



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24: 826-23-25; Fax: 826-23-26
Posgrado e Investigación: Tel./fax: 826-24-27 Dirección: Tel. 826-23-27

Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

TEMA DE TESIS

**“EVALUACION DEL COMPONENTE DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL PROGRAMA DE ATENCION
A LA SALUD DEL NIÑO, EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1
DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 2000 ”**

**ELABORADO POR:
Licenciada en Enfermería**

María Cecilia Ferrer Cruz



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA



**“EVALUACION DEL COMPONENTE DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL PROGRAMA DE ATENCION
A LA SALUD DEL NIÑO, EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1
DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 2000 ”**

TESIS

**Para obtener el GRADO de :
Maestra en Salud Pública**

Presentada por:

**Licenciada en Enfermería
MARIA CECILIA FERRER CRUZ**

Aprobada por el Comité de Tesis

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Introducción.	1
1 Justificación y Planteamiento.	3
2 Marco Contextual.	5
3 Marco Teórico.	13
3.1 Programa Estatal de Atención a la Salud del Niño.	13
3.2 Manual de Procedimientos Técnicos de las Infecciones Respiratorias Agudas.	14
3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1-1998. del expediente Clínico.	19
3.4 Investigación Evaluativa.	22
4 Objetivos.	30
5 Diseño Metodológico.	31
6 Resultados.	36
6.1 Estructura.	37
6.2 Proceso.	44
6.3 Resultados.	60
7 Discusión	65
8 Conclusiones.	75
9 Recomendaciones.	77
Bibliografía Citada.	80
Bibliografía Consultada.	82
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	CENTROS DE SALUD Y NÚCLEOS BÁSICOS. JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000.	36
TABLA 2	ENFERMERAS POR NÚCLEO BÁSICO. JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000.	38
TABLA 3	PERSONAL PROMOTOR. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	39
TABLA 4	RELACIÓN PERSONAL-HABITANTES. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000.	40
TABLA 5	DOCUMENTOS NORMATIVOS POR CENTRO DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000.	40
TABLA 6	MATERIAL PARA APLICACIÓN DE INYECCIONES INTRAMUSCULARES POR CENTRO DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000.	41
TABLA 7	MATERIAL DE PROMOCIÓN POR CENTRO DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000.	43
TABLA 8	EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL COMPONENTE DE LAS IRA's. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000.	44
TABLA 9	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE NÚCLEOS BÁSICOS JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000.	45
TABLA 10	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE NÚCLEOS BÁSICOS JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000.	46
TABLA 11	FORMATOS* INCOMPLETOS POR CENTRO DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000.	47
TABLA 12	DIAGNÓSTICOS DE IRA's. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000.	48
TABLA 13	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE IRA's EN DIAGNÓSTICOS. COMPLETOS. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	49
TABLA 14	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE IRA's EN DIAGNÓSTICOS INCOMPLETOS. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	50
TABLA 15	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE IRA's EN OTROS DIAGNÓSTICOS JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	51

TABLA 16	TRATAMIENTO DE IRA's EN DIAGNÓSTICOS COMPLETOS JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	52
TABLA 17	TRATAMIENTO DE IRA's EN DIAGNÓSTICOS INCOMPLETOS. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	53
TABLA 18	TRATAMIENTO DE IRA's EN OTROS DIAGNÓSTICOS. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	54
TABLA 19	TRATAMIENTO DE IRA's EN OMISIONES DE DIAGNÓSTICOS. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	55
TABLA 20	PRODUCTIVIDAD POR CONSULTAS DE IRA's. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	56
TABLA 21	EXTENSIÓN DE USO POR CONSULTAS DE IRA's POR CENTRO DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000..	57
TABLA 22	INTENSIDAD DE USO POR CONSULTA. JURISDICCIÓN. SANITARIA No. 1, 2000.	58
TABLA 23	EVALUACIÓN DEL PROCESO DEL COMPONENTE DE LAS IRA's. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	59
TABLA 24	COBERTURA DEL COMPONENTE DE LAS IRA's. JURISDICCIÓN SANITARIA No.1, 2000.	60
TABLA 25	EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL COMPONENTE DE LAS IRA's. JURISDICCIÓN SANITARIA No.1, 2000.	63
TABLA 26	EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE LAS IRA's. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	64

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICO 1 COMPARATIVO DE INCIDENCIA POR IRA's. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	61
GRÁFICO 2 COMPARATIVO DE MORTALIDAD POR IRA's. JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000.	62

ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.
- ANEXO 2 PRESUPUESTO.
- ANEXO 3 GUÍA DE EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE LAS IRA's PARA UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. PRESTADOR DE SERVICIO.
- ANEXO 4 GUÍA DE EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE PROCESO DEL PROGRAMA DE LAS IRA's PARA UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. PRESTADOR DE SERVICIO.
- ANEXO 5 GUÍA DE EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE LAS IRA's PARA UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. PRESTADOR DE SERVICIO.
- ANEXO 6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.
- ANEXO 7 MUNICIPIOS QUE CONFORMAN LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ. AÑO 2000.
- ANEXO 8 REQUERIMIENTOS DE INSUMOS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS POR JURISDICCIÓN SANITARIA, 2000.
- ANEXO 9 ALGORITMO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
- ANEXO 10 X CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES: IRA's.
- ANEXO 11 GLOSARIO DE TÉRMINOS.

RESUMEN

La evaluación al componente de prevención y control de las infecciones respiratorias agudas (IRA's) incluyó estructura, proceso y resultados en los núcleos básicos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de San Luis Potosí, año, 2000. *Material y Métodos:* 34 núcleos básicos de 12 centros de salud fueron evaluados en los municipios de San Luis Potosí y en Soledad de Graciano Sánchez, y por método estadístico simple se seleccionaron 381 expedientes clínicos. *Resultados:* Los resultados muestran que la estructura fue regular por que no se cuenta con los recursos necesarios para la adecuada atención de los casos. El proceso fue deficiente ya que los registros de los casos no son congruentes con la normatividad. Además la productividad por consulta médica general fue baja. Los resultados fueron regulares, ya que la cobertura en la población asignada menor de cinco años fue del 50.7%, la incidencia ha disminuido, no así la mortalidad. *Conclusión:* el componente de las IRA's opera regularmente debido a que no se dispone de material y medicamentos suficientes y oportunos, además, el personal no está capacitado en el manejo de la norma.

Palabras clave: infección respiratoria aguda, núcleo básico, evaluación, estructura, proceso, resultados.

ABSTRACT

The evaluation research for the prevention and control component of the acute respiratory infection (IRA's) including structure, process and results in the basic nucleus of the Health Jurisdiction No. 1. *Material and Methods:* 34 basic nucleus of the 12 urban health centers were evaluated in the municipalities of San Luis Potosí and Soledad de Graciano Sánchez, and through a random sample, 381 medical files were selected. *Results:* The results show that the component has a regular structure because it does not have the necessary resources to give the appropriate attention to the cases. The process was not efficient since the records of the cases are differ a lot from its standards, and there is a low productivity in medical consultations. The results were regular, the coverage is of 50.7% of the population

that is less than five assigned years, the incident has diminished, but not its mortality.
Conclusion: the IRA's component that normally operate, should back up the structure with raw materials and the medication in sufficient and timely form, and also, the personnel should be trained according to the components' standards.

Key words: acute respiratory infection, basic nucleus, evaluation, structure, process, results.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA's) son padecimientos que afectan principalmente a poblaciones que se encuentran en los extremos de la vida, su origen es multifactorial¹, tienen una duración menor de 15 días pero cuando no son tratadas correctamente pueden convertirse en crónicas; se presentan durante todo el año incrementándose durante la temporada invernal², y son la primera causa de demanda en los servicios de consulta externa y hospitalización en el grupo de menores de cinco años en México³.

Por lo anterior, las infecciones respiratorias agudas se han mantenido como un problema importante de Salud Pública debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se han dado a la tarea de apoyar y reglamentar las acciones de salud para mejorar la atención de los casos en los países en vías de desarrollo, incluyendo México⁴.

En respuesta a las acciones propuestas por estas organizaciones, a partir de 1997 el Consejo Nacional de Vacunación implementó el Programa de Atención a la Salud del Niño englobando cuatro componentes de atención dirigidos al menor de cinco años: Vacunación Universal, Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas, Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas, y Nutrición⁵.

Con base en lo establecido por el Componente de las IRA's, los Servicios de Salud en el Estado, a través de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, atendieron los casos de infecciones respiratorias en la población menor de cinco años sin derechohabiencia, desconociéndose localmente como operaba en los núcleos básicos, si disponían de la estructura necesaria para brindar la atención, si era accesible a los usuarios, si los procesos se efectuaban de acuerdo a los lineamientos establecidos, y su influencia en los resultados durante el año 2000.

Por lo que el efectuar esta investigación de tipo evaluativo en los núcleos básicos de dicha Jurisdicción permitió conjuntar la información necesaria acerca de la estructura, los procesos y los resultados del Componente de las IRA's durante el año 2000, aplicando indicadores de accesibilidad, disponibilidad, extensión de uso, calidad técnica de la atención, productividad e impacto; los resultados de la evaluación permitieron además identificar los aspectos positivos del componente y detectar las principales desviaciones susceptibles de mejoras por los medios usuales y con los recursos disponibles del mismo.

1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo del Componente de las IRA's no ha tenido el impacto que se esperaba, ya que los problemas respiratorios se han mantenido con altas tasas de morbilidad y de mortalidad en el grupo de menores de 5 años, grupo que representa cerca del 11% del total de la población en general. La experiencia ante los problemas respiratorios habla que diariamente se hacen importantes descubrimientos para mejorar la atención de los usuarios, sólo que la información que se adquiere no se aplica del todo en la atención cotidiana de los mismos⁶, por lo que ésta y otras razones en conjunto, no han permitido cumplir las metas propuestas.

De 1995 al 2000 las tasas de mortalidad general en el Estado disminuyeron de 551.1 a 338.0 por 100 000 habitantes, comportándose la mortalidad en los menores de cinco años de forma similar. En relación con la morbilidad por IRA's, los Servicios de Salud en el Estado durante el mismo periodo reportaron 61 014 casos, de los cuales 17 326 pertenecieron a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 con una tasa de 18 791.8 por 100 000 menores de cinco años, donde las infecciones de las vías respiratorias superiores ocuparon el primer lugar con 15 072 casos, seguidas por la faringitis bacteriana y la otitis media aguda con 867 casos cada una, y las neumonías con 520 casos⁷.

Según el Programa Estatal de Atención a la Salud del Niño, los cambios observados en el Estado a partir de la creación del componente de las IRA's con respecto a estas enfermedades, han sido positivos pero lentos ya que de 1990 a 1995 se redujo la mortalidad en un 26.4%, correspondiendo el 86.8% a la población abierta, el 13.1% a población derechohabiente (IMSS 12.1%, ISSSTE 1.0%) y el 2.3% a otras instituciones. El lugar más frecuente de ocurrencia de las muertes sigue siendo el hogar, con un 68%, seguido de las unidades médicas, con un 32%.

Respecto a las IRA's, algunas de las razones por las que se continúan presentando, se relacionan con el tipo de formación y capacitación del personal médico, lo que provoca,

entre otras cosas, la omisión en el registro de los antecedentes y otros datos clínicos⁸, la atención de mala calidad, el uso injustificado e indiscriminado de medicamentos antitusígenos, antipiréticos, antihistamínicos y antibióticos, y entre las más frecuentes y más importantes, el no capacitar a las madres de los menores sobre la detección oportuna de los signos de alarma de las neumonías⁹, deficiencias tales como la indicación injustificada de medicamentos, de exámenes de laboratorio y de rayos X¹⁰. Otras como las condiciones que prevalecen en los países en desarrollo como el nuestro, tales como la desnutrición, la escasa alimentación al seno materno, el bajo peso al nacer, la edad, el tipo de agente etiológico y la severidad con la que se presenta la enfermedad. Las IRA's además representan un problema de tipo social alterando la dinámica familiar, que aunque ha sido poco estudiado no deja de ser importante, también afectan económicamente a las familias con gastos que se derivan de la atención como el transporte, la alimentación, la inasistencia laboral en caso de que la madre trabaje o en el caso contrario, el descuido de la casa y de los demás integrantes de la familia (1).

Por lo antes expuesto, se requiere la aplicación de la normatividad en la atención de los casos que marca el Programa de Atención para la Salud del Niño en el Componente de las IRA's, contenida en el Manual de Procedimientos Técnicos de las infecciones respiratorias agudas para evitar el manejo inadecuado de las mismas y sus complicaciones. en especial las neumonías; previniendo de este modo la mortalidad, aspecto al que está dirigido.

La investigación evaluativa, de tipo social al tener como propósito el juzgar programas, políticas y normas, y buscar la creación de propuestas de mejora apoyada en la planificación, verificación, efectividad y eficacia de los programas sociales¹¹, resulta idónea para evaluar el Componente de las IRA's, durante el año 2000 en la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los Servicios de Salud de San Luis Potosí.

2 MARCO CONTEXTUAL

En el año 2000, el estado de San Luis Potosí contaba con una población total de 2 369 192 habitantes, con una natalidad de 67 756 nacidos vivos registrados. El 11.3% (269 250 habitantes) conformaba la población menor de cinco años¹², en comparación con 1999, en que el grupo de menores de cinco años era menor en un 1.3% de acuerdo con la Proyección del Consejo Estatal de Población.

En el Estado, las IRA's ocuparon el primer lugar en la morbilidad, en el año 2000, con 241875 casos¹³ y una tasa de 2 847.90 por 100 000 habitantes; ocupando un lugar similar en 1999 con 269 433 casos¹⁴. Respecto a la mortalidad en el Estado, en 1999 ocurrieron 9772 defunciones, de las cuales el 7.4% (727) fueron por IRA's, y de éstas, 167 se presentaron en el grupo de menores de cinco años, predominando los menores de 1 año con un 74.3% (124), siendo la causa más frecuente, en el 87.4% (146), las neumonías¹⁵.

En la actualidad nos enfrentamos a un proceso de transición epidemiológica con variedad de enfermedades, tanto de origen infeccioso como crónico, permaneciendo las infecciones respiratorias y sus complicaciones entre las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad debido a las neumonías, y de acuerdo al compromiso establecido en la Cumbre Mundial de la Infancia en 1990 como se menciona en el Programa de Atención a la Salud del Niño, se estableció el reto de disminuir la tasa de mortalidad en un 70% con relación a la de 1990, que era de 99.4 por 100 000 menores de cinco años, en el 2000 la tasa de defunción fue de 20.7 por 100 000 menores de cinco años, logrando una disminución del 79.2%.

En la Jurisdicción Sanitaria No.1 de los Servicios de Salud en el Estado, en el año 2000 se contaba con una población de responsabilidad de 861 542 habitantes, de los cuales el 11% (95 200) fueron menores de 5 años. Esta población es atendida en 42 núcleos básicos que pertenecen a los municipios de San Luis Potosí y de Soledad de Graciano Sánchez (Anexo 7), se distribuyen en 14 centros de salud urbanos y 5 rurales, contándose además con una

unidad médica móvil, atendándose en 38 de estos núcleos básicos urbanos al 85.9% del total de la población de responsabilidad de la Jurisdicción.

Por municipio y centro de salud, la distribución de los núcleos básicos es de la siguiente manera:

Municipio de San Luis Potosí	Núcleos Básicos
1. Centro de Salud "A" Juan H. Sánchez	7
2. Centro de Salud 6 de Junio	1
3. Centro de Salud Progreso	3
4. Centro de Salud Piedras	2
5. Centro de Salud Saucito	3
6. Centro de Salud Simón Díaz	3
7. Centro de Salud Terceras	3
8. Centro de Salud Club de Leones	3
9. Centro de Salud del DIF	0
Municipio de Graciano Sánchez	Núcleos Básicos
10. Centro de Salud U.P.A.	3
11. Centro de Salud 21 de Marzo	3
12. Centro de Salud 1 de Mayo	1
13. Centro de Salud San Antonio	2
14. CIMIPO	3

El Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA)¹⁶, es un modelo de organización que conjunta elementos y acciones articuladas encaminadas a cubrir las necesidades en salud de la población en un ámbito determinado, con estructura y programas de tipo institucional y con leyes que rigen su funcionamiento; es un instrumento normativo con el que se pretende regular la prestación de servicios para la población que no cuenta con seguridad social con las siguientes estrategias:

- La organización y funcionamiento de los núcleos básicos en el primer nivel se dirigen al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente;
- Están enfocados a preservar la salud con acciones integrales para padecimientos frecuentes, de resolución factible ambulatoria, con recursos de poca complejidad técnica, suficientes, oportunos y de buena calidad;
- La atención se ofrece de acuerdo a las necesidades de la población de áreas de influencia, que carecen de seguridad social, según grado de dispersión o concentración geográfica de las localidades.
- Su organización en áreas urbanas está planeada para cubrir 3 000 habitantes por núcleo, ubicados en áreas geográficas con isócronas de traslado a 30 minutos por los medios habituales (a pie, automóvil, camión).
- El personal del núcleo se integra por 1 médico y 1 enfermera (recomendación de la certificación de jurisdicciones) y a partir de tres núcleos básicos debe existir un promotor y un odontólogo
- Debe disponer de un área física específica para brindar atención de salud.
- El núcleo básico debe elaborar un diagnóstico local y un programa anual que va dirigido a la disminución de riesgos por familia con acciones prioritarias tales como: la entrega del PBSS, la ampliación de la cobertura y el mejoramiento en la calidad de la atención; y dentro de las estrategias del PBSS se encuentra el Componente de las IRA's.

