



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL**  
**TÍTULO DE:**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**  
**“EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCIÓN**  
**INTEGRAL A LA NIÑEZ. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y**  
**COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. JULIO 2017 A JUNIO 2018”**

**AUTOR:**  
**MD. ERWIN ANGEL MILLÁN ROMÁN**

**TUTORA:**  
**DRA. SANNY ARANDA CANOSA**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**  
**2018**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. Erwin Angel Millán Román*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

Dra. Sanny Aranda Canosa

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Francisco Landivar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**YO, *Erwin Angel Millán Román***

**DECLARO QUE:**

El trabajo de investigación “*Evaluación del cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

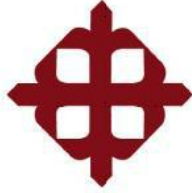
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Md. Erwin Angel Millán Román



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

***YO, Erwin Angel Millán Román***

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Evaluación del cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Md. Erwin Angel Millán Román

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** YESSICA MARIUXI ZAMBRANO MENDOZA.doc (D45518847)  
**Submitted:** 12/11/2018 5:19:00 AM  
**Submitted By:** yemazame@hotmail.com  
**Significance:** 1 %

### Sources included in the report:

<https://psicsuayed2016.wordpress.com/2016/11/06/antecedentes-historicos-de-la-depresion/>  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a19v31n1.pdf>

### Instances where selected sources appear:

4

## **1 Agradecimiento**

A Dios fuente de todo buen propósito. A mis padres por depositar el deseo de mejores días. A mis tutores por compartir sus conocimientos y experiencia durante nuestra formación y fomentar el desarrollo del potencial que tenemos. A mis compañeros que comparten diariamente las jornadas de trabajo como futuros médicos familiares y comunitarios. A los pacientes que nos brindan la oportunidad de aplicar los conocimientos técnicos y destrezas adquiridas.

## **2 Dedicatoria**

A mis padres por darme la vida y a todos aquellos que buscan mejorar la calidad de atención y mostrar resultados de un trabajo honesto y apasionado. Aquellos que quieren marcar un antes y un después, que no quieren transitar sin dejar un legado sino plasmar un precedente digno de imitar. A todos los que disfrutan de su trabajo y son extraordinarios en su forma de pensar y vivir. A los que viven sus sueños en su propia realidad y creen seriamente con hechos en lo que es posible alcanzar. A las personas que buscan una fuente de información y muestran interés por mejorar la atención de los niños. A todos los que confían en la ciencia y el trabajo planificado.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO**  
**DIRECTOR DEL POSGRADO**

f. \_\_\_\_\_

**ARANDA CANOSA, SANNY**  
**COORDINADORA DOCENTE**

f. \_\_\_\_\_

**BATISTA PEREDA, YUBEL**  
**OPONENTE**





**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
II COHORTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA: "Evaluación del cumplimiento de la Norma de Atención Integral a la Niñez. Consultorio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Paracual, Julia 2107 a junio 2018"

ALUMNO: Frain Ángel Millán Bamón

FECHA: \_\_\_\_\_

Nº	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				

**NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Obtenciones: \_\_\_\_\_

Le certifica,

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDIVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## 5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	AGRADECIMIENTO.....	VI
2	DEDICATORIA.....	VII
3	TRIBUNAL DE SUSTENTACION.....	VIII
4	CALIFICACION.....	IX
5	INDICE DE CONTENIDO.....	X
6	INDICE DE TABLAS.....	XI
7	INDICE DE ANEXOS.....	XII
8	RESUMEN.....	XIII
9	ABSTRACT.....	XIV
10	INTRODUCCIÓN.....	2
11	EL PROBLEMA.....	9
	11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	9
	11.2 FORMULACIÓN.....	10
12	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	11
	12.1 GENERAL.....	11
	12.2 ESPECIFICOS.....	11
13	MARCOTEÓRICO.....	12
	13.1 MARCO CONCEPTUAL.....	12
	13.2 MARCO LEGAL.....	20
14	MÉTODOS.....	22
	14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	22
	14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
	14.2.1 Criterios y procedimientos de la selección de la muestra o participantes en el estudio	
	14.2.2 Procedimiento de recolección de la información	
	14.2.3 Técnicas de recolección de la información	
	14.2.4 Técnicas de análisis estadístico	
	14.3 VARIABLES.....	36
	14.3.1 Operacionalización de variables	
15	PRESENTACION DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
16	CONCLUSIONES.....	52
17	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53

## 6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR DE ENTRADA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. JULIO 2017 A JUNIO 2018.....	40
TABLA 2: CONSEJERÍA SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA Y SOBRE LACTANCIA MATERNA O EDUCACIÓN NUTRICIONAL DE ACUERDO CON SU EDAD. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. JULIO 2017 A JUNIO 2018.....	42
TABLA 3: CUMPLIMIENTO POR TRIMESTRE DE ATENCIÓN DE ACUERDO CON LA NORMA DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA CENTRO DE SALUD PASCUALES. JULIO 2017 A JUNIO 2018.....	43
TABLA 4: CUMPLIMIENTO POR TRIMESTRE. ATENCIÓN DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN MENORES DE DOS MESES. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. JULIO 2017 A JUNIO 2018.....	45
TABLA 5: CUMPLIMIENTO POR TRIMESTRE. ATENCIÓN DE ACUERDO CON PROTOCOLO DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN MAYORES DE DOS MESES Y MENORES DE CINCO AÑOS. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. JULIO 2017 A JUNIO 2018.....	46
TABLA 6: CUMPLIMIENTO POR TRIMESTRE. MADRES /CUIDADOR DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ENFERMOS QUE RECONOCEN SIGNOS DE PELIGRO, PARA REGRESAR DE INMEDIATO A LA UNIDAD DE SALUD. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. JULIO 2017 A JUNIO 2018.....	47
TABLA 7: CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ POR TRIMESTRE SEGÚN ESTÁNDARES DE ENTRADA, PROCESO Y SALIDA. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. JULIO 2017 A JUNIO 2018.....	49
TABLA 8: CALIFICACIÓN DE LA ATENCION INTEGRAL POR TRIMESTRE Y POR AÑO SEGÚN EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. JULIO 2017 A JUNIO 2018.....	50

## 7 ÍNDICE DE ANEXO

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POSGRADISTAS.....	58
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MADRE O CUIDADOR.....	59
ANEXO 3: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS.....	60
ANEXO 4: INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑEZ.....	61

### 3 Resumen

**Antecedentes:** Las Normas de Atención Integral a la Niñez establecen estándares mínimos de calidad para la atención a los niños menores de 10 años. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal incluyó una muestra de niños/as menores de 10 años atendidos en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales. Las variables incluyeron los estándares de entrada proceso y salida (equipos, insumos y medicamentos básicos, consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna y/o educación nutricional, atención integral de acuerdo a la norma de atención a la niñez, de acuerdo al protocolo de estrategia AIEPI y reconocimiento de los signos de peligro por los cuidadores/as de niños menores de cinco años enfermos). La información se obtuvo mediante lista de chequeo, revisión de historias clínicas y encuestas. Se utilizaron medidas de resumen para variable cualitativas. **Resultados:** El cumplimiento por estándares fue: entrada 83.3%, proceso 83,3% (consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna y/o educación nutricional), 83.3% (atención de acuerdo a la norma de atención a la niñez), 70,0% y 76,6 % (atención de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI en menores y mayores de dos meses respectivamente) y 73,3% en salida. La atención fue buena con un 73,5% de cumplimiento anual. **Conclusiones:** Las Normas de Atención Integral a la Niñez se cumplen parcialmente por falencias en la estructura, registros incompletos y el no reconocimiento de los signos de alarma sin embargo la calidad de la atención fue buena.

**Palabras claves:** CONTROL DE CALIDAD, SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO, SALUD DEL NIÑO

#### 4 Abstract

**Background:** The Norms of Integral Attention to the Childhood establish minimum standards of quality for the attention to the children under 10 years. **Materials and Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study included a sample of children under 10 years of age treated in the family and community medicine clinics of the Pascuales health center. The variables included the input and output process standards (equipment, supplies and basic medicines, counseling for their reason of consultation and about breastfeeding and / or nutritional education, comprehensive care according to the norm of attention to children, according to the IMCI strategy protocol and recognition of danger signs by caregivers of sick children under five). The information was obtained through a checklist, review of medical records and surveys. We used summary measures for qualitative variables. **Results:** Compliance by standards was: 83.3% entry, 83.3% process (counseling based on reason for consultation and breastfeeding and / or nutritional education), 83.3% (care according to the child care standard), 70.0% and 76.6% (care according to the protocol of the IMCI strategy in children and adults over two months, respectively) and 73.3% in exit. Attention was good with 73.5% annual compliance. **Conclusions:** The Norms of Integral Attention to the Childhood are partially fulfilled by faults in the structure, incomplete registers and the non-recognition of the warning signs, however, the quality of the attention was good. **Keywords:** QUALITY CONTROL, CHILD HEALTH SERVICES, CHILD HEALTH

## 8 INTRODUCCIÓN

Se considera que la calidad es la “conformidad con las normas” y en cuanto a los servicios de salud, una cualidad que la atención médica puede poseer en grados variables como lo planteó en 1980 el experto Avedis Donabedian <sup>(1)</sup>, quien gracias al conocimiento que el produjo, modificó el concepto sobre los sistemas de la salud y de la respuesta social, en la tendencia que estos no son un conjunto de acontecimientos inconexos sino que obedecen a principios generales. El planteamiento de calidad de la atención sanitaria del Dr. Donabedian es que calidad está precisada como la asistencia que se espera brinde la posibilidad de otorgar al usuario el mayor y más íntegro bienestar posterior a estimar el cálculo de pérdidas y de ganancias que se asocian al proceso en todas sus fases. Lee y Jones definieron a la calidad de la atención médica como “la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o periodo determinado”.

En 1989 la ISO (International Standardization Organization) define la calidad de la atención como el grado en que las características que un producto o servicio cumple los objetivos para lo cual fue creado <sup>(2)</sup>. Desde que se planteó esta definición fue extensamente aceptada y a partir de ella surgen dos conceptos esenciales.

- La calidad puede ser medida.
- La calidad está basada o en dependencia con la consecución del objetivo.

Los componentes de la atención sanitaria o sus dimensiones en el mismo orden que nos planteaba el Dr. Avedis Donabedian son:

1. El componente técnico que se relacionaba básicamente con el empleo de la ciencia y la tecnología en la solución de los problemas que iba a enfrentar un individuo o una población en general.
2. El componente interpersonal, por cuanto la relación se va a dar entre dos individuos que son el profesional y el paciente, esto también está apoyado en que la

asistencia sanitaria no depende de un solo profesional sino que existe en la actualidad una interdependencia con los equipos de salud.

3. El tercer componente es el aspecto de confort que corresponde a todos los elementos del entorno del individuo de sus circunstancias que constituyen su área de seguridad y que le proporcionan una intervención o una atención de mayor confort.

H. Palmer establece otras dimensiones de la calidad de la atención sanitaria o de la asistencia sanitaria <sup>(3)</sup>:

- La efectividad que podemos definir como la capacidad de una intervención un procedimiento o tratamiento de conseguir o de obtener los resultados esperados basados en el objetivo.
- La eficiencia que es la prestación o tratamiento emanado dentro de una serie de unidades comparables por unidad de recursos utilizados.
- La accesibilidad que es la posibilidad de acceder al servicio o al tratamiento siendo capaces de eludir distintas barreras que pudieran existir dentro de la posibilidad de acceso sean barreras económicas, organizacionales, religiosas, culturales etc.
- La aceptabilidad que podemos entenderla como el nivel de satisfacción o de confort del usuario frente al procedimiento o frente a la asistencia.
- Palmer plantea claramente que es requerimiento imprescindible la competencia profesional.

El Dr. Donabedian hablaba del componente interpersonal pero hay que añadir el intrapersonal que es el otro elemento que constituye la inteligencia emocional.

Actualmente cuando hablamos de dimensión de la calidad en la atención sanitaria <sup>(4)</sup> vemos que se repiten conceptos como:

- Eficacia.
- Eficiencia.
- Costo en el servicio.



- Adecuación o pertinencia de acuerdo a distintos escenarios a la cual esta se aplica.
- La competencia profesional.
- La calidad científico técnica, que el progreso tenga que estar en correspondencia con la competencia de los distintos profesionales.
- La seguridad es decir que provoque el mínimo riesgo.
- La aceptabilidad por parte de los usuarios.
- La satisfacción profesional.
- La disponibilidad de los recursos.
- La accesibilidad.
- La continuidad.

Como definimos la cuantía de la calidad. Para eso debemos precisar tres conceptos:

1. Calidad máxima: Es un intento por conseguir la calidad ideal teórica al precio que sea sin importar la presencia de barreras que se opongan a alcanzar el objetivo sanitario del servicio. Lo que sabemos no siempre es posible.
2. Calidad óptima: Es aquella que atendiendo a las circunstancias del momento es posible conseguir. Porque lamentablemente en nuestras sociedades estamos limitados al costo efectividad, muchas veces hay barreras que no podemos derribar.
3. Calidad mínima: Aquella de menor eficacia aceptable y que va generar un mínimo impacto.

