no tiene las limitaciones de horario impuestas por el desempeño de un empleo remunerado.

Cuadro VIII. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, POR EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA, SEGÚN TIEMPO UTILIZADO PARA LLEGAR AL CENTRO DE SALUD, EN LA REGIÓN METROPOLITANA: ENERO-JUNIO DE 1996.

Tiempo Medio (Minutos)	Total		Primera Vez			
	No.	%	SI		NO	
			No.	%	No.	%
TOTAL	140	100.00	25	17.86	115	82.1
2 - 10	53	37.9	8	5.7	45	32.1
11 - 20	38	27.1	11	7.9	27	19.3
21 - 30	30	21.4	4	2.9	26	18.6
31 - 40	2	14.3	-	-	2	1.4
41 - 59	4	2.9	-	-	4	2.9
60 - 120	13	9.3	2	1.4	11	7.9

Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

En el cuadro se señala que el 17.86% de los tutores de los usuarios, utilizan el servicio de control de crecimiento y desarrollo por primera vez, en tanto que el 82.14% son clientes habituales. Esa frecuencia de utilización guarda estrecha relación con la edad del niño encuestado, según normas de citas.

En relación al tiempo que utilizan para movilizarse desde su residencia al Centro de Salud respectivo, varía desde 2 minutos a 2 horas, siendo el promedio de alrededor de 23 minutos de transporte. Es necesario destacar que el 12.14% de tutores que mencionaron entre 41 minutos a 2 horas de viaje por

llegar a su centro de atención, no constituye un indicador de inaccesibilidad de servicio, sino más bien, ese tiempo se refiere a usuarios que provienen de áreas periféricas (distrito de Arraiján, corregimiento de Pacora, corregimiento de San Martín) que, al no querer utilizar los servicios de salud de sus áreas de referencia, optan por acudir a los Centros del Región Metropolitana.

Cuadro IX. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN MEDIO DE INFORMACIÓN Y TEMA UTILIZADO POR LA ENFERMERA PARA ORIENTARLOS, EN LOS CENTROS DE SALUD. REGIÓN METROPOLITANA: ENERO - JUNIO DE 1996.

Medio de Información	Familiar	
	Total	Porcentaje
Medio de Información 1/	140	100.00
Entrevistas	112	0.71
Charlas	47	2.14
Folletos	31	2.86
Volantes	30	6.43
Mural Informativo	9	
Ninguno	4	
Tema de Orientación 1/	140	100.00
Citas de control	139	99.28
Vacunas	34	95.71
Alimentación	128	91.43
Habilidades y desarrollo del niño	121	86.43

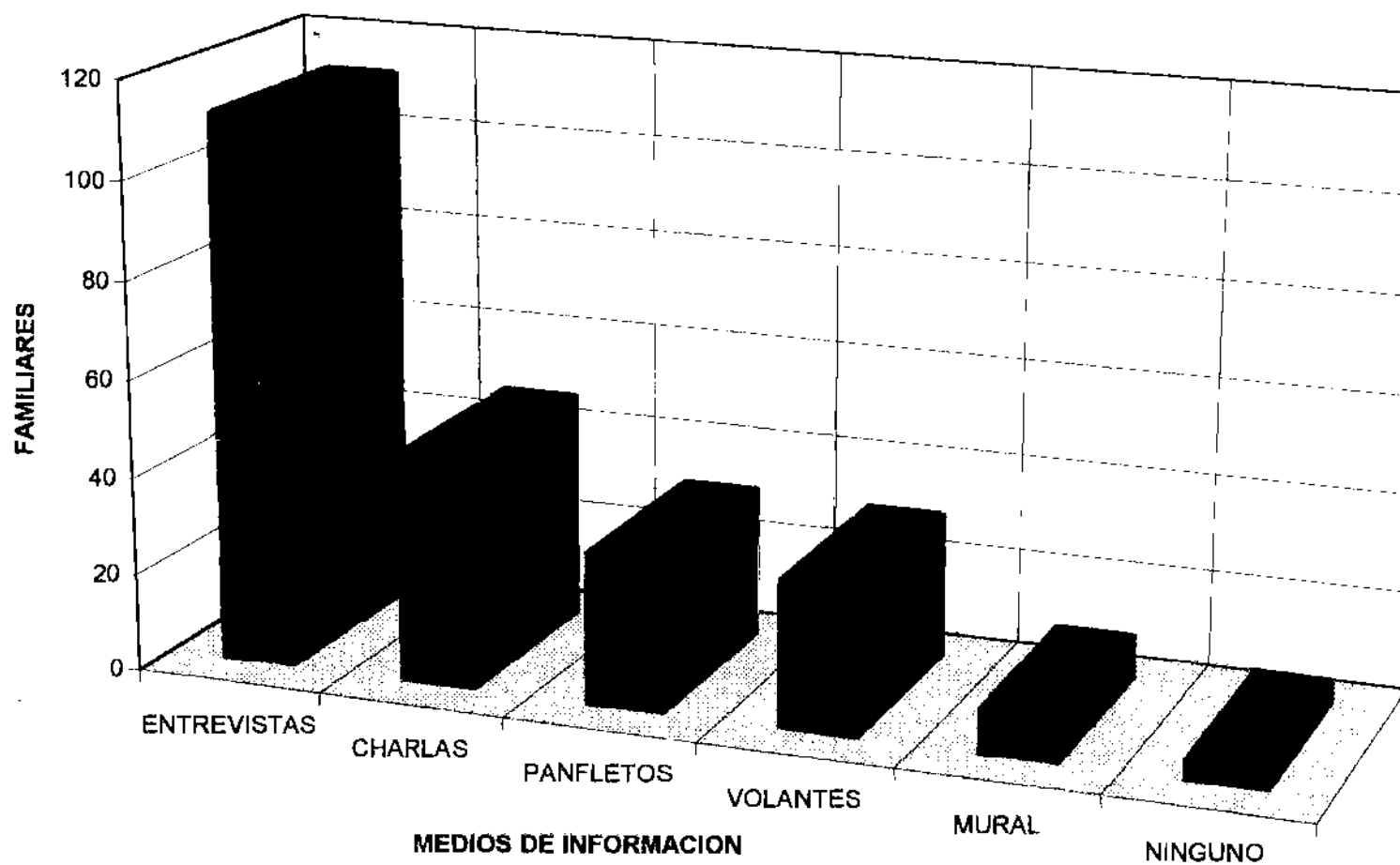
1/ Se refiere a la frecuencia con que fue mencionado cada medio o tema.

Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

La entrevista directa y las charlas constituyeron el medio para la relación interpersonal enfermera-cliente. Los medios escritos aparecen ocupando categorías de utilización menos importantes. No obstante, un 2.86% de los tutores manifestaron que la enfermera no se comunicó con ellos.

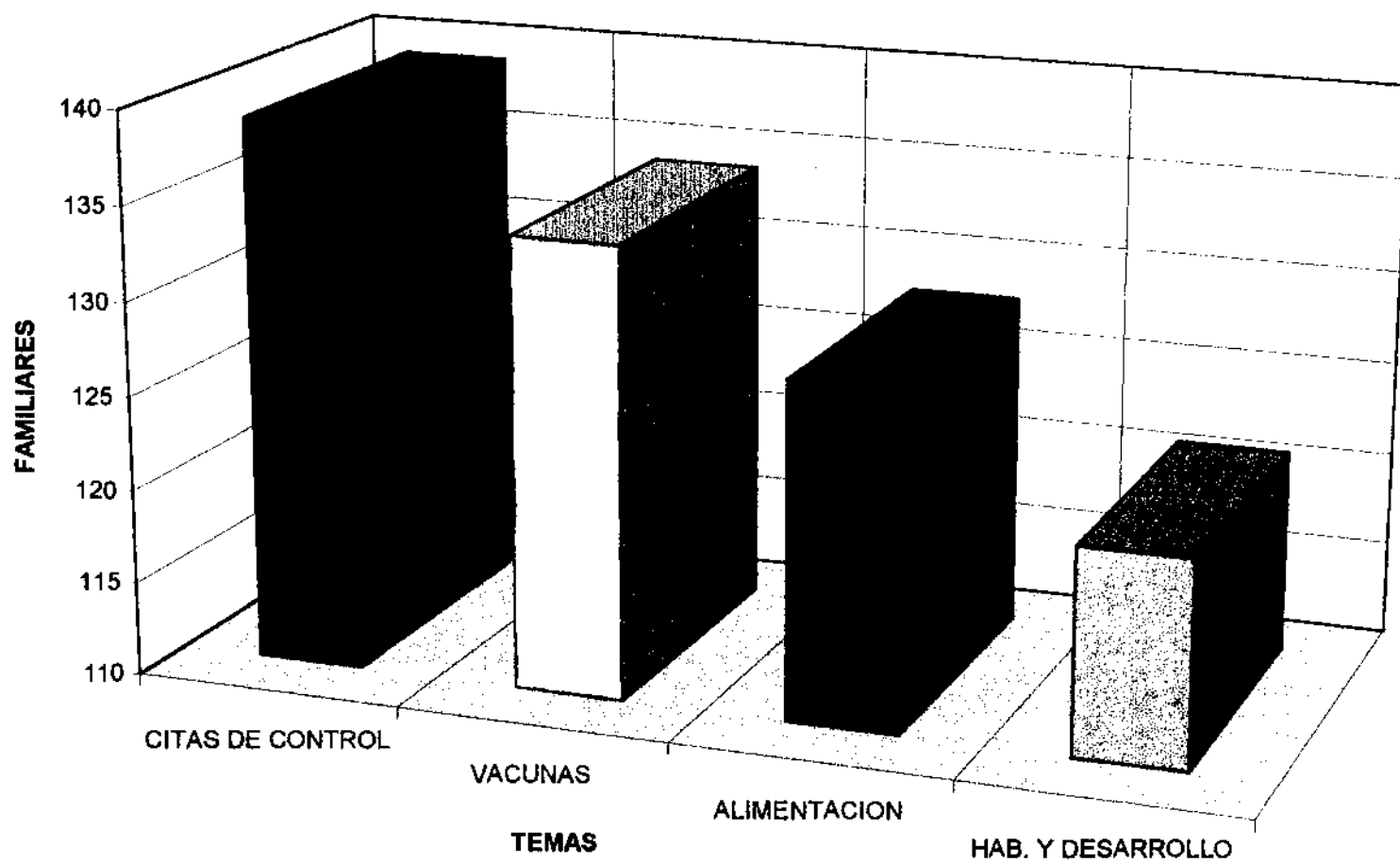
En cuanto al tema tratado, la orientación se aboca principalmente a las citas de control y de vacunación, en tanto que los aspectos de orientación en relación a la alimentación y las habilidades y desarrollo del niño, aparecen ocupando una alta proporción de importancia, de acuerdo con la opinión del tutor del usuario.