De acuerdo con el MASPA, la capacitación o aquellas actividades que se realizan para que el personal del equipo de salud desempeñe correcta y eficientemente sus funciones incluirá: inducción al puesto, cambios en el sistema, procedimientos o medios de trabajo y capacitación continua para mejorar el rendimiento del personal técnico y administrativo y para que pueda evolucionar en el servicio social de carrera. La evaluación de las acciones será continua para que aseguren el desarrollo de los núcleos, se hará cada mes por un equipo supervisor; el equipo zonal o equipo multidisciplinario. Los núcleos básicos de unidades de tipo urbano manejarán poblaciones de más de 15 000 habitantes con servicios de consulta externa, atención estomatológica, atención a pacientes referidos, vigilancia

epidemiológica, medicina preventiva, y notificación de casos, además de educación para la salud, referencia de pacientes y visitas domiciliarias, trabajando en 1 a 12 núcleos.

Actualmente las acciones del Componente de las IRA's se realizan en los núcleos básicos basándose en el Manual de procedimientos técnicos de estos padecimientos, y se evalúan apoyados en dos modelos: La Metodología para la Verificación de la Cobertura Universal con el Paquete Básico de Servicios de Salud a la Población Abierta y la Certificación de Jurisdicciones Sanitarias.

La Metodología para la Verificación de la Cobertura Universal con el Paquete Básico de Servicios de Salud a la Población Abierta¹⁷, en México tuvo sus inicios a partir de 1997, por acuerdo de la OPS, la OMS y la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (SSA), bajo los siguientes objetivos: crear una metodología para evaluar la extensión de la cobertura de los Servicios de Salud en: casas de salud, centros de salud urbanos y rurales, unidades móviles, hospitales generales, unidades médico rurales, hospitales rurales del Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad (IMSS-SOLIDARIDAD), o unidades donde el 50% o más de su población hable una lengua autóctona. Con la certificación de los mismos y la implantación de recomendaciones para continuar con el logro de la cobertura en tres niveles de verificación para la evaluación. En el primer nivel de verificación se comprobaría que toda la población recibiera los beneficios del paquete básico de servicios de salud y en el segundo, que la población se beneficiara con las estrategias de cada programa de dicho paquete y se tuviera el impacto deseado en la población. Y en el tercer nivel de verificación se comprobaría la garantía de la atención integral con servicios de calidad, si se cubren las necesidades y expectativas de salud de la población respecto a la oportunidad y la eficacia. Para la evaluación en cada entidad, se integraron equipos de dos elementos nombrados por la OPS, con experiencia y probada seriedad, pudiendo ser funcionarios de la misma SSA. La forma de evaluar fue con base en 40 indicadores, 33 determinantes para el logro de la cobertura, entre los que se pueden mencionar los siguientes: La identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y la referencia de los casos a unidades de atención médica, de atención

a la salud del niño, oportunidad y eficacia de los servicios, que de alguna forma tienen que ver con la atención de las infecciones respiratorias en los núcleos básicos. Para la formulación de los indicadores se consideraron tres dimensiones: La *dimensión técnica* que se refiere a la conceptualización de la cobertura de los servicios de salud, que no sólo depende de contar con ciertos recursos y una población sino que debe de estar acorde con las demandas y necesidades de la población. La *dimensión de las políticas sanitarias* referente a las regulaciones que se han efectuado para la prestación de los servicios de salud para la población abierta en el país y por último, la *dimensión ética* que menciona la importancia de los valores sociales, debido a que las dos dimensiones anteriores no son suficientes por si solas para darle continuidad a las actividades.

El otro modelo, la Certificación de Jurisdicciones Sanitarias¹⁸, es el encargado de asegurar la calidad de los servicios de salud en las jurisdicciones sanitarias. Sus antecedentes se remontan al año de 1989, fecha en que se creó el Proyecto de Fortalecimiento de las Jurisdicciones Sanitarias con apoyo de la OPS, iniciando con la implementación de jurisdicciones tipo; consistía en mejorar su organización y funcionamiento, adoptando componentes tales como: una *estructura orgánica, enseñanza y capacitación, supervisión, abastecimiento, conservación y mantenimiento, participación social, información, regulación sanitaria y coordinación sectorial e intersectorial*. Las fuentes para la obtención de los datos serían el sistema de información oficial y los expedientes clínicos. Los resultados más importantes fueron el fortalecimiento de la estructura y de los procesos en la realización de las actividades; pero aun falta consolidar y continuar el trabajo realizado, por lo que en respuesta a estas necesidades surge la Certificación de Jurisdicciones Sanitarias que se dirige a la evaluación de la estructura, el proceso, los resultados y el impacto, con énfasis en los dos últimos. Para lo cual se formularon 33 indicadores entre los que se encontraban: mortalidad por enfermedades respiratorias agudas, población con acceso a los servicios de salud, núcleos básicos de servicios de salud completos y necesarios, equipamiento del núcleo básico, abasto del cuadro básico de medicamentos, carpetas de expedientes clínicos familiares, referencia y contrarreferencia.

La Certificación de las Jurisdicciones se realiza por medio de una autoevaluación periódica de los recursos disponibles. Los indicadores aplicados reciben un puntaje que oscila entre 1 y 5 puntos, y de acuerdo al total de puntos acumulados se califican en:

Certificada	De 95 a 100 puntos
Certificada con recomendaciones	De 80 a 94 puntos
No Certificada	Menos de 79 puntos

Actualmente, con la actualización de la Certificación de Jurisdicciones Sanitarias¹⁹, el indicador que hace referencia al Componente de las IRA's es el número 26 que evalúa la mortalidad por estas enfermedades en el grupo de menores de cinco años, manejando como estándar la tasa jurisdiccional que deberá de ser menor al promedio Estatal del año inmediato anterior.

Algunos estudios, sobre del manejo de las IRA's refieren la existencia de factores que interfieren en su desarrollo; en el estado de Guerrero en un estudio realizado en 11 hospitales, sobre la "Aplicación del Programa de Prevención y Control de las IRA's en el 2º Nivel de Atención", se encontró que se omiten registros tales como:

Antecedente y / o Dato clínico	Periodo	
	1994-5	1995-6
Lactancia materna	9.0	10.0
Peso al nacer	11.0	14.0
Días de evolución del padecimiento	33.0	5.0
Hipertermia	23.0	14.0
Dejó de comer y / o beber	26.0	21.0
Registro de frecuencia respiratoria	43.0	9.0
Tiraje	7.0	9.0
Somnolencia	12.0	28.0
Tipo de tratamiento instituido	22.0	10.0

Medidas preventivas impartidas o enseñanza a la madre	44.0	65.0
Diagnóstico equivocado, de acuerdo con la sintomatología señalada	37.0	2.0

Además de otros, como:

- El médico responsable del Programa (general o pediatra) delega funciones en el interno, residente o enfermera del servicio de la UDA-EA/IRA.
- El médico responsable no valora al paciente cotejando la hoja clínica que en ocasiones ya fue elaborada previamente por el personal antes referido.
- Por consiguiente, no revisa el llenado de la hoja clínica del caso y en ocasiones tampoco la frecuencia respiratoria, que es el signo clave para los casos de neumonía.
- No vigila si se brindó o no la capacitación a la madre o responsable del paciente.

Respecto a la clasificación o diagnóstico equivocado de los casos, en el último periodo disminuyó considerablemente, lo que indica que el Programa mejoró en lo relacionado con la capacitación del personal médico de las unidades.

En otro estudio de tipo comparativo, realizado en dos instituciones de salud: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SS) se revisaron los patrones de prescripción terapéutica en diarrea e IRA's (3), y consta de una serie de 6 artículos, se revisaron los avances en los criterios diagnósticos y terapéuticos en las IRA's (10), se observó que en estos padecimientos, aún la causa principal de muerte sigue siendo la neumonía; en una muestra de 38 defunciones se encontró que la mayoría fueron menores de 1 año, con pocos días de evolución, que murieron con datos clínicos de insuficiencia respiratoria; el 70% fallecieron en su casa, pero el 90% recibieron atención médica, "parecería que el médico de atención primaria, que por un lado prescribe injustificadamente una proporción elevada de medicamentos, por el otro no detecta o no educa a la madre para que aprecie los datos clínicos de gravedad de IRA".

Los errores más frecuentes en la terapéutica de las IRA's (9), refieren principalmente a la prescripción de antibiótico caro y de moda, no se prescribe otro de eficacia mayor y menor

costo; por tratar de suprimir la tos, mecanismo vital de defensa, no se trata la insuficiencia respiratoria ni se diagnostica oportunamente una complicación neumónica; clasificación inadecuada, solicitud excesiva o inadecuada de exámenes de laboratorio e inadvertencia de los signos tempranos de neumonía o complicaciones que ameritan la referencia a otro nivel de atención²⁰. Las causas de que suceda esto pueden ser múltiples pero se relacionan directamente cuando menos con tres principales: deficiencias en la formación de los médicos, insuficiencia o ausencia de programas de capacitación continua y propaganda inadecuada y errónea de la industria química-farmacéutica, que se aprovecha de los dos aspectos anteriores.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Programa Estatal de Atención a la Salud del Niño.

Este programa se deriva del Programa Nacional e incluye 4 componentes que son Vacunación, Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas, Prevención y Control de las IRA's y Nutrición. Consta de 10 acciones básicas dirigidas en su conjunto a dar atención integral al menor de cinco años. Menciona las metas para cada componente, además de estrategias, líneas de acción y actividades.

Este programa tiene previstos los siguientes objetivos generales para todos los componentes:

- Promover la lactancia al seno materno los primeros 4 a 6 meses de vida.
- Mantener el estado nutricional y de hidratación del niño.
- Favorecer un ambiente saludable, libre de contaminantes.
- Mantener abrigado al niño y evitar las corrientes de aire.
- Fomentar el control médico del niño sano y enfermo.
- Capacitar a las madres y al personal del equipo de salud

Para el logro de estos objetivos se consideran las siguientes estrategias:

- Realizar las acciones con enfoque de riesgo en municipios, a partir de las altas tasas de mortalidad.
- Extensión de la cobertura con coordinación inter e intrasectorial para favorecer el acceso universal y gratuito.
- Planeación estratégica que incluya la difusión y coordinación interinstitucional e institucional, programación con enfoque de riesgo y regionalización operativa.
- Promover la participación activa de la población a través de la información y la capacitación de las madres y del personal del equipo de salud.

Las actividades que se llevan a cabo para que funcione el componente incluyen el abastecer de los recursos (Anexo 8) en forma suficiente, oportuna y de calidad, realización de los procesos sobre la base de la normatividad, que en conjunto faciliten la disminución de las tasas de mortalidad, de acuerdo a las metas que a continuación se describen.

Las metas para el año 2000 del Componente de las IRA's fueron:

De cobertura.

- Elevar al 80% la proporción de los casos atendidos adecuadamente en el hogar.
- Elevar al 80% la proporción de los casos atendidos adecuadamente, según la Norma, en las unidades médicas.

De impacto.

- Reducir al 70% la tasa de mortalidad en los menores de cinco años con relación a la de 1990.

3.2 Manual de Procedimientos Técnicos de las Infecciones Respiratorias Agudas²¹.

Este Manual pone a disposición de médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares, la información necesaria para la correcta prevención y control de las IRA's en el marco del Programa de Atención a la Salud del Niño, y contiene la atención de las mismas; en el hogar, la consulta externa y en el Hospital, además de los apartados de Información y Evaluación, Autoevaluación y Glosario.

3.2.1 Atención de las IRA's en la Consulta Externa.

Menciona errores frecuentes que comete el personal de salud en la atención de las IRA's, que pueden ser:

- No contar la frecuencia respiratoria.
- No identificar factores de mal pronóstico.
- Uso injustificado de antibióticos.

- Uso de antitusígenos, antihistamínicos y vasoconstrictores.
- No capacitar a la madre en la identificación de signos de alarma.

Incluye los siguientes componentes de la atención:

3.2.1.1 Identificación de factores de mal pronóstico:

- Ser menor de un año con antecedentes de bajo peso al nacer.
- Dificultad para el traslado al médico si se agrava.
- Madre analfabeta o menor de diecisiete años.
- Muerte de un menor de cinco años en la familia.
- Presencia de alguna inmunodeficiencia.
- Ser menor de dos meses.

3.2.1.2 Evaluación clínica y clasificación: En todo caso de IRA, la evaluación del paciente debe estar orientada, en primer lugar, hacia la identificación de la neumonía. De acuerdo con las características clínicas las IRA's se clasifican en:

- Sin neumonía
- Neumonía con insuficiencia respiratoria leve (polipnea o taquipnea)
- Neumonía con insuficiencia respiratoria grave (tiros u otros signos de insuficiencia respiratoria.)

Para clasificar adecuadamente las IRA's es necesario seguir el algoritmo (Anexo 9).

Características clínicas de las IRA's que no son neumonía:

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| • Rinofaringitis | • Faringítis congestiva |
| • Estornudos | • Dolor faríngeo |
| • Rinorrea | • Vesículas o ulceraciones |
| • Obstrucción nasal | • Enrojecimiento |
| • Hiperemia faríngea | |
| • Dolor faríngeo | |

- Faringoamigdalitis purulenta
 - Exudado faríngeo
 - Dolor faríngeo
 - Adenopatía cervical
 - Ausencia de rinorrea
 - Fiebre
- Otitis media aguda
 - Otagia
 - Otorrea < dos semanas
 - Tímpano abombado
- Laringitis
 - Disfonía
 - Estridor laríngeo
- Bronquitis
 - Estertores bronquiales
 - Tos productiva
- Sinusitis
 - Dolor facial o cefalea
 - Rinorrea mucopurulenta
 - Fiebre > cuatro días o reaparición después de cuatro días.

3.2.1.3 Tratamiento adecuado.

Para la atención de las IRA's se cuenta con tres planes generales de tratamiento:

- Plan C. En casos de Neumonía grave o neumonía leve con factores de mal pronóstico:
 - Envío inmediato a un hospital
 - Traslado con oxígeno, si es necesario (4 a 6 litros por minuto)
 - Control de la fiebre: acetaminofén 15mg/kg, dosis única, vía oral.
 - Si hay sibilancias:
 - Administrar salbutamol: 0.15mg/kg por dosis, vía oral, o inhalado (dos disparos con espaciador de aire), ó 0.1 ml de adrenalina al 1:1 000, vía subcutánea.
 - Antibiótico
 - Primera dosis, en el menor de dos meses: Ampicilina 50mg/kg, intramuscular o, en su defecto, por vía oral. En niños de dos meses a cuatro años: Bencil penicilina sódica cristalina 100 000UI por kg, vía intramuscular.
- Plan B: Neumonía leve sin factores de mal pronóstico

- Tratamiento ambulatorio (no hospitalizar)
 - Antibiótico:
 - Trimetoprim con sulfametoxazol 8/40 mg/kg/día, dividido en dos tomas, cada 12 horas, siete días, vía oral; o Bencil penicilina procaínica 400 000 UI, cada 24 horas, por siete días, vía intramuscular.
 - Incrementar ingesta de líquidos
 - Alimentación habitual, pero en pequeñas fracciones, más veces al día
 - Control de la fiebre:
 - Acetaminofén 40-60 mg/kg/día, para administrar vía oral dividido en 4 ó 6 horas sin pasar de cinco dosis al día.
 - En caso de sibilancias:
 - Salbutamol jarabe 0.2-0.3 mg/kg/día, en tres tomas, vía oral. En el menor de un año, valorar la respuesta en una a dos horas. Si es positiva, continuar con salbutamol; si es negativa, suspender. En mayores de un año, continuar.
 - Educación a la madre, para que sea capaz de reconocer signos de alarma:
 - Respiración rápida.
 - Dificultad respiratoria (tiraje).
 - Dificultad para beber o amamantarse.
 - Se ve más enfermo.
 - Si se identifica alguno de estos signos, indicarle que acuda inmediatamente a la unidad de salud.
 - Revaloración en 24 horas, o antes, si se agrava.
- Plan A: Niños con IRA's sin neumonía
 - Medidas generales:
 - Incrementar la ingesta de líquidos.
 - Mantener la alimentación habitual.
 - No suspender la lactancia al seno materno.
 - Si hay otorrea: limpieza del conducto auditivo externo, con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. Y no aplicar gotas óticas.

Control del dolor, fiebre y el malestar general, con: acetaminofén 40-60 mg/kg/día por vía oral, divididos en cuatro a seis tomas.

No aplicar supositorios para la fiebre, en menores de un año.

No utilizar jarabes o antihistamínicos.