Por lo tanto el llamado es a reducir la brecha que existe entre la calidad máxima y la calidad óptima, es decir tenemos que aproximar el óptimo a lo máximo.

Del mismo modo tenemos al Dr. Richard Siegrist autor del programa Obama care especialista que se ha dedicado al tema de satisfacción del paciente interesados por la calidad de la atención y al Dr. *Lucien Leape* que ha consagrado su vida a los errores médicos <sup>(5-6)</sup> con el fin de generar estrategias de corrección.

La calidad en estos casos se mide en base a encuestas y las preguntas van de 0 a 10 y algunos de los tópicos específicos son:

- El grado de comunicación con los médicos
- La comunicación con las enfermeras
- La capacidad de respuesta del personal del centro de salud
- El silencio dentro del centro de salud
- Manejo del dolor
- Comunicación sobre medicamentos
- Los informes de alta medica

Se busca encontrar los nudos de las brechas de los quiebres que se originan. Estas preguntas se grafican y se llevan a tablas y de esta manera se define la atención o la calidad de la atención en salud <sup>(7)</sup>.

¿Qué pasa desde la perspectiva del usuario? El paciente como ciudadano en la actualidad ya no es pasivo sino más bien inquieto, está más empoderado, por lo tanto no es extraño escuchar de pacientes sino de clientes. Es un sujeto de derecho y que en el país tiene garantizadas varias prestaciones. Cada día aumenta más sus expectativas, lo que el espera de la atención sanitaria y tiene mayor acceso a información; por lo tanto este paciente llega a la consulta del profesional con mucha más información, con unas expectativas más altas <sup>(8)</sup>.

Al analizar la calidad que el paciente espera, la que él tiene como expectativa, para eso es necesario considerar lo siguiente <sup>(9)</sup>:

- La tangibilidad, la atención es intangible. No es una cosa que podamos ver tocar o palpar.
- Requiere de una confiabilidad bastante alta.
- Debe tener una capacidad de respuesta a los problemas de la población.
- Debe realizarse en un ambiente seguro.

- Un elemento tremendamente significativo que asegura la adherencia terapéutica es la empatía con que el médico o el profesional se plantea frente a nuestros problemas.

1. El paciente llega empoderado con mayor información y por lo tanto espera recibir una calidad de atención y es lo que el paciente percibe.

2. La calidad esperada que es aquella que el paciente anhela o con la expectativa que llega a la consulta.

3. Después de eso que el paciente llega con una idea de atención percibe una calidad de la atención y por lo tanto genera una percepción de la consulta después que esta ya se ha hecho <sup>(10)</sup>.

Lo positivo, sería extraordinario si la calidad percibida es mayor que la calidad esperada, será inadmisibles si la calidad percibida es menor a la esperada y será satisfactoria si la calidad percibida es igual a la esperada.

- Esta atención no se da establecimientos, hay instituciones que son las que están encargadas de brindar las prestaciones. Las características básicas de los sistemas de salud como ya habíamos citado anteriormente la intangibilidad no se pueden ver, no podemos estimar que tan buena va a ser la atención porque no hemos visto una previamente.

- Hay una inseparabilidad referida y que va a obedecer de cómo se prepara el profesional, por otro lado de las expectativas que tiene el paciente y también que está inserto en esta institución. La calidad de la atención del médico va también a supeditarse del aseo que haya en el establecimiento, de cómo lo reciben la secretaria, como es preparado, como se le mide la presión, el trato que va a recibir dentro del establecimiento.

- La atención en salud también tiene una concepción de variabilidad, es decir está supeditada a las circunstancias personales de ambos sujetos, es decir si el médico o el paciente han tenido una dificultad personal o han estado sometidos a estrés no va a ser la misma disponibilidad que van a tener los sujetos a la atención médica.

- Y la caducidad es el hecho que una vez que la atención se realizó no hay vuelta atrás, esto significa que no vamos a ser capaces de almacenar atenciones para mañana, igualmente se puede determinar como que no existe una segunda oportunidad para deshacer la mala o la buena impresión que tuvimos en la primera.

A partir del punto de vista de los usuarios, pacientes y comunidad es una oportunidad para mejorar los problemas que hemos detectado, es una posibilidad de mejoría de los síntomas para restablecer funciones, es una oportunidad de acceso a las prestaciones a los servicios de salud, en la medida en que sea cómoda de que tengamos un buen trato y que corramos un bajo riesgo por la atención sanitaria que nos van a proporcionar.

Desde la perspectiva de los prestadores que son los profesionales y los equipos de salud, se exige que haya disponibilidad de recursos humanos tecnológicos financieros, que exista la oportunidad de acceder a las tecnologías avanzadas, que exista un reconocimiento de las funciones, que se disponga de autonomía para el ejercicio y que por otro lado se pueda trabajar en un medio que ofrezca seguridad a todo el personal.

Y desde la visión de los administradores o financiadores sean estos el estado, las aseguradoras, los prestadores debe haber eficacia en el resultado, debe existir eficiencia en la gestión, tiene que haber un aumento creciente de la productividad y que esto desarrolle una competitividad en el mercado hablamos esencialmente de un posicionamiento.

En cuanto a algunos objetivos de un sistema de salud se mencionan:

- Elevar el nivel de salud de todos.
- Aumentar la eficiencia global del sistema.
- Asegurar un financiamiento sostenible.
- Mejorar la calidad técnica y la calidad percibida de los procedimientos de salud.
- Mejorar la equidad en el acceso y protección financiera.

La calidad asistencial consiste en orientar y organizar los elementos y medios de un sistema sanitario para conseguir los mejores resultados posibles en la salud y calidad de

vida de pacientes. El perfeccionamiento de un servicio sanitario es competencia de todas las personas que trabajan en él. En la esfera de los sistemas y servicios de salud se suele admitir que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, no obstante son diferentes: la calidad técnica, que a partir de la perspectiva de los prestadores busca proteger la seguridad, efectividad y validez de las acciones en beneficio de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las circunstancias materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan <sup>(11)</sup>.

Vale resaltar que en relación a investigación sobre calidad de la atención médica, esta se puede subdividir en dos áreas una clínica y otra socioorganizativa que incorpora áreas como: el proyecto donde se establecen y evalúan sistemas de monitoreo <sup>(12)</sup>.

## 9 EL PROBLEMA

### 9.1 Identificación, valoración y planteamiento

Las Normas de Atención Integral a la Niñez establecen estándares mínimos de calidad para la atención a los niños menores de 10 años. No existen estudios previos donde se hayan evaluado el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud Pascuales <sup>(13)</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “el estándar es un grado de desempeño convenido, especifica que acción se debe emprender. Sirve como un punto de referencia referente al cual formarse una apreciación. Tiene que ser alcanzable, visible, esperado y mensurable”. Los estándares de atención en salud deben continuar basados en la evidencia y apoyados por los conocimientos científicos actuales. Siguiendo el enfoque sistémico, en la atención en salud, pueden desarrollarse estándares de entrada, proceso y salidas. Los estándares de entradas, identifican el grado de calidad anhelado en los medios necesarios para ofrecer la atención; los estándares de proceso, identifican las mejores técnicas, guías de administración y actuación para ofertar la atención y los de salida, constituyen los resultados esperados en la asistencia. Estándar de calidad es un testimonio explícita del grado de calidad que se desea instituir <sup>(14)</sup>.

La política de salud es el conglomerado de acciones adoptadas por la Constitución de la República del Ecuador; en otras palabras las normas, protocolos, estándares e indicadores para una atención integral a las personas sin importar la edad sean niños o adultos, las mismas que garantizan que este grupo de la población recibirá asistencia prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en particular en los campos de inclusión social y económica, y defensa contra la violencia.

Las normas y protocolos son esos documentos éticos, técnicos y legales que son aprobados por la Constitución de la República para dar una asistencia integral de salud a los diferentes grupos poblacionales incluidos los niños <sup>(27)</sup>.

La evaluación del cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez de los niños atendidos por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales, permitirá valorar la calidad de la atención médica brindada por ellos, y a su vez encaminar acciones para el mejoramiento continuo de los servicios.

## **9.2 Formulación**

¿Cómo se cumplen las Normas de Atención Integral a la Niñez establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, en el centro de salud Pascuales en el período de julio 2017 a junio de 2018?

## **10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **10.1 General**

Evaluar el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez, por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de salud de Pascuales de julio 2017 a junio 2018.

### **10.2 Específicos**

- Medir los estándares de entrada de las Normas de Atención Integral a la Niñez del periodo de estudio.
- Medir los estándares de proceso de las Normas de Atención Integral a la Niñez cada trimestre del periodo evaluado.
- Medir los estándares de salida de las Normas de Atención Integral a la Niñez cada trimestre del periodo evaluado.
- Evaluar la calidad de atención a niños menores de 10 años de acuerdo al cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez.



## 11 MARCO TEÓRICO

### 11.1

Para que exista calidad en un servicio ofertado este debe reunir ciertos aspectos entre ellos un alto nivel de competencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del paciente y un impacto final en la salud<sup>(15)</sup>.

La atención es de calidad cuando los resultados, productos o efectos del proceso de atención de salud satisfacen los requisitos y seguridad del paciente, las expectativas de los profesionales, los trabajadores, la institución y el sistema<sup>(16)</sup>.

Hay que considerar que para que una atención de salud sea de calidad es necesario aplicar los mejores conocimientos científicos disponibles en el momento, hacerlo de la forma más humana y afectiva posible, con un comportamiento ético respetando la autonomía de las personas, cumpliendo las normas, reglamentos y procedimientos establecidos<sup>(17)</sup>.

La calidad posee atributos que pueden medirse estos son:

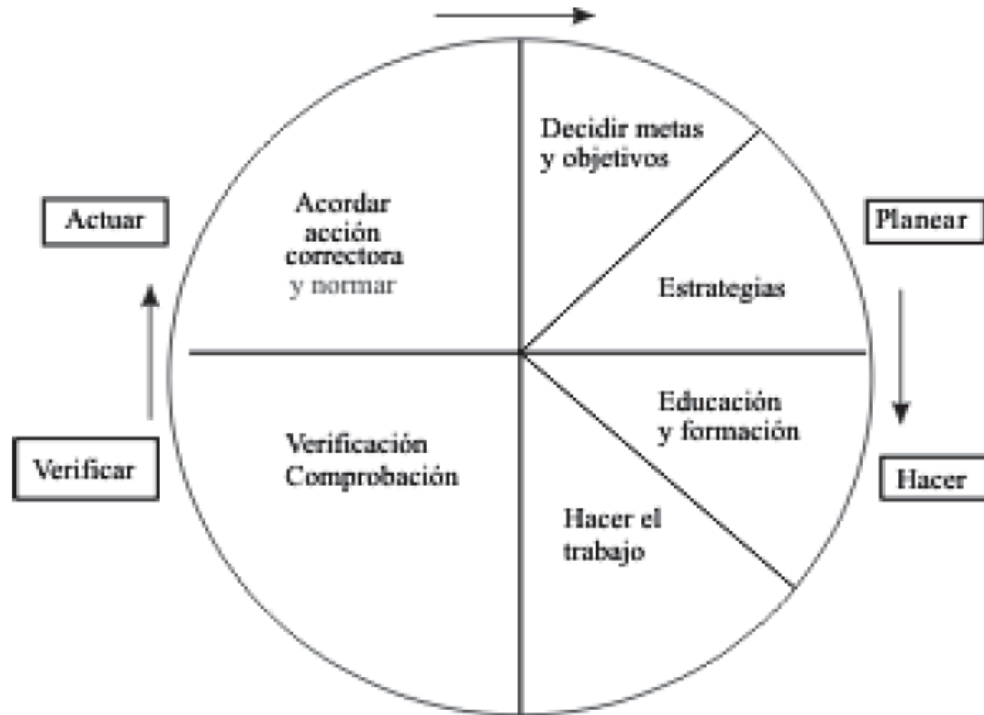
- Competencia profesional
- Cobertura, accesibilidad
- Satisfacción del paciente
- Satisfacción de los proveedores de salud
- Adecuación
- Continuidad
- Confidencialidad
- Recursos disponibles
- Eficacia, eficiencia, efectividad

Los sistemas de salud establecen entre sus políticas el control de la calidad, actividad que periódicamente se dirige a conocer las condiciones bajo las cuales se proporciona

atención médica, esta es monitorizada (medida), los resultados estudiados, de manera que sus diferencias (con lo esperado) puedan ser corregidas <sup>(18)</sup>.