FIG. 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGUN MEDIO DE INFORMACION UTILIZADO POR LA ENFERMERA, REGION METROPOLITANA, ENERO-JUNIO 1996.



Fuente: Encuestas a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana

FIG. 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLINICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGUN TEMAS DE ORIENTACIÓN REGIÓN METROPOLITANA, ENERO-JUNIO 1996



Fuente: Encuestas a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, de los Centros de Salud. Región Metropolitana

Cuadro X. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN OPINIÓN QUE LE MERECE LA COMODIDAD DE LA SALA DE ESPERA DE LOS CENTROS DE SALUD, REGIÓN METROPOLITANA: ENERO - JUNIO DE 1996.

Opinión	Familiar	
	Total	Porcentaje
La sala de espera es cómoda	140	100.00
Sí	36	25.71
No 1/	104	74.29
pocas sillas	57	40.71
calurosa	38	27.14
estrecha, pequeña	30	21.43
demasiado grande	12	8.57
incómoda	7	5.00
silla incómoda	5	3.57
mucho ruido	4	2.86
desaseado	2	1.43
baños en mal estado	1	0.71
no hay fuente de agua	1	0.71
el techo se cae	1	0.71

1/ Se refiere a la frecuencia con que se menciona cada aspecto.

Fuente: Encuesta a familiar de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

La infraestructura y mobiliario de las salas de espera de los centros de salud involucrados en este estudio no se adecúan a la demanda de los usuarios debido a que, en primera instancia, el número de clientes supera con creces a la capacidad del espacio y, en segundo lugar, el mobiliario es poco e incómodo y el ambiente físico caluroso, ruidoso y desaseado. Esta es la opinión

sustentada por el 74.29% de los clientes, respecto a las salas donde debían esperar para ser atendidos.

Este ambiente inadecuado causa agotamiento y fatiga tanto en los niños como en los familiares, lo que puede llevar a inasistencia al programa y a los demás servicios que se prestan.

Cuadro XI. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN OPINIÓN QUE LE MERECE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS CENTROS DE SALUD EN LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Opinión sobre la atención	Familiar	
	Total	Porcentaje
TOTAL	140	100.00
Excelente	12	8.57
Atienden bien	6	4.28
Buen trato y comunicación	2	1.43
Buena educación, información sobre el cuidado del niño	1	0.71
No específica	3	2.14
Buena	100	71.43
Atienden bien	32	22.86
Buena educación, información sobre el cuidado del niño	22	15.71
Buen trato y comunicación	6	4.28
Tienen los recursos, los medicamentos y vacunas necesarias	3	2.14
No específica	37	26.43
Regular	28	20.00
Demora para la atención	18	12.86
Trato y comunicación deficiente	5	3.57
No específica	5	3.57

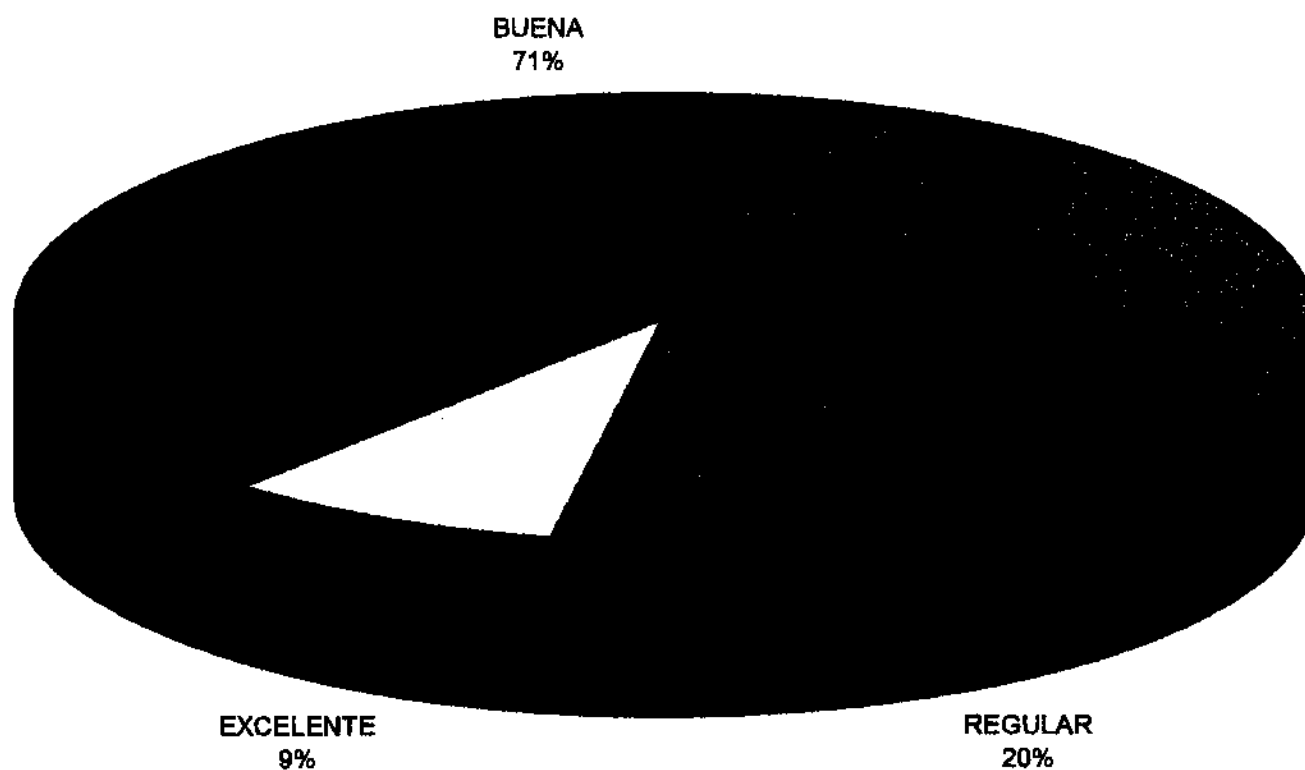
Fuente: Encuesta a familiar de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

Según se muestra en el cuadro, el 80% de los tutores señalaron que la atención de enfermería que recibieron era excelente o buena, debido al trato, la orientación recibida en cuanto al cuidado del niño y la vacunación; en tanto que un 20% la considera regular, en primera instancia, por la demora en la

atención y, en segundo lugar, debido al trato y la comunicación deficiente.

Es importante destacar que la opinión dada por los familiares refleja primordialmente cómo se sienten en cuanto a la relación interpersonal enfermera - usuario.

FIG. 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE CLINICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN OPINIÓN QUE LE MERECE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS CENTROS DE SALUD, REGIÓN METROPOLITANA, ENERO-JUNIO 1996.



Fuente: Encuestas a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud. Región Metropolitana

Cuadro XII. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS TUTORES POR LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SUS NIÑOS, SEGÚN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO-JUNIO 1996.

Centro de Salud	Grado de satisfacción (X1)	
	n = 9	Indice n= 100.00
1	7.5	83.3
2	8.0	88.9
3	6.7	74.4
4	6.2	68.9
5	8.0	88.9
6	7.2	80.0
7	7.5	83.3
8	7.4	82.2
9	7.6	84.4
10	5.6	62.2
11	7.7	85.6
12	6.8	75.6
13	6.7	74.4
14	6.8	75.6
	$\bar{x}_1 =$	79.12
	$s_x =$	7.68
	$cv_x =$	9.71

Fuente: Encuesta a los familiares de los usuarios de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

Los datos debidamente sistematizados, que se muestran en el cuadro anterior, nos permiten observar que el índice del grado de satisfacción de los usuarios varía desde 62.2, satisfacción apenas regular, a 88.9, índice

representativo de muy buena satisfacción. El índice global promedio es de 79.12 con una desviación estándar de 7.68 puntos.

Resumiendo los índices, en la escala dual que utilizamos en esta investigación, podemos verificar la siguiente distribución de frecuencia: En dos Centros se obtuvo un índice muy bueno (14.28%); buena satisfacción en ocho Centros (57.14%) y, en cuatro Centros, los usuarios tienen un grado de satisfacción regular (28.57%).

Los aspectos determinantes del bajo grado de satisfacción de algunos tutores guardan relación con aspectos de las actividades propias del proceso de atención de enfermería y de la organización, entre las que podemos mencionar las siguientes:

- La espera prolongada para ser atendidos.
- El horario de clínica inadecuado.
- Citas otorgadas y no reciben la atención.
- Insatisfacción en el tiempo utilizado en la atención que se le brinda al niño.

Cuadro XIII. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO (TUTOR), SEGÚN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA: ENERO-JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Índice	
	Grado de Satisfacción	Calidad de Atención
	X1	Y
1	83.3	88.0
2	88.9	88.0
3	74.4	71.5
4	68.9	71.5
5	88.9	88.0
6	80.0	77.0
7	83.3	82.5
8	82.2	82.5
9	84.4	71.5
10	62.2	66.0
11	85.6	82.5
12	75.6	71.5
13	74.4	71.5
14	75.6	82.5

Fuente : Cuadros I y XII.

Hipótesis : $H_0 : P = 0$

$H_a : P \neq 0$

Nivel de significación $\alpha = .05$

Criterio : $r_{.025, 14gl} = .532$

r calculada = .8010



Decisión estadística : Como el r calculado excede el punto crítico : $r_c > r_{.025, 14gl}$, se rechaza la hipótesis nula H_0 y, se concluye que existe una correlación significativa entre el grado de satisfacción del usuario y la calidad de atención.

Cuadro XIV. CALIDAD DE ATENCIÓN, SEGÚN GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO (TUTOR), DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA: ENERO - JUNIO DE 1996.

Grado de Satisfacción	Total	Calidad de Atención	
		Buena	Regular
Total	14	8	6
Buena	10	8	2
Regular	4	0	4

Fuente : Cuadros I y XII.

Ho: No hay asociación entre calidad de atención y el grado de satisfacción del usuario.