Si existen factores de mal pronóstico, revalorar en 48 horas.

Explicar a la madre porqué la tos es un mecanismo de defensa, que se debe favorecer.

Revisar la cartilla nacional de vacunación y aplicar las dosis faltantes.

Evaluar el estado nutricional, registrar peso y talla en la cartilla nacional de vacunación.

- Antibióticos: (Consultar el algoritmo IRA's. Tratamiento de niños sin neumonía)
- Capacitación a la madre.

3.2.1.4 Capacitación a la madre, sobre la identificación de signos de alarma y cuidados generales en el hogar.

3.2.1.5 Seguimiento de los casos.

Todos los casos de IRA's, con neumonía o con factores de mal pronóstico, deberán ser revalorados dentro del lapso de 24 a 48 horas, o antes, si se presentan signos de alarma por IRA. Asimismo, el paciente será evaluado nuevamente para decidir el plan de tratamiento a seguir.

3.2.2 Información y evaluación.

3.2.2.1 Notificación de los casos. La información sobre casos de IRA's en menores de cinco años, atendidos en unidades de primer nivel, se registra en la hoja de consulta diaria, que es, a su vez, la fuente para el informe semanal de casos nuevos de enfermedades Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE 2000) y para el informe mensual del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). De

acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. Revisión, los casos sujetos a vigilancia epidemiológica (ANEXO 10).

3.2.3 Autoevaluación.

Consta de una serie de ejercicios clínicos que ayudarán en el proceso enseñanza-aprendizaje del manejo del niño con IRA.

3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1-1998. Del Expediente Clínico²²

3.3.1 Generalidades. Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

3.3.1.1 Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento, y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.
- Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.
- Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

3.3.1.2 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos. sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

3.3.1.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente norma, en forma ética y profesional.

3.3.1.4 Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

3.3.1.5 En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente o a CONAMED, para arbitraje médico.

3.3.1.6 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

3.3.1.7 Las notas médicas y reportes a que se refiere la norma, deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo, y en su caso, número de cama o expediente.

3.3.1.8 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener: fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

3.3.1.9 Las notas en el expediente clínico deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras, ni tachaduras y conservarse en buen estado.

3.3.1.10 Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la norma.

3.3.1.11 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

3.3.1.12 Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta y los que se consideren necesarios.

3.3.2 Del expediente en Consulta Externa.

Los expedientes clínicos elaborados en consulta externa deberán contener los elementos que se enuncian a continuación:

3.3.2.1 Historia clínica

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

- Interrogatorio. Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Exploración física. Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
- Terapéutica empleada y resultados obtenidos.
- Diagnósticos y problemas clínicos.

3.3.2.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente y describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico.

- Signos vitales.
- Resultados de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de los medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad.
- En el caso de control, las notas deberán de integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

3.3.2.3 Nota de referencia/traslado. De requerirse deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

- Establecimiento que envía.
- Establecimiento receptor.
- Resumen clínico, que incluirá como mínimo: motivo de envío, impresión diagnóstica y terapéutica empleada, si la hubo.

3.4 Investigación evaluativa.

Con la evaluación se conoce la eficacia de un programa, práctica o procedimiento, además de emitirse juicios sobre su solidez, siendo así que en los procesos evaluativos el objetivo de investigar es de carácter resolutivo ya que se pretende a corto plazo iniciar una mejora y que las tomas de decisiones se hagan con sustento.

3.4.1 Evaluación sistémica o integral. Avedís Donabedian²³, menciona que para evaluar se requiere, contar con elementos suficientes, tales como la estructura, el proceso y los resultados.

3.4.1.1 Estructura. El autor define la estructura como “las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan, incluyendo los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para proporcionar atención médica”, abarcando el

número, distribución y calificaciones del personal profesional, así como el número, tamaño, equipo y disposición geográfica de los hospitales y otras instituciones. Sus características básicas son: ser relativamente estable, funcionar para producir atención, o ser un atributo del ambiente de la atención e influye sobre la clase de atención que se proporciona. Cuando se encuentran presentes las características de la estructura o se cree que influyen favorablemente en la atención se toman como una prueba indirecta de la calidad, aunque para evaluar la calidad de la atención, representa un instrumento de poca importancia, pues sólo indica tendencias generales. Su estabilidad relativa la hace inadecuada para una monitoría continua, aunque deben hacerse varias revisiones intermitentes.

3.4.1.2 Proceso. También llamado calidad del proceso, Donabedian lo define como un “atributo que la calidad debe de tener al realizarse varias actividades, llevadas a cabo por y entre los profesionales y pacientes, en un grado mayor o menor”. Se pueden realizar juicios por medio de la observación directa o a través de la revisión de información registrada que permite una reconstrucción más o menos precisa de cómo están las cosas, pero aunque para este autor, el proceso es el objeto primario de la evaluación, la base para el juicio de la calidad se encuentra entre la relación de las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar. Menciona que el tratamiento tecnológico está dado en forma abstracta por el estado de la ciencia y la tecnología médica, y se manifiesta en investigaciones publicadas, sus enseñanzas y su propia práctica, entre otras. El proceso interpersonal, con normas que surgen de los valores, principios y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre las personas, en general, y entre los profesionales de la salud y sus pacientes en particular, también forman parte del proceso. De todo lo anterior, se puede mencionar que la calidad del proceso de la atención está definida, en primer lugar, como un comportamiento normativo y en segundo lugar, como una derivación de la medicina y de la ética o de los valores de la sociedad.

3.4.1.3 Resultado. Donabedian lo expresa como “un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica” e incluye el mejoramiento de la función social y psicológica, además de los aspectos físicos y fisiológicos, el conocimiento que el paciente haya adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la misma; dichos resultados pueden verse como componentes en el presente o como contribuciones para el futuro, y representa la medida más directa de todas para evaluar la calidad de la atención.

3.4.2 Clasificación de la evaluación. Para Reynauld Pineault²⁴, la evaluación se divide en dos tipos:

3.4.2.1 Evaluación táctica o interna de un programa. Es aquella que se efectúa sobre los componentes del programa y sobre las interrelaciones entre algunos componentes, introduce en la estructura la calidad del equipo y de las instalaciones materiales, las características de la organización (tamaño, categoría, acreditación, afiliación universitaria, grado de especialización), la competencia del personal, su grado de formación y su experiencia, la disponibilidad del personal, las horas de apertura y la accesibilidad; los elementos que favorecen la continuidad y la globalidad de los servicios y el presupuesto.

3.4.2.2 Evaluación estratégica. Se refiere a la adecuación entre el programa y los problemas a resolver, y juzga la pertinencia de los objetivos del programa en relación con los problemas que afectan a la población en estudio. Tiene dos componentes, la evaluación de la pertinencia real y la pertinencia teórica.

Al igual que Donabedian, Pineault considera pertinente evaluar el proceso y los resultados. En cuanto al proceso, lo refiere como “los servicios producidos y utilizados en el marco del programa con dimensiones de tipo técnico definidos por los profesionales, y además menciona, que en la atención se puede verificar si los cuidados otorgados corresponden a las normas profesionales de buena práctica, si los diagnósticos son justos o si la utilización de los servicios, por ejemplo, los de apoyo, se han realizado de la manera apropiada. Se

puede evaluar también la continuidad de los servicios, su globalidad y la naturaleza de la relación entre el beneficiario y el profesional o aspectos interpersonales de los servicios; además del nivel organizacional que corresponden a los procesos implantados para asegurar la accesibilidad, la continuidad, la globalidad y la humanización de los servicios”.

Con respecto a los resultados obtenidos, se derivan de la evaluación de los efectos, en relación con los objetivos preestablecidos (evaluación-táctica) o bien sobre las consecuencias o el impacto del programa, que se refiere al estado de salud o a comportamientos relativos a la salud por la parte de los beneficiarios a quienes se dirige o son alcanzados por el programa (evaluación estratégica).

Este tipo de evaluación puede relacionar los componentes del programa, lo que permite realizar un juicio de valor basándose en métodos de comparación, que permiten a su vez determinar la relación entre los diferentes tipos o cantidades de recursos y el proceso, o la relación entre el proceso y los efectos.

3.4.3 Evaluación del Impacto. Pavon Lasso²⁵, menciona que la evaluación debe fundamentarse en una apreciación de los resultados o de su impacto, sobre las personas que son el objetivo final o la razón de ser de los servicios, y menciona los siguientes aspectos:

3.4.3.1 Efectividad. Es el resultado último de las acciones de los servicios de salud sobre la población objeto de los mismos; de acuerdo a datos relativos a las condiciones de salud de la población, la mortalidad por causa representa los índices más accesibles debido a la existencia de un sistema de registro. Los índices de morbilidad son considerados como índices más depurados que los de mortalidad, sólo que requieren de encuestas costosas y complejas, por lo que están fuera del alcance de las instituciones de salud.

3.4.3.2 Eficacia. Conocida también como el logro de los objetivos y expresada como reducción de los problemas, para lo cual es necesario realizar estudios especiales tales como el seguimiento de los casos o experimentos clínicos controlados, muy específicos

para cada uno de los servicios y tipos de necesidades de salud; como no puede haber un indicador global, se sugiere elegir condiciones indicativas y para cada una de ellas se determina la eficacia y los resultados obtenidos y se infiere la situación general de los servicios, en este sentido.

3.4.3.3 Disponibilidad y la Accesibilidad. Pavon Lasso se refiere a la evaluación como una de las funciones del proceso administrativo, que debe su importancia a la función de guía o brújula para la dirección de la gestión administrativa, que de no evaluarse pierde la conciencia de dirección. Menciona como elementos la disponibilidad y la accesibilidad.

- La disponibilidad se define como los recursos existentes en función de la población a servir y debe incluir todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio, con indicadores como el número de recursos y tipo.
- La accesibilidad considera las barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población como los obstáculos económicos son los determinados por la capacidad adquisitiva de la población frente a las tarifas establecidas, obstáculos de la organización de los servicios de la agencia o determinados por su localización física, o los horarios de atención, barreras culturales determinadas por actitudes negativas o creencias desfavorables respecto de los servicios, por lo tanto para este estudio se indagó sobre la disponibilidad de recursos necesarios y suficientes, y la accesibilidad geográfica de los casos atendidos del Componente de las IRA's.

3.4.3.4 Extensión e intensidad de uso.

- Extensión de uso. Pavon Lasso la define como la proporción de la población objetivo que hizo contacto con un determinado servicio durante cierto periodo de tiempo, aunque no menciona si era necesario o si tuvo el efecto esperado.
- Intensidad de uso. Promedio de servicios recibidos por cada usuario dentro de cierto periodo de tiempo. Menciona además la utilización cuantitativa y organizacional que se relacionan con múltiples factores de la infraestructura administrativa.

3.4.3.5 Productividad y el rendimiento.

- Productividad, el autor la define como el número de actividades o servicios desempeñados por unidad de recurso existente en un tiempo dado, sirve para establecer metas sobre lo que es deseable y posible, relacionándose además con dos conceptos: el rendimiento y la utilización de los recursos.
- Rendimiento. Es el número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso utilizado; en forma matemática, el rendimiento es igual a la productividad dividida por la utilización o la productividad producto de la utilización por el rendimiento.

3.4.3.6 Calidad. Pavon Lasso la define por medio de cuatro variables:

- La Integridad, que se refiere a la satisfacción de todas las necesidades de los pacientes.
- Los Contenidos o el hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.
- La Destreza o el hacer bien lo que se debe hacer.
- La Oportunidad o el hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.

3.4.3.7 Cobertura. El autor la define como la proporción de personas con necesidad de servicios que han recibido para dicha necesidad o sea los servicios de salud que llegan a la población que realmente los necesita, y que difiere del tipo de filiación o de población asignada con la que se confunde frecuentemente, en el presente estudio se tomará esta última por la metodología empleada.

Las especificaciones de cada variable constituyen el contenido de las normas corrientes contra los procedimientos que se emplean en los servicios de salud.

3.4.4 Evaluación y Salud Pública. Según Hernán San Martín²⁶, la evaluación se relaciona con la racionalidad que ejerce el administrador sanitario sobre los factores y elementos que caracterizan una situación con las decisiones para alcanzar los objetivos propuestos bajo condiciones ideales y con los recursos disponibles, se refiere a la evaluación como “el proceso sistémico y científico para medir y en que grado, una actividad o una serie de

actividades de salud han logrado los objetivos propuestos para solucionar un problema de salud; este proceso incluye la medida de la adecuación, de la aceptación de la actividad por los usuarios, la eficacia, incluyendo también el rendimiento económico". Se rige por tres principios básicos: medidas utilizadas en el logro de los objetivos, el análisis de los medios para obtener los resultados y el análisis de la relación entre los efectos obtenidos, las actividades realizadas y los recursos monetarios invertidos.

Menciona que la evaluación guarda relación con la planificación y la epidemiología para la formulación de los objetivos de investigación, que deben ser precisos y cuantitativos para que se puedan medir, al igual que los índices y los criterios. Plantea que existen varios procedimientos para la evaluación en salud pública que pueden interrelacionarse para obtener mejores resultados. Algunas veces resulta difícil evaluar en salud porque no siempre los resultados que se obtienen son numéricos o materiales, y por la influencia de factores que los pueden alterar; además, los objetivos que se trazan, casi siempre son generales y a largo plazo, los que se utilizan en las enfermedades de tipo infeccioso son tanto de largo como de corto plazo o ambos; se utilizan procedimientos indirectos que miden la eficiencia del personal con base en la calidad y cantidad de los empleados y los resultados en la población atendida, a través de registros; por lo que éstos deben ser sencillos y ordenados para facilitar su análisis, diario y mensual.

De acuerdo a los efectos y procesos de la evaluación, San Martín divide la evaluación en: evaluación o racionalidad económica y la evaluación o racionalidad en salud pública que se encarga de las cantidades, técnicas, calidades, actividades, resultados e instituciones, de los procesos y los resultados; inicia con la planificación sistemática, con la elaboración de un diagnóstico situacional que incluya datos objetivos, precisos y medibles; inventario de recursos disponibles, presupuesto y financiamiento; toma de decisiones, programación, objetivos, evaluación periódica, retroacción y gestión social.

Respecto a las técnicas de racionalidad administrativa aplicadas en Salud Pública con relación a un programa, pueden efectuarse antes, durante y después de que se elabore. La

especificidad de la evaluación se refiere a como se ha de recabar la información de lo que se pretende evaluar, como se obtendrá y medirá, la verificación de la pertinencia, si hay coherencia entre las políticas de salud y las sociales; la evaluación de la suficiencia, verifica si el problema tiene una definición sólida, si se examinan sus progresos, si se evalúan los resultados en relación con el trabajo realizado y los recursos utilizados (eficiencia técnica y eficiencia económica), la evaluación de la eficacia, de los efectos y por último el análisis de los resultados. Es necesaria la utilización de indicadores (variables) y criterios (normas), como elementos de medida. En caso de evaluar un programa complejo o con muchas variables, lo más adecuado es emplear el análisis de sistemas.

Por lo anterior, se puede mencionar que las actividades referentes al Componente de prevención y control de las infecciones respiratorias agudas se realizan en la jurisdicción sanitaria, en la consulta externa como parte de una serie de acciones de los centros de salud, otorgándose atención de salud en general a la población que acude a demandar los servicios de tipo médico, de promoción de salud, atención curativa, entre otras, y como parte de las actividades referentes al modelo de atención para población abierta en forma de núcleos básicos, no atienden sólo a población específica de núcleos básicos sino que se atiende tanto a población asignada como a población que demanda los servicios con los programas del paquete básico de servicios de salud pero en forma parcial. Hasta ahora la evaluación realizada respecto al Componente de las IRA's tiene que cumplir con varias modalidades, basándose en metas que se establecen para el cumplimiento de las actividades por programa, a la verificación de la cobertura con el paquete básico de servicios de salud que evalúa los servicios que se otorgan a la población que se atiende y con base también a la certificación de jurisdicciones que evalúa el impacto de acuerdo con la mortalidad en los menores de cinco años por infecciones respiratorias agudas. La forma en que se realizan las actividades del Componente de las IRA's en las unidades de salud cursan por un proceso de reestructuración, en especial de la organización, falta unificar criterios para realizar las actividades y para evaluarlas, falta designar responsabilidades específicas al personal, que ayuden a tener un mejor control de lo realizado y de quien lo realiza, para asegurar que los objetivos que se formulen cumplan con su cometido.

4 OBJETIVOS

4.1 General

Evaluar la estructura, proceso y resultados del Componente de Prevención y Control de las IRA's durante el año 2000 en los núcleos básicos de los centros de salud urbanos de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de los Servicios de Salud en San Luis Potosí.

4.2 Específicos

4.2.1 Determinar la estructura del Componente de las IRA's basándose en sus recursos humanos, materiales y normativos a través de la guía de evaluación en cada núcleo básico.

4.2.2 Determinar el apego a la normatividad en los diferentes procesos del Componente de las IRA's en los núcleos básicos a través de la revisión de los expedientes seleccionados.