Donabedian en el año 1966 propone “medir la calidad asistencial de acuerdo a la estructura (bienes materiales y humanos) y proceso (interacción entre profesionales y usuario) o el resultado (mejoras en salud y satisfacción)”. Este concepto se ha difundido a través del tiempo siendo la calidad percibida un punto clave para medir la calidad en la asistencia sanitaria. La propuesta de Avedis Donabedian es una de las más clásicas en el ámbito de la atención sanitaria, y expresa que la satisfacción del paciente se refleja en que: "Calidad de la atención sanitaria es aquella que se anhela que pueda ofertar al usuario el mayor y más completo bienestar después de valorar el cálculo de ganancias y pérdidas que pueden asociarse al proceso en todas sus elementos". De acuerdo con Donabedian, “la calidad es una definición que debe interpretarse en tres dimensiones que están asociadas e interdependiente, que son por una parte, la técnica, que representa la utilización de conocimientos y los métodos aplicados para la solución del conflicto del usuario, una interpersonal, que se instaura en el vínculo entre el proveedor de la prestación y el receptor de éste, y el componente de confort, que trata sobre los elementos que rodean al usuario que le ofrecen una atención más confortable”.

Según el círculo del control de la calidad de Deming (PHVA) y los seis pasos de Ishikawa se da una secuencia de procesos descritos de la siguiente manera en esta ilustración.



El proceso de control está encaminado a:

1. Búsqueda de la información para comparar la realidad con lo esperado.
2. Analizar las causas que originan los problemas.
3. Toma de decisiones para determinar las acciones y su puesta en marcha, para controlar.
4. Eliminar las causas que originan los problemas, asegurando la corrección y prevención.

Las dimensiones de la calidad son las siguientes:

- Estructura.
- Proceso.
- Resultados.

Para evaluar la calidad existen indicadores. Un indicador es un valor absoluto o relativo que expresa los cambios que ocurren en un objeto de estudio dado o en una parte del mismo.

Según el enfoque sistémico estos son:

- Estructura.
- Proceso.
- Resultado.

Según el resultado del suceso un indicador puede ser:

- Positivo.
- Negativo.

También existen indicadores centinelas.

Estructura en esta dimensión se incluyen adecuación de las instalaciones y equipos, idoneidad del personal médico, recursos humanos y financieros, estructura organizativa, programas e instituciones.

Proceso involucra la competencia técnica en la aplicación de los procedimientos, aptitudes y prácticas, coordinación y continuidad de la atención, funcionamiento de los servicios, interacción de los servicios.

Resultado en esta dimensión se encuentran los indicadores del estado de salud de la población (mortalidad, discapacidad, morbilidad), la satisfacción del paciente con relación al estado de salud alcanzado o con la atención recibida.

La OMS señala que son las percepciones de la calidad, y no los indicadores clínicos de calidad, lo que impulsa la utilización de los servicios y son esenciales para el aumento de la demanda <sup>(19)</sup>.

La evaluación del desempeño de los sistemas de salud tendrá que realizarse en dos dimensiones, para lo cual en la actualidad no hay suficiente información. Una de ellas, la dimensión tradicional, implica la medición y el monitoreo de las tendencias de los indicadores de salud usuales, tanto los negativos, que miden mortalidad, morbilidad y carga de enfermedad, como los positivos, que miden cobertura, acceso y calidad de los

servicios. Normalmente, el desempeño en esta dimensión se evalúa midiendo la brecha entre las metas esperadas y los logros reales <sup>(20)</sup>.

Los niños ameritan una atención para gozar del mejor estado de salud factible y llegar a desarrollarse apropiadamente durante toda su infancia. En cada fase de su desarrollo físico y mental, los niños tienen necesidades particulares y riesgos de salud diferentes. Así pues, un bebé será más vulnerable y estará más en peligro a ciertas enfermedades (enfermedades infecciosas, malnutrición, etc.) que un niño pequeño o un adolescente. Y al contrario, un adolescente, debido a sus hábitos y su comportamiento, estará más vulnerable a otro tipo de riesgos (salud sexual, mental, alcohol y drogas, etc.). Normalmente, un niño que haya conseguido beneficiarse de los cuidados en salud apropiados durante las diferentes etapas de su desarrollo, gozará del mejor estado de salud que le sea posible lograr y alcanzará a desarrollarse hasta llegar a convertirse en un adulto con buena salud <sup>(21)</sup>.

El derecho a la salud obliga al Estado a asegurar a los ciudadanos la posibilidad de poder disponer del mejor estado de salud asequible. El Estado asimismo debe garantizar el mismo acceso a la asistencia médica al total de su población.

El derecho a la salud se divide en otros derechos específicos que los países deben garantizar:

- El derecho a un sistema de resguardo de la salud
- El derecho a la previsión y a tratamientos preventivos para lidiar contra la expansión de morbilidades
- El derecho al acceso a los medicamentos esenciales
- El fomento de la salud materna e infantil
- El derecho al acceso a los prestaciones de salud apropiadas
- Finalmente, la instrucción y la concienciación concerniente a la salud

La materialización del derecho a la salud implica que los países establezcan servicios sanitarios que estén disponibles en cualquier situación, accesibles para todos, de buena calidad y admisible.

Para los niños, el derecho a la salud es indispensable ya que son seres vulnerables, más propensos a las patologías y a las complicaciones de salud. Al resguardar a los niños de la enfermedad, éstos podrían alcanzar la edad adulta con buena salud y así favorecer el desarrollo de sociedades más dinámicas y productivas.

El derecho a la salud de los niños involucra también los cuidados prenatales y postnatales de las madres. Un lactante tendrá muchas menos posibilidades de subsistir si la madre muere debido a complicaciones originadas durante el tiempo de gestación o el parto <sup>(22)</sup>.

Por otro lado, es substancial que una mujer embarazada pueda beneficiarse de vigilancia durante su embarazo así como en el transcurso y posterior al parto. Estos cuidados deben estar garantizados, en el orden de las posibilidades, por personal médico avalado para asegurar la adecuada salud de la madre y del niño.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han fomentado acciones con la finalidad de garantizar una atención integral a la niñez de calidad, de manera que esta pueda tener un desarrollo óptimo <sup>(23-24)</sup>, para ello se han diseñado importantes estrategias que ayuden durante la atención médica a cumplir lineamientos bien establecidos, donde no solo se considere la recuperación de la salud sino también aspectos preventivos y de promoción en salud, estas acciones han sido positivas ya que se han mejorado los indicadores de salud en cuanto a morbimortalidad infantil en las últimas décadas un ejemplo de lo anteriormente mencionado y que constituye uno de los Objetivos de desarrollo sostenible <sup>(25)</sup> es la disminución de la desnutrición, este considerando se encuentra precisamente en La Atención Integrada de las Enfermedades prevalentes de la Infancia AIEPI <sup>(26)</sup>.

El esfuerzo por estandarizar la atención en salud está vinculada con el desarrollo social de los pueblos y por ello otros países de Latinoamérica como Chile también cuenta con

una norma técnica que ayude a los profesionales a responder a la demandas en salud de la niñez <sup>(27-28)</sup>, vinculados al Programa Nacional de Atención de la Infancia, que como instrumento valioso procura realizar controles de salud priorizando acciones oportunas de acuerdo a la edad., apoyar a los padres o cuidadores durante la crianza de los infantes, detectar amenazas anticipándose a daños para la salud prevenibles, fomentar un control de salud técnicamente estandarizado, saber cómo debe ser el flujo de pacientes entre los distintos niveles del sistema, incluir a los niños con necesidades especiales que ameritan manejo desde un primer nivel a niveles superiores. Vigilar el desarrollo integral de los niños.

En Ecuador políticas de salud pública promueven una atención de calidad al niño y preconizan una atención integral con miras a un crecimiento y desarrollo pleno en un entorno saludable en el cumplimiento y goce de sus derechos, implementando programas como el Programa Acción Nutrición <sup>(29)</sup> que buscan evitar la malnutrición en el país, integrando organismos que también participan en el proceso de atención al infante como las instituciones educativas renovando así el compromiso social y su labor en favor de los niños de la nación, el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI) también es un ejemplo de este enfoque, actualmente existe una normativa de atención a la niñez que debe cumplir con ciertos estándares <sup>(30)</sup>.

La política de salud es el grupo de medidas acogidas por la Constitución de la República del Ecuador, es decir las normas, protocolos, estándares e indicadores para la asistencia integral de las personas. Las mismas que aseguran que este grupo de la población percibirá atención prioritaria y especializada en los espacios público y privado, particularmente en los ámbitos de inclusión social y económica, y amparo contra la violencia.

Las normas y protocolos son esos documentos éticos, técnicos y legales que son calificados por la Constitución de la República para ofrecer una asistencia integral de salud a los diversos grupos etarios entre los cuales de relevancia aquellos que son prioritarios como son los niños.

Evaluar la aplicación de la normativa para la atención al niño, no solo obedece a tener una base del grado de calidad, sino también de aspectos inherentes a debilidades sistemáticas; que con buena evidencia y análisis podrían ser objeto de modificaciones.

El Estado ha priorizado la salud de los niños y niñas teniendo como una de sus principales metas garantizar circunstancias ideales para un óptimo crecimiento y desarrollo tanto físico como psicosocial <sup>(31)</sup>.

El ente encargado de velar por la salud y el cumplimiento de una atención integral y de calidad es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para ello implementa estrategias que tienen soporte científico y respaldo dentro del marco legal con objetivos claramente establecidos relacionados a mejorar la atención de los niños/as <sup>(22)</sup>.

Tomando como punto de partida, el compromiso del Estado de garantizar salud como un derecho de los niños se fortalece uno de los determinantes de salud como es la organización de los sistemas de salud, mediante una normativa que vaya en función de una atención con calidad y calidez, la cual a su vez pueda ser evaluada técnicamente <sup>(23)</sup>. Es precisamente las condiciones bajo las que se atiende a los niños y niñas menores de 10 años las que ameritan un control.

Un esfuerzo y cooperación de varias instituciones y disciplinas han consolidado la normativa de atención a la niñez que ayudará en la labor de los profesionales y personas vinculadas con la atención a los niños. La calidad y calidez preconizada en los servicios ofertados, debe abordarse mediante la confluencia de todos los aspectos que concurren en la atención fijándose en parámetros concretos con ello se aprovechan los instrumentos que nos aporta la Norma y permitan revisar en detalle las características del servicio brindado a la población infantil.

El estado ecuatoriano a través por intermedio del MSP garantiza la calidad y mejora continua de los servicios de salud, mediante el establecimiento de estándares de calidad, infraestructura y equipamiento sanitario, contemplando que la calidad no conforma un término absoluto sino que se relaciona a un proceso de mejoramiento constante que contribuya a optimizar la salud de la población; en relación con las políticas sectoriales,



normativa actual y modelos de atención, asimismo dirigir a los establecimientos de salud hacia la evaluación permanente.

El proceso de reforma de la salud que experimenta el Ecuador ha tenido logros importantes, porque se da en el marco de una nueva Constitución de la República, a raíz de los cambios sociales propiciados por la Revolución Ciudadana, se han realizado transformaciones en el sector salud, el acrecentamiento de demandas sociales históricas originadas de las críticas al neoliberalismo en la reestructuración y modernización gubernamental <sup>(32)</sup>. Los ejes de la reforma consisten en tres componentes: por una parte, en organizar un Sistema Nacional de Salud que supere la división previa, que constituya la Red Pública Integral de Salud; políticas dirigidas a consolidar la atención primaria de salud, articulando el ejercicio sobre los determinantes de la salud; y finalmente, el aumento del financiamiento para afianzar las transformaciones. Concluimos que los desafíos en la reforma tienen que ver con la sustentabilidad de los procesos, sostenibilidad económica del sistema y con una más alta activación de mecanismos de cooperación que admitan la veeduría ciudadana de los servicios y el empoderamiento de los ciudadanos de su derecho a la salud.

Destaca dentro de esta transformación donde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural que en uno de sus objetivos estratégicos señala la “.....el equipamiento de un sistema de control de la garantía de la calidad de las prestaciones que incluya la apreciación de los usuarios.” Todo esto habla de la necesidad de incluir en la prestación de servicios un engranaje funcional de garantía de calidad que permita respetar y hacer cumplir los derechos de los ciudadanos de recibir una atención conforme con sus necesidades, basada en la mejor evidencia científica utilizable, apoyada con normas y procedimientos protocolizados y consensuados, con procesos de asistencia médica provistos por profesionales con conocimientos, destrezas y pericias que salven vidas, encaminados de manera descentralizada por funcionarios con enfoque estratégico y de alta gestión pero especialmente con una visión social equitativa e inclusiva y con metodologías de Mejoramiento Continuo de la calidad, que generen resultados perceptibles y deriven en un incremento de la confianza del beneficiario hacia las prestaciones de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

El centro de salud Pascuales hoy en día constituye una unidad asistencial docente, en él se desarrollan las actividades académicas del postgrado de Medicina Familiar y comunitaria y en un convenio estratégico entre el MSP, la Universidad católica de Santiago de Guayaquil ha permitido la incorporación de especialistas en una primera cohorte y la continuidad de la formación de nuevos Médicos familiares en una segunda cohorte. La atención que brinda es a una población que en su mayor porcentaje es de condición socioeconómica media baja.

## **11.2 Marco legal**

La constitución de la República del Ecuador manda en el artículo 32 que la salud es un derecho que el estado garantiza y que se vincula a otros derechos<sup>(33)</sup>.