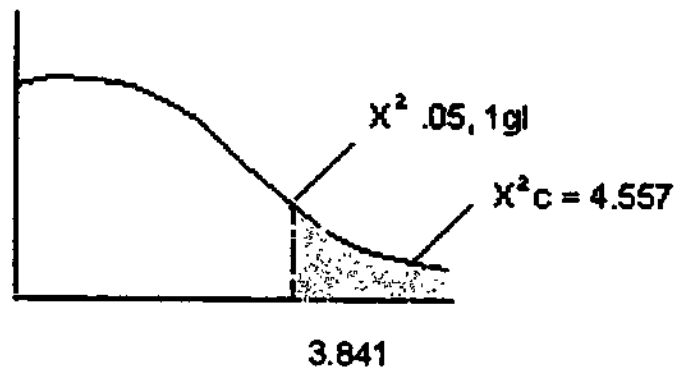
Ha: Hay asociación entre la calidad de atención y el grado de satisfacción del usuario.

Nivel de significación: $\alpha = .05$

Criterio: Rechazar la hipótesis nula Ho, si $X^2 > 3.841$, valor de $X^2_{.05}$, para un grado de libertad, donde:

$$X^2 = \sum \frac{(O-e)^2}{e}$$

Cálculo: $X^2 = 4.557$



Decisión estadística:

Como X^2 excede el valor crítico 3.84, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay una asociación entre la calidad de atención y el grado de satisfacción del usuario estadísticamente significativa.

Los cuadros anteriores nos muestran la relación altamente significativa entre el grado de satisfacción de los usuarios y la calidad de atención. Lo cual nos indica que los servicios brindados a los lactantes menores en los centros, es de impacto para los usuarios y tutores.

Los datos antes presentados resaltan la importancia de la evaluación de la satisfacción de los usuarios que nos aporta un elemento de juicio para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención, que radunden en calidad y eficiencia de los cuidados ofrecidos por los profesionales de enfermería.

Cuadro XV. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, SEGÚN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Índice	
	Organización de los Servicios	Calidad de Atención
	X2.1	Y1
1	84.38	88.0
2	84.38	88.0
3	71.88	71.5
4	71.88	71.5
5	84.38	88.0
6	81.25	77.0
7	84.38	82.5
8	84.38	82.5
9	81.25	71.5
10	87.50	66.0
11	90.62	82.5
12	71.88	71.5
13	71.68	71.5
14	81.25	82.5

Fuente : Anexo 5

Hipótesis : $H_0 : P = 0$

$H_a : P \neq 0$

Nivel de significación $\alpha = .05$

Criterio : $r_{.025, 14gl} = .532$

$r_{calculada} = .5373$



Decisión estadística : Como el coeficiente de correlación (r) calculado excede el punto crítico: $rc > r_{.025, 14gl}$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una correlación significativa entre la organización de los servicios y la calidad de atención de enfermería.

Cuadro XVI. CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA: ENERO - JUNIO DE 1996.

Organización de los Servicios	Total	Calidad de Atención	
		Buena	Regular
Total	14	8	6
Buena	10	8	2
Regular	4	0	4

Fuente : Anexo 5.

Ho: No hay asociación entre la calidad de atención y la organización de los servicios.

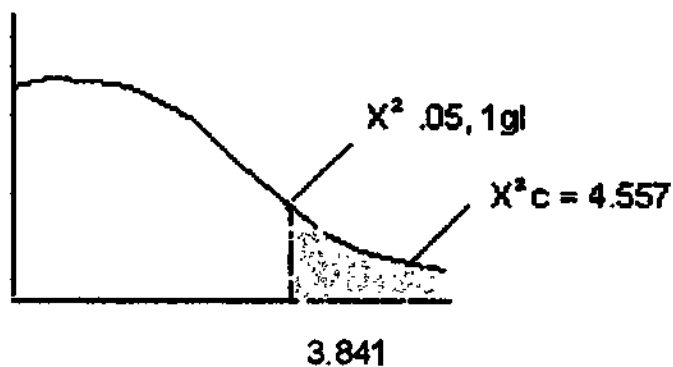
Ha: Hay asociación entre la calidad de atención y la organización de los servicios.

Nivel de significación: $\alpha = .05$

Criterio: Rechazar la hipótesis nula Ho, si $X^2 > 3.841$, valor de $X^2_{.05}$, para un grado de libertad, donde:

$$X^2 = \sum \frac{(O-e)^2}{e}$$

Cálculo: $X^2 = 4.557$



Decisión estadística:

El X^2 calculado excede el valor crítico, 3.841 por lo cual, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de atención y la organización de los servicios.

En los cuadros antes presentados se resalta cómo la variable Organización de los Servicios influye de manera notable en la Calidad de Atención, hecho que confirma nuestra hipótesis que dice: "Existe una relación directa entre la estructura (organización de los servicios) y la Calidad de Atención brindada al niño menor de un año."

Es importante destacar que la correlación existente es significativa, ya que indica que una buena Calidad de Atención depende de una buena organización, la cual permite desarrollar criterios en cuanto a los resultados del cuidado a los pacientes y controlar el programa general para la buena asistencia. Esto lo corroboran Koontz, H. y O' Donell, C. (1991) al decir que la organización es la agrupación de actividades necesarias para lograr objetivos y la provisión de coordinación horizontal y vertical en la estructura.

En relación a la Organización de los Servicios 10 de las instituciones estudiadas (71%) obtuvieron una evaluación buena y cuatro (29%) una regular ; entre los factores que contribuyen a esta evaluación destacan: falta de accesibilidad al organigrama, falta de manuales de descripción de puestos, poca realización de investigaciones, en algunas instituciones no existe

programa de charlas periódicas a padres y los historiales clínicos no actualizados.

Cuadro XVII. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LOS RECURSOS HUMANOS, SEGÚN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Índice	
	Recurso Humano	Calidad de Atención
	X2.2	Y1
1	85.71	88.0
2	71.43	88.0
3	71.43	71.5
4	71.43	71.5
5	85.71	88.0
6	78.57	77.0
7	85.71	82.5
8	85.71	82.5
9	85.70	71.5
10	71.43	66.0
11	85.71	82.5
12	71.43	71.5
13	71.43	71.5
14	78.51	82.5

Fuente : Anexo 5

Hipótesis : $H_0 : P = 0$
 $H_a : P \neq 0$
 Nivel de significación $\alpha = .05$
 Criterio : $r_{.025, 14gl} = .532$
 r calculada = .5849



Decisión estadística : Como el coeficiente de correlación (r) calculado excede el punto crítico : $r_c > r_{.025, 14gl}$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una correlación significativa entre los recursos humanos y la calidad de atención de enfermería.

Cuadro XVIII. CALIDAD DE ATENCIÓN, SEGÚN LOS RECURSOS HUMANOS, EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Recursos Humanos	Total	Calidad de Atención	
		Buena	Regular
Total	14	8	6
Buena	8	7	1
Regular	6	1	5

Fuente : Anexo 5

Ho: No hay asociación entre la calidad de atención y los recursos humanos.

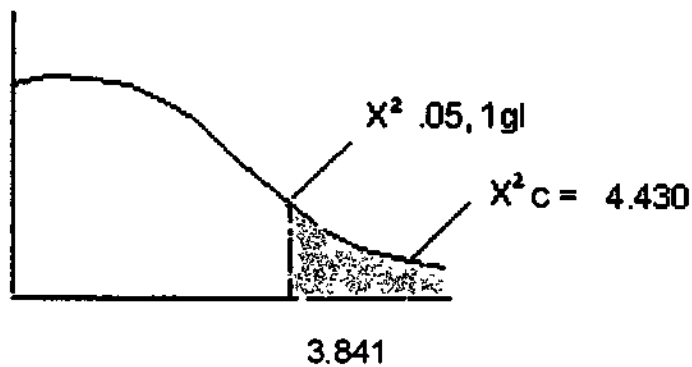
Ha: Hay asociación entre la calidad de atención y los recursos humanos.

Nivel de significación: $\alpha = .05$

Criterio: Rechazar la hipótesis nula Ho, si $X^2 > 3.841$, valor de $X^2_{.05}$, para un grado de libertad, donde:

$$X^2 = \sum \frac{(O-e)^2}{e}$$

$$X^2 = 4.430$$



Decisión estadística:

Al superar el X^2 calculado al valor crítico de X^2 .05, se observa una asociación estadísticamente significativa; entre las variables consideradas se descarta la H_0 y se acepta la H_a .

La información de los cuadros nos dan resultados que evidencian la relación estadísticamente significativa entre las variables Recursos Humanos y Calidad de Atención, lo que corrobora la hipótesis de trabajo "existe una relación directa y significativa entre los recursos humanos y la calidad de atención."

Al respecto, podemos decir que el funcionamiento y producción de la empresa depende, en su mayor parte, de la organización humana, que es uno de los elementos más importantes y cuyas características repercuten, en gran manera, en el logro de los objetivos planeados, y por ende, en la calidad de atención.

La atención recibida por los lactantes menores, en el Control de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana, está influida por las características y funciones del personal de enfermería que tiene a su cargo dicho programa. Aunque, en algunas de estas instituciones, la estructura de personal profesional es insuficiente y, en ocasiones, la dualidad de funciones le impide ejercer un control más objetivo de la calidad de los servicios que se prestan ; hecho que fue uno de los factores que incidió en que el 42% de dicho personal obtuviese una evaluación regular.

Cuadro XIX. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, SEGÚN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Índice	
	Infraestructura y Recurso Material	Calidad de Atención
	X2.3	Y1
1	96.88	88.0
2	81.25	88.0
3	65.62	71.5
4	71.88	71.5
5	90.62	88.0
6	87.50	77.0
7	75.00	82.5
8	93.75	82.5
9	84.38	71.6
10	71.88	66.0
11	84.38	82.5
12	71.88	71.5
13	71.88	71.5
14	84.38	82.5

Fuente : Anexo 5

Hipótesis : $H_0 : P = 0$

$H_a : P \neq 0$

Nivel de significación $\alpha = .05$

Criterio : $r_{.025, 14gl} = .532$

r calculada = .7240



Decisión estadística : Como el coeficiente de correlación (r) calculado excede el punto crítico : $r_c > r_{.025, 14gl}$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una correlación significativa entre la infraestructura física y la calidad de atención.

Cuadro XX. CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN INFRAESTRUCTURA FÍSICA, EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Infraestructura Física	Total	Calidad de Atención	
		Buena	Regular
Total	14	8	6
Buena	9	8	1
Regular	5	0	5

Fuente : Anexo 5.

Ho: No existe relación entre la infraestructura física y la calidad de atención.