4.2.3 Determinar las tasas de Incidencia y de Mortalidad por IRA's entre la población menor de 5 años basándose en los casos ocurridos durante el año 2000.

4.2.4 Determinar indicadores de cada uno de los componentes de la evaluación del Componente de las IRA's.

5 DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó una investigación descriptiva- evaluativa, transversal y retrospectiva en los Servicios de Salud de San Luis Potosí. El universo estuvo constituido por el Componente de las IRA's en 34 núcleos básicos de los Centros de Salud Urbanos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 y por 8 224 expedientes clínicos y la población de estudio fueron el total de núcleos básicos que cumplían con los criterios de inclusión, excluyéndose 4 por no estar organizados como núcleos básicos durante el periodo estudiado; y por muestreo probabilístico, utilizando la fórmula para poblaciones finitas con una varianza de población de 0.015 y una varianza de la muestra de 0.09, se seleccionaron 381 expedientes clínicos de los casos de IRA's repartidos entre los 34 núcleos básicos, asignándosele a cada uno 12 expedientes clínicos.

Las unidades de análisis se integraron por núcleos básicos que manejaran el Componente de las IRA's durante el año 2000 y los expedientes clínicos de los casos atendidos. Las fuentes de información indirectas fueron los registros diarios de abasto y de actividades, los concentrados mensuales del Sistema de Información en Salud para Población Abierta del 2000 y los expedientes clínicos. Se empleó como instrumento de recolección una guía de evaluación para cada variable.

Se establecieron como criterios de exclusión, los núcleos que no atendieron casos del componente de las IRA's, entre los que se encontraron el del DIF (municipio de San Luis Potosí) porque no funcionó por medio de núcleos básicos y de Soledad de Graciano Sánchez (municipio de Soledad de Graciano Sánchez) por tener poco tiempo trabajando con núcleos básicos. Y los expedientes clínicos que no se encontraron o que no tenían los datos completos de los casos sustituyéndose por otro, seleccionado de igual forma.

El análisis estadístico estaba previsto hacerlo en el paquete EPI-INFO, pero dados los resultados obtenidos, se decidió utilizar el paquete SPSS, por ser el idóneo para el tipo de

.

.

.

.

.

.

.

.

datos. Para la construcción de cuadros y gráficas se empleó el paquete estadístico Excel y para la presentación, el programa Power Point.

Procedimiento

Se entabló coordinación con la Jurisdicción Sanitaria No. 1 para obtener la autorización para la aplicación de los instrumentos en los núcleos básicos que manejaron el componente. Se calendarizaron las fechas y horarios del recorrido con la institución para el levantamiento de la información. Se visitaron los 34 núcleos básicos de 12 centros de salud urbanos que incluyeron los Municipios de San Luis Potosí con 8 unidades y Soledad de Graciano Sánchez con 4 unidades de primer nivel. Se coordinó la visita con cada centro de salud para la aplicación de los instrumentos al personal de la Jurisdicción, a los directores médicos de cada centro de salud y a los médicos o enfermeras responsables de cada núcleo básico; cuando no se encontró ninguno de los anteriores se regresó posteriormente, previa confirmación por el coordinador de enseñanza y capacitación de la Jurisdicción Sanitaria No. 1. No se reclutó a personal para la aplicación de los instrumentos debido a que las actividades se realizaron sólo por la investigadora.

Las actividades propias de la consulta externa en los núcleos básicos seleccionados que se revisaron en el presente estudio, fueron: la atención de los casos con diagnóstico de IRA en los menores de cinco años y los registros de los mismos en el expediente clínico, las hojas diarias y los concentrados de actividades del sistema de información (SISPA), que acudieron a demandar atención a los núcleos básicos, durante el año 2000, con apego al manual y a las normas oficiales mexicanas 168 para la elaboración del expediente clínico y las actividades definidas en la NOM-017 para la vigilancia epidemiológica.

Prueba piloto. La prueba piloto del instrumento se realizó en el 10% de los núcleos básicos donde se atendieron casos de IRA's en menores de cinco años, del total en la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí. Se seleccionó un núcleo básico en cada uno de los siguientes centros: "Juan H. Sánchez", "La Progreso", "1º. de Mayo" y "Las Piedras" y se aplicó el instrumento, que consistió en una guía de

evaluación por centro de salud. Se empleó un día para su aplicación, resultando insuficiente por lo que se incrementó a dos días durante la recolección definitiva de datos.

El control de la calidad de tales instrumentos incluyó la revisión de todas las preguntas; que estuvieran contestadas, que contaran con el total de hojas, que las respuestas fueran legibles y que cada instrumento fuera clasificado por núcleo básico y por centro de salud de acuerdo a los criterios de tabulación establecidos para el manejo posterior de la información. Derivado de la aplicación de la prueba piloto se modificó el instrumento por sugerencia del Asesor Metodológico y del Director de tesis, se dividió la guía de evaluación en tres partes, una para cada variable, se agregaron criterios de aceptabilidad y sus valores para cada ítem. y se decidió aplicar la guía de resultados sólo en la Jurisdicción por carecer de registros idóneos en los núcleos revisados.

Se agregó a la guía de estructura (Anexo 3): *Accesibilidad geográfica* de acuerdo a isócronas de traslado menor o igual a 30 minutos de la población menor de cinco años de cada núcleo; disponibilidad del *Promotor* (un promotor por cada tres núcleos básicos), el *Manual de Procedimientos para las IRA's* y la *NOM-168 Del Expediente Clínico*. Los formatos se dividieron en dos: del expediente clínico y se agregó *la hoja frontal individual y la historia clínica pediátrica*, y los formatos de actividades, omitiéndose el de registro diario para médicos y enfermeras por *la hoja diaria de actividades*. Del equipo se evaluó sólo la disponibilidad del estetoscopio. De los medicamentos que establece el componente de las IRA'S: *Ampicilina, Trimetoprim con sulfametoxazol, Penicilina benzatinica combinada, Bencil penicilina procaínica, Paracetamol y Salbutamol*. Del Material de promoción se cambió el orden. Se agregaron al final catorce líneas para observaciones.

Se dio el siguiente puntaje a cada indicador de estructura:

- Accesibilidad geográfica (1)
- Recursos humanos (1)
- Recursos normativos (1)
- Recursos materiales: Formatos de expediente clínico (1)

- Formatos de actividades (1)
- Material de curación (1)
- Medicamentos (1)
- Material de promoción (1) y
- Equipo (1)
- Total: 9 puntos.

Se asigna el puntaje a cada núcleo cuando el indicador es completo y suficiente. En caso contrario se califica con cero.

La Guía de proceso (Anexo 4) se dividió en tres apartados y la asignación de puntos fue la siguiente:

- *Capacitación* del personal médico y de enfermería en las IRA's y sobre el expediente clínico (1).
- *Calidad de la atención*: incluyendo Expediente Clínico con registros de identificación de factores de mal pronóstico (1), diagnóstico (1), signos y síntomas (1), tratamiento (1), medidas generales en el hogar (1) y cita a las 24 o 48 horas. (1).
- *Productividad, Extensión de uso e Intensidad de uso*, (3). De los concentrados de consulta mensual. Se agregaron tres líneas al final para observaciones. Total 10 puntos.

Se asigna el puntaje a cada núcleo cuando el indicador es completo. En caso contrario se califica con cero.

La Guía de Resultados (Anexo 5) se aplicó solo en la Jurisdicción Sanitaria No. 1 por no contarse en los núcleos básicos con la información de la *Población de cobertura del núcleo básico, Total de consultas de 1ª Vez y subsecuentes y el total de consultas de los años 95-99, número de defunciones de IRA's en menores de cinco años de los años 95-99, población menor de cinco años de los centros de salud a donde pertenecían los núcleos básicos*. Se agregaron cinco líneas al final para observaciones.

Con el siguiente puntaje:

- Cobertura de población (3).
- Tasa de mortalidad por IRA's en menores de cinco años en la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del 2000 menor o igual a la media del 95-99: (3).
- Tasa de Incidencia por IRA's en menores de cinco años del 2000 en la Jurisdicción Sanitaria No. 1: (3)
- Total: 9 puntos.

La calificación del total de cada variable para la Jurisdicción se califica con base en el puntaje obtenido en todos los núcleos básicos. Se construyó una escala de valores, considerando que la calificación es excelente si tiene del 75.5 al 100% de cumplimiento de las normas establecidas (NOM-024, Manual de Procedimientos Técnicos de las IRA's y NOM-168).

ESCALAS POR VARIABLE DEL COMPONENTE DE LAS IRA's				
<i>Escalas</i>		<i>Estructura</i>	<i>Proceso</i>	<i>Resultados</i>
Excelente	75.5-100%	6.8-9	7.6-10	6.8-9
Bueno	51-75%	4.6-6.7	5.1-7.5	4.6-6.7
Regular	25-50%	2.3-4.5	2.5-5	2.3-4.5
Deficiente	<25%	< 2.3	<2.5	< 2.3
Subtotal		9	10	9

La suma total de los tres componentes tuvo en total 28 puntos estableciéndose la siguiente escala para su evaluación, por núcleo:

- Excelente: 21.1-28 puntos,
- Buena: 14.3-21 puntos,
- Regular: 7-14 puntos
- Deficiente: menos de 7 puntos.

6 RESULTADOS

La Jurisdicción Sanitaria No. 1 está conformada por centros de salud, que a su vez se organizan en núcleos básicos para realizar su trabajo. En este estudio se hablará únicamente de 12 centros de salud urbanos que organizan su trabajo en 34 núcleos básicos (Tabla 1), de acuerdo al Modelo de Atención en Salud para Población Abierta, que tienen asignados 102 000 habitantes para su atención. Para recabar la información se entrevistó a los directores, jefas de enfermeras y administradores de los centros de salud, además de personal de los departamentos de epidemiología y de informática y estadística de los niveles jurisdiccional y estatal. También se revisaron las hojas diarias médicas y marbetes o registros de material y equipo y 381 expedientes clínicos de los núcleos básicos seleccionados. Se presentan los resultados del estudio con relación a los objetivos previstos, englobando aspectos de la estructura, el proceso y los resultados del Componente de las IRA's.

Tabla 1.
CENTROS DE SALUD Y NÚCLEOS BÁSICOS
JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000

CENTROS DE SALUD	NÚCLEOS BÁSICOS
Juan H. Sánchez	7
Saucito	4
Progreso	3
Simón Díaz	3
Club de Leones	3
UPA	3
21 de Marzo	3
Las Piedras	2
Las Terceras	2
San Antonio	2
6 de Junio	1
1º. de Mayo	1
TOTAL	34

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

6.1 ESTRUCTURA.

En este apartado se incluyen aspectos de accesibilidad, disponibilidad de recursos humanos, normativos y de material y equipo indispensables en la atención de los casos de IRA's durante el año 2000.

6.1.1 Accesibilidad geográfica. Se revisaron 381 expedientes clínicos de la población menor de cinco años que acudió a los núcleos a demandar atención por infección respiratoria aguda durante el periodo evaluado y se encontró que los niños tuvieron su domicilio dentro del área geográfica con isócronas de traslado menor o igual a 30 minutos, por lo tanto, el servicio de salud estuvo accesible al 100% de la población atendida.

6.1.2 Para evaluar la disponibilidad, se revisó la presencia física de los recursos humanos, normativos, de material y equipo, indispensables para la atención de los casos de infecciones respiratorias agudas en la consulta externa, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos técnicos de las IRA's, cuyos resultados se describen a continuación.

6.1.2.1 Recursos humanos. Los núcleos básicos se integran por médico, enfermera, promotor y odontólogo. Para el presente estudio un núcleo con personal completo es el que cuenta con personal médico y de enfermería, encontrándose completo en el 100% (34) de los núcleos.

El personal de enfermería que labora en los núcleos (41) (Tabla 2), divide sus actividades, en campo y en clínica, entre las cuales se llevan a cabo el manejo del archivo clínico, aplicación de vacunas, curaciones, detecciones, control de las familias integrantes de los núcleos, pláticas educativas, toma y registro de signos vitales y visitas domiciliarias, que se derivan de la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud, del que forma parte el componente de las IRA's. Existe una enfermera en el 79.4% (27) de los núcleos y en el 20.6% (7) dos. Donde hay dos enfermeras, una se dedica a actividades de clínica y la otra,

al trabajo de campo. El centro de salud Juan H. Sánchez concentra un mayor número de núcleos con dos enfermeras, con un 71.4% (5).

Tabla 2
ENFERMERAS POR NÚCLEO BÁSICO
JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000

CENTROS DE SALUD	E N F E R M E R A S			
	1 ENFERMERA		2 ENFERMERAS	
	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	2	5.9	5	14.7
Saucito	4	11.8	0	0
Progreso	2	5.9	1	2.9
Simón Díaz	3	8.8	0	0
Club de Leones	3	8.8	0	0
UPA	3	8.8	0	0
21 de Marzo	3	8.8	0	0
Las Piedras	2	5.9	0	0
Las Terceras	2	5.9	0	0
San Antonio	2	5.9	0	0
6 de Junio	0	0	1	2.9
1o de Mayo	1	2.9	0	0
TOTAL	27	79.4	7	20.6

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

En relación con los promotores se encontró que para los 34 núcleos básicos sólo se cuenta con cinco de estos recursos, distribuidos uno por centro (Tabla 3). Llama la atención que el centro de salud Juan H. Sánchez con siete núcleos (20.6%), sólo dispone de un promotor; el Saucito, que tiene cuatro núcleos (11.8%) no cuenta con promotor, a diferencia de otros, como Piedras y Terceras que cuentan con dos núcleos solamente y un promotor.

Tabla 3
PROMOTORES POR NÚCLEO BÁSICO
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	NÚCLEOS	PROMOTORES	
		No.	%
Juan H. Sánchez	7	1	2.9
Saucito	4	0	0.0
Progreso	3	0	0.0
Simón Díaz	3	1	2.9
Club de Leones	3	0	0.0
UPA	3	1	2.9
21 de Marzo	3	0	0.0
Las Piedras	2	1	2.9
Las Terceras	2	1	2.9
San Antonio	2	0	0.0
6 de Junio	1	0	0.0
1o de Mayo	1	0	0.0
TOTAL	34	5	14.7

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí

De acuerdo con los recursos disponibles en los núcleos evaluados y como puede apreciarse en la tabla 4, la relación personal/habitantes observada por tipo de recurso sólo resulta adecuada para el personal médico, que de acuerdo al número de núcleos es de un médico por 3000 habitantes. En el caso del personal de enfermería la relación es mayor, debido a que hay 1.21 enfermeras por 3 000 habitantes asignados a cada núcleo, lo que significa que sobrepasa en un 21% al personal esperado. Y resulta más significativa aún la relación con los promotores, ya que de acuerdo al número de núcleos deberían laborar 8 y según el número de habitantes, 11; sin embargo, tal como se observa en la tabla 3, sólo se cuenta con 5 promotores en igual número de centros de salud y por lo tanto, es muy baja la relación promotor/habitantes.

Tabla 4
RELACIÓN PERSONAL/HABITANTES
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000

TIPO DE PERSONAL	No.	HABITANTES	RELACIÓN
Médicos	34	102 000	1:3 000
Enfermeras	41	102 000	1:2 487
Promotor	5	51 000	1:10 200

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

6.1.2.2 Recursos normativos. Se evaluó la presencia física de los documentos normativos; como son la NOM-024 de prevención y control de las IRA's, NOM-168 del expediente clínico y el Manual de Procedimientos Técnicos de las IRA's, encontrándose que en el 100% de los núcleos se cuenta con las normas oficiales, respecto al Manual no se encontró en un centro de salud (Tabla 5).

Tabla 5
DOCUMENTOS NORMATIVOS POR CENTRO DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000

CENTRO DE SALUD	DOCUMENTOS NORMATIVOS					
	COMPLETO*		INCOMPLETO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	7	20.6	0	0.0	7	20.6
Saucito	4	11.8	0	0.0	4	11.8
Progreso	3	8.8	0	0.0	3	8.8
Simón Díaz	3	8.8	0	0.0	3	8.8
Club de Leones	3	8.8	0	0.0	3	8.8
UPA	3	8.8	0	0.0	3	8.8
21 de Marzo	3	8.8	0	0.0	3	8.8
Las Piedras	2	5.9	0	0.0	2	5.9
Las Terceras	2	5.9	0	0.0	2	5.9
San Antonio	0	0.0	2	5.9	2	5.9
6 de Junio	1	2.9	0	0.0	1	2.9
1o de Mayo	1	2.9	0	0.0	1	2.9
TOTAL	32	94.1	2	5.9	34	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

*NOM-024 + Manual de IRA's + NOM-168.

6.1.2.3 Formatos del expediente clínico disponibles. No se encontró registro de entradas salidas de los formatos en los centros de salud, sólo existe el registro en el almacén de la Jurisdicción.

6.1.2.4 Formatos de actividades disponibles. Tampoco se encontró registro de distribución en los centros de salud evaluados; sólo existe registro en el almacén de la Jurisdicción.