La misma constitución en el artículo 35 ordena que las personas adultas mayores, niños niñas y adolescentes, embarazadas, discapacitados, personas privadas de la libertad, personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad recibirán atención prioritaria sea en los ámbito público y privado.

La ley *Ibidem* estipula en el artículo 44. El estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de niños niñas y adolescentes. Se atenderán al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán por sobre los de las demás personas.

La Ley orgánica de salud ordena en el artículo 3 que la salud es un derecho inalienable y que debe ser garantizado por el estado y es el resultado de una interacción entre el Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de entornos y ambientes saludables.

El acuerdo ministerial N° 10437, publicado en el registro oficial N° 957 del 15 de junio de 1958 se aprobaron Normas para el Fomento y Protección de la salud materno infantil en los servicios ambulatorios.

La dirección nacional de normatización ha actualizado y reformado las Normas de Atención Integral a la Niñez ya que es indispensable que en toda actividad en materia de salud se cuente con normas precisas para mejorar la prestación de los servicios.

## **12 MÉTODOS**

### **12.1 Justificación de la elección del método**

Se realizó un estudio observacional en el mismo no existió manipulación del investigador sobre el objeto de la investigación, de tipo descriptivo debido a que se procedió a la descripción y estimación de las variables en estudio y de corte transversal porque la medición de las variables se realizaron en un solo momento durante el periodo de estudio.

### **12.2 Diseño de la investigación**

Se realizó un estudio observacional en el mismo no existió manipulación del investigador sobre el objeto de la investigación, de tipo descriptivo debido a que se procedió a la descripción y estimación de las variables en estudio, y de corte transversal ya que la medición de las variables se realizaron en un solo momento durante el periodo de estudio.

#### ***12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio***

La población de estudio incluye todos los niños menores de 10 años, atendidos por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de salud de Pascuales.

La selección de la muestra se realizó como establecen las normas de atención integral a la niñez.

- Para medir el estándar de entrada se utilizó la lista de chequeo para constatar la existencia de insumos equipos y medicamentos esenciales para la asistencia ambulatoria a niños lactantes, preescolares y escolares, esta medición según lo establecido debe ser con una periodicidad anual.
- Para medir cada uno de los estándares de proceso, se tomó 30 historias clínicas escogidas aleatoriamente de los 3 meses evaluados, esto se realizó trimestralmente en el periodo de julio 2017 a junio 2018, hasta completar cuatro mediciones.

Se seleccionaron historias clínicas que registraban primeras consultas a niños/as menores de diez años de edad distribuidas de la siguiente forma:

- 9 de consultas de prevención (control)
- 21 de consultas de morbilidad (7 de enfermedades diarreicas, 7 de infecciones respiratorias agudas y 7 de desnutrición).

Para medir los siguientes estándares

- Consejería sobre lactancia materna o educación nutricional relacionada a su edad y consejería por su motivo de consulta.
- Atención integral, conforme a la norma de atención a la niñez.

Para el estándar correspondiente a la atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI, también se tomó 30 historias clínicas de primeras consultas de morbilidad de niños menores de cinco años de edad realizadas durante el trimestre evaluado, las cuales fueron escogidas aleatoriamente.

Este estándar tiene dos indicadores uno:

- El porcentaje de consultas de morbilidad en niños menores de dos meses.
- El porcentaje de consultas de morbilidad en niños de dos meses a menores de cinco años.

Para medir el estándar de salida se aplicó la encuesta posconsulta que establece la norma a 30 a madre/cuidador de niños menores de 5 años de edad enfermos.

### ***12.2.2 Procedimiento de recolección de la información***

Según lo que establecen las Normas de Atención Integral a la Niñez la cual nos da indicadores, estándares e instrumentos, para estimar la calidad de la atención integral de salud de los niños.

Los instrumentos diseñados para la recolección se adjuntan en el Anexo 4.

A continuación se detallan las instrucciones que dan las Normas de Atención Integral a la Niñez para la recolección de la información y utilización de los instrumentos y como procesar la información recogida para obtener los indicadores correspondientes de los estándares para la atención de salud integral a la niñez:

**Estándares para el proceso de atención:**

***Estándar de entrada:***

Toda Unidad Operativa contará con el 100% de insumos, equipos y medicamentos principales para la asistencia ambulatoria a niños lactantes, preescolares y escolares.

***Instructivo:***

- a. Realice la estimación de este estándar en manera anual.
- b. Registre el nombre de la provincia, el número del distrito, el nombre de la unidad operativa, la fecha que se realiza el cálculo, año evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
- c. Realice la comprobación física del listado de insumos equipos y medicamentos primordiales para la asistencia ambulatoria de la niñez, en el área de preparación, consultorio pediátrico, y farmacia de la Unidad Operativa.
- d. Para la verificación de los medicamentos en la farmacia, se revisará la existencia de un stock mínimo considerado por el mismo centro de salud. Sólo las Unidades Operativas que se encuentran a cuatro horas o más de un hospital de referencia deben contar con gentamicina ampolla, penicilina G cristalina y jeringuillas de 5 cc.
- e. Registre en el casillero del instrumento en sentido vertical el signo positivo (+) o signo negativo (-) si cumple o no cumple respectivamente con cada ítem del estándar, tome en cuenta el estado de los equipos e insumos, de existir pero no encontrarse en forma idónea para su funcionamiento, no cumple con el estándar.

***Procesamiento:***

f. Sume en sentido vertical cuántos equipos, insumos y medicamentos del estándar cumplen (signo +) y registre el resultado en el casillero que corresponde a ¿cuántos ítems del estándar cumple?

g. Divida el resultado del numerador del total de equipos, insumos y medicamentos que se encuentran presentes y en buen estado el día de la medición (¿Cuántos ítems del estándar cumple?), para el denominador: 26 si se trata de una Unidad

Operativa que se encuentra cerca de un hospital de referencia y 29, si está a cuatro horas o más de un hospital de referencia, (que corresponde al total de equipos, insumos y medicamentos con los que debe contar la Unidad Operativa).

Este resultado multiplique por 100 y obtendrá el porcentaje de cumplimiento del estándar, el mismo que debe registrarlo en el casillero correspondiente.

### ***Estándares de proceso: promoción – prevención – recuperación***

En todas las primeras consultas de control o por enfermedad a niños menores de diez años de edad, se les dará consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional relacionada a su edad, y se describirá en la historia clínica.

En todas las primeras consultas de niños menores de 10 años, se brindará atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez.

En todas las primeras consultas de morbilidad de niños menores de cinco años de edad se brindará atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

### ***Instructivo:***

1. Realice la estimación de éste estándar en manera trimestral.
2. Escriba el nombre de la Provincia, el número del Distrito de Salud, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha del cálculo, el trimestre y año evaluado y el nombre y apellido de la persona encargada de la medición.

3. Solicitando en Estadística de la Unidad Operativa los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias (RDACAA) MSP/DNISC/IA FORM.504-12-2012 del trimestre de la evaluación, de cada uno de los profesionales que dan atención a niños en la Consulta Externa.

4. De los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias:

a) Seleccione niños atendidos por primera consulta preventiva, revisando la edad y que sea primera consulta, (menores de 1 año, de 1 a 4 años y de 5 a 9 años) revise los diagnósticos o CIE 10 que concuerden con control del niño sano;

b) Además seleccione niños atendidos por primera consulta de morbilidad, revisando la edad y que sea primera atención (menores de 1 mes; de 1 a 11 meses, de 1 a 4 años, y de 5 a 9 años; todos los que hayan sido atendidos como primera consulta) revise los diagnósticos que correspondan con atención de morbilidad en las columnas.

c) Se recomienda obtener una muestra aproximada de 9 historias clínicas para atención preventiva, dividida para los tres meses investigados y para el número de profesionales que brinde atención, y 21 historias clínicas para morbilidad, divididas en 7 por infecciones respiratorias agudas, 7 por diarrea y 7 por desnutrición, y de igual manera dividida la muestra para los tres meses investigados y para el número de profesionales que brinden atención.

d) Realice una lista de los números de las historias clínicas seleccionadas. Si la producción del centro de salud es igual o menor a 30 consultas, se tomarán todas, no obstante si es mayor de 30, se elegirán al azar hasta completar una muestra de 30.

5. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas.

6. Verifique en cada historia clínica en los formularios de evolución (005), si se encuentra registrado que se brindó consejería relacionada al motivo de consulta, y sobre lactancia materna o educación nutricional, según corresponda, o si se encuentra en su defecto la descripción de la consejería dada, en cuyos casos cumple con el estándar.



7. En el instrumento de recolección de datos, anote el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) o con signo negativo (-) si cumple o si no cumple respectivamente con cada aspecto, para los casos de las atenciones preventivas (sin motivo de consulta) se calificará como NA (no aplica) en la consejería de acuerdo al motivo de consulta, sin que afecte la calificación final. En Observaciones del instrumento, puede anotar lo que considere pertinente, en relación a la obtención del dato del estándar en cada historia clínica.

8. En el casillero que corresponde a ¿Cumple el estándar con todos los aspectos? registre en sentido vertical si cumple o no cumple, signo positivo (+) o signo negativo (-) como corresponda.

***Procesamiento:***

En el casillero del instrumento correspondiente al total, anote en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que tienen signo positivo (que cumplen) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas verificadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado anote en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

***Instructivo:***

1. Haga la medición de éste estándar de manera trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el número del Distrito de Salud, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha del cálculo, el trimestre evaluado y el nombre y apellido de la persona encargada de la medición.
3. Las mismas historias clínicas utilizadas para el estándar anterior, se utilizan para evaluar este estándar.
4. Verifique en cada historia clínica en los formularios “028 A, 028B, 028C, 028D, 028 A1, 028 A2 y 005, si se encuentra anotado lo siguiente:

- a) Datos de identificación: apellido paterno, materno y nombres y/o N° de historia clínica
- b) Anamnesis: descripción del motivo de consulta y enfermedad actual.
- c) Interrogatorio por aparatos y sistemas: descripción en cada uno, (puede encontrarse una raya o señal que indique normalidad).
- d) Antecedentes personales: puede encontrarse en blanco, en casos en los que el niño o cuidador no recuerda o desconoce, pero debe encontrarse en observaciones este particular.
- e) Antecedentes patológicos: descripción en cada uno, (puede encontrarse una raya o señal que indique normalidad).
- f) Antecedentes patológicos familiares: descripción, (puede encontrarse una raya o señal que indique normalidad).
- g) Examen físico general inicial: descripción en cada uno, (puede encontrarse una raya o señal que indique normalidad).
- h) Primer control: descritos todos los aspectos, dependiendo de la edad, en infantil si es menor de un año, o preescolar o escolar si es mayor de un año. En relación al examen de agudeza visual y auditiva, se la realiza a partir de los tres años de edad, por lo que en menores de esta edad, puede encontrarse en blanco en el formulario de la historia clínica.
- i) Inmunizaciones: Se identificará señales que indiquen que ha sido aplicada de acuerdo a la edad del niño, puede encontrarse en blanco en casos que el niño o cuidador no recuerda o desconoce, pero debe encontrarse en observaciones este particular.
- j) Gráfico de crecimiento y desarrollo: Identificando que se encuentre señalado el peso y talla, de acuerdo a la fecha de la consulta.

k) Gráfico de desarrollo psicomotor: Identificando que se encuentre señalado el desarrollo de acuerdo a la fecha de la consulta. Esto se aplicará sólo hasta los cinco años de edad, pasada esta edad se colocará NA (no aplica) sin que esto altere la valoración final del estándar.

5. En el documento de recolección de datos, anote el número de la historia clínica seleccionada y en cada cuadro en sentido vertical registre con signo positivo (+) o con signo negativo (-), si cumple o si no cumple según corresponda. En Observaciones del instrumento, puede registrar lo que considere necesario, en relación a la obtención de la información del estándar en cada historia clínica.

6. En el cuadro correspondiente a ¿Cumple el estándar con todos los aspectos? Anote en sentido vertical si cumple o no cumple, signo positivo (+) o signo negativo (-).

### **Procesamiento:**

En el casillero del documento correspondiente al total, anote en el numerador el total de historias clínicas que respetan el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el número total de expedientes revisados, divida estas cifras y multiplique por cien, el resultado registre en la cuadrícula del instrumento que correspondiente a porcentaje (%).

### **Instructivo:**

1. Realice el cálculo de éste estándar e indicador de manera trimestral.
2. Anote el nombre de la Provincia, el número del Distrito de Salud, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el trimestre evaluado y el nombre y apellido de la persona encargada de la medición.
3. Pida en Estadística de la Unidad de Salud los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias RDACAA MSP/DNISCG/IA FORM.504-12-2012 del trimestre de la evaluación, de cada uno de los profesionales que ofertan la atención a niños en la Consulta Externa.

4. De los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias:

a) Seleccione niños menores de 2 meses, atendidos por primera consulta de morbilidad, revisando las columnas 19 y 20 del parte diario (menores de 2 meses), la columna 36 (primera consulta), y las columnas 29 y 34 para ver diagnósticos que coincidan con atención de morbilidad y AIEPI, no tome los diagnósticos de control del niño sano, problemas crónicos o enfermedades menos comunes, trauma u otras emergencias debidas a accidentes o lesiones.

b) Realice una lista de los números de las historias clínicas seleccionadas. Si el trabajo del centro de salud es igual o menor a 30 consultas, se utilizarán todas, pero si es mayor de 30, se seleccionarán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30.

5. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas. Tome en cuenta que pueden existir historias clínicas de niños mayores de 2 meses, hasta 11 meses (columna 20), las mismas que tendrá que desechar y completar la muestra para este indicador, (o utilizarlas para el siguiente indicador).

6. Verifique en cada historia clínica si se registró en los formularios 016, 028 A, 028B y 005, los siguientes datos:

Datos generales: nombre y apellido o # de HC, sexo, edad, fecha de nacimiento, presenta carnet (si o no).

Antecedentes maternos: deberá señalarse no o si, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones.

Antecedentes familiares: deberá señalarse no o si, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones.

Antecedentes obstétricos: mínimo deberá tener: último parto previo, planeado sí o no.

Antecedentes prenatales: deberá señalarse no o si, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones.

Nacimiento: deberá señalarse no o si, y en casos de que exista si o no como señal de peligro, deberá describirse en observaciones.

Recién nacido: deberá señalarse no o si, llenarse todos los datos, y en casos de que exista si o no como señal de peligro, o en blanco por no poder obtener los datos, deberá describirse en observaciones.

Revisión actual de sistemas: deberá existir alguna descripción.

Examen físico: deberá existir alguna descripción

Atención neonatal / consulta: fecha de atención, primera o subsecuente, edad, motivo de consulta, evolución: anamnesis y examen físico, peso, talla, perímetro cefálico, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria; evaluar y clasificar:

Enfermedad neonatal grave e infección local: deberá señalarse no o si en cada aspecto, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la clasificación.

Diarrea: deberá señalarse no o si en cada aspecto, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la clasificación.

Problema de nutrición: deberá señalarse no o si en cada aspecto, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la clasificación.

Problema de desarrollo: deberá señalarse no o si en cada aspecto, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la clasificación.

Vacunas: deberá señalarse no o si, en BCG / HB 1 en casos de que exista no, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la fecha de la próxima vacuna.

Otros problemas o riesgos: deberá existir alguna descripción.

Actividades: deberá existir alguna descripción.

Tratamiento y procedimientos: deberá existir alguna descripción.

7. En el instrumento para la recolección de datos, anote la numeración de la historia clínica elegida y en cada cuadrícula en sentido vertical anote con signo positivo (+) o con signo negativo (-) si cumple o si no cumple con cada aspecto según corresponda. En el cuadro asignado a ¿Cumple el estándar con todos los aspectos? Anote en sentido vertical si cumple o no cumple, signo positivo (+) o signo negativo (-).

***Procesamiento:***

En el cuadrícula del instrumento correspondiente al total, anote en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador anote el total de historias clínicas analizadas, divida estas cifras y multiplique por cien, el resultado registre en el cuadro del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

***Estándar de salida:***

Toda madre/cuidador de niños menores de 5 años de edad enfermos, deberá reconocer al menos 4 de los 8 signos de peligro, de cuando debe regresar inmediatamente a la Unidad de Salud.

***Instructivo:***

1. Haga la medición de éste estándar en manera trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el número del Distrito de Salud, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la estimación, el trimestre analizado y el nombre y apellido de la persona encargada de la medición.
3. Realice las siguientes encuestas posteriormente a la consulta médica o post consulta (si existe) y previamente de que el usuario (madre o cuidador que haya asistido con un niño para consulta de enfermedad) abandone la Unidad Operativa, sobre todo en los días

de mayor demanda, hasta completar 30 encuestas. En la columna N° 1 se encuentra registrado el número de la encuesta a ser realizada, cada encuesta corresponde a una fila.

4. Esta encuesta puede ser realizada por el personal de la misma Unidad de Salud, previa capacitación en todos los aspectos que tienen que ver con la realización de la encuesta (que no sean identificados con el área de pediatría).

5. El encuestador necesitará realizar la siguiente interrogante: **¿Le enseñaron o indicaron a usted, cuáles son los signos de peligro, para traerle al niño inmediatamente a la Unidad Operativa?**

6. El encuestador no deberá mencionar los signos de peligro (escritos en el instrumento), será el usuario quien lo haga.

7. Luego registrará en sentido horizontal en cada casillero del instrumento (columnas 2 a la 9) con signo positivo (+) si lo que dice el usuario tiene que ver con los signos de riesgo descritos en el instrumento y con signo negativo (-) si no se relacionan.

8. Registrará en la columna 10, signo positivo (+) si las respuestas positivas han sido 4 o más, o con signo negativo (-) si son menos de 4.

***Procesamiento:***

En la columna 10, sume en sentido vertical cuántas encuestas cumplen con el estándar (signo positivo) y registre en la misma columna, en: **TOTAL DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR**. Divida este valor (numerador) para el total de encuestas aplicadas (denominador, 30) y multiplique por cien, el resultado anote en el casillero que corresponda a **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR**

Una vez realizada la medición de los estándares de entrada, proceso y salida se procedió a calificar la calidad de la atención por trimestre y la calificación de todo el periodo de estudio sumando los porcentajes obtenidos de cada trimestre dividiéndolos para el número de porcentajes del trimestre obteniendo así un porcentaje trimestral que se lo calificó cualitativamente de la siguiente manera:

- De 100 a 90 excelente
- De 89 a 80 muy buena
- De 79 a 70 buena
- De 69 a 50 regular
- Menos de 50 mala

Sumando los valores de cada trimestre dividiéndolos para cuatro que son el número de mediciones realizadas durante el periodo de estudio se obtuvo un porcentaje total y la calificación final que se interpretó de acuerdo a la escala señalada.

### ***12.2.3 Técnicas de recolección de información***

Las técnicas utilizadas para recolectar la información fueron las siguientes:

<i>Variable</i>	<i>Técnica utilizada</i>
<i>Equipos insumos y medicamentos básicos</i>	<i>Observación</i>
<i>Consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional</i>	<i>Documental</i>
<i>Atención integral de acuerdo a la norma de atención a la niñez</i>	<i>Documental</i>
<i>Atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI</i>	<i>Documental</i>
<i>Reconocimiento de 4 de los 8 signos de cuando deben regresar de inmediato a la unidad de salud</i>	<i>Encuesta</i>



#### ***12.2.4 Técnicas de análisis estadístico***

Los datos serán ingresados a una tabla del programa Excel, transcribiendo las variables para las columnas y las filas para cada una de las unidades de estudio, codificando cada una de las variables para su posterior exportación al programa estadístico Statistical Package for the Social Science SPSS versión 20 donde se realizara el análisis univariado, para la presentación en tablas y gráficos.

Para resumir la información se utilizaron las medidas de estadística descriptiva para resumir variables cualitativas (números absolutos y porcentaje).

La tabulación y análisis de datos se la realizó en el programa SPSS versión 20.0; y la elaboración de tablas de registro en el programa Microsoft Office Excel 2007.

Se obtuvo un promedio del estándar de entrada sumando los porcentajes de todos los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria para obtener un valor global de todos los consultorios el cual representa la medición anual del estándar posteriormente se obtuvo el porcentaje total por trimestre sumando los porcentajes de un solo trimestre y dividiéndolos para el número de indicadores del trimestre evaluado asimismo sumando los porcentajes totales de cada trimestre y dividiéndolos para cuatro que son el número de mediciones realizadas durante el periodo de estudio se obtuvo un porcentaje total anual y la calificación final que se interpretó de acuerdo a la siguiente escala:

- De 100 a 90 excelente
- De 89 a 80 muy buena
- De 79 a 70 buena
- De 69 a 50 regular
- Menos de 50 mala

### **12.3 Variables**

Las variables incluyeron los estándares de entrada proceso y salida (equipos, insumos y medicamentos básicos, consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna y/o educación nutricional, atención integral de acuerdo a la norma de atención a la niñez, de acuerdo al protocolo de estrategia AIEPI y reconocimiento de los signos de peligro por los cuidadores de niños menores de cinco años enfermos).

En el Anexo 4 se incluyen los instrumentos contenidos en las Normas de Atención Integral a la Niñez en los que se puede observar los aspectos que incluye cada uno de los estándares.

En el centro de Salud Pascuales las consultas de Medicina Familiar y Comunitaria con enfoque integral favorecen el continuo asistencial también una atención primaria con prestaciones que incluyen niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Considerando el enfoque sistémico del proceso de atención integral de salud a la niñez, sus componentes y ejecución corresponden a diferentes áreas técnicas del MSP. El desarrollo de los estándares ha contemplado los componentes que son competencia del área de salud de la niñez.

El estándar de entrada esta contenido tanto en las prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

El estándar que incluye consejería por el motivo de consulta y sobre lactancia materna y educación nutricional de acuerdo a la edad, contiene prestaciones de promoción, prevención y recuperación y va dirigida a los menores de 10 años.

El estándar que incluye brindar atención integral de acuerdo a la norma de atención a la niñez, involucra prestaciones de prevención y recuperación de la salud y está dirigida para los niños menores de 10 años.

El estándar destinado a brindar atención de acuerdo con el protocolo de la estrategia AIEPI y el estándar de salida que incluye el reconocimiento de los signos de alarma para regresar inmediatamente a la consulta incluye prestaciones de recuperación de la salud dirigida a niños menores de cinco años de edad.

### 12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Equipos, insumos y medicamentos básicos (esperado 100%)	<p>Número de equipos e insumos básicos con los que cuenta la Unidad Operativa para la atención ambulatoria a la niñez</p> $\frac{\text{Número de equipos e insumos básicos con los que cuenta la Unidad Operativa para la atención ambulatoria a la niñez}}{\text{Total de equipos e insumos básicos con los que debe contar la unidad operativa para la atención ambulatoria a la niñez}} \times 100$	Porcentaje de equipos e insumos básicos con los que cuenta la Unidad operativa para la atención ambulatoria a niños durante el primer año de vida	Numérica continua
Consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional	<p>Numero de primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as, a los que se les brindo consejería y se registró en la historia clínica (en el formulario 005)</p> $\frac{\text{Numero de primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as, a los que se les brindo consejería y se registró en la historia clínica (en el formulario 005)}}{\text{Total de primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as atendidos/as por los posgradistas y revisadas por este estándar}} \times 100$	Porcentaje de primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as, a los que se les brindo consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional, de acuerdo a su edad, y se registró en la historia clínica (en el formulario de evolución 005)	Numérica continua
Atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez	Número de primeras consultas a niños/as, a los/as que se brindó atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez	Porcentaje de primeras consultas a niños/as, a los/as que se brindó atención integral, de acuerdo a la norma de atención	Numérica continua

	$\frac{\text{Total de primeras consultas de niños/as atendidos/as por los posgradistas y revisadas por este estándar}}{\text{Total de primeras consultas de morbilidad a niños/as menores de dos meses de edad, a los/as que se brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI}} \times 100$	a la niñez	
Atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI	$\frac{\text{Numero de primeras consultas de morbilidad a niños/as menores de dos meses de edad, a los/as que se brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI}}{\text{Total de primeras consultas de morbilidad a niños/as menores de dos meses de edad atendidos/as por los posgradistas y revisadas por este estándar}} \times 100$	Porcentaje de primeras consultas de morbilidad a niños/as menores de dos meses de edad, a los/as que se brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI	Numérica continua
	$\frac{\text{Numero de primeras consultas de morbilidad a niños/as de dos meses a menores de cinco años de edad, a los/as que se brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI}}{\text{Total de primeras consultas de morbilidad a niños/as de dos meses a menores de cinco años de edad atendidos/as por los posgradistas y revisadas por este estándar}} \times 100$	Porcentaje de primeras consultas de morbilidad a niños/as de dos meses a menores de cinco años de edad, a los/as que se brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI	Numérica continua
Reconocimiento de 4 de los 8 signos, de cuando debe regresar de inmediato a la Unidad de	Número de encuestas a madres/cuidadoras/r	Porcentaje de madres, cuidadora/or de niños/as enfermos/a y	Numérica continua

Salud	<p>es de niños/as enfermos/as y que reconocen 4 de los 8 signos, de cuando debe regresar de inmediato a la Unidad de Salud</p> $\frac{\text{Total de encuestas aplicadas a madres/cuidadoras /es de niños/as enfermos/as atendidos/as por los posgradistas}}{\text{Total de encuestas aplicadas a madres/cuidadoras /es de niños/as enfermos/as atendidos/as por los posgradistas}} \times 100$	que reconocen 4 de los 8 signos, de cuando debe regresar de inmediato a la Unidad de Salud	
Calidad de la atención integral a niños menores de 10 años de acuerdo al cumplimiento de las Normas de Atención Integral de Salud a la Niñez Trimestral y anual (total)	<p>Suma del porcentaje de los estándares del trimestre/Total de estándares del trimestre</p> <p>Suma de los porcentajes totales de los trimestres/Total de trimestres</p>	<p>Porcentaje total de cumplimiento por trimestre</p> <p>Porcentaje de cumplimiento anual (total)</p>	Numérica continua y categórica ordinal

### 13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSION

Los siguientes datos obtenidos de la investigación realizada en el centro de salud Pascuales, permitió evaluar el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez 2011, con la estimación de los estándares de entrada, proceso y salida con indicadores de calidad de atención en salud integral al niño menor de 10 años.