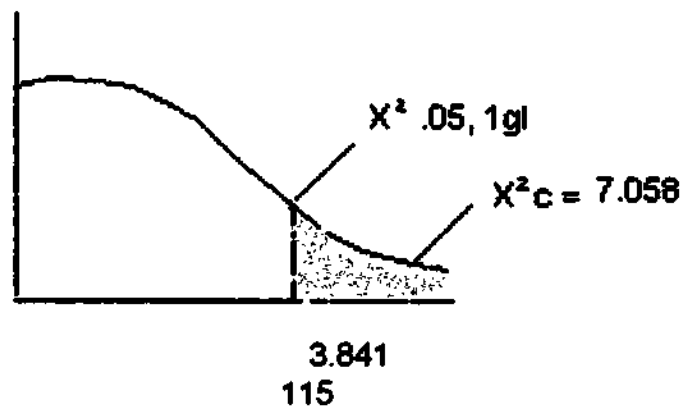
Ha: Hay asociación entre la calidad de atención y la infraestructura física.

Nivel de significación: $\alpha = .05$

Criterio: Rechazar la hipótesis nula Ho, si $X^2 > 3.841$, valor de $X^2_{.05}$, para un grado de libertad, donde:

$$X^2 = \frac{\sum(O-e)^2}{e}$$

Cálculo : $X^2 = 7.058$



Decisión estadística:

El X^2 calculado cae en la región de rechazo de la hipótesis nula ; se concluye que hay una asociación estadísticamente significativa entre la infraestructura física y la calidad de atención.

Arndt, C. y Huckabay, L. (Op. Cit.) afirman que el ambiente físico tiene efecto en el personal y los clientes . Es importante indicar que esta variable en un 35.71% (cinco centros) fue evaluada como regular y que factores como : paredes con decoración inadecuada, ambiente de trabajo inconveniente, insuficiente equipo y salas de espera calurosas y pequeñas fueron los que contribuyeron mayormente a dicha evaluación. Por lo tanto, los datos presentados en los cuadros anteriores nos permiten afirmar que la infraestructura influye notablemente en la calidad de atención de enfermería brindada a los lactantes menores.

Además, la estructura física desempeña una función de apoyo pues se constituye en el marco físico de las actividades de atención y, conjuntamente con los recursos materiales y humanos, facilitan la atención de los clientes o población demandante.

Lo antes expuesto nos reafirma y comprueba la hipótesis de independencia: "Existe una asociación entre la calidad de atención y la estructura física".

Cuadro XXI. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE ESTRUCTURA, SEGÚN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO-JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Índice	
	Estructura	Calidad de Atención
	X2	Y1
1	89.74	88.0
2	80.77	88.0
3	69.23	71.5
4	71.79	71.5
5	87.18	88.0
6	83.33	77.0
7	80.77	82.5
8	88.46	82.5
9	83.33	71.5
10	78.20	66.0
11	87.18	82.5
12	71.79	71.5
13	71.79	71.5
14	82.05	82.5

Fuente : Anexo 5

Hipótesis : $H_0 : P = 0$

$H_a : P \neq 0$

Nivel de significación $\alpha = .05$

Criterio : $r_{.025, 14gl} = .532$

r calculada = $.7208$



Decisión estadística : Como el coeficiente de correlación (r) calculado es mayor al punto crítico : $rc > r_{.025, 14gl}$, se rechaza la hipótesis nula H_0 , concluyéndose que existe una correlación significativa entre la estructura y la calidad de atención.

Cuadro XXII. CALIDAD DE ATENCIÓN, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE ESTRUCTURA, EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Estructura	Total	Calidad de Atención	
		Buena	Regular
Total	14	8	6
Buena	10	8	2
Regular	4	0	4

Fuente : Anexo 5.

Ho: No existe relación entre la calidad de atención y la estructura.

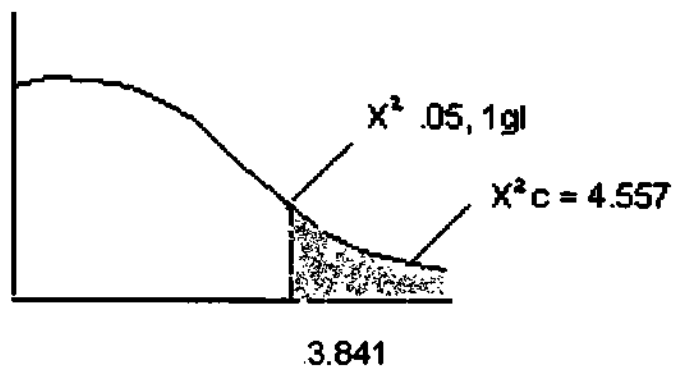
Ha:..Hay asociación entre la calidad de atención y la estructura.

Nivel de significación: $\alpha = .05$

Criterio: Rechazar la hipótesis nula Ho, si $X^2 c > 3.841$, valor de $X^2 .05$, para un grado de libertad, donde:

$$X^2 = \frac{\sum(O-e)^2}{e}$$

Cálculo : $X^2 = 4.557$



Decisión estadística

El X^2 calculado es mayor al valor crítico; se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de atención y las características de estructura.

La estructura resume la manera en que se definen y operan los servicios, más que un indicador se constituye en una condición de la misma.

Las pruebas de hipótesis realizadas por correlación e independencia, nos permiten probar la hipótesis alternativa que indica: “existe una relación directa y significativa entre las variables de estructura y la calidad de atención.”

Esto es confirmado por Donabedian (Op. Cit.) cuando dice; una buena estructura, esto es, suficientes recursos y un diseño de sistema apropiado es probablemente el medio más importante de proteger y promover la calidad de atención.

En este estudio, la variable Estructura observó una evaluación buena, ya que un 71% de los centros obtuvieron índices dentro de ese parámetro. Es necesario resaltar que existen indicadores de la variable estructura que influyeron en la evaluación, dichos factores se relacionan mayormente con la organización administrativa de los servicios.

Cuadro XXIII. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LOS ELEMENTOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, SEGÚN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Indice	
	Elementos de la Atención	Calidad de Atención
	X3.1	Y1
1	93.48	88.0
2	93.48	88.0
3	73.91	71.5
4	73.91	71.5
5	69.58	88.0
6	76.09	77.0
7	76.09	82.5
8	80.43	82.5
9	73.91	71.5
10	73.91	66.0
11	76.09	82.5
12	73.91	71.5
13	69.56	71.5
14	76.09	82.5

Fuente : Anexo 7

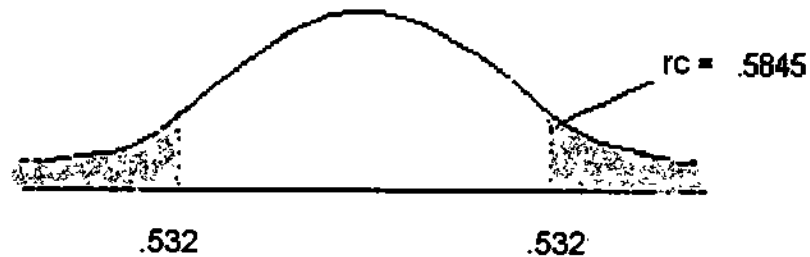
Hipótesis : $H_0 : P = 0$

$H_a : P \neq 0$

Nivel de significación $\alpha = .05$

Criterio : $r_{.025, 14gl} = .532$

r calculada = .5845



Decisión estadística : Como el coeficiente de correlación (r) calculado excede el punto crítico : $r_c > r_{.025, 14gl}$., se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que existe una correlación significativa entre los elementos de atención de enfermería y la calidad de atención.

Cuadro XXIV. CALIDAD DE ATENCIÓN, SEGÚN LOS ELEMENTOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO-JUNIO DE 1996.

Elementos de Atención de Enfermería	Total	Calidad de Atención	
		Buena	Regular
Total	14	8	6
Buena	7	7	0
Regular	7	1	6

Fuente : Anexo 7

Ho: No hay asociación entre la calidad de atención y los elementos de atención de enfermería.

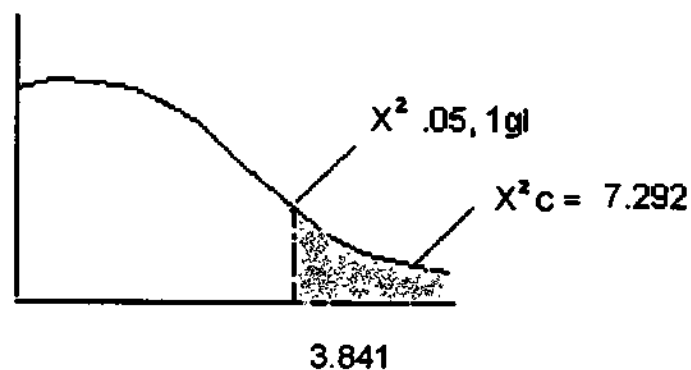
Ha: Hay asociación entre la calidad de atención y los elementos de atención de enfermería.

Nivel de significación: $\alpha = .05$

Criterio: Rechazar la hipótesis nula Ho, si $X^2 > 3.841$, valor de $X^2_{.05, 1gl}$, para un grado de libertad, donde:

$$X^2 = \frac{\sum(O-e)^2}{e}$$

Cálculo : $X^2 = 7.292$



Decisión estadística

Como el X^2 calculado es mayor que el valor de X^2 crítico, se acepta H_a que indica que existe una relación altamente significativa entre los elementos de atención de enfermería y la calidad de atención.

Las pruebas de hipótesis antes realizadas denotan la fuerte asociación existente entre los elementos de atención de enfermería y la calidad de atención; hecho que nos indica que la competencia técnica y habilidades que desarrolla el proveedor de los servicios (en el estudio la enfermera) al ofrecer la atención es un elemento de vital importancia para garantizar la calidad óptima.

En la información que se presenta en los cuadros anteriores cabe resaltar lo siguiente: un 50% de los proveedores evaluados obtuvieron un promedio de muy bueno y bueno, en tanto la otra mitad fue regular. Estos datos nos señalan la necesidad de que las enfermeras a cargo de la clínica profundicen la evaluación de los niños, y hagan hincapié en el uso de fundamentación científica como base de los cuidados brindados a los lactantes.

Lo antes planteado lo confirma Wong (Op.Cit.) cuando dice “la planificación y ejecución de los cuidados de la salud infantil, no sólo consiste en prestar los servicios, sino también fomentar la mejora de la calidad. Las enfermeras pediátricas deben tener presente esa premisa y garantizar la excelencia de los cuidados que brindan apegándose a las normas de enfermería para la salud infantil.