6.1.2.5 Material de curación. Sólo se evaluó el material para la aplicación de inyecciones: algodón, alcohol, jeringas desechables de 5 ml y agujas hipodérmicas. Se encontró completo en el 47.1% (16) de los núcleos básicos e incompleto en el 52.9% (18). Llama la atención que en el 14.7% de centros de salud, todos sus núcleos cuentan con material completo para aplicación de inyecciones, contrario al 17.6 %, en los cuales el 100% de sus núcleos tienen incompleto este tipo de material (Tabla 6).

Tabla 6
MATERIAL PARA APLICACIÓN DE INYECCIONES INTRAMUSCULARES POR
CENTRO DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000

CENTRO DE SALUD	NÚCLEOS BÁSICOS CON MATERIAL PARA APLICACIÓN DE INYECCIONES					
	COMPLETO*		INCOMPLETO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	2	5.9	5	14.7	7	20.6
Saucito	0	0.0	4	11.8	4	11.8
Progreso	3	8.8	0	0.0	3	8.8
Simón Díaz	3	8.8	0	0.0	3	8.8
Club de Leones	3	8.8	0	0.0	3	8.8
UPA	3	8.8	0	0.0	3	8.8
21 de Marzo	0	0.0	3	8.8	3	8.8
Las Piedras	2	5.9	0	0.0	2	5.9
Las Terceras	0	0.0	2	5.9	2	5.9
San Antonio	0	0.0	2	5.9	2	5.9
6 de Junio	0	0.0	1	2.9	1	2.9
1o de Mayo	0	0.0	1	2.9	1	2.9
TOTAL	16	47.1	18	52.9	34	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

*Algodón + alcohol + jeringas desechables de 5 ml + agujas hipodérmicas.

Se observó que en el 59.2% (18) de los núcleos se careció de jeringas de 5 ml y en el 44.1% (15) de agujas hipodérmicas, tal es el caso de 7 centros de salud donde hubo faltantes.

6.1.2.6 Equipo. El estetoscopio es el único equipo indispensable para la atención de las IRA's y se encontró funcional en el 100% de los núcleos.

6.1.2.7 Medicamentos. La disponibilidad de los medicamentos para las IRA's, como ampicilina, trimetoprim con sulfametoxazol, penicilina benzatínica combinada, bencil penicilina procaínica, paracetamol y salbutamol durante el año estudiado no se pudo constatar por no contar con los registros pertinentes; donde hubo registros, estos fueron incompletos y donde hubo medicamentos para estas enfermedades, se utilizaron en otros padecimientos.

6.1.2.8 Material de promoción. No se encontraron registros del material de promoción, sólo se verificó el número de rotafolios y de carpetas "Entrada libre al aire" que constan de trípticos, carteles y video (Tabla 7). Sólo se encontró éste último, entregado antes del año 2000. De los núcleos con material de promoción incompleto, el total (5) pertenecían al Centro de Salud Juan H. Sánchez, donde el personal refirió que cuando lo requieren, lo solicitan a la Jurisdicción

En el 85.3% (29) de los núcleos se encontraron rotafolios, sólo se encuentran incompletos en el Centro de Salud Juan H. Sánchez, donde 5 núcleos no cuentan con este recurso para las actividades de promoción del Componente de las IRA's.

En el 64.7% (22) de los núcleos básicos se encontró sólo el video "Entrada libre al aire" y llama la atención que no se encontró, justamente entre los núcleos que también pertenecían al centro de salud Juan H. Sánchez, además de 21 de Marzo y San Antonio. La situación del CS Juan H. Sánchez puede explicarse por su proximidad a la Jurisdicción, en donde pueden disponer del material requerido en cualquier momento.

Tabla 7
MATERIAL DE PROMOCIÓN POR CENTRO DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000

CENTRO DE SALUD	MATERIAL DE PROMOCIÓN: VIDEOS DISPONIBLES					
	COMPLETO		INCOMPLETO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	0	0.0	7	20.6	7	20.6
Saucito	4	11.8	0	0.0	4	11.8
Progreso	3	8.8	0	0.0	3	8.8
Simón Díaz	3	8.8	0	0.0	3	8.8
Club de Leones	3	8.8	0	0.0	3	8.8
UPA	3	8.8	0	0.0	3	8.8
21 de Marzo	0	0.0	3	8.8	3	8.8
Las Piedras	2	5.9	0	0.0	2	5.9
Las Terceras	2	5.9	0	0.0	2	5.9
San Antonio	0	0.0	2	5.9	2	5.9
6 de Junio	1	2.9	0	0.0	1	2.9
1o de Mayo	1	2.9	0	0.0	1	2.9
TOTAL	22	64.7	12	35.3	34	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

La evaluación de la variable **estructura** del Componente de las IRA's en el total de los núcleos, se hizo con base en la disponibilidad de sus recursos humanos, materiales y normativos según se encontraran completos y suficientes (calificando con 1 cada núcleo con recursos completos y suficientes y cero en caso contrario). La calificación de los núcleos evaluados fue regular (49.0%), ya que se obtuvo 150 puntos de 306 posibles, tal como se observa en la tabla 8, destacándose que los recursos humanos y normativos son suficientes, con excepción de la disponibilidad de promotores y teniendo presente que en un Centro de Salud no cuentan con el Manual del Componente de las IRA's; además, existe buena accesibilidad geográfica a todos los núcleos básicos. En cuanto al material y equipo, sólo están completos los estetoscopios y en el caso del material de curación, se encuentra disponible en 16 núcleos, el material para la aplicación de inyecciones, siendo el resto de los recursos incompletos, debido principalmente a la falta de papelería para registros.

Tabla 8
EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL COMPONENTE DE LAS IRA's
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000

PUNTUACIÓN DE LA ESTRUCTURA	PUNTAJE ESPERADO	PUNTAJE OBSERVADO	%
Accesibilidad Geográfica	34	34	100.0
Recursos Humanos	34	34	100.0
Recursos Normativos	34	32	94.1
Formatos EC	34	0	0.0
Formatos Actividades	34	0	0.0
Material de Curación	34	16	47.1
Equipo	34	34	100.0
Medicamentos	34	0	0.0
Material de Promoción	34	0	0.0
SUBTOTAL	306	150	49.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

6.2 PROCESO.

Los datos considerados fueron la capacitación del personal médico y de enfermería, la calidad técnica de la atención y a los indicadores de productividad y de extensión de uso.

6.2.1 Capacitación de personal. De acuerdo a lo expresado por los encuestados, los médicos destacan en este aspecto, como se observa en la tabla 9, ya que a diferencia de otro personal, se cuenta con más recursos capacitados. El 26.5% está capacitado en la NOM-024 de las IRA's, Manual de Procedimientos Técnicos y la NOM-168 del expediente clínico, el 38.2% sólo en la NOM-024 y el 35.3% en ninguna. Los centros de salud con personal médico capacitado en ambas normas son 21 de Marzo con 8.8%, UPA 5.9% y en

menor porcentaje Saucito, Simón Díaz, Club de Leones y Terceras. Con médicos capacitados en la NOM-024; Juan H. Sánchez con 14.7%, Saucito y Club de Leones con 5.9%, y en menor porcentaje Progreso, Piedras, 6 de Junio y 1o. de Mayo. Los recursos que no están capacitados se concentran en los centros que tienen más núcleos básicos y que por lo tanto atienden a más población.

Tabla 9
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO DE NÚCLEOS BÁSICOS
JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000

CENTRO DE SALUD	NOM-024 Y			NOM's-024, 168		NINGUNA		TOTAL	
	MÉDICOS	MANUAL DE	IRA's	Y MANUAL DE	IRA's	No.	%	No.	%
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	7	5	14.7	0	0.0	2	5.9	7	20.6
Saucito	4	2	5.9	1	2.9	1	2.9	4	11.8
Progreso	3	1	2.9	0	0.0	2	5.9	3	8.8
Simón Díaz	3	0	0.0	1	2.9	2	5.9	3	8.8
Club de Leones	3	2	5.9	1	2.9	0	0.0	3	8.8
UPA	3	0	0.0	2	5.9	1	2.9	3	8.8
21 de Marzo	3	0	0.0	3	8.8	0	0.0	3	8.8
Las Piedras	2	1	2.9	0	0.0	1	2.9	2	5.9
Las Terceras	2	0	0.0	1	2.9	1	2.9	2	5.9
San Antonio	2	0	0.0	0	0.0	2	5.9	2	5.9
6 de Junio	1	1	2.9	0	0.0	0	0.0	1	2.9
1o de Mayo	1	1	2.9	0	0.0	0	0.0	1	2.9
TOTAL	34	13	38.2	9	26.5	12	35.3	34	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

La falta de capacitación es más notoria aún en el personal de enfermería, como se puede observar en la tabla 10, ya que, de acuerdo a lo expresado por el propio personal, sólo el 7.3% está capacitado en la NOM-024 de las IRA's, Manual de Procedimientos Técnicos y la NOM-168 del expediente clínico, el 2.4% sólo en la NOM-024 y el 90.2% en ninguna. Los centros de salud con personal de enfermería capacitado en ambas normas son Club de

Leones, 21 de Marzo y Terceras. Y Con enfermeras capacitadas en la NOM-024 sólo 6 de Junio.

Tabla 10
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NÚCLEOS BÁSICOS
JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1, AÑO 2000

CENTRO DE SALUD	NOM-24 Y ENFERMERAS MANUAL DE IRA's			NOM's-24, 168 Y MANUAL DE IRA's		NINGUNA		TOTAL	
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	12	0	0.0	0	0.0	12	29.3	12	29.3
Saucito	4	0	0.0	0	0.0	4	9.8	4	9.8
Progreso	4	0	0.0	0	0.0	4	9.8	4	9.8
Simón Díaz	3	0	0.0	0	0.0	3	7.3	3	7.3
Club de Leones	3	0	0.0	1	2.4	2	4.9	3	7.3
UPA	3	0	0.0	0	0.0	3	7.3	3	7.3
21 de Marzo	3	0	0.0	1	2.4	2	4.9	3	7.3
Las Piedras	2	0	0.0	0	0.0	2	4.9	2	4.9
Las Terceras	2	0	0.0	1	2.4	1	2.4	2	4.9
San Antonio	2	0	0.0	0	0.0	2	4.9	2	4.9
6 de Junio	2	0	0.0	0	0.0	1	2.4	1	2.4
1o de Mayo	1	1	2.4	0	0.0	1	2.4	2	4.9
TOTAL	41	1	2.4	3	7.3	37	90.2	41	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

El personal promotor que labora en los núcleos refirió no haber recibido capacitación sobre ninguna norma, aunque cabe mencionar que este personal no realiza registros en el expediente clínico.

6.2.2 Calidad técnica de la atención. Para observar esta variable se revisaron 381 expedientes clínicos. Y a continuación se describe la situación de los indicadores.

6.2.2.1 Integración de formatos de expediente clínico. Al revisar la presencia de los formatos para integrar los expedientes, se encontró que en el 100% faltaron formatos (tabla 11), tales como la historia clínica pediátrica en el 33.3% y notas de evolución en el 32.3%, imprescindibles en la atención de las IRA's. Los centros de salud donde se notó más carencia de formatos fueron: el Juan H. Sánchez, el Saucito, UPA, 21 de Marzo y San Antonio.

Tabla 11
FORMATOS* INCOMPLETOS POR CENTRO DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000

CENTROS DE SALUD	FEC		FI		HCP		MI		NE	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	44	11.5	31	8.1	40	10.5	30	7.9	42	11.0
Saucito	13	3.4	11	2.9	13	3.4	12	3.1	7	1.8
Progreso	8	2.1	6	1.6	8	2.1	5	1.3	7	1.8
Simón Díaz	9	2.4	5	1.3	8	2.1	5	1.3	9	2.4
Club de Leones	7	1.8	4	1.0	7	1.8	6	1.6	6	1.6
UPA	11	2.9	7	1.8	10	2.6	9	2.4	10	2.6
21 de Marzo	13	3.4	7	1.8	11	2.9	7	1.8	12	3.1
Las Piedras	5	1.3	3	0.8	5	1.3	2	0.5	5	1.3
Las Terceras	6	1.6	5	1.3	5	1.3	4	1.0	6	1.6
San Antonio	12	3.1	5	1.3	12	3.1	4	1.0	10	2.6
6 de Junio	6	1.6	6	1.6	4	1.0	5	1.3	5	1.3
1o de Mayo	5	1.3	5	1.3	4	1.0	3	0.8	4	1.0
Total	139	36.5	95	24.9	127	33.3	92	24.1	123	32.3

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

*Formatos Completos: Frontal del expediente clínico (FEC), Frontal individual (FI), Historia clínica pediátrica (HCP), Médica inicial (MI) y Notas de evolución (NE).

Otros formatos faltantes fueron los específicos para los núcleos básicos, como, el frontal del expediente clínico, en el que se registran los datos de identificación familiar.

6.2.2.2 Registro de factores de mal pronóstico. En el 100% de los expedientes clínicos se omitió el registro, ignorándose si en alguno de los casos existía algún factor.

6.2.2.3 Diagnósticos. El registro de los diagnósticos de IRA's encontrados en los expedientes clínicos fueron: Completos, Incompletos, Otros diagnósticos y Omisiones (Tabla 12). Destacándose; principalmente; Otros diagnósticos que no menciona la norma, en un 38.6%, siendo éstos: Resfriado común, IRA, IVAS, Rinitis, Bronquiolitis, entre otros; en segundo lugar los diagnósticos Incompletos en un 36.2%, con Faringitis, Faringoamigdalitis, Otitis, Neumonía; en tercer lugar los diagnósticos Completos, en un 21.0%, con Rinofaringitis, Laringitis, Otitis media Aguda, Bronquitis y Sinusitis; y en cuarto lugar, en menor número, las omisiones en el diagnóstico con un 4.2%.

Tabla 12
DIAGNÓSTICOS DE IRA's
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000

CENTROS DE SALUD	COMPLETOS*		INCOMPLETOS		OTROS		OMISIONES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	20	5.2	18	4.7	40	10.5	6	1.6	84	22.0
Saucito	11	2.9	20	5.2	12	3.1	1	0.3	44	11.5
Progreso	4	1.0	25	6.6	4	1.0	0	0.0	33	8.7
Simón Díaz	1	0.3	8	2.1	22	5.8	2	0.5	33	8.7
Club de Leones	6	1.6	9	2.4	15	3.9	3	0.8	33	8.7
UPA	10	2.6	13	3.4	8	2.1	2	0.5	33	8.7
21 de Marzo	16	4.2	16	4.2	1	0.3	0	0.0	33	8.7
Las Piedras	5	1.3	3	0.8	13	3.4	1	0.3	22	5.8
Las Terceras	3	0.8	7	1.8	12	3.1	0	0.0	22	5.8
San Antonio	4	1.0	7	1.8	10	2.6	1	0.3	22	5.8
6 de Junio	0	0.0	1	0.3	10	2.6	0	0.0	11	2.9
1o de Mayo	0	0.0	11	2.9	0	0.0	0	0.0	11	2.9
TOTAL	80	21.0	138	36.2	147	38.6	16	4.2	381	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

* Rinofaringitis, Laringitis, Otitis media Aguda, Bronquitis, Sinusitis; Faringitis congestiva o vesiculosa, Faringoamigdalitis purulenta, Neumonía grave o neumonía leve con factores de mal pronóstico.

Resulta importante mencionar, que los signos y síntomas de Otros diagnósticos, así como de las Omisiones, si correspondían a las IRA's, principalmente los que se clasifican en el Plan A de tratamiento.

6.2.2.4 Signos y síntomas. Los registros de los signos y síntomas en los diagnósticos completos, fueron en el 63.8% congruentes con el diagnóstico como lo marca la norma y en el resto, Incongruentes (Tabla 13). Los centros de salud en los que se encontró congruencia fueron: Juan H. Sánchez 18.8%, 21 de Marzo 15.0% y Saucito 10.0%. Y con registros Incongruentes, UPA con 8.8%, Club de Leones 7.5%, Juan H. Sánchez 6.3% y en un porcentaje menor el resto de los centros.

Tabla 13
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE IRA's EN DIAGNÓSTICOS COMPLETOS
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	CONGRUENTES		INCONGRUENTES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	15	18.8	5	6.3	20	25.0
Saucito	8	10.0	3	3.8	11	13.8
Progreso	4	5.0	0	0.0	4	5.0
Simón Díaz	0	0.0	1	1.3	1	1.3
Club de Leones	0	0.0	6	7.5	6	7.5
UPA	3	3.8	7	8.8	10	12.5
21 de Marzo	12	15.0	4	5.0	16	20.0
Las Piedras	5	6.3	0	0.0	5	6.3
Las Terceras	1	1.3	2	2.5	3	3.8
San Antonio	3	3.8	1	1.3	4	5.0
6 de Junio	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1º de Mayo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	51	63.8	29	36.2	80	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

En los expedientes con diagnóstico Incompleto (Tabla 14), el registro de los signos y síntomas, que predominó fue, en el 84.1% Incongruente con el diagnóstico y sólo en el 15.9% fueron congruentes. Y los centros de salud con más registros Incongruentes fueron: Progreso con 16.7% y Saucito y 21 de Marzo con 10.9%, cada uno.