A continuación en la tabla 1 se exponen los resultados obtenidos en la medición del indicador del estándar de entrada en los 12 consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria atendidos por los 23 posgradistas, verificando el cumplimiento general en cuanto a equipos, insumos y medicamentos básicos dentro de las áreas de preparación, consultorios pediátricos y farmacia:

**Tabla 1: Cumplimiento del estándar de entrada para la atención integral de salud a la niñez. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018**

Consultorio	Área de Preparación	Consultorio pediátrico	Farmacia	Total (/30)	%
<b>AB</b>	6	11	8	25	<b>83,3</b>
<b>CD</b>	5	10	8	23	76,6
<b>EF</b>	5	11	8	24	80,0
<b>GH</b>	6	8	8	22	73,3
<b>IJ</b>	4	11	8	23	76,6
<b>KL</b>	6	11	8	25	<b>83,3</b>
<b>MN</b>	5	12	8	25	<b>83,3</b>
<b>ÑO</b>	5	10	8	23	76,6
<b>PQ</b>	4	10	8	22	73,3
<b>RS</b>	6	9	8	23	76,6
<b>TU</b>	6	11	8	25	<b>83,3</b>
<b>V</b>	5	8	8	21	<b>70,0</b>

**Fuente:** Lista de chequeo

Los consultorios AB, KL, MN y TU registraron el valor más alto 83,3% de cumplimiento contrario a el consultorio V que mostró el valor más bajo un 70% del cumplimiento. Con un promedio de 78% de cumplimiento.

Según lo que indica el artículo Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica indica que “En las instituciones de salud el Sistema ISO es útil para certificar la estructura y la organización, e indica que están en condiciones de otorgar una atención de calidad, pero no garantiza que esto ocurra; por otra parte, una estructura y organización deficientes pueden ser causa de mala atención. Se concluye que ambos sistemas son complementarios, no excluyentes.”<sup>(34)</sup>. Esto significa que una institución o unidad operativa puede tener las condiciones estructurales necesarias para brindar atención de calidad y para ello estar certificada según las normas de calidad sin embargo eso no garantiza que el servicio ofertado sea de calidad. A pesar de ello las deficiencias estructurales pueden generar una mala calidad de atención. Es decir estandarizar la estructura es en parte necesaria para dar un servicio de calidad.

Pero no solo las condiciones estructurales son definidas y evaluadas por las instituciones del sistema o sus usuarios internos también lo son por los usuarios externos como ya se ha enfatizado anteriormente. De esta manera la satisfacción con la infraestructura es un parámetro subjetivo pero que se ha asociado con la calidad de la atención médica. Como lo muestra el estudio de Sara Zamora en el 2016 <sup>(35)</sup>.

Los resultados obtenidos en la medición de los indicadores de los estándares de proceso para la atención de promoción, prevención y recuperación de salud de la niñez durante los trimestres evaluados se presentan a continuación desde las tablas 2 a la 5 y fueron los siguientes:

**Tabla 2: Consejería según motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional de acuerdo con su edad. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018**

<b>Trimestre evaluado</b>	<b>Registro de consejería por su motivo de consulta</b>	<b>Registro de consejería sobre lactancia materna o educación nutricional</b>	<b>Total de historias que cumplen ambos aspectos (/30)</b>	<b>%</b>
<b>Julio a septiembre 2017</b>	25	26	22	73,3
<b>Octubre a diciembre 2017</b>	25	29	24	80,0
<b>Enero a marzo 2018</b>	24	27	21	70,0
<b>Abril a junio 2018</b>	26	27	25	<b>83,3</b>

**Fuente:** Historias clínicas (Formulario 005). Partes diarios de atenciones y consultas ambulatorias del MSP.

Para la consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional de acuerdo con su edad, registrada en la historia clínica en el formulario 005 se obtuvieron los siguientes resultados. Durante el trimestre de abril a junio del 2018 se obtuvo el valor más alto con un cumplimiento del 83.3% en tanto que en el periodo de enero a marzo del 2018 se alcanzó solo un cumplimiento del 70,0%.

Hernández Aguilar MT. y Col. España. 2009. Expresan su apoyo a la lactancia y lo demuestran mediante el impulso a los Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Manifestando que esto se



convierte en una garantía de calidad. Conscientes de la importancia que el centro de salud juega en el mantenimiento y apoyo a la lactancia y en la promoción de la misma siguiendo el ejemplo de otros países europeos <sup>(36)</sup>. En el estudio realizado en el centro de salud de Pascuales uno de los estándares para evaluar el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez tiene entre sus indicadores la consejería sobre lactancia materna y educación nutricional.

Siendo la consejería nutricional un estándar para medir el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez y comparando el estudio de Margarita Fernández A, Eduardo Atalah S. que evalúa también la calidad de la atención en el Gran Santiago en el año 2000 en Chile, donde se obtuvo un índice promedio de calidad de  $10,4 \pm 1,7$  sobre un máximo de 14, relacionándolo con el estudio actual correspondería a un  $71,4\% \pm 12,1\%$  lo cual está dentro de los valores alcanzados de cumplimiento en el centro de salud de Pascuales <sup>(37)</sup>.

Para la atención integral de acuerdo con la norma de atención a la niñez registrados en la historia clínica en el formulario 028/02 se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 3: Cumplimiento por trimestre de atención de acuerdo con la norma de atención a la niñez. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018**

<b>Trimestre evaluado</b>	<b>Total de Historias clínicas (/30)</b>	<b>%</b>
Julio a septiembre 2017	22	73,3
Octubre a diciembre 2017	25	<b>83.3</b>
Enero a marzo 2018	23	76,6
Abril a junio 2018	25	<b>83.3</b>

**Fuente:** Historias clínicas (formularios 028/02). Partes diarios de atenciones y consultas ambulatorias del MSP.

En el trimestre correspondiente a julio a septiembre 2017 se obtuvo el valor más bajo un 73,3% de cumplimiento en tanto durante el trimestre de octubre a diciembre 2017 y abril a junio 2018 se alcanzó el valor más alto un 83,3% de cumplimiento de las normas.

Es importante manifestar que este estudio al usar técnica de recolección de datos secundaria basándose en la documentación como lo es la historia clínica presenta ciertas limitaciones dependientes de la calidad de la información contenida en los formularios revisados y estos a su vez por la pericia y diligencia del médico que brinda la atención. Como lo expresa Espinoza Naña en sus tesis sobre la historia clínica como herramienta para mejorar la calidad de atención en salud “el llenado de la historia clínica y los ítems que corresponden a sus formularios permite definir qué aspectos se consideran más o menos según el registro obtenido” esto no solo limita el estudio sino que tiene un efecto directo sobre los resultados obtenidos y en el estudio sobre el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez se evidencia este factor<sup>(38)</sup>.

Rosales Amarís y Col. en un estudio realizado en Colombia en el año 2007 mencionó en su estudio que una institución del primer nivel y otra del tercero presentaron alto grado de conocimiento de la norma y concluye que el conocer la norma no se refleja en los procesos de atención<sup>(39)</sup>. Es decir el conocimiento y las habilidades técnicas de los profesionales de la salud son necesarias pero si no se registra los procedimientos realizados pese a haberlo hecho, el cumplimiento será evaluado en relación a lo que los documentos correspondientes reflejen por lo tanto el registro completo de todos los aspectos es de valor imprescindible a la hora de medir el grado de cumplimiento.

Para el estándar de proceso relacionado con la atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI registradas en la historia clínica en los formularios AIEPI 01/02 y AIEPI 02/02 se obtuvieron los siguientes resultados.

**Tabla 4: Cumplimiento por trimestre atención de acuerdo con el protocolo de la estrategia AIEPI en menores de dos meses. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a Junio 2018**

<b>Trimestre evaluado</b>	<b>Total de historias clínicas (30)</b>	<b>%</b>
Julio a septiembre 2017	20	66,6
Octubre a diciembre 2017	21	66,6
Enero a marzo 2018	20	66,6
Abril a junio 2018	23	<b>70,0</b>

**Fuente:** Historias clínicas (Formularios AIEPI 01/02). Partes diarios de atenciones y consultas ambulatorias del MSP.

Al medir el indicador en los niños menores de dos meses en el trimestre de julio a septiembre del 2017 se obtuvo un cumplimiento de 66,6% y durante los trimestres de octubre a diciembre del 2017 y de enero a marzo del 2018 hubo un comportamiento similar con igual cifras ya en el último trimestre evaluado de abril a junio 2018 se logró un 70% de cumplimiento.

Cuando se midió este indicador en los niños de dos meses a menores de cinco años se obtuvieron los siguientes datos.

**Tabla 5: Cumplimiento por trimestre atención de acuerdo con protocolo de la estrategia AIEPI en mayores de dos meses y menores de cinco años. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018**

<b>Trimestre evaluado</b>	<b>Total de historias clínicas (/30)</b>	<b>%</b>
Julio a septiembre 2017	20	66,6
Octubre a diciembre 2017	21	<b>70,0</b>
Enero a marzo 2018	20	66,6
Abril a junio 2018	23	<b>76.6</b>

**Fuente:** Historias clínicas (Formularios AIEPI 01/02). Partes diarios de atenciones y consultas ambulatorias del MSP.

Durante el trimestre de julio a septiembre del 2017 y de enero a marzo de 2018 se obtuvo un cumplimiento del 66,6% que fue el valor más bajo de cumplimiento logrado, ya durante el trimestre de octubre a diciembre del 2017 se presentó un incremento ligero alcanzando la cifra del 70%, pero el mejor valor alcanzado fue durante el trimestre de abril a junio 2018 donde se alcanzó un 76,6 de cumplimiento.

En el estudio realizado en el Centro de Salud parque Iberia. Cuenca-Ecuador donde se evalúa la calidad de atención al niño con la aplicación de la estrategia AIEPI. Se obtuvo un índice de evaluación de 0,84 en el personal médico siendo el valor óptimo 1, que se correspondería con un 84% que se encuentra sobre el valor obtenido en la evaluación realizada en el centro de salud Pascuales <sup>(40)</sup>.

Buscando relacionar lo realizado por Quizhpe Arturo y col, en un estudio realizado en este mismo grupo de edad en Ecuador en el 2013. Aplicación de la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Ecuador. Solo en el 4,4

% de los pacientes se cumplieron todos los requisitos de la estrategia AIEPI. Este valor está muy por debajo del resultado obtenido en Pascuales con la evaluación de las Normas de Atención Integral a la Niñez <sup>(41)</sup>.

En la medición del indicador del estándar de salida al determinar el porcentaje de madres /cuidador de niños menores de cinco años enfermos que reconocen 4 de los 8 signos, para regresar de inmediato a la Unidad de Salud se obtuvieron los siguientes resultados por trimestre resumidos en la tabla que a continuación se presenta:

**Tabla 6: Cumplimiento por trimestre. Madres /cuidador de niños menores de cinco años enfermos que reconocen signos de peligro, para regresar de inmediato a la unidad de salud. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018**

<b>Trimestre evaluado</b>	<b>Total / 30 que cumplen el estándar</b>	<b>%</b>
Julio a septiembre 2017	22	<b>73,3</b>
Octubre a diciembre 2017	20	66,6
Enero a marzo 2018	21	70,0
Abril a junio 2018	22	<b>73.3</b>

**Fuente:** Concentrado de encuestas de conocimientos.

Durante los trimestres de julio a septiembre del 2017 y abril a junio 2018 se obtuvieron los valores de 73.3% de cumplimiento que fue el valor más alto de cumplimiento logrado durante el año de evaluación, mientras que en el trimestre de octubre a diciembre del 2017 se logró el menor nivel de cumplimiento que alcanzó una cifra de 66.6%.

En un estudio realizado en Bolivia 1999 de Zamora A. y col. se expone que un 48,6% de los cuidadores se le indicó como dar el tratamiento correctamente, 47,7% de los

cuidadores recibió al menos 2 mensajes de consejería sobre el tratamiento, a un 46% se le indicó 3 signos para volver inmediatamente al centro de salud, un 31,7 % de cuidadores describen al menos 3 aspectos de manejos de casos en el hogar y un 65,4% describen al menos 2 signos para búsqueda de ayuda inmediata. Estos aspectos estaban contemplados como indicadores de comunicación interpersonal <sup>(42)</sup>. Sin embargo a pesar de que el diseño del estudio no guarda similitud con el estudio sobre la evaluación realizada en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales es rescatable que solo el 46% recibió indicaciones de tres signos de alarma de cuando volver a consulta inmediatamente y que a pesar de ello un 65,4 pueda describir al menos dos signos que ameritan atención inmediata. En Pascuales esto correspondería al valor más bajo conseguido con el reconocimiento de cuatro signos de 8 posibles indicados en consulta. Y como se encuentra establecido el valor esperado es del 100% sin embargo se ha manifestado la diferencia entre la calidad esperada y la óptima que es la posible de alcanzar pudiendo considerarse la posibilidad de analizar en otros próximos estudios las razones de esta variabilidad.

El cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez por trimestre y por estándares se resume como explica la siguiente tabla 7.

**Tabla 7: Cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez por trimestre según estándares de entrada, proceso y salida. Consultorios de Medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018.**

Trimestre evaluado	Estándar de entrada % Equipos insumos y medicamentos básicos	Estándares de proceso%				Estándar de salida % Reconocimiento de signos de peligro para retornar a la unidad operativa
		Consejería sobre lactancia y/o educación nutricional	Atención de acuerdo a la norma	AIEPI en niños menores de 2 meses	AIEPI en mayores de dos meses y menores de cinco años	
<b>Julio a Septiembre 2017</b>	78,0	73,3	73,3	66,6	66,6	73,3
<b>Octubre a Diciembre 2017</b>		80,0	83,3	66,6	70,0	66,6
<b>Enero a Marzo 2018</b>		70,0	76,6	66,6	66,6	70,0
<b>Abril a Junio 2018</b>		83,3	83,3	70,0	76,6	73,3

**Fuente:** Lista de chequeo, historias clínicas y registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias del MSP, concentrado de encuestas

En la siguiente tabla presentamos la calificación de la calidad de atención integral brindada en los consultorios de Medicina familiar y Comunitaria por trimestre, además de la calificación total del año evaluado y sus interpretaciones cualitativas respectivas de acuerdo al cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez logrado durante el periodo de la investigación.

**Tabla 8: Calificación de la calidad de atención integral por trimestre y por año según el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018**

Trimestre	Calificación por trimestre	Calificación cualitativa	Calificación anual	Calificación cualitativa
Julio a septiembre 2017	71,8	Buena	73,5	Buena
Octubre a diciembre 2017	74,0	Buena		
Enero a marzo 2018	71,0	Buena		
Abril a junio 2018	77,4	Buena		

**Fuente:** Lista de chequeo, historias clínicas y registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias del MSP, concentrado de encuestas

Los porcentajes no llegaron al 80%, lo cual en términos cualitativos equivalentes, califica a la calidad de la atención ofertada durante el proceso del estudio como una buena calidad de atención en salud.

En un estudio realizado por Dres.: Mesquita M., Pavlicich V., Benitez S. en Paraguay en el año 2008 sobre la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. El 88,9% de los entrevistados consideró que la atención fue buena, el 9,1% que fue regular y el 1,9% que fue mala. Los motivos por los cuales la atención ha sido considerada como buena fueron: el 45,2% por el buen trato que recibió, el 26,4% por la buena atención médica y el 11 % porque recibió explicaciones claras; en menor porcentaje por dar informaciones útiles y por la rápida atención. De los que han considerado la atención como regular, el 63% manifestó atención superficial y rápida. De los que la consideraron mala, el 50% lo hizo porque el niño no fue examinado <sup>(43)</sup>. Como es evidente los resultados de cada estudio divergen en relación a las variables que se analizan ya que en términos de dimensiones de calidad esta puede ser medida de acuerdo a múltiples enfoques. En el estudio realizado en Pascuales el fin de analizar el nivel de cumplimiento de las Normas de Atención Integral



a la Niñez establece sus estándares y su forma de medición sin embargo hay que recalcar que durante todo proceso de atención se involucran otras dimensiones que aunque están implícitas no son el objeto de nuestro estudio.

Gustavo Fidel Macías en el estudio sobre la Evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de campo verde en San Salvador de Jujuy presentado en el año 2009 refirió que la calificación de la Estructura fue Regular. Cuatro ítems calificaron Bueno, cuatro Regular y dos Malo. La evaluación del Proceso, dio como resultado, 74.7% y una calificación Regular. La Evaluación de resultados permitió ver una asociación no lineal, entre aspectos de la organización, su accesibilidad, los procesos de atención, la participación y la satisfacción por el servicio recibido <sup>(44)</sup>. Como se manifestó previamente en la actualidad la evaluación de la calidad se puede realizar midiendo los indicadores de salud pero también considerando otros elementos como los mencionados en el estudio realizado en San Salvador sin olvidar que la percepción del usuario externo debe ser considerada para monitorizar los resultados y proponer medidas que mejoren la calidad de las prestaciones ofertadas para disminuir la brecha que existe entre la calidad esperada y la percibida. Además esto ayudara a conocer lo que realmente demandan los usuarios que puede diferir en cierta medida de lo que se les está brindando.

## 14 CONCLUSIONES

De acuerdo con los estándares de entrada las falencias de determinados equipos, insumos y medicamentos en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales durante el período de julio de 2017 a junio de 2018 condujeron a un déficit en la calidad de atención y en el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez.

En los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales de julio de 2017 a junio de 2018 el registro de la consejería según el motivo de consulta, la orientación de la lactancia materna o educación nutricional de acuerdo con la edad, así como el registro de los aspectos del protocolo de la estrategia AIEPI para la atención a menores de cinco años, no fueron registradas en su totalidad en un número importante de atenciones, lo que redujo la calidad de la atención brindada ya que resto cumplimiento a los estándares establecidos.

El reconocimiento por parte de la madre o cuidador de los signos de peligro en un niño menor de cinco años enfermo, permitió calcular el nivel de cumplimiento del estándar de salida para evaluar el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez donde también se presentaron deficiencias.

Pese a las limitaciones que existieron en el cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez, la calidad de atención integral brindada por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria a los niños menores de 10 años durante el periodo de estudio fue buena.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian, Avedis. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 324-327, nov. 2014. ISSN 1606-7916. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/363>
2. Del Castillo, AS, Sardi, N. Las normas ISO y el concepto de calidad aplicado a los servicios médicos en anestesiología. *Revista Colombiana de Anestesiología* [Internet]. 2012; 40(1):14-16. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195124162005>
3. Salinas JL, González HE. Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicología para América Latina*. *Psicol Am Lat* [Internet] 2006; nov (8) Recuperado em 02 de dezembro de 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000400014&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014&lng=pt&tlng=es).
4. Martínez-Argüelles, MJ, Blanco Callejo, M, Castán Farrero, JM. Las dimensiones de la calidad del servicio percibida en entornos virtuales de formación superior. *RUSC. Universities and Knowledge Society Journal* [Internet]. 2013; 10(1):89-106. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78025711007>
5. Ramos Domínguez Benito Narey. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2005 Sep [citado 2018 Oct 11]; 31 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es).
6. Shimabuku R, Huicho L, Fernández D, Nakachi G, Maldonado R, Barrientos A. Levels of dissatisfaction of external users of the Instituto Nacional de Salud del Niño (National Institute of Child Health) in Lima, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2012 jun. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2012.v29n4/483-489/es/>
7. Massip Pérez Coralía, Ortiz Reyes Rosa María, Llantá Abreu María del Carmen, Peña Fortes Madai, Infante Ochoa Idalmis. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2008 Dic [citado 2018 Nov 04]; 34 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es).
8. Chang de la Rosa Martha, Alemán Lage María del Carmen, Cañizares Pérez Mayilée, Ibarra Ana María. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1999 Oct [citado 2018 Nov 04]; 15 (5): 541-547. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es).
9. Regaira Martínez E, Sola Iriarte M, Goñi Viguria R, Asiain Erro MC, Del Barrio Linares M, Margall Coscojuela MA. La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERVQUAL Enfermería Intensiva. 2010 ene-mar; 21, (1), 3-10.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239909000030?via%3Dihub>

10. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex.* 1998 ene- feb; 40:3-12. Disponible en : [https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341998000100002](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000100002)
11. Racoveanu NT, Johansen KS. Tecnología para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención sanitaria. *Foro Mundial de la Salud*• 1995 (16). Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/53791/WHF\\_1995\\_16\\_n2\\_p158-165\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/53791/WHF_1995_16_n2_p158-165_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Amador Porro CO, Cubero Menéndez O. Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria *Rev. cub. salud pública.* 2010. 36 (2) 175-179. Disponible en: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662010000200012&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662010000200012&script=sci_arttext)
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). Normas de Atención Integral de Salud a la Niñez. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20A%20LA%20NI%C3%91EZ%202011.pdf>
14. Jiménez Cangas Leonor, Báez Dueñas Rosa María, Pérez Maza Benito, Reyes Alvarez Iliana. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 1996 Jun [citado 2018 Nov 03]; 22 (1): 15-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es).
15. Robledo Galván Héctor et al. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista Conamed.* 2012 oct-dic. 17 (4) 172-175. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/320>>. Fecha de acceso: 21 oct. 2018
16. Cecilia Colunga Rodríguez; Marco Antonio López Montoya; Guadalupe Aguayo Alcaraz; José Luís Canales Muñoz. Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. *Revista Cubana de Salud Pública [Internet].* 2007 [Citado en 2018 Oct 21]; 33(3): Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2007.v33n3/10.1590/S0864-34662007000300012/>
17. Ávalos García, María Isabel. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Horizonte Sanitario, [S.l.],* aug. 2014; 9, (1), 9-19. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/158>>. Fecha de acceso: 21 oct. 2018 doi:<https://doi.org/10.19136/hs.a9n1.158>.
18. Ruiz de Chávez, M, Martínez-Narvaéz, G, Calvo-Ríos, JM, Aguirre-Gas, H, Arango, R, Lara, R, Caminos, MI, Ortiz, G, Ugalde, E, Herrera, F. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud.

- Salud Pública de México [Internet]. 1990; 32(2):156-169. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632207>
19. Johanna Hanefeld, Timothy Powell-Jackson & Dina Balabanova, Comprender y medir la calidad de la atención: tratar la complejidad. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 may, [citado 2017 oct 10]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/16-179309-ab/es/>
  20. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
  21. Myers Robert G. Notas sobre la "Calidad" de la Atención a la Infancia. Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv [Internet]. 2003 June [cited 2018 Nov 01]; 1 (1): 59-83. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2003000100003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2003000100003&lng=en)
  22. Derechos de los niños Unicef. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/derechos-infancia>
  23. UNICEF. The state of the world's children 2014 in numbers: every child counts—revealing disparities, advancing children's rights. New York: United Nations Children's Fund, 2014. Disponible en: [http://www.unicef.org/eapro/EN-FINAL\\_FULL\\_REPORT.pdf](http://www.unicef.org/eapro/EN-FINAL_FULL_REPORT.pdf)
  24. UNICEF. Reporte Anual 2013. UNICEF CONEVAL 2013. Disponible en: [http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEFReporteAnual\\_2013\\_final.pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEFReporteAnual_2013_final.pdf)
  25. Objetivos de desarrollo sostenible 17 objetivos para transformar nuestro mundo. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>
  26. Borda-Olivas Alfredo, Palma-Ruiz Matilde, Amaral João Joaquim Freitas do. Percepciones de gestores de salud y facilitadores de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes (AIEPI) en una zona del Noreste de Brasil y Perú. Interface (Botucatu) [Internet]. [cited 2017 Sep 12]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017005005105&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005005105&lng=en). In press 2017. Epub Mar 20, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0718>
  27. Jiménez de la J Jorge. Atención pediátrica y sistemas de salud en Chile. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2000 Sep [citado 2017 Ago 27]; 71 (5): 377-379. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000500001&lng=](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000500001&lng=)
  28. Fernández A. Margarita, Atalah S. Eduardo. Calidad de la atención de los menores de dos años controlados en el programa de riesgo de desnutrir en el Gran Santiago. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2000 Nov [citado 2017 Ago 27]; 71 (6): 485-490. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000600004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000600004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000600004>
  29. Programa Acción Nutrición: Disponible en: <http://www.todaunavida.gob.ec/programa-accion-nutricion/>

30. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) [Internet]. Ecuador. 2013. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub\\_gobernanza\\_salud/manual\\_mais\\_2013.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf)
31. Malo-Serrano, Miguel y Malo-Corral, Nicolás. Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2014, vol.31, n.4 [citado 2017-09-12], pp. 754-761. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-)
32. Naranjo Ferregut Jorge Augusto, Delgado Cruz Amaryly, Rodríguez Cruz Roberto, Sánchez Pérez Yarelys. Considerations on the Model of Comprehensive Health Care in Ecuador. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Nov 20]; 30 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es)
33. Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008. Quito: Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador; 2008.
34. Aguirre-Gas HG. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Cir Cir* [Internet]. 2008 [Citado en 2018 Oct 21]; 76 (2): 187-196. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc082o.pdf>
35. Zamora Chávez Sara Carolina. Satisfaction in infrastructure and quality of care in obstetrics-gynecology consultation of a primary care center. *Horiz. Med.* [Internet]. 2016 Ene [citado 2018 Oct 21]; 16(1): 38-47. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2016000100006&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100006&lng=es).
36. Hernández Aguilar MT., González Lombide E., Bustinduy Bascarán A., Arana Cañedo-Argüelles C., Martínez-Herrera Merino B., Blanco del Val A. et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia): Una garantía de calidad. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2009 Sep [citado 2018 Nov 04]; 11(43): 513-529. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000400012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000400012&lng=es).
37. Fernández A. Margarita, Atalah S. Eduardo. Calidad de la atención de los menores de dos años controlados en el programa de riesgo de desnutrir en el Gran Santiago. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2000 Nov [citado 2018 Nov 04]; 71(6): 485-490. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000600004&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000600004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000600004>.
38. Espinoza Ñaña, Jheny Charo. Historia clínica electrónica como herramienta de mejora en la calidad de atención en la consulta externa. Hospital Octavio Mongrut, 2015 [Tesis de maestría]. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú; 2015. 48 p. Disponible en : <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2079>