Cuadro XXV. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES, SEGÚN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Índice	
	Relaciones Interpersonales	Calidad de Atención
	X3.2	Y1
1	70	88.0
2	90	88.0
3	60	71.5
4	70	71.5
5	90	88.0
6	80	77.0
7	60	62.5
8	90	82.5
9	70	71.5
10	60	66.0
11	90	82.5
12	70	71.5
13	80	71.5
14	90	82.5

Fuente : Anexo 7

Hipótesis : $H_0 : P = 0$

$H_a : P \neq 0$

Nivel de significación $\alpha = .05$

Criterio : $r_{.025, 14gl} = .532$

r calculado = .7336



Decisión estadística : Como el coeficiente de correlación (r) calculado excede el punto crítico : $r_c > r_{.025, 14gl}$, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existe una correlación significativa entre las relaciones interpersonales y la calidad de atención.

Cuadro XXVI. CALIDAD DE ATENCIÓN, SEGÚN RELACIONES INTERPERSONALES EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Relaciones Interpersonales	Total	Calidad de Atención	
		Buena	Regular
Total	14	8	6
Buena	7	7	0
Regular	7	1	6

Fuente : Anexo 7

Ho: No hay asociación entre la calidad de atención y las relaciones interpersonales.

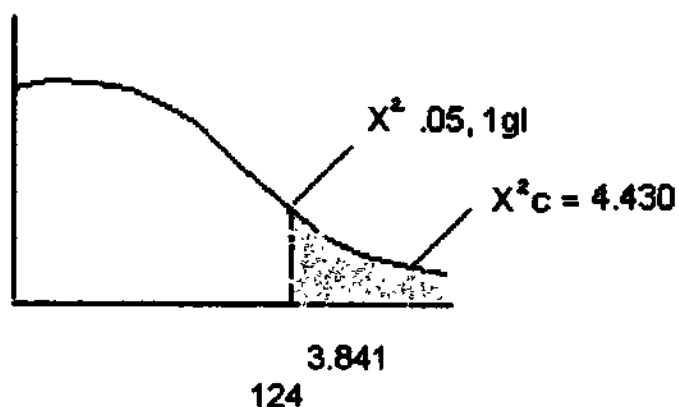
Ha: Hay asociación entre la calidad de atención y las relaciones interpersonales.

Nivel de significación: $\alpha = .05$

Criterio: Rechazar la hipótesis nula Ho, si $X^2 > .05$, con un grado de libertad, donde:

$$X^2 = \frac{\sum(O-e)^2}{e}$$

Cálculo : $X^2 = 4.430$



Decisión estadística

Como X^2 calculado excede el valor crítico, 3.841 se rechaza la hipótesis nula H_0 y, se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de atención y las relaciones interpersonales.

En el estudio, al evaluar la variable Relaciones Interpersonales, se pretendía conocer su grado de relación e influencia en la calidad de atención, considerando que para brindar una buena atención el profesional de enfermería debe familiarizarse, de manera profunda, con la historia del usuario, su situación familiar e idiosincrasia.

Los datos de los cuadros anteriores nos demuestran que existe una asociación significativa entre las relaciones interpersonales y la calidad, lo que comprueba la hipótesis "hay asociación entre la calidad de atención y las relaciones interpersonales."

Es importante señalar que, para esta variable, el 50% de las unidades evaluadas obtuvo un índice de muy bueno y bueno, en tanto que el otro 50% fue regular; resultados que nos llevan a reflexionar en cuanto a que los proveedores de la atención deben establecer mayor relación armónica y brindar más información a los tutores de los lactantes durante la atención, ya que estos factores fueron los que mayormente incidieron en la evaluación.

Cuadro XXVII. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LOS-MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, SEGÚN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO-JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Índice	
	Seguimiento	Calidad de Atención
	X3.3	Y1
1	66.67	88.0
2	83.33	88.0
3	66.67	71.5
4	66.67	71.5
5	83.33	88.0
6	83.33	77.0
7	83.33	82.5
8	83.33	82.5
9	66.67	71.5
10	66.67	66.0
11	83.33	82.5
12	83.33	71.5
13	66.67	71.5
14	83.33	82.5

Fuente : Anexo 7

Hipótesis : $H_0 : P = 0$

$H_a : P \neq 0$

Nivel de significación $\alpha = .05$

Criterio : $r_{.025, 14gl} = .532$

r calculado = $.5784$



Decisión estadística: Como el coeficiente de correlación (r) calculado es mayor que el punto crítico: $r_{.025, 14gl}$, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existe una correlación significativa entre el seguimiento y la calidad de atención.

Cuadro XXVIII. CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN LOS MECANISMOS DE SEGUIMIENTO EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Seguimiento	Total	Calidad de Atención	
		Buena	Regular
Total	14	8	6
Buena	8	7	1
Regular	6	1	5

Fuente : Anexo 7

Ho: No hay asociación entre la calidad de atención y el seguimiento.

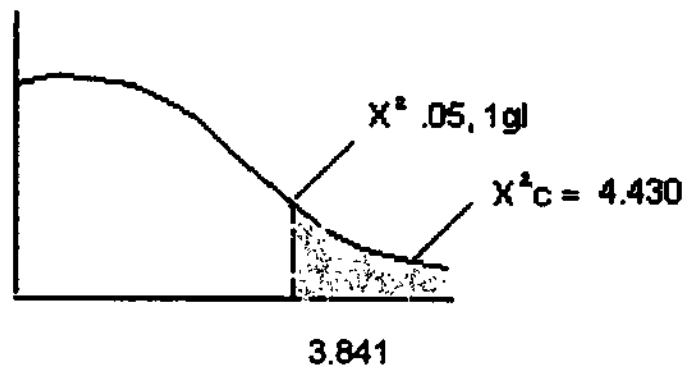
Ha: Hay asociación entre la calidad de atención y el seguimiento.

Nivel de significación: $\alpha = .05$

Criterio: Rechazar la hipótesis nula Ho, si $X^2 > 3.841$, valor de $X^2 .05$, con un grado de libertad, donde:

$$X^2 = \sum \frac{(O-e)^2}{e}$$

Cálculo: $X^2 = 4.430$



Decisión estadística :

Como X^2 calculado excede el valor crítico, 3.841 se rechaza la hipótesis nula H_0 y, se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de atención y el seguimiento.

La relación entre el mecanismo de seguimiento y la calidad de atención evidenció que existe una moderada asociación entre ambas variables.

Los datos antes presentados nos revelan que ocho (57.2%) de los proveedores evaluados utilizan un mecanismo de seguimiento a los usuarios considerado bueno; en tanto que seis (42.8%) lo calificaron como regular. En dichas evaluaciones, los factores técnico-administrativos que mayormente incidieron fueron: la falta de registro de los niños que abandonan el programa; en un 42% no se tiene archivo de los niños con riesgo, y, en un 22% no se archivan los informes de los resultados de la visita domiciliaria.

Estos factores inciden en la calidad de los servicios que se ofrecen, porque no se cuenta con registros actualizados que permiten identificar tempranamente los elementos y condiciones que afectan el crecimiento y desarrollo del niño para poder desarrollar estrategias encaminadas a ofrecer una atención oportuna y eficaz, acorde a las necesidades de la población demandante.

Cuadro XXIX. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LOS INDICADORES DE PROCESO, SEGÚN CENTRO DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA : ENERO - JUNIO DE 1996.

Centro de Salud	Índice	
	Proceso de Atención	Calidad de Atención
	X3	Y1
1	87.09	88.0
2	91.94	88.0
3	70.97	71.5
4	72.58	71.5
5	74.19	88.0
6	77.42	77.0
7	77.42	82.5
8	82.28	82.5
9	72.58	71.5
10	70.97	88.0
11	79.03	82.5
12	74.19	71.5
13	70.97	71.5
14	79.03	82.5

Fuente : Anexo 7

Hipótesis : $H_0 : P = 0$

$H_a : P \neq 0$

Nivel de significación $\alpha = .05$

Criterio : $r_{.025, 14gl} = .532$

r calculado = .7906



Decisión estadística : Como el coeficiente de correlación (r) calculado es mayor que el punto crítico: $r_{.025, 14gl}$, se rechaza la hipótesis nula H_0 , y se concluye que existe una correlación significativa entre el proceso de atención y la calidad de atención.

Cuadro XXX. CALIDAD DE ATENCIÓN, SEGÚN INDICADORES DEL PROCESO EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA: ENERO - JUNIO DE 1996.

Proceso de Atención	Total	Calidad de Atención	
		Buena	Regular
Total	14	8	6
Buena	7	7	0
Regular	7	1	6

Fuente : Anexo 7

Ho: No hay asociación entre la calidad de atención y el proceso.

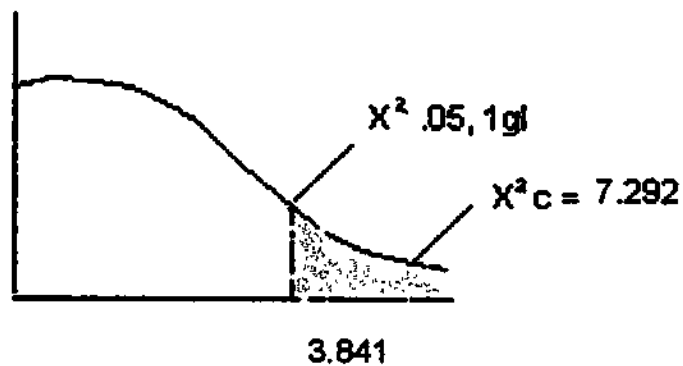
Ha: Hay asociación entre la calidad de atención y el proceso.

Nivel de significación: $\alpha = .05$

Criterio: Rechazar la hipótesis nula Ho, si $X^2 > 3.841$, valor de $X^2 .05$, con un grado de libertad, donde:

$$X^2 = \frac{\sum(O-e)^2}{e}$$

Cálculo : $X^2 = 7.292$



Decisión estadística :

Como X^2 calculado excede el valor crítico, 3.841 se rechaza la hipótesis nula H_0 , y se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la Calidad de Atención y los Indicadores de Proceso.

Los resultados antes descritos nos permiten afirmar que las habilidades y el desempeño que demuestran los profesionales de enfermería, al realizar las actividades de atención a los lactantes menores, afectan directamente la calidad de los servicios prestados en el Programa Integral de atención a la niñez.

Respecto a la situación ideal o normativa la variable Proceso alcanzó un nivel promedio de 77.2, que en la escala nominal se considera como bueno. Es importante destacar que al revisar las evaluaciones obtenidas por cada unidad analizada, la mitad (7) de ellas se ubican, respecto a lo establecido dentro de la escala, en regular. Asimismo, para el 42.8% (6) de los proveedores, sus relaciones interpersonales y los mecanismos de seguimiento son clasificados como regulares.