Tabla 14
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE IRA's EN DIAGNÓSTICOS INCOMPLETOS
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	CONGRUENTES		INCONGRUENTES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	11	8.0	7	5.1	18	13.0
Saucito	5	3.6	15	10.9	20	14.5
Progreso	2	1.4	23	16.7	25	18.1
Simón Díaz	0	0.0	8	5.8	8	5.8
Club de Leones	0	0.0	9	6.5	9	6.5
UPA	1	0.7	12	8.7	13	9.4
21 de Marzo	1	0.7	15	10.9	16	11.6
Las Piedras	1	0.7	2	1.4	3	2.2
Las Terceras	0	0.0	7	5.1	7	5.1
San Antonio	0	0.0	7	5.1	7	5.1
6 de Junio	0	0.0	1	0.7	1	0.7
1o de Mayo	1	0.7	10	7.2	11	8.0
TOTAL	22	15.9	116	84.1	138	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

Los expedientes con Otros diagnósticos que no menciona la norma (Tabla 15) fueron Incongruentes con los signos y síntomas en el 98.0%, en los centros de salud de Juan H. Sánchez 27.2%, Simón Díaz 13.6%, Club de Leones 10.2%, y en cantidad menor en el resto, a excepción de 1º de Mayo, donde no hubo registros de otros diagnósticos. Se Omitió este registro en el 2.0% de los expedientes.

Tabla 15
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE IRA's EN OTROS DIAGNÓSTICOS
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	INCONGRUENTES		OMISIONES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	40	27.2	0	0.0	40	27.2
Saucito	12	8.2	0	0.0	12	8.2
Progreso	3	2.0	1	0.7	4	2.7
Simón Díaz	20	13.6	2	1.4	22	15.0
Club de Leones	15	10.2	0	0.0	15	10.2
UPA	8	5.4	0	0.0	8	5.4
21 de Marzo	1	0.7	0	0.0	1	0.7
Las Piedras	13	8.8	0	0.0	13	8.8
Las Terceras	12	8.2	0	0.0	12	8.2
San Antonio	10	6.8	0	0.0	10	6.8
6 de Junio	10	6.8	0	0.0	10	6.8
1o de Mayo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	144	98.0	3	2.0	147	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

Los registros de signos y síntomas en expedientes con omisiones en el diagnóstico fueron Incongruentes en el total de la muestra revisada, destacando también los centros de salud de Juan H. Sánchez con 37.5%, seguido de Club de leones 18.8% y Simón Díaz y UPA 12.5%, cada uno.

6.2.2.5 Tratamientos. El registro de los tratamientos en los expedientes clínicos con diagnósticos Completos de IRA's (Tabla 16), fue inadecuado con antibiótico y sintomático en el 51.3% y de la misma forma, para los que recibieron sólo sintomático. Omitiéndose el mismo en el 3.8%. Los centros de salud donde se repitieron los tratamientos con Antibiótico y sintomático inadecuado, fueron: Juan H. Sánchez con un 15.0%, UPA 8.8%, Saucito 7.5%. Y los que predominaron con tratamiento Sintomático inadecuado, fueron: 21 de marzo 13.8%, las Piedras y el resto en menor cantidad. Los centros de salud con

registro de tratamientos adecuados sólo fueron 3, con antibiótico y sintomático: 5.0% Juan H. Sánchez y 1.3% Terceras, y con tratamiento sintomático, sólo el Juan H. Sánchez con 5.0%.

Tabla 16
TRATAMIENTO DE IRA's EN DIAGNÓSTICOS COMPLETOS
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	TIPO DE TRATAMIENTO											
	SINTOMÁTICO				ANTIBIÓTICO Y SINTOMÁTICO				OMISIÓN		TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO		ADECUADO		INADECUADO					
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H.												
Sánchez	4	5.0	1	1.3	4	5.0	12	15.0	0	0.0	21	26.3
Saucito	0	0.0	4	5.0	0	0.0	6	7.5	1	1.3	11	13.3
Progreso	0	0.0	1	1.3	0	0.0	3	3.8	0	0.0	4	5.0
Simón Díaz	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.3	0	0.0	1	1.3
Club de												
Leones	0	0.0	2	2.5	0	0.0	3	3.8	1	1.3	6	7.5
UPA	0	0.0	2	2.5	0	0.0	7	8.8	1	1.3	10	12.5
21 de Marzo	0	0.0	11	13.8	0	0.0	4	5.0	0	0.0	15	18.8
Las Piedras	0	0.0	5	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	6.3
Las Terceras	0	0.0	1	1.3	1	1.3	1	1.3	0	0.0	3	3.8
San Antonio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	5.0	0	0.0	4	5.0
6 de Junio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1o de Mayo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	4	5.0	27	33.8	5	6.3	41	51.3	3	3.8	80	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

Los registros de tratamientos en expedientes con diagnósticos Incompletos (Tabla 17) fueron inadecuados en su mayoría, con un 82.6%, es decir, se prescribieron antibióticos cuando la clasificación del diagnóstico no ameritaba o se suministraron medicamentos que no están incluidos en la norma. Por centro de salud, los que presentaron inadecuado

tratamiento con Antibiótico o sintomático según el diagnóstico, fueron: Saucito con 13.8%, Progreso 13.0%, Juan H. Sánchez 6.5% y el resto en menor número. Y los Inadecuados, sólo con tratamiento sintomático: 21 de Marzo 7.2% y el resto, en muy bajo porcentaje.

Tabla 17
TRATAMIENTO DE IRA's EN DIAGNÓSTICOS INCOMPLETOS
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	TIPO DE TRATAMIENTO											
	SINTOMÁTICO				ANTIBIÓTICO Y SINTOMÁTICO				OMISIÓN		TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO		ADECUADO		INADECUADO					
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	2	1.4	2	1.4	2	1.4	9	6.5	3	2.2	18	13.0
Saucito	0	0.0	1	0.7	0	0.0	19	13.8	0	0.0	20	14.5
Progreso	0	0.0	3	2.2	0	0.0	18	13.0	4	2.9	25	18.1
Simón Díaz	0	0.0	1	0.7	0	0.0	7	5.1	0	0.0	8	5.8
Club de Leones	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	6.5	0	0.0	9	6.5
UPA	1	0.7	1	0.7	0	0.0	9	6.5	2	1.4	13	9.4
21 de Marzo	1	0.7	10	7.2	0	0.0	5	3.6	0	0.0	16	11.6
Las Piedras	0	0.0	0	0.0	1	0.7	2	1.4	0	0.0	3	2.2
Las Terceras	2	1.4	1	0.7	1	0.7	3	2.2	0	0.0	7	5.1
San Antonio	0	0.0	1	0.7	0	0.0	5	3.6	1	0.7	7	5.1
6 de Junio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	1	0.7
1o de Mayo	2	1.4	1	0.7	0	0.0	7	5.1	1	0.7	11	8.0
TOTAL	8	5.8	21	15.2	4	2.9	93	67.4	12	8.7	138	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

Los registros de tratamiento en expedientes con otros diagnósticos (Tabla 18), principalmente fueron inadecuados (64.0%), con indicación de Antibiótico y sintomático 39.5% y con tratamiento Sintomático, el 24.5%. Por centros de salud, los que tuvieron mayor porcentaje de tratamiento Inadecuado con Antibiótico y sintomático según el diagnóstico registrado fueron: Juan H. Sánchez 13.6% y el resto en menor número. Y los Inadecuados con tratamiento Sintomático para un diagnósticos que no corresponde: Juan

H. Sánchez 7.5%, Saucito 5.4% y el resto en menor porcentaje. Con registros Adecuados, el 17.0% de los expedientes de niños que recibieron tratamiento sintomático, y de éstos, el centro de salud de Simón Díaz obtuvo el mayor porcentaje con un 9.5%, seguidos del Club de Leones, Terceras, Progreso y Piedras.

Tabla 18
TRATAMIENTO DE IRA's EN OTROS DIAGNÓSTICOS
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	TIPO DE TRATAMIENTO									
	SINTOMÁTICO		ANTIBIÓTICO Y SINTOMÁTICO				OMISIÓN		TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO		INADECUADO					
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	0	0.0	11	7.5	20	13.6	9	6.1	40	27.2
Saucito	0	0.0	8	5.4	2	1.4	2	1.4	12	8.2
Progreso	1	0.7	1	0.7	1	0.7	1	0.7	4	2.7
Simón Díaz	14	9.5	0	0.0	6	4.1	2	1.4	22	15.0
Club de Leones	6	4.1	4	2.7	5	3.4	0	0.0	15	10.2
UPA	0	0.0	4	2.7	4	2.7	0	0.0	8	5.4
21 de Marzo	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7
Las Piedras	1	0.7	2	1.4	8	5.4	2	1.4	13	8.8
Las Terceras	3	2.0	2	1.4	7	4.8	0	0.0	12	8.2
San Antonio	0	0.0	3	2.0	5	3.4	2	1.4	10	6.8
6 de Junio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	6.8	10	6.8
1o de Mayo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	25	17.0	36	24.5	58	39.5	28	19.0	147	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

Del resto de expedientes con Omisión en el diagnóstico (Tabla 19), pero con registro de IRA's en la hoja diaria del médico, predominaron los tratamientos con Antibiótico y sintomático siendo Inadecuados en el 43.8%. En más de la tercera parte de estos, (37.5%)

no se registró el tratamiento. Por centros de salud: Club de Leones 18.8%, Simón Díaz 12.5%, y en menor porcentaje: Juan H. Sánchez, UPA, Piedras y San Antonio.

Tabla 19
TRATAMIENTO DE IRA's EN OMISIONES DE DIAGNÓSTICOS
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	TIPO DE TRATAMIENTO											
	SINTOMÁTICO				ANTIBIÓTICO Y SINTOMÁTICO				OMISIÓN		TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO		ADECUADO		INADECUADO					
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Juan H. Sánchez	0	0.0	0	0.0	1	6.3	0	0.0	5	31.3	6	37.5
Saucito	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.3	1	6.3
Progreso	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Simón Díaz	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	12.5	0	0.0	2	12.5
Club de Leones	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	18.8	0	0.0	3	18.8
UPA	1	6.3	0	0.0	0	0.0	1	6.3	0	0.0	2	12.5
21 de Marzo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Las Piedras	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.3	0	0.0	1	6.3
Las Terceras	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
San Antonio	0	0.0	1	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.3
6 de Junio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1o de Mayo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	1	6.3	1	6.3	1	6.3	7	43.8	6	37.5	16	100.0

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

6.2.2.6 Registro de medidas en el hogar. En el 100% de los expedientes clínicos se omitió el registro.

6.2.2.7 Registro de la cita. Sólo en el 2.1% (8) de los expedientes clínicos se registró la cita.

6.2.3 Productividad. El promedio de productividad en consulta médica general fue de 1.8 consultas/médico/hora contratada en los centros de salud durante el año estudiado (Tabla 20), con un rango entre 1.3 y 2.5, menor al estándar nacional de consulta médica general de 3 consultas médicas/hora contratada.

Tabla 20
PRODUCTIVIDAD POR CONSULTA MEDICA GENERAL
JURISDICCION SANITARIA No. 1, 2000

CENTRO DE SALUD	TOTAL CONSULTAS/AÑO	TOTAL HORAS MEDICAS CONTRATADAS*/AÑO	PRODUCTIVIDAD
Juan H. Sánchez	31 650	12 600	2.5
Saucito	12 818	7 200	1.8
Progreso	8 076	5 400	1.5
Simón Díaz	7 007	5 400	1.3
Club de Leones	8 910	5 400	1.7
UPA	8 639	5 400	1.6
21 de Marzo	9 385	5 400	1.7
Las Piedras	5 728	3 600	1.6
Las Terceras	7 513	3 600	2.1
San Antonio	6 291	3 600	1.7
6 de Junio	2 883	1 800	1.6
1º de Mayo	3 329	1 800	1.8
TOTAL	112 229	61 200	1.8

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

*Horas contratadas = 7.5 / día / 20 días / 12 meses = 1800.

6.2.4 Extensión de uso. El 50.7% del total de la población menor de cinco años asignada a los núcleos básicos acudió a consulta por IRA's (Tabla 21), con un rango entre 100.6% y 30%. Encontrándose entre los centros de salud con mayor porcentaje de población menor de cinco años atendida: San Antonio, 21 de Marzo, Terceras, 1º. De Mayo, 6 de Junio y Progreso.

Tabla 21
EXTENSIÓN DE USO POR CONSULTAS DE IRA's POR CENTRO DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	CONSULTAS DE 1ª VEZ	POBLACIÓN < 5 AÑOS	% POBLACIÓN ATENDIDA POR IRA's
Juan H. Sánchez	692	2 310	30.0
Saucito	528	1 320	40.0
Progreso	549	990	55.5
Simón Díaz	386	990	39.0
Club de Leones	415	990	41.9
UPA	357	990	36.1
21 de Marzo	849	990	85.8
Las Piedras	262	660	39.7
Las Terceras	527	660	79.8
San Antonio	664	660	100.6
6 de Junio	209	330	63.3
1º de Mayo	249	330	75.5
TOTAL	5 687	11 220	50.7

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

6.2.5 Intensidad de uso. El promedio de consultas recibidas por cada menor de cinco años durante el periodo de estudio fue 1.5 (Tabla 22), con un mínimo de 1.1 en el CS 6 de junio y un máximo de 1.8 en los CS Las Piedras y UPA; el 58.3% de los CS se encuentran por debajo del promedio. Es importante tener en cuenta que algunos niños atendidos, registrados en las hojas diarias de actividades médicas, no pertenecen a los núcleos donde recibieron la consulta, o en las hojas diarias mencionadas no aparece el lugar de residencia del niño, por lo tanto, puede suponerse que tanto la extensión como la intensidad de uso son menores a lo registrado.

Tabla 22
INTENSIDAD DE USO POR CONSULTA DE IRA's
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, 2000

CENTROS DE SALUD	CONSULTAS IRA's DE 1 ^a . VEZ	TOTAL DE CONSULTAS DE IRA's	PROMEDIO DE CONSULTAS DE IRA's/NIÑO
Juan H. Sánchez	692	1 062	1.5
Saucito	528	718	1.4
Progreso	549	876	1.6
Simón Díaz	386	484	1.3
Club de Leones	415	511	1.2
UPA	357	647	1.8
21 de Marzo	849	1 142	1.4
Las Piedras	262	480	1.8
Las Terceras	527	703	1.3
San Antonio	664	949	1.4
6 de Junio	209	233	1.1
1 ^o de Mayo	249	415	1.7
TOTAL	5 687	8 220	1.5

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

En total, el **proceso** del Componente de las IRA's resultó deficiente, con una calificación para el total de los centros de 1, equivalente al 0.3% del puntaje esperado (Tabla 23). Esta baja calificación se obtuvo debido a que existen rezagos importantes en la capacitación del personal, ya que sólo algunos médicos están capacitados en la NOM-024 y el Manual de Procedimientos Técnicos y otros, en menor proporción, en la NOM-168 del expediente clínico; resulta todavía menor en el personal de enfermería capacitado y ninguno del personal promotor. Lo anterior se refleja en los registros de los expedientes clínicos revisados, ya que se omitieron los factores de mal pronóstico, además no existe congruencia entre los diagnósticos y los signos y síntomas, los tratamientos no se establecen de acuerdo a los planes establecidos en la Norma (Planes A, B o C), siendo un

alto número los que recibieron tratamiento con Antibiótico y sintomático, aunque con base en los signos y síntomas, la mayoría deberían recibir el tratamiento plan A que es sólo sintomático. En cuanto a los registros de las medidas en el hogar y las citas también se omitieron. Respecto a la productividad, ningún centro de salud alcanzó el estándar nacional que es de 3 consultas médicas/hora contratada. Sólo el centro de salud de San Antonio atendió con una consulta por IRA's al 100% de su población menor de cinco años, siendo la intensidad de uso en promedio menor a dos consultas de IRA's por niño.

Tabla 23
EVALUACIÓN DEL PROCESO DEL COMPONENTE DE LAS IRA's
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000

PUNTUACIÓN DEL PROCESO	PUNTAJE ESPERADO	PUNTAJE OBSERVADO	%
Capacitación	34	0	0.0
Factores de mal pronóstico	34	0	0.0
Diagnósticos	34	0	0.0
Signos y síntomas	34	0	0.0
Tratamientos	34	0	0.0
Medidas en el hogar	34	0	0.0
Cita	34	0	0.0
Productividad	34	0	0.0
Extensión de uso	34	1	2.9
Intensidad de uso	34	0	0.0
SUBTOTAL	340	1	0.3

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

6.3 RESULTADOS

6.3.1 Cobertura. La población que requiere el servicio es el 100% porque, de acuerdo con el concepto de cobertura, son los servicios que se otorgan a la población que realmente los necesita; para fines del estudio se consideró que todos los niños menores de 5 años sufren al menos un episodio de IRA por año y al estimar la cobertura en la población asignada a los núcleos básicos, los resultados fueron los mismos de la extensión de uso, es decir se tuvo una cobertura en consulta médica del 50.7% de la población menor de cinco años en el Componente de las IRA's (Tabla 24), con un Rango entre 100.6% y el 30%. Encontrándose entre los centros de salud con mayor cobertura: San Antonio, 21 de Marzo, Terceras, 1º. De Mayo, 6 de Junio y Progreso. Sin embargo, vale la pena tener presente que no se evaluó la cobertura en cuanto a educación en salud, atención de enfermería, tanto intra como extramuros.

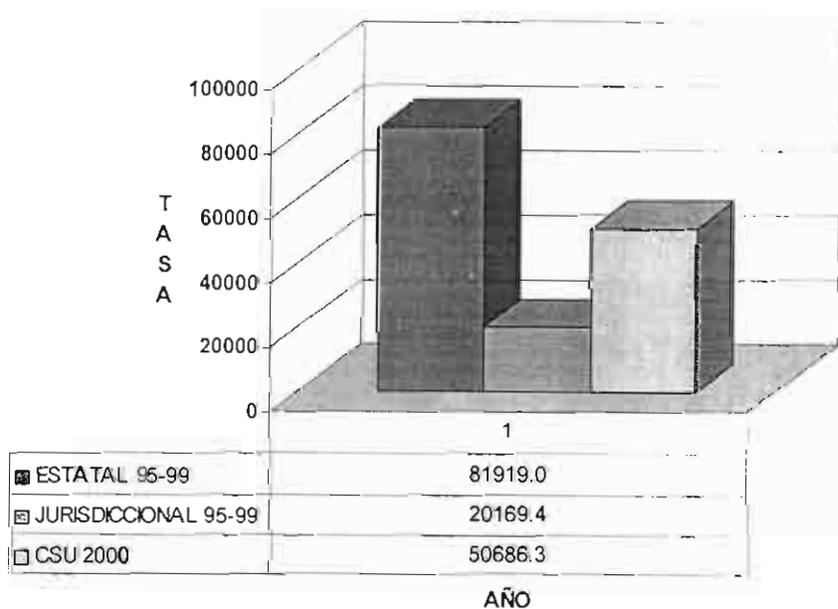
Tabla 24
COBERTURA DEL COMPONENTE DE IRA's
JURISDICCIÓN SANITARIA No.1, 2000

CENTROS DE SALUD	POBLACIÓN <5 AÑOS ATENDIDA	POBLACIÓN <5 AÑOS ASIGNADA	% COBERTURA/ CENTRO DE SALUD
Juan H. Sánchez	692	2 310	30.0
Saucito	528	1 320	40.0
Progreso	549	990	55.5
Simón Díaz	386	990	39.0
Club de Leones	415	990	41.9
UPA	357	990	36.1
21 de Marzo	849	990	85.8
Las Piedras	262	660	39.7
Las Terceras	527	660	79.8
San Antonio	664	660	100.6
6 de Junio	209	330	63.3
1º de Mayo	249	330	75.5
TOTAL	5 687	11 220	50.7

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

6.3.2 Incidencia. La tasa de incidencia por IRA's del año 2000 en los 34 núcleos básicos estudiados fue de 50 686.3 por 100 000 menores de cinco años (Gráfico 1), menor en un 38.1% a la media Estatal reportada en los años 95-99 (81 919.0 por 100 000 menores de cinco años), pero mayor en un 151.3% a la media de la tasa Jurisdiccional de los mismos años (20 169.4 por 100 000 menores de cinco años). Con relación al estándar esperado de 3 episodios de IRA's, la cantidad de consultas de primera vez reportada por los núcleos básicos estudiados, resulta mínima, ya que si son 11 220 menores de cinco años asignados a estos núcleos, las consultas de primera vez deberían de ser 33 660 y fueron sólo de 5 687 es decir, el 16.9% del total esperado.

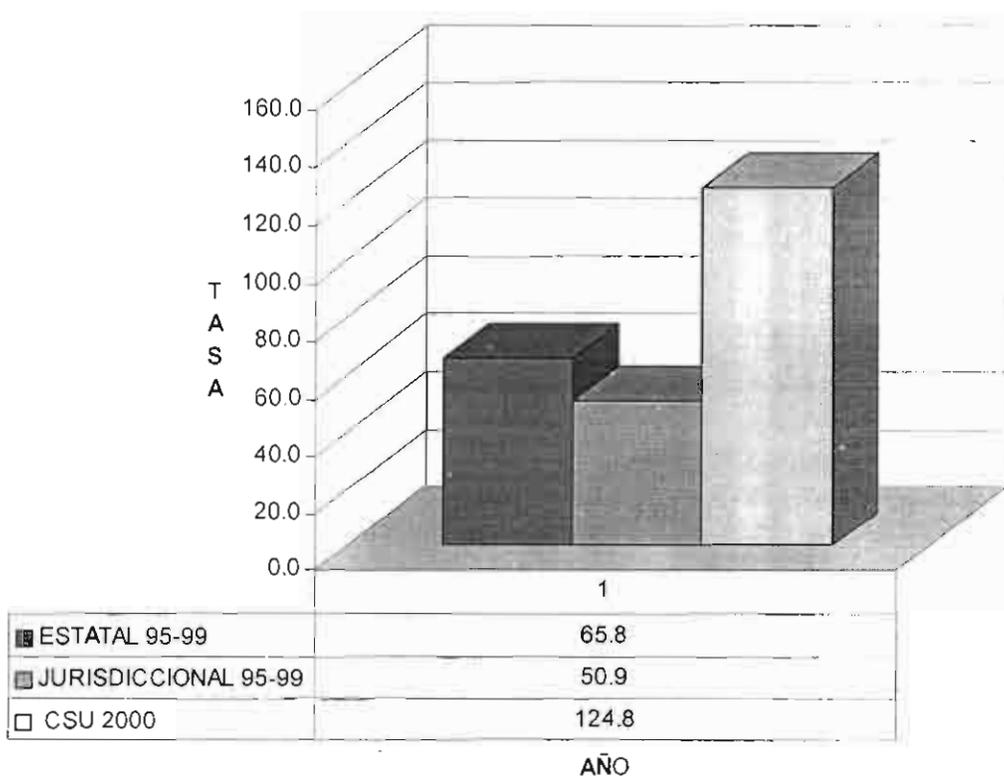
Gráfico 1.
COMPARATIVO DE TASAS DE INCIDENCIA POR IRA's
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000



Fuente: Directa. Depto. Epidemiología, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.
* Tasa por 100 000 menores de cinco años.

6.3.3 Mortalidad. La tasa de mortalidad por IRA's observada en el año 2000 en los 34 núcleos básicos estudiados fue de 124.8 por 100 000 menores de cinco años (Gráfico 2), siendo mayor a la media Estatal (65.8 por 100 000 menores de cinco años de los años 95-99) en un 89.6% y a la Jurisdiccional (50.9 por 100 000 menores de cinco años, en el mismo periodo) en un 145.2%, lo cual podría indicar que el mayor aporte de muertes en el Estado y la Jurisdicción, está dado por la población asignada a estos núcleos. La tasa de letalidad fue de 246.2 defunciones por 100 000 casos atendidos de IRA en menores de cinco años.

Gráfico 2.
COMPARATIVO DE TASAS DE MORTALIDAD POR IRA's
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000



Fuente: Directa. Depto. Epidemiología, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.
* Tasa por 100 000 menores de cinco años.

La variable de **resultados** del Componente de las IRA's fue regular con 105 puntos equivalente al 34.3% del puntaje esperado (Tabla 25). Los núcleos no han logrado cubrir la población menor de cinco años que tienen asignada; sólo un centro de salud muestra una cobertura superior al 100%, lo cual indica que ha cubierto población menor de cinco años que no está asignada a sus núcleos, que haya niños con más de un episodio de IRA o que la población asignada está subestimada. En cuanto a la tasa de incidencia obtenida en los núcleos revisados, fue menor a la media Estatal pero mayor a la jurisdiccional en un periodo de 5 años, mientras que la tasa de mortalidad fue mayor que la estatal y la jurisdiccional en el mismo periodo.

Tabla 25
EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL COMPONENTE DE LAS IRA's
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000

PUNTUACIÓN DE LA ESTRUCTURA	PUNTAJE ESPERADO	PUNTAJE OBSERVADO	%
Cobertura	102	3	3.0
Incidencia	102	102	100.0
Mortalidad	102	0	0.0
SUBTOTAL	306	105	34.3

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

La **evaluación total** realizada al Componente de las IRA's, fue regular, con una calificación de 256 puntos equivalente al 26.9%, como se observa en la Tabla 26. En la Estructura, aunque el personal médico y de enfermería se encuentra completo, el personal promotor es insuficiente; en cuanto los recursos materiales y el equipo, se carece de registros adecuados que muestren la disponibilidad de los mismos durante el año estudiado. Los procesos también fueron deficientes, ya que la capacitación del personal es mínima, tanto en la NOM 024 como en el Manual de procedimientos técnicos de las IRA's y la NOM-168; se omiten datos en los expedientes clínicos de los casos atendidos, como son los

factores de mal pronóstico, diagnósticos, signos y síntomas, tratamiento, medidas en el hogar y fecha de próxima cita; además al aplicar los indicadores de productividad, extensión de uso e intensidad de uso, sólo un centro de salud atendió por IRA's en promedio a su población asignada. Los resultados fueron regulares y aunque la cobertura es incompleta, la tasa de incidencia en los núcleos básicos revisados fue favorable en un 38.1%, no siendo así la de mortalidad, que resultó mayor a la media Estatal de los años 95-99.

Tabla 26
EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE LAS IRA's
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, AÑO 2000

PUNTUACIÓN DEL COMPONENTE	PUNTAJE ESPERADO	PUNTAJE OBSERVADO	%
Estructura	306	150	49.0
Proceso	340	1	0.3
Resultados	306	105	34.3
TOTAL	952	256	26.9

Fuente: Directa. Núcleos básicos. Jurisdicción Sanitaria No. 1, Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

7 DISCUSIÓN

La evaluación del Componente de las IRA's en el primer nivel, se hace indispensable para disminuir la aparición de errores en la atención de los casos, evitar las complicaciones y sobre todo impactar en la mortalidad por esta causa en la población menor de cinco años, para lo cual se requiere contar con la estructura adecuada que facilite la realización de procesos de calidad y de este modo obtener los resultados deseados en la población objetivo.

En este estudio se encontraron deficiencias importantes en la estructura, los procesos y los resultados debido a que en el año evaluado no se contó con los recursos necesarios para proporcionar la atención de los casos en forma suficiente y oportuna, y por otro lado, los procesos no se efectuaron con base en la normatividad del componente, obteniéndose resultados desfavorables en comparación con los datos estatales de los últimos cinco años.

Para brindar la atención, de acuerdo con Donabedian se requiere contar con una estructura, que define como aquellas características relativamente estables necesarias para brindar la atención e implica los siguientes indicadores:

Accesibilidad geográfica. Pineault y Pavon Lasso incluyen además como parte de la estructura, la accesibilidad, definiéndola como las condiciones que favorecen o dificultan el uso de los servicios en la población. El Programa Estatal de Atención a la Salud del niño, refiere como una de sus estrategias el acceso universal y gratuito, enfocado solamente al aspecto económico, en la consulta externa y en hospitalización. Según el MASPA la accesibilidad geográfica se mide a partir de isócronas de traslado de 30 minutos, por lo que, la población menor de cinco años que acudió a demandar atención del Componente de las IRA's tuvo su domicilio, en isócronas de traslado menores o iguales a 30 minutos por el medio habitual de traslado, aspecto que favorece la atención de los menores.

Recursos. El Programa de Atención a la Salud del Niño, refiere que el abasto de los recursos debe ser en forma suficiente, oportuna y de calidad, pero la realidad, es que los recursos con que cuenta el Componente de las IRA's varían, en los tres aspectos.

En cuanto a los recursos humanos, los médicos, son el único personal completo con 34 elementos, es sobrepasado por el personal de enfermería en un 20.6%, considerándose aun completos los núcleos, según recomendaciones de la-Certificación de Jurisdicciones, que menciona que un núcleo está completo si cuenta con una enfermera y un médico; personal idóneo en la atención de las IRA's.

El personal de enfermería, divide su trabajo en dos áreas, clínica y campo, con actividades de apoyo que se derivan del PBSS, al que pertenece el Componente de las IRA'S, tales como: integración del expediente clínico, toma y registro de signos vitales, visitas domiciliarias, pláticas educativas, entre otras; para el Componente de las IRA's, no cuentan con actividades específicas.

Otro elemento importante son los promotores, se cuenta con 5 elementos que apoyan las acciones de promoción para la salud, distribuidos uno por centro de salud, ya que, aunque el MASPAs establece; un promotor por cada tres núcleos básicos, en un centro de salud, lo contradice la Certificación de Jurisdicciones, que omite este recurso de los núcleos, para facilitar la certificación. Este personal no cuenta con un plan de trabajo y realiza actividades generales como apoyo a los centros de salud: Juan H. Sánchez, Simón Díaz, UPA, Piedras y Terceras, faltando 5, por integrar a centros con más de 9 000 habitantes.

Los recursos normativos, la NOM-024 de Prevención y Control de las IRA's, el Manual de Procedimientos Técnicos de las IRA's y la NOM-168 del expediente clínico, documentos que sirven para unificar los criterios de operación del personal sobre el manejo de los casos del Componente de las IRA's; se encontraron ubicados en lugares accesibles para su consulta permanente, existiendo un ejemplar de dichos documentos en la mayoría de los

centros, lo que de alguna forma cumple con su objetivo primordial, de consulta, aspecto que no se verificó durante el estudio.

Retomando lo dicho por Pavon Lasso los recursos disponibles deben de coincidir con la población a la que están destinados; el Manual de Procedimientos Técnicos de las IRA's refiere en forma muy general, como recursos del componente: estetoscopio, formatos de registro diario del médico y concentrados, formatos para informe epidemiológico, medicamentos, pero no indica la cantidad que debe existir por cada núcleo, y no incluye otros como: abatelenguas y estuche de diagnóstico o en su defecto lámpara de mano, que permitirían una evaluación más precisa de los casos. Del mismo modo, en la NOM-168 del expediente clínico se indica que se elaborarán los registros pero no especifica en que formatos, ni cuantos, ya que refiere que ese aspecto depende de cada institución. Por ahora, para la integración del expediente, de tipo familiar para los núcleos, se manejan los formatos: frontal del expediente clínico, frontal individual, historia clínica pediátrica, de notas de evolución y hoja médica inicial, pero para la finalidad del Componente de las IRA's, no se requiere contar con todos, para brindar una adecuada atención de los casos. Durante el estudio tampoco se pudo constatar por medio de registros, los ingresos y egresos de formatos, sólo se observó que se elaboran algunas veces en hojas blancas, anexándolas a los expedientes clínicos.

Del material para la aplicación de inyecciones, aunque no se contempla en el Manual, sólo en el Programa Estatal de Atención a la Salud del Niño, se contemplan algodón, alcohol, jeringas de 5 ml y agujas hipodérmicas, recursos indispensables en el Plan B de tratamiento para la aplicación de antibióticos como la Bencil Penicilina Procaínica y la Penicilina Benzatínica Combinada. Este material se encontró completo en el 47.1% de los núcleos, variando la disponibilidad del recurso en los centros de salud, ya que se utiliza en los diferentes servicios que se otorgan. En cuanto a los abatelenguas, aunque tampoco los contempla el Manual de Procedimientos Técnicos y si en el Programa Estatal de Atención a la Salud del Niño, su disponibilidad fue similar.

El estetoscopio, único equipo médico que menciona el Manual de Procedimientos Técnicos y que facilita la auscultación de la frecuencia respiratoria y de la polipnea, signo predictor de la neumonía, se encontró funcional en todos los núcleos.

El Manual de Procedimientos Técnicos, especifica que la cantidad de medicamentos para el Componente de las IRA's, debe calcularse bajo la siguiente regla: para el tratamiento sintomático: acetaminofén en gotas, 1 por caso; salbutamol y penicilina benzatinica combinada para el 10% de los casos; trimetoprim con sulfametoxazol para el 15% y ampicilina trihidratada el 3%, por lo que existe un promedio de estos medicamentos, que deben surtirse periódicamente en cada centro de salud de acuerdo a sus necesidades. Se encontró en el estudio que dichos medicamentos se suministran a todos los centros de salud durante todo el año sólo que en cantidades insuficientes para los casos atendidos, observándose que en lugar de éstos, se prescribieron medicamentos que no se indican en el Manual de Procedimientos Técnicos: sintomáticos como el Ambroxol, Difenhidramina, Dextrometorfan, Pseudoefedrina, entre otros, y antibióticos como: Amoxicilina, Dicloxacilina, y un sinnúmero de marcas comerciales. No existiendo relación entre el tipo y la cantidad de medicamentos indicados para el Componente de las IRA's con los que se abastecen, y por lo tanto, se prescriben.