39. Rosales Amarís, M, Álvarez Manduca, K, Delgado Rivero, L, Hemer Narváez, MA, Madero Reales, J, Silva Henao, D. Cumplimiento de la norma técnica de atención del recién nacido en hospitales del nivel I y III de Barranquilla y Soledad. *Salud Uninorte* [Internet]. 2007; 23(1):52-63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723107>
40. Calidad de atención al niño/a de 2 meses a 4 años de edad con la aplicación de la estrategia AIEPI. Estudio realizado en el Centro de Salud parque Iberia. Cuenca-Ecuador <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24178>
41. Quizhpe Arturo, Uphoff Eleonora, Encalada Lorena, Andrade Diana, Barten Françoise. Aplicación de la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Ecuador. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 Jun [citado 2018 Nov 03]; 39(2): 197-207. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200002&lng=es)
42. Zamora G. Adalid D., Cordero V. Dilberth, Mejia S. Martha. Evaluación de la estrategia AIEPI en servicios de salud, primera prueba mundial, Bolivia 1999. *Rev. bol. ped.* [Internet]. 2002 Ene [citado 2018 Nov 03]; 41(1): 7-10. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752002000100003&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752002000100003&lng=es).
43. Mesquita M., Pavlicich V., Benitez S. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. *Rev. bol. ped.* [Internet]. 2010 [citado 2018 Nov 03]; 49(3): 210-217. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752010000300005&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752010000300005&lng=es).
44. Macías, Gustavo Fidel. (2009). Evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de campo verde: San Salvador de Jujuy. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (37), 291-305. Recuperado en 30 de octubre de 2018, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-81042009000200014&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200014&lng=es&tlng=es).

**Anexo 1**

Guayaquil,.....de julio del 2017

**Consentimiento informado**

Declaro haber escuchado los objetivos del estudio a realizarse, y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este documento, indico que he sido informado/a de la investigación: “Evaluación del cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez, por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud de Pascuales julio 2017 a junio 2018” y que consiento voluntariamente participar entregando mis evoluciones registradas en las historias clínicas del C.S. Pascuales.

**Apellidos y Nombre:**.....

**Cédula de identidad:**.....

**Firma:**.....



## Anexo 2

### Consentimiento informado

Yo \_\_\_\_\_ con C.I.: \_\_\_\_\_ padre/madre o tutor de la \_\_\_\_\_ recibí del Dr. \_\_\_\_\_ la explicación de que los datos que a continuación ofreceré se utilizarán para evaluar la aplicación de las Normas de Atención Integral a la Niñez 2011 en el centro de Salud Pascuales por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de julio 2017 a junio 2018.

El doctor me ha informado que los datos que ofrezca no serán revelados a otros miembros de mi familia u otras personas y se mantendrá el anonimato de mi persona de las publicaciones que resulten de esta investigación.

Se me ha explicado que puedo dejar en cualquier momento de contestar la encuesta que me será entregada para la investigación, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mi relación con el personal del centro de salud u otra institución pública.

Estoy dispuesta a participar en la encuesta requerida en la investigación por parte del investigadora, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y confidencial.

Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

He realizado todas las investigaciones que considere necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme al:

Dr. Erwin Angel Millán Román posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, en el consultorio L del Centro de Salud Pascuales.

Se me ha informado que si considero que necesito más información sobre el tema puedo vía Online revisar las Normas de Atención Integral a la niñez 2011 en la página del Ministerio de Salud Pública.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Nombre y Apellido del autor: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido padre o tutor de la paciente:  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_

**Anexo 3**

**ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS**

**Provincia:**

**Área de Salud N°:**

**Unidad Operativa:**

**Fecha de la medición:**

**Trimestre evaluado:**

**Responsable de la medición:**

**Numero de encuesta:**

**¿Le enseñaron o indicaron a usted, cuáles son los signos de peligro, para traerle al niño/a inmediatamente a la Unidad Operativa?**

**Mencione cuales son esos signos de peligro o como los reconoce.**

Anexo 4

**INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑEZ**

*Instrumento: Lista de chequeo*

Provincia: \_\_\_\_\_ Área de Salud N°: \_\_\_\_\_  
 Unidad Operativa: \_\_\_\_\_ Fecha de la medición: \_\_\_\_\_  
 Año evaluado: \_\_\_\_\_ Responsable de la medición: \_\_\_\_\_

<b>Equipos, insumos y medicamentos básicos.-</b>	<b>Cumple</b>
Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	
<b>Área de preparación:</b>	
Equipo antropométrico	
Paidómetro, tallímetro o cinta métrica	
Balanza pediátrica	
Balanza de adulto	
Equipo para examen clínico	
Fonendoscopio	
Tensiómetro con mango pediátrico	
Termómetros	
<b>Consultorio Pediátrico:</b>	
Insumos para aseo	
Lavabo	
Jabón	
Toalla	
Equipo para examen clínico	
Mesa de examen	
Fonendoscopio	
Equipo de diagnóstico	
Baja lenguas	
Escala de Snellen u otra	
Paquete Normativo e instrumentos para la atención de la salud de la niñez	
Normas de atención a la niñez	
Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia "AIEPI" (cuadro de procedimientos, manual de capacitación, cuaderno de ejercicios, álbum de fotografías)	
Guía para la atención primaria oftalmológica infantil	
Fomularios de HCU.(Form. 028A, 028B, 028C,028D,005	
Recetario	
<b>Farmacia: (stock mínimo considerado por cada Unidad Operativa)</b>	
Acetaminofen (paracetamol) en gotas, y jarabe o tabletas	
Ampicilina suspensión	
Amoxicilina o Cotrimoxazol suspensión	
Eritromicina 200mg/5cc suspensión	
Lactato de Ringer o solución salina	
Mebendazol o Albendazol suspensión o tabletas	
Sales de rehidratación oral	
Gentamicina 10 mg/cc amp.	
Penicilina G Cristalina 1.000.000 UI.	
Jeringuillas de 5 c.c.	
Otros según patología (describir)	
¿Cuántos ítems del estándar cumple? / Total de ítems que debe cumplir	
Porcentaje de cumplimiento del estándar (resultado anterior x 100)	%

Instrumento:

Provincia: \_\_\_\_\_ Área de Salud N°: \_\_\_\_\_

Unidad Operativa:

Fecha de la medición: \_\_\_\_\_ Trimestre y año evaluado: \_\_\_\_\_

Responsable de la medición:

N° de Historia Clínica ↑	
Se registró la consejería al niño/a o su acompañante de acuerdo a su motivo de consulta: infecciones respiratorias agudas o diarrea o desnutrición	
Se registró la consejería al niño/a o su acompañante sobre lactancia materna o educación nutricional	
¿Cumple el estándar con todos los aspectos? Marque + si cumple y - si no cumple	
OBSERVACIONES:	
	Total
	Porcentaje

Procesamiento:

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas revisadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).



**Instrumento:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de la medición:** \_\_\_\_\_  
**Área de Salud N°:** \_\_\_\_\_  
**Trimestre y año evaluado:** \_\_\_\_\_  
**Unidad Operativa:** \_\_\_\_\_  
**Responsable de la medición:** \_\_\_\_\_

N° de Historia Clínica											Total	Porcentaje	
Datos generales:													
Antecedentes maternos													
Antecedentes familiares													
Antecedentes obstétricos													
Antecedentes prenatales													
Nacimiento													
Recién nacido/a													
Revisión actual de sistemas													
Examen físico													
Atención neonatal / consulta													
Enfermedad neonatal grave e infección local													
Diarrea													
Problema de nutrición													
Problema de desarrollo													
Vacunas													
Otros problemas o riesgos													
Actividades													
Tratamiento y procedimientos													
¿Cumple el estándar con todos los aspectos?													
Marque + si cumple y - si no cumple													

**Procesamiento:**

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas revisadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

4b. Porcentaje de primeras consultas de morbilidad de niños/as de dos meses a menores de cinco años de edad a los/as que se les brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI

**Instrumento:**

Provincia: \_\_\_\_\_ Área de Salud Nº: \_\_\_\_\_ Trimestre y año evaluado: \_\_\_\_\_ Unidad Operativa: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la medición: \_\_\_\_\_ Responsable de la medición: \_\_\_\_\_

Nº de Historia Clínica ↑																										Total	Porcentaje												
	Datos generales																																						
Evaluar peligro general																																							
Evaluar tos o dificultad para respirar																																							
Evaluar diarrea																																							
Evaluar fiebre																																							
Evaluar problema de oído																																							
Evaluar desnutrición y/o anemia																																							
Evaluar desarrollo psicomotor																																							
Fecha de atención																																							
Evaluar vacunación																																							
Evaluar alimentación																																							
Evaluar maltrato y descuido																																							
Evaluar otros problemas																																							
Tratamiento																																							
Actividades																																							
¿Cumple el estándar con todos los aspectos? Marque + si cumple y - si no cumple																																							

**Procesamiento:**

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas revisadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

*Instrumento de recolección de datos: Concentrado de encuestas de conocimientos*

Provincia: \_\_\_\_\_  
 Unidad Operativa: \_\_\_\_\_  
 Trimestre evaluado \_\_\_\_\_

Area de Salud N°: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la medición: \_\_\_\_\_  
 Responsable de la medición: \_\_\_\_\_

(1) N° de encuesta	Pregunta: ¿Le enseñaron o indicaron a usted, cuáles son los signos de peligro, para traerle al niño/a inmediatamente a la Unidad Operativa?								(10) ¿Menciona al menos 4 de los 8 signos de peligro? Marque + si cumple y - si no cumple
	(2) No puede beber agua	(3) Se ve decaído	(4) No puede tomar el seno	(5) Tiene dificultad para respirar	(6) Tiene respiración agitada o ruidosa	(7) Tiene asientos con sangre	(8) Le falta agua en el cuerpo (deshidratado/a)	(9) Tiene fiebre muy alta	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
TOTAL DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR / TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS									30
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR									%

*Procesamiento:*

En la columna 10, sume en sentido vertical cuántas encuestas cumplen con el estándar (signo positivo) y registre en la misma columna, en: **TOTAL DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR**. Divida este valor (numerador) para el total de encuestas aplicadas (denominador, 30) y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero que corresponda a **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR**





**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Millán Román, Erwin Angel**, con C.C: # **0920054889** autor del trabajo de titulación: **Evaluación del cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018** previo a la obtención del título de **especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **17 de diciembre de 2018**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Erwin Angel, Millán Román

C.C: 0920054889



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Evaluación del cumplimiento de las Normas de Atención Integral a la Niñez. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Julio 2017 a junio 2018		
<b>AUTOR(ES)</b>	Erwin Angel, Millán Román		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Sanny, Aranda Canosa		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de diciembre de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	82 páginas
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria, Ciencias de la Salud		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Control de calidad, servicios de salud del niño, salud del niño, salud infantil, atención médica, bienestar del niño		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p><b>Antecedentes:</b> Las Normas de Atención Integral a la Niñez establecen estándares mínimos de calidad para la atención a los niños menores de 10 años.</p> <p><b>Materiales y Métodos:</b> Estudio observacional, descriptivo, transversal incluyó una muestra de niños/as menores de 10 años atendidos en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales. Las variables incluyeron los estándares de entrada proceso y salida (equipos, insumos y medicamentos básicos, consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna y/o educación nutricional, atención integral de acuerdo a la norma de atención a la niñez, de acuerdo al protocolo de estrategia AIEPI y reconocimiento de los signos de peligro por los cuidadores/as de niños menores de cinco años enfermos). La información se obtuvo mediante lista de chequeo, revisión de historias clínicas y encuestas. Se utilizaron medidas de resumen para variable cualitativas. <b>Resultados:</b> El cumplimiento por estándares fue: entrada 83.3%, proceso 83,3% (consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna y/o educación nutricional), 83.3% (atención de acuerdo a la norma de atención a la niñez), 70,0% y 76,6 % (atención de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI en menores y mayores de dos meses respectivamente) y 73,3% en salida. La atención fue buena con un 73,5% de cumplimiento anual.</p> <p><b>Conclusiones:</b> Las Normas de Atención Integral a la Niñez se cumplen parcialmente por falencias en la estructura, registros incompletos y el no reconocimiento de los signos de alarma sin embargo la calidad de la atención fue buena.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTORES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-0999951106	E-mail: emillan1780@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Landívar Varas, Xavier		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600 ext 1830-1811		
	<b>E-mail:</b> Xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec <a href="mailto:posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec">posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			