Los factores que incidieron más notablemente en la evaluación de esta variable están: deficiencias en el control del peso y la talla, inadecuado registro de la evaluación del niño, inconsistencia en la evaluación nutricional y física del niño, y en la información y orientación que se brinda al tutor del lactante.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio son las siguientes:

- Teniendo como estándar de comparación 100; los índices alcanzados por las variables del estudio fueron; calidad de atención 78.2%, nivel de satisfacción del tutor 79.12%; estructura 80.4% y proceso 77.2% .
- Los niveles promedio sitúan al subsistema dentro de la categoría de “buena”. Entre las variables estructura y proceso, la primera tiene un promedio mayor, no obstante considerando el coeficiente de variación, los datos parecieran indicar que el promedio del proceso es más consistente que el de estructura.
- Existe escasez de personal de enfermería con estudios post-básicos de Enfermería Pediátrica, sólo cinco de las 14 profesionales estudiadas los poseen.
- Es notable la ausencia de manuales descriptivos de los puestos, de las funciones respectivas y de los requisitos que deben exigirse para la óptima atención del menor de un año.
- Por lo general, la estructura física y organizativa de los Centros de Salud estudiados no ofrece un ambiente adecuado y cómodo para el usuario y el personal que allí trabaja.
- Se carece de un manual de procedimientos y guías que responda a los lineamientos de las normas del Programa de Salud Integral de la Niñez.

- Se carece de un manual de procedimientos y guías que responda a los lineamientos de las normas del Programa de Salud Integral de la Niñez.
- Existe deficiencia en el registro de datos en el historial clínico del usuario que recibe atención, que reflejen la evolución del crecimiento y desarrollo del niño, específicamente: Evaluación nutricional, examen físico y características del desarrollo.
- No existe uniformidad en el proceso de atención, especialmente en cuanto a los horarios y el tiempo involucrado en la atención, lo cual es motivo de insatisfacción de los padres.
- En general, no existen registros estadísticos confiables que reflejen el flujo de la población infantil atendida, mediante los cuales se pueda determinar el nivel de asistencia e inasistencia a los controles de crecimiento y desarrollo.
- Se evidencia, en un porcentaje significativo, la disminuida realización de investigaciones operativas intra y extramuro, por medio de las cuales se pueda ampliar conocimientos acerca de los posibles factores que afectan a la población infantil demandante.
- Es notable la falta de programas de charlas educativas a los padres, de manera que puedan brindar a los niños cuidados oportunos en el hogar y que permitan elevar el nivel de vida a la población demandante.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Con base en los resultados y conclusiones de esta investigación, consideramos pertinente recomendar lo siguiente :

- Establecer un programa de garantía de calidad con el fin de lograr una mejoría en la calidad de atención prestada, que a pesar de las restricciones de recursos, utilizándolos de la mejor manera posible en beneficio de la salud y bienestar de los usuarios menores de un año.
- Brindar cursos a los profesionales de enfermería, basados en programas formales y de educación continua, para que logren una capacitación acorde a las nuevas tendencias y que les permitan lograr un desempeño óptimo en la atención de los niños menores de un año.
- Introducir urgentemente mejoras a las estructuras físicas y organizativas que propicien un mejor desempeño del profesional de enfermería y satisfagan en mayor grado las necesidades de los usuarios.

- **Elaborar manual de procedimientos y guías que le permitan al profesional de enfermería brindar una atención actualizada y acorde a las normas del Programa de Salud Integral de la Niñez, para garantizar el uso óptimo del tiempo y de los recursos y lograr una mayor satisfacción de los clientes y del personal que provee la atención.**
- **Establecer un sistema de registro estadístico que permita obtener información confiable y oportuna de la asistencia al control de crecimiento y desarrollo.**
- **Fomentar la realización de investigaciones operativas intra y extramuro que reflejen la situación real de la salud de la población demandante y de la atención que se ofrece en el servicio.**
- **Contribuir a la capacitación de los tutores, por medio del establecimiento de una programación formal de charlas educativas sobre los cuidados y la atención de salud de los niños menores de un año.**
- **Considerar, en el actual sistema de control, la utilización de los modelos utilizados para la evaluación del programa en el estudio (vea Anexo 2) que permita adoptar medidas de cambio y ayude a mejorar la calidad de atención ofrecida a la población infantil.**

BIBLIOGRAFÍA CITADA

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- AGUILAR, M. L.A . 1994. La Enfermería y la Administración de los Servicios de Enfermería. 1a. Ed. Imprenta Alvarado, Panamá, 152 págs.**
- ARAÚZ, J. N. 1994. Metodología de la Investigación Científica. Imprenta Universitaria. Panamá, 232, págs.**
- ARNDT, C. 1992. Administración de Enfermería. 2a. Ed. O.P.S. 375 págs.**
- BALDERAS, M. 1983. Administración de los Servicios de Enfermería. Editorial Interamericana, México, 145 págs.**
- BITTEL, L. 1985. Lo Que Todo Supervisor Debe Saber. 3a. Ed. McGraw-Hill, México, 773 págs.**
- BOOK, R. H. y APPEL, F. A. 1973. Quality of Care Assessment: Choosing a method for peer review. The New England Journal of Medicina. 288 : 1323-1329.**
- CHIAVENATO, I. 1994. Introducción a la Teoría General de la Administración. 3a. Ed. Editorial McGraw-Hill / Interamericana, México, 487 págs.**
- CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Dirección de Estadística y Censo. 1991. Censos Nacionales de Población y Vivienda, Resultados Básicos. Distrito de Panamá, por Corregimiento. Cuadro No. 7, abril.**
- CUSMINSKY, M. et al. 1994. Manual de Crecimiento y Desarrollo. 2a. Ed. O.P.S. Serie Paltex No. 33, 226 págs.**
- DANIEL, W. 1993. Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de salud. 3a. Ed. Editorial Limusa, S. A. de C. V., México, 667 págs.**
- DEIMAN, P. 1992. Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería en los Hospitales de Distrito para la Atención Primaria de Salud. O.P.S./O.M.S.**
- DESSLER, G. 1991. Administración de Personal. 4a. Ed. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A. México, 438 págs.**

- DIVINCENTI, M. 1984. **Administración de los Servicios de Enfermería**. 2a. Ed. Editorial Limusa, S. A. México, 499 págs.
- DONABEDIAN, A. 1984. **La Calidad de la Atención Médica**. Definición y Métodos de Evaluación. La Prensa Médica Mexicana, México, 194 págs.
- DONABEDIAN, A. 1992. **Calidad, Costo, Salud**. O.P.S., Washington, D. C.
- FAJARDO, G. 1983. **Atención Médica**. Ediciones Científicas. Prensa Médica, S. A., México, 226 págs.
- FRANCO, G. A. 1992. **Calidad de la Atención en Salud**. Universidad de Antioquía, Colombia, Apuntes Multigrafiados.
- GARCÍA, J. 1994. **Propuesta para la evaluación programática de los servicios de planificación familiar con base en un modelo de calidad**. Serie Salud Reproductiva. Doc. 2, Chile, 55 págs.
- GEORGE, V. ; THOMASON, J. ; KAREL, S. 1991. **Mejorar la Gestión para Mejorar los Servicios de Salud**. Foro Mundial de la Salud. (12) 23-25.
- HERNÁNDEZ, R. ; FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, L. 1991. **Metodología de la Investigación**. McGraw-Hill Interamericana de México, S. A. de C. V. 505 págs.
- HOROVITZ, J. 1991. **La Calidad del Servicio**. McGraw-Hill, España.
- INGALLS, A. J. y SALERNO, M. C. 1991. **Enfermería Materno Infantil y Pediátrica**. Editorial Limusa, S. A., México, 935 págs.
- KASTZ, F. M. ; SNOW, R. 1981. **Evaluación del Rendimiento de los Trabajadores de la Salud**. Manual de Formación y Supervisión, España, (72) 23-29.
- KOONTZ, H. y O'DONELL, C. 1982. **Elementos de Administración**. 2a. Ed. McGraw-Hill, págs.
- KOSSEN, S. 1992. **Supervisión**. 3a. Ed. Compañía Editorial Continental, S. A., México, 652 págs.
- KRON, T. 1989. **Liderazgo Administración en Enfermería**. 5a. Ed. Editorial Interamericana, S. A. México, 479 págs.

- LWANGA, S. 1991. Determinación del Tamaño de la Muestra en los Estudios Sanitarios. O.M.S., Ginebra, 80 págs.**
- MARRINER, A. 1986. Manual para Administración de Enfermería. 2a. Ed. Editorial Interamericana, México, 395 págs.**
- MARRINER, A. 1993. Manual para Administración de Enfermería. 4a. Ed. Interamericana McGraw-Hill, México, 499 págs.**
- MINSA. 1995. Programa Integral de Atención a la Niñez. Tanial, S. A. Panamá, 211 págs.**
- MORAES, H. 1992. Garantía de la Calidad en Hospitales de América Latina y el Caribe, 87-96 en HSD/SICOS, 13.**
- NETWORK EN ESPAÑOL. 1993. Que es la calidad de atención. Octubre, 4-12 págs.**
- O.P.S./O.M.S. 1990. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud : Experiencias en América. Educación Médica y Salud, 24 (4) : 23-31.**
- O.P.S./O.M.S. 1991. El Personal de Salud y los principios que sustentan la meta de salud para todos en el año 2000 : Recursos Humanos en Salud. Educación Médica y Salud. 25 (4) : 15-22.**
- O.P.S. 1992. El Trabajo en Salud. Recursos Humanos y Sistemas Locales de Salud. 2 (3) : 19-27.**
- O.P.S. 1992. La Planificación y Gestión de los Recursos Humanos en un contexto de Financiamiento Público de los Servicios de Salud. Educación Médica y Salud. 26 (4) : 453-467.**
- O.P.S. 1992. La Reglamentación Profesional y la Producción de Servicio de Salud. Educación Médica y Salud. 26 (4) : 469-49.**
- O.P.S. 1992. La Enfermería en Acción. Educación Médica y Salud. 26 (4) : 525-535.**
- O.P.S. 1992. La Garantía de calidad acreditación de hospitales. HSD/SILOS 13, 9-63.**

- O.P.S. 1993. **El Personal de Salud y el Trabajo : una mirada desde las instituciones.** Educación Médica y Salud. 27 (1) : 32-48.
- O.P.S. 1993. **Desarrollo de Recursos Humanos para los Sistemas Locales de Salud.** Educación Médica y Salud. Brasil, 27 (1) : 32-48.
- ORTUETA, R. **Manual de Personal, Técnicas de Dirección de Personal.** Ediciones Index, España, 750 págs.
- PAGANINI, J. 1993. **Calidad y Eficiencia en los Hospitales.** Boletín O.P.S. 115 (6) : 482-510.
- PEABODY, J. 1994. **Calidad de la atención en establecimientos públicos y privados de atención primaria de salud : comparaciones estructurales en Jamaica.** Boletín O.P.S. 117 (3).
- PÉREZ, R. ; IBARRA, A. 1985. **La evaluación de la satisfacción de la población con los servicios de salud.** Revista Cubana Administración Salud. Julio - Septiembre, 255-262.
- SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. 1990. **Evaluación y Garantía de Calidad de Atención.** Edito: Dr. Enrique Rueda. La Prensa Médica Mexicana, 32 (2) marzo-abril 249.
- STONER, J. ; WANKEL, CH. 1989. **Administración.** 3a. Ed. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A., México, 479 págs.
- STREFIELD, B. 1992. **Primary care, concept, evaluation an policies.** New York: Oxford University Press.
- VARGAS, M. 1990. **Gerencia de Servicios de Salud.** Instituto Centroamericano de Administración Pública. ICAP, 147 págs.
- WONG, D. 1994. **Tratado de Enfermería Pediátrica.** 3a. Ed. Editorial Interamericana, México, 1061 págs.

ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL**

**ENCUESTA AL FAMILIAR DE LOS USUARIOS DE LA
CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
MESES: MARZO Y ABRIL DE 1996**

INSTRUCTIVO

A fin de cumplir con un requisito de graduación del Programa de Maestría, tengo a bien solicitarle su cooperación respondiendo este cuestionario.

Esta encuesta tiene como objetivo :

- Determinar si se cumple con las normas establecidas en la clínica.
- Identificar algunos factores que puedan afectar la atención a los niños que acuden al programa.
- Valorar si los familiares de los niños atendidos están satisfechos con la atención que se le brinda en el programa.

Para responder este formulario siga las siguientes indicaciones :

- No necesita anotar su nombre.
- Llene la hoja con tinta azul o negra.
- Sea sincero en su respuesta.
- Marque en las preguntas de sí o no un (☑) gancho en la respuesta que seleccione.

La información que proporcione es confidencial.

MUCHAS GRACIAS.

I. Características Generales

II. C. de Salud _____

Edad del familiar _____ Edad del niño _____

Ocupación _____ Lugar de Procedencia _____

Grado de escolaridad _____

Ingreso familiar mensual _____

Número de miembros en la familia _____

II. Información de la Atención

1. ¿Acude por primera vez al Programa?

Sí _____ No _____

2. ¿Cuánto tiempo utiliza desde su casa para llegar al Centro?

Indique el tiempo.

3. ¿Para ser atendido su niño usted espera más de 30 minutos?

Sí _____ No _____

4. ¿Es adecuado para usted el horario de la clínica?

Sí _____ No _____

5. ¿Son satisfechas sus inquietudes y preguntas durante la atención?

Sí _____ No _____

6. ¿Recibió la información y los servicios que deseaba en la consulta hoy ?

Sí _____ No _____

7. ¿La enfermera le brinda información sobre cuidados al niño a través de :

Charlas _____
Entrevista _____
Volante _____
Panfletos _____
Otros _____

8. Diga sobre qué temas le han orientado.

a. alimentación de acuerdo a la edad del niño.

Sí _____ No _____

b. vacunas

Sí _____ No _____

c. habilidades y desarrollo del niño.

Sí _____ No _____

d. citas de control

Sí _____ No _____

9. ¿En alguna ocasión le han dado cita y no ha sido atendido en el programa ?

Sí _____ No _____

10. En caso de ser afirmativa su respuesta le han explicado el por qué del incumplimiento?

Sí _____ No _____

11. ¿Está satisfecho (a) con el tiempo utilizado en la atención que se le brindó

a su hijo?

Sí _____ No _____

12. ¿Se siente satisfecho (a) de la atención que se le ha brindado hoy?

Sí _____ No _____

13. Si su respuesta es negativa, diga los motivos de su insatisfacción.

14. ¿Las citas para próximos controles se les dan en el tiempo estipulado según la orientación brindada por la enfermera?

Sí _____ No _____

15. ¿Recomendaría a una amiga o pariente usar este servicio?

Sí _____ No _____

16. La atención ofrecida en la clínica usted la considera :

excelente _____

buena _____

regular _____

deficiente _____

Explique _____

17. En su opinión ¿la sala de espera es cómoda?

Sí _____ No _____

18. Si su respuesta es negativa, explique brevemente en qué consiste la incomodidad.

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL**

**INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN
DE LAS CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS DEL
PROGRAMA INFANTIL**

OBJETIVOS

- Identificar algunas características administrativas y de infraestructura que inciden en la calidad de atención brindada al niño menor de un año que acude al control de Crecimiento y Desarrollo.
- Valorar indicadores de proceso, que influyen en la calidad de atención y los cuidados de enfermería brindados al niño menor de un año.

INSTRUCTIVO

El presente formato servirá para realizar observaciones de algunos factores administrativos, y de infraestructura, la atención directa, relaciones inter-personales y mecanismos de seguimiento; que pueden incidir en la calidad de atención que se brinda en el Programa Infantil.

- Consta de tres (3) columnas, en la primera aparecen numerado ascendente-mente cada uno de los criterios a evaluar.
- La segunda columna se subdivide en dos, en una aparece Sí y, en la otra, No. En la última columna de observaciones se anotarán aspectos significativos sobre el ítem observado.

- El instrumento está constituido de dos partes con 78 ítems; la primera parte consta de ítems que se refieren a las variables estructurales y la segunda parte ítems que valoran indicadores de proceso; el observador anotará con lápiz una marca (✓) gancho en la columna que corresponda al criterio observado.
- Se marcará en la columna de Sí cuando el criterio observado cumpla en su totalidad y No cuando o se aplique.
- Al evaluar los ítems el observador dará una ponderación a cada uno de la siguiente manera: 1 = Sí 0 = No
- Si algún criterio no se presenta no influirá en la ponderación se anotará un guión (-) en la casilla correspondiente.
- Al final se hará la suma total de las columnas que tengan ganchos tanto en la columna de Sí, como en la de No.
- La suma de la columna de Sí será el puntaje total obtenido.
- Para sacar el puntaje final se hará una regla matemática de tres, entre el total de criterios del formato y la cantidad de criterios evaluados como presentes.
- Realizada la regla de tres, el puntaje obtenido será calificado según la siguiente valoración :

100 - 88 Muy bueno

87 - 75 Bueno

74 y más Regular

Centro de Salud _____

Clave _____

Fecha _____

Años de Servicio _____

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
<p>Infraestructura Administrativa</p> <p>A. Organización de los servicios</p> <p>1.Existe un organigrama</p> <ul style="list-style-type: none">- visible- accesible <p>2.Conoce el organigrama</p> <p>3.Existe descripción de puestos</p> <p>4.Conoce cada empleado sus funciones</p> <p>5.Existe control</p> <ul style="list-style-type: none">- asistencia- permisos- relevos rotativos- entrega de informaciones- reuniones- turnos- vacaciones <p>6.Existe coordinación interdepartamental</p> <ul style="list-style-type: none">- laboratorio- rayos X- farmacia- prestaciones médicas - otros programas <p>7.Se realizan</p> <ul style="list-style-type: none">- Rondas con objetivo- Anecdóticos- Auditorías <p>8.Existen murales informativos actualizados para actividades</p> <ul style="list-style-type: none">- intramuros			

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
-extramuro			
9. Se fomenta la realización de investigaciones			
- intramuro			
- extramuro			
10. La clínica de Crecimiento y Desarrollo brinda servicio los días laborables de la semana.			
11. El horario de atención del Programa es:			
- 7 a.m. a 3 p.m.			
- 7 a.m. a 12 m.d			
- otro			
12. Se divulgan los servicios que brinda la clínica.			
13. El historial clínico			
- contiene documentación completa			
- actualizada			
- la información es completa			
- la enfermera envía periódicamente informes sobre la condición de los expedientes.			
14. Las normas del programa están			
- accesibles			
- se consultan			
15. Existe un programa periódico de charlas dirigido a padres.			
B. Recurso Humano			
16. El programa infantil cuenta con personal			
- Enfermera pediatra			
- Enfermera general			
- Auxiliar de enfermería			
- Asistente clínica			
17. La distribución de actividades está			
- visible			
- accesible			

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
<p>18.La distribución de actividades es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diaria - semanal - mensual - anual 			
<p>19.Se distribuye equitativamente las actividades del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - enfermera - auxiliar de enfermería - asistente clínica 			
<p>20.Las funciones que ejerce la enfermera en la clínica son las mismas de la descripción del puesto.</p>			
<p>21.Tienen lineamientos o protocolos</p> <ul style="list-style-type: none"> - los usa durante la atención - los conoce la enfermera del programa 			
<p>22.Se brinda oportunidad para la capacitación del personal a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - educación continua - educación en servicio - seminarios - charlas - reuniones 			
<p>23.El último seminario o capacitación a la cual asistió se efectuó hace:</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 mes - 3 meses - 6 meses - 1 año 			
<p>24.En caso de ausencia de la enfermera pediatra quien la substituye</p> <ul style="list-style-type: none"> - otra enfermera pediatra - una enfermera básica <ul style="list-style-type: none"> -con experiencia -sin experiencia - no se presta el servicio 			

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
C. Infraestructura Física			
25. Existe ambiente de trabajo adecuado en: <ul style="list-style-type: none"> - espacio físico - ventilación - iluminación - libre de ruidos - condiciones de higiene - temperatura - hay privacidad - lavamanos 			
26. Paredes y decoración con <ul style="list-style-type: none"> - colores pasteles - decoración apropiada (figuras llamativas, animalitos, dibujos animados) - láminas informativas 			
27. Existe refrigeradora para: <ul style="list-style-type: none"> - vacunas - tiene llave - termómetro incorporado - registro de cadena de frío 			
28. Equipo suficiente para evaluación física <ul style="list-style-type: none"> - sillas - camillas - balanzas (de mesa , de pie) - tallímetro - infantómetro - cinta métrica - material de estimulación - juguetes - otros 			
29. Existencia de material medicoquirúrgico <ul style="list-style-type: none"> - agujas - jeringuillas - torundas de algodón - gasas - guantes - goteros - termómetros 			

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> - depresores - palillos - otros 			
<p>30. Existe material biológico suficiente (vacunas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - B.C.G. - D.P.T - Polio - Sarampión - D.T. 			