Las actividades de promoción del Componente de las IRA's se orientan sobre todo en el Plan A de tratamiento hacia los Casos sin Neumonía para las medidas en el hogar, 11 en total, además de la capacitación a la madre del menor, indicada en el Manual de procedimientos, con la ayuda de materiales de apoyo como rotafolios, trípticos, carteles y la carpeta "entrada libre al aire". No se registró en el año estudiado la existencia de este material, sólo se cuenta con rotafolios y el video de la carpeta "Entrada libre al aire". La promoción del Componente de las IRA's no se efectúa con todo el material de apoyo que se requiere, sobre todo al momento de la consulta, momento ideal para difundir las medidas generales en el hogar y evitar que se presenten complicaciones como la neumonía. Llama la atención que el Centro de Salud Juan H. Sánchez que atiende al 20.6% de la población de

los núcleos sólo cuenta con 2 rotafolios, aunque de acuerdo a lo referido por el personal, se acude a la Jurisdicción a solicitar material cuando se requiere.

Para los autores, Donabedian y Pineault, el proceso representa el objeto principal de la evaluación y el valor de éste está ligado al valor que los individuos le den, con base en los servicios técnicos producidos y utilizados, y además son verificables; en el estudio realizado, se encontró que esto no sucede así, ya que aunque el Programa Estatal de Atención a la Salud del Niño incluye en las actividades de programación, la capacitación del personal, sólo el 17.6% de los médicos están capacitados respecto a las NOM 024 y 168, y el Manual, 7.3% del personal de enfermería y el 100% de los promotores en ninguna. De éstos, la mayoría son médicos directores y jefas de enfermeras, que regularmente dedican más tiempo a actividades administrativas. Aunque el MASPAs menciona la capacitación, en sus tres modalidades, la Inducción al puesto para los recursos de nuevo ingreso, la capacitación durante el cambio en el sistema, procedimientos o medios de trabajo y la capacitación continua, ésta no se imparte regularmente al personal de los núcleos y sobre el Componente de las IRA's, el Manual de Procedimientos no especifica cómo se debe capacitar al personal sobre el mismo, aunque contiene un apartado de Autoevaluación que incluye una serie de casos supuestos con preguntas y respuestas para reafirmar los conocimientos sobre el tema. Por lo anterior, un alto porcentaje del personal que tiene relación con el Componente de las IRA's no está capacitado para realizar actividades del mismo, ni para el manejo del expediente clínico. Se tiene conocimiento que en el año estudiado se impartió capacitación sobre los temas tratados, pero al indagar entre el personal, no recordaron haber participado. Al revisar las cartas programáticas de los cursos impartidos, se encontró que fueron las mismas para el personal médico y de enfermería, a pesar de que tienen funciones diferentes, además fue de muy corta duración. En lo referente a la NOM-168, se impartió un curso bajo condiciones similares.

El tipo de registros encontrados en los expedientes clínicos de los casos de IRA's atendidos, guarda mucha relación con la información anterior, ya que aunque en la mayoría de los centros, las normas y el Manual de procedimientos Técnicos están disponibles y su

contenido es claro sobre los pasos a seguir en la atención de los casos, los registros inadecuados y la omisión en un gran número de éstos, reflejan la falta de una adecuada capacitación, además de interferir en la evaluación los casos.

El Manual de Procedimientos establece como datos a registrar de todo caso de IRA's: los factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado, capacitación a la madre sobre la identificación de signos de alarma y cuidados generales en el hogar; el seguimiento de los casos se hará por medio de la cita; la NOM-168 refiere que las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la norma, deberán apegarse a los procedimientos que éstas dispongan. Se encontró omisión de los factores de mal pronóstico, por lo que se desconoce si existieron, y si de algún modo interfirieron en la determinación del manejo y seguimiento de los casos, y sobre las muertes por complicaciones.

El registro de los datos de la evaluación clínica de los casos de IRA's, clasificados como: Sin neumonía, Con neumonía grave y Con neumonía leve con factores de mal pronóstico, facilita el manejo de los casos con base en los diferentes diagnósticos y sus signos y síntomas específicos, como lo marca el Manual de Procedimientos Técnicos, pero al omitirse sobre todo de la frecuencia respiratoria, pueden indicarse tratamientos injustificados.

Los planes A, B, o C de tratamiento que marca el Manual de Procedimientos Técnicos, están establecidos para atender fácil y rápidamente estos padecimientos, con medicamentos de efectividad comprobada, tanto en los que requieren de tratamiento sintomático como los que además requieren de tratamiento con antibiótico; en el estudio abundaron los tratamientos con antibiótico y sintomáticos, sin respetarse la regla de acetaminofén en gotas (1 por caso), salbutamol y penicilina benzatinica combinada para el 10% de los casos, trimetoprim con sulfametoxazol para el 15% y ampicilina trihidratada el 3%, además de prescribirse antitusígenos, antihistamínicos y vasoconstrictores provocando frecuentemente

la inhibición de los mecanismos de defensa, como es la tos, y favoreciendo la resistencia a los antibióticos.

El Manual de Procedimientos Técnicos, orienta a sobre todo en los casos con Plan A de tratamiento para niños con IRA sin neumonía, las medidas en el hogar por lo que al ser incompletas u omitirse, se predispone a que se presenten rápidamente las complicaciones.

El seguimiento de los casos, no se pudo comprobar, debido a que sólo el 2.1% de las citas se registran en forma completa y en el resto, incompletas o no se registran a pesar de que el Manual de Procedimientos Técnicos refiere, que debe citarse entre las primeras 24 a 48 horas a los menores para continuar con el tratamiento de los casos con neumonía o con factores de mal pronóstico. Cabe mencionar, aunque se reportan los casos referidos, que no se elaboran o no se anexan los formatos al expediente clínico, ignorándose si acudieron o no a solicitar atención al segundo nivel y si ésta resultó adecuada.

Parece ser, que tanto las medidas en el hogar, como la cita y referencia de los casos, no reciben la importancia que requieren, ocasionando un inadecuado manejo de las IRA's en el hogar y aunado a esto, la deficiente atención de los casos, que provoca la prolongación o complicación de los cuadros, la no identificación de los signos de alarma por parte de la madre y en consecuencia, que no se acuda oportunamente a demandar la consulta para la revaloración del menor.

Productividad. Pavon Lasso refiere que la productividad es el número de actividades o servicios desempeñados por unidad de recurso existente en un tiempo dado. En el Manual de Procedimientos Técnicos se menciona que se atenderán todos los casos que se presenten, sin especificar bajo que criterios de productividad. Por otro lado, el MASPA refiere que cada núcleo atenderá las necesidades de salud de sus 3 000 habitantes que incluyen a los menores de cinco años de acuerdo a sus necesidades y demandas. Al realizar el presente estudio se evaluó la productividad del personal médico por ser el que directamente atiende los casos en la consulta externa de los núcleos básicos con base en la consulta médica

general, siendo esta en promedio de 1.8 consultas por hora / médico contratada, menor al estándar establecido de 3. Cabe mencionar que además de atender la consulta médica, este personal realiza otra serie de funciones de tipo administrativo, relacionadas con el PBSS.

Extensión de uso. Pavon Lasso define la extensión de uso como la proporción de la población objetivo que hizo contacto con un determinado servicio durante cierto periodo de tiempo, sin mencionar si era necesario o si tuvo el efecto esperado. El Manual de procedimientos y el MASPA no mencionan nada al respecto. Con el ejercicio aplicado sobre la extensión de uso en relación con las consultas médicas otorgadas del Componente de las IRA's y la población menor de cinco años de los núcleos, se encontró que el promedio de extensión de uso de la población menor de cinco años que acudió a consulta por IRA's, fue del 50.7%, que indica que sólo la mitad de la población menor de cinco años está siendo atendida por IRA's, aunque como lo menciona el concepto de la extensión de uso, se ignora si era necesario o si tuvo el efecto esperado. Sólo el centro de salud de San Antonio atendió al 100.6% de su población menor de cinco años.

Intensidad de uso. Para Pavon Lasso la intensidad de uso es el promedio de servicios recibidos por cada usuario dentro de un periodo de tiempo. Aunque no se refiere nada sobre este indicador en el Manual de Procedimientos Técnicos y el MASPA, si se indica la atención de todos los casos que lo soliciten, por lo tanto, el ejercicio de intensidad de uso aplicado al número de consultas de primera vez otorgadas del Componente de las IRA's entre la población asignada menor de cinco años durante el año estudiado, en promedio fue de 1.5 consultas de IRA's por niño. En resumen, los centros de salud otorgaron menos de una consulta de IRA's a su población menor de cinco años, lo que indica, que se atiende menos casos de los esperados o que no se están enfermando por esta causa, una probabilidad muy remota.

Para Donabedian, los resultados e impacto representan un cambio en el estado actual y futuro en la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica, incluyendo cambios en la función social, psicológica, física y fisiológica que originen

cambios en la salud presente o como contribuciones en la salud futura, y representa la medida más directa para evaluar la calidad de la atención. Para Pineault los resultados guardan relación con los objetivos de un programa, definidos en términos de estado de salud o de comportamientos de los beneficiarios o los alcanzados por un programa. Pavon Lasso refiere que los resultados o el impacto, al igual que las personas son el objeto final o la razón de ser de los servicios y debe ser el fundamento de la evaluación, dándole el nombre de efectividad. También menciona que con los datos obtenidos y clasificados adecuadamente sobre las condiciones de salud de la población se pueden establecer: la frecuencia (prevalencia o incidencia) de los problemas, la trascendencia o grado del daño (defunciones, invalidez, transmisibilidad) que tiene cada uno según su naturaleza y severidad, la vulnerabilidad o facilidad de ser controladas, prevenidas, disminuidas o erradicadas con los recursos disponibles.

Elemento también de los resultados lo es la cobertura de los servicios, para Pavon Lasso equivale a la proporción de la población que requiere de servicios y que los ha recibido que, sin tomar en cuenta su filiación o si ha sido asignada, sólo que en el caso de los núcleos básicos se toma este último aspecto ya que es la población que deben de atender, por lo que resulta similar a la extensión de uso, que equivale a la población menor de cinco años que ha acudido a demandar consulta por IRA's, y que forman parte de los 3 000 habitantes designados por el MASP por núcleo básico para centros de salud urbanos; mientras que el Manual de Procedimientos Técnicos de las IRA's, involucra sólo a los menores que acuden a demandar atención para estas enfermedades. Sólo el centro de salud de San Antonio rebasa su población asignada en un 100.6%.

Aunque acude población con derecho a servicios de salud que también demanda consulta del Componente de las IRA's, no se pudo establecer el número exacto, por no contarse con expedientes clínicos de todos los casos.

Al revisarse la incidencia por IRA's o proporción de casos nuevos de IRA'S en un periodo determinado de tiempo entre la población menor de cinco años, se tomaron sólo los casos

que acudieron a demandar la consulta, encontrándose, que la tasa de incidencia de los núcleos de los centros estudiados fué menor a la media aritmética Estatal de los años 95-99, con una disminución del 38.1% a la media Estatal de los años 95-99 (81 919.0 por 100 000 menores de cinco años), existe el inconveniente de ser sólo una aproximación, pues si se toma en cuenta que la población menor de cinco años a atender es de 11 220 y que cada menor puede presentar 3 episodios durante un año o sea 33 660 consultas de primera vez, las 5687 consultas de primera vez reportadas, representan sólo el 16.9%.

Aunque el Programa Estatal de Atención a la Salud del Niño, establece como meta de impacto, reducir en 70% la tasa Estatal de mortalidad en menores de cinco años con relación a la tasa de 1990 que fue de 99.4. Para el estudio, se comparó la tasa de mortalidad en menores de cinco años, encontrándose una tasa de mortalidad de 124.8 por 100 000 menores de cinco años en los núcleos básicos revisados, siendo mayor a las media Estatal en un 89.6% y Jurisdiccional en un 145.2%, de los años 95-99. Siendo la letalidad en los núcleos de 246.2 por 100 000 menores de cinco años.

8 CONCLUSIONES

En cuanto a la evaluación realizada al Componente de las IRA's en la Jurisdicción Sanitaria No.1 en San Luis Potosí se concluye lo siguiente:

La **Estructura** se calificó como regular, los núcleos básicos se encuentran accesibles geográficamente para demandar atención y la población menor de cinco años que pertenece puede acudir fácilmente a recibir los servicios. Además se cuenta con personal adecuado, documentos normativos y equipo; sin embargo, en los núcleos no se dispone de los recursos materiales necesarios y suficientes que en el caso de las IRA's son imprescindibles; tampoco existe congruencia entre el material requerido que marca el MASPAPA para los núcleos y el del Manual de procedimientos técnicos de las IRA's.

El **Proceso** resultó deficiente, ya que aunque los recursos personales son suficientes, no están capacitados de manera completa en los lineamientos del componente. Se ignora si la capacitación que se establece en el MASPAPA, tal como la inducción al puesto, el cambio en el sistema, los procedimientos o medios de trabajo y la capacitación continua, se lleva a cabo en todo el personal de los núcleos y qué metodologías educativas se siguen para tales fines. A lo anterior se agrega un manejo de los casos inadecuado, que se ve reflejado en la omisión de los registros en los expedientes clínicos, en la evaluación clínica y en la clasificación de las IRA's, así como en la prescripción de tratamientos, siendo mayor el número de casos que reciben antibióticos en comparación a los tratamientos sintomáticos, y es nulo el seguimiento y referencia de casos al segundo nivel.

La baja productividad observada por consulta médica general en los núcleos estudiados indica subutilización de los recursos humanos o subregistro de las actividades realizadas. En contraste, la extensión de uso por consultas médicas de IRA y la intensidad de uso son adecuadas, lo cual indica que la población si demanda los servicios para el Componente de las IRA's predominando las consultas de 1ª vez sobre las subsecuentes en una proporción de 2 a 1 que apoya que no se está haciendo seguimiento de los casos.

Los **Resultados** obtenidos han sido favorables ya que, a pesar de que no se ha logrado cubrir al total de la población asignada a los núcleos, la incidencia ha disminuido, lo que hace pensar que aparte de las actividades que se realicen en los núcleos básicos estudiados, con respecto al Componente de las IRA's, han influido otros factores en la disminución de estas enfermedades, como la promoción por los diferentes medios masivos en el ámbito nacional, la capacitación a las madres que consultan por este problema de salud y las actividades de vacunación, entre los más importantes; aunque también se debe tomar en cuenta el subregistro de las actividades realizadas y la atención a población que no pertenece al núcleo.

Esta evaluación al Componente de las IRA's puso de manifiesto algunos problemas que no se habían identificado por parte de los responsables del mismo, probablemente porque con frecuencia se evalúan los programas sólo a partir de los resultados y no se detectan algunas deficiencias en la estructura o en el proceso, que en el largo plazo pudieran afectar los resultados.

La presente investigación es un aporte a la Salud Pública ya que no sólo proporciona información acerca de las condiciones de salud, en lo referente a IRA's, en los menores de 5 años atendidos en los núcleos básicos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de San Luis Potosí, sino que también aporta herramientas sobre el desarrollo del Componente de IRA, dentro del Programa de Atención a la Salud del Menor, que pueden ser útiles para la evaluación y ajuste de las políticas públicas vigentes.

9 RECOMENDACIONES

El Componente de Prevención y Control de las IRA's, como parte del Programa de Atención a la Salud del Niño, debe reforzar tanto la estructura como el proceso, con el fin de contribuir a la disminución de la incidencia como de las complicaciones y mortalidad por IRA.

En cuanto a la Estructura, se recomienda promover la calidad, favorecer la distribución adecuada, suficiente y oportuna de los recursos destinados al Componente de las IRA's, sobre todo mejorando su organización y verificando el manejo adecuado de los mismos. Así mismo, se deben especificar más las actividades a realizar por cada integrante del núcleo, para evitar la duplicación de funciones o la omisión en el cumplimiento de las mismas.

La capacitación continua en servicio debe ser más específica y siguiendo una metodología que facilite la captación de los conocimientos teórico-prácticos:

- Al personal médico debe capacitarse en el manejo de los registros en el expediente clínico, haciendo énfasis en la importancia de dejar consignados los factores de mal pronóstico, la evaluación clínica congruente con el diagnóstico y la sintomatología, la clasificación de los tratamientos de acuerdo a los planes A, B y C y la cita para el seguimiento. También debe insistirse en las recomendaciones que debe hacer a las madres sobre medidas en el hogar con el fin de evitar las complicaciones y sobre todo, en la importancia del reconocimiento de los signos de alarma.
- Al personal de enfermería, sobre la identificación de los factores de mal pronóstico, la toma y registro de los signos vitales, en especial la frecuencia respiratoria, detección de los signos de alarma y seguimiento de los casos a través de visitas domiciliarias.
- Al personal promotor, sobre las medidas de prevención en el hogar, en especial sobre los factores de mal pronóstico, el reconocimiento de los signos de alarma y la importancia del tratamiento completo y la demanda oportuna de la consulta médica.

Con respecto al proceso, es necesario que se evalúen de manera permanente las acciones en la consulta externa y se redefinan las actividades en los núcleos básicos, que contribuyan a mejorar la calidad de la atención a este grupo de población tan vulnerable.

Deben fortalecerse las