Centro de salud _____

Nº expediente _____

edad del niño _____

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
<p>Elementos de la atención directa</p> <p>1. Se organiza para el desarrollo de las actividades del programa</p> <p>2. Hace revisión previa del expediente.</p> <p>. Evalúa antecedentes previos en</p> <ul style="list-style-type: none"> - resumen del parto - revisa tarjeta de vacunas - condición y tx anterior cita <p>4. Control de peso y talla</p> <ul style="list-style-type: none"> - pesa al niño sin ropa - mide al niño en posición horizontal - lectura correcta - mide perimetro cefálico y torácico. correctamente <p>5. Evaluación de la nutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realiza anamnesis alimentaria - hace registros en: <ul style="list-style-type: none"> curvas de peso / edad curvas de peso / talla curvas de talla / edad - analiza estado nutricional - brinda orientación nutricional según hallazgos. <p>6. Cita según normas a niños con alteraciones nutricionales (deficit o exceso de peso).</p> <ul style="list-style-type: none"> - seguimiento de caso <p>7. Realiza examen físico al niño evaluando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apariencia personal - palpa fontanelas y ganglios - observa erupción dentaria - auscultación cardíaca y pulmonar - abdomen - extremidades - genitales - integridad de la piel 			

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
<p>8. Evalua el desarrollo psicomotor del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de acuerdo a la edad - estimula con juegos, juguetes - conversa con la madre - verifica hallazgos en hoja de CONDICION <p>9. Aplica vacunas o refiere según normas</p> <p>10. Ordena exámenes de laboratorio según norma para próxima cita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bh - urinálisis - heces - tipaje - electroforesis de Hb. <p>11. Orienta a la madre según hallazgos.</p> <p>12. Usa materiales educativos durante la orientación</p> <p>13. Determina riesgos a través de la historia clínica y el examen realizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - da indicaciones pertinentes <p>14. Refiere el niño a servicios especializados si es necesario</p> <ul style="list-style-type: none"> - pediatra - nutrición - estimulación temprana - trabajo social <p>15. Hace registro de la evaluación del niño de acuerdo a lo encontrado</p> <ul style="list-style-type: none"> - en Soapier - Hoja estadística - Control de vacunas 			

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> - verifica y da cita subsiguiente. 			
<p style="margin-left: 40px;">Relaciones Interpersonales</p>			
<p>17. Antes de proveer el servicio la enfermera:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> - conversa con la madre - establece raport 			
<p>18. Durante la atención la enfermera:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> - brinda suficiente información al cliente - responde a las preguntas e inquietudes del cliente - incentiva las preguntas. - hay comunicación real 			
<p>19. Durante la atención el cliente:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> - recibe atención rápida - recibe trato adecuado - recibe lo solicitado 			
<p>20. Incorpora al padre en la atención</p>			
<p style="margin-left: 40px;">Seguimiento</p>			
<p>21. Se realizan visitas a los clientes en su hogar</p>			
<p>22. Las visitas domiciliarias se realizan</p>			
<ul style="list-style-type: none"> - semanal - mensual - semestral - anual 			
<p>23. Las visitas domiciliarias se realizan con planeamiento previo</p>			
<p>24. Son archivados los informes de visitas en el expediente.</p>			
<p>25. Se lleva archivos de los niños con riesgos.</p>			

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
24. Criterios de selección para visitas. 25. Existe un registro de los clientes que abandonan el programa.			

Anexo N° 4

Planilla de evaluación de la variable Característico Administrativo e Infraestructura (X2) por centro de Salud, según elementos que lo componen: Marzo-Abril 1996

ELEMENTOS	CENTRO DE SALUD														VALOR PUNTO ITEM		
	VALOR ESP	OBS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14
X2 Estructura Administrativa	1092	578	70	63	54	56	68	65	63	69	65	61	68	56	56	64	75
X2.1 Organización de los servicios	448	362	27	27	23	23	27	26	27	27	26	28	29	23	23	26	32
Existe y conoce el organigrama	14	4	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Existe descripción de puestos	14	8	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Conoce cada empleado sus funciones	14	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Existe controles	98	94	7	7	6	6	7	5	7	7	7	7	6	7	7	7	7
Coordinación interdepartamental	70	65	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5
Actividades (monitoreo)	42	31	2	1	1	3	1	2	3	2	3	3	3	3	2	1	3
Murales informativos actualizados	28	21	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2
Realización de investigaciones	28	15	1	1	1	1	2	1	2	1	0	2	1	0	0	1	2
Clinica C y D, brinda servicios	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Horario de Atención	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Divulgación de los Servicios	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Historial Clínico	56	37	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	4
Normas del Programa	28	23	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	0	2	2
Programas Charlas a Padres	14	9	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
X2.2 Recursos Humanos	196	154	12	10	10	10	12	11	12	12	12	10	12	10	10	11	14
Personal Profesional	42	26	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3
Visibilidad, frecuencia de Dist. Act	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Distribución equitativa de Act. Pers	28	26	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
Enfermera Funciones=desempeño	14	7	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1
Lineamientos o Protocolo	28	21	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2
Capacitación del Personal	42	32	3	1	2	1	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3
Frec. Seminarios o capacitación	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sustitución enfermera Pediatrica	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
X2.3 Infraestructura	448	362	31	26	21	23	29	28	24	30	27	23	27	23	23	27	32
Adecuación ambiente de trabajo	98	72	7	6	4	5	7	5	4	6	7	3	3	5	3	7	7
Paredes y decoración	42	25	2	0	1	2	1	3	1	2	1	3	3	2	1	3	3
Refrigeración deVacunas	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Equipo suficiente	112	84	8	6	3	5	7	6	5	8	7	6	7	3	7	6	8
Material médico-quirúrgico	112	100	8	8	8	6	8	8	8	8	6	6	8	7	6	5	8
Material biológico	70	67	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5

Fuente: Encuesta de observación a los Centros de Salud

**ANEXO 5 CLASIFICACION DE LAS VARIABLES DE ESTRUCTURA DE
ACUERDO A LOS INDICES OBTENIDOS, SEGUN CENTRO
DE SALUD AREA METROPOLITANA, ENERO-JUNIO 1996**

CENTROS DE SALUD	ESTRUCTURA			TOTAL
	ORG. DE LOS SERVICIOS X 1.1.	RECURSOS HUMANOS X 1.2	INFRAES. FISICA X 1.3	
1	84.38	85.71	96.88	89.74
2	84.38	71.43	81.25	80.77
3	71.88	71.43	85.62	69.23
4	71.88	71.43	71.88	71.79
5	84.38	85.71	90.62	87.18
8	81.25	78.57	87.50	83.33
7	84.38	85.71	75.00	80.77
8	84.38	85.71	93.75	88.46
9	81.25	85.71	84.38	83.33
10	87.50	71.43	71.88	78.20
11	90.62	85.71	84.38	97.18
12	71.88	71.43	71.88	71.79
13	71.88	71.43	71.88	71.79
14	81.25	78.51	84.38	82.05
\bar{X}	80.81	78.57	80.80	80.40
s	6.35	6.86	9.56	6.88
cv				
100 - 88	1	0	3	1
87 - 75	9	8	6	9
74 y menos	4	6	5	4

Anexo N° 6

Planilla de evaluación de la variable Proceso de Atención de Enfermería (X₂),
por centro de Salud, según elementos que lo componen: Marzo-Abril 1996

ELEMENTOS	VALOR														VALOR PUNTO ITEM		
	ESP	OBS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14
X ₃ Proceso	868	670	54	57	44	45	46	48	48	51	45	44	49	46	44	49	62
X _{3.1} Elementos de la Atención	644	497	43	43	34	34	32	35	35	37	34	34	35	34	32	35	45
Organiza el desarrollo de actividades	14	12	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Hace revisión previa del expediente	14	11	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Evalúa antecedentes previos	42	35	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3
Control de Peso y talla	56	36	4	4	3	4	1	1	2	4	3	4	1	2	2	1	4
Evaluación de la Nutrición	84	61	6	6	4	5	4	3	3	4	4	4	5	2	6	5	6
Cita a niños según norma	28	23	2	1	1	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Realiza examen físico al niño	98	83	7	7	3	7	7	6	5	7	7	3	7	6	6	5	7
Evalúa desarrollo psicomotor	56	46	4	4	3	2	4	4	3	4	4	2	4	3	4	1	4
Aplica vacunas según normas	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ordena exámenes de laboratorio	70	54	5	5	5	1	3	5	5	1	5	4	4	5	1	5	5
Orienta a la madre según hallazgos	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Usa materiales educ. Orientación	14	11	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
Determina riesgos a través de H.C	14	11	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Refiere al niño a Servicios a Especializados	70	42	5	5	5	2	1	1	5	5	0	5	1	3	0	4	5
Hace registros de la evaluación del niño de acuerdo a lo encontrado	42	30	3	3	3	1	2	3	2	2	1	2	2	1	2	3	3
Verifica y da citas subsiguientes	14	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
X _{3.2} Relaciones Interpersonales	140	109	7	9	6	7	9	8	8	9	7	6	9	7	8	9	10
Conversación rapport con la madre	28	25	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
Orientación información a la madre	56	46	2	4	2	3	4	4	4	4	3	2	4	3	3	4	4
Atención trato	42	38	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3
Incorporación del padre	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
X _{3.3} Seguimiento	84	64	4	5	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	6
Visitas domiciliarias	14	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
Visitas domiciliarias, planeamiento previo	14	12	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Archivos informes visitas domic	14	11	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
Archivos niños con riesgos	14	8	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1
Criterios de selección de visitas	14	13	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Registros de clientes que abandonan el servicio	14	7	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0

Fuente: Encuesta de observación a enfermeras.

**ANEXO 7 CLASIFICACION DE LAS VARIABLES DE PROCESO DE
ACUERDO A LOS INDICES OBTENIDOS, SEGUN CENTRO
DE SALUD AREA METROPOLITANA, ENERO-JUNIO 1996**

CENTROS DE SALUD	PROCESO DE LA ATENCION		
	ELEMENTOS DE ATENC. X 3.1.	RELACIONES INTERP. X 3.2	SEGUIMIENTO X 3.3
1	93,48	70,00	66,67
2	93,48	90,00	83,33
3	73,91	60,00	66,67
4	73,91	70,00	66,67
5	69,56	90,00	83,33
6	76,09	80,00	83,33
7	76,09	80,00	83,33
8	80,43	90,00	83,33
9	73,91	70,00	66,67
10	73,91	60,00	66,67
11	76,09	90,00	83,33
12	73,91	70,00	83,33
13	69,56	80,00	66,67
14	76,09	90,00	83,33
\bar{X}	77,17	76,92	76,19
s	7,42	11,09	8,56
cv	9,62	14,42	11,24
100 - 88	2	5	0
87 - 75	5	3	8
74 y menos	7	6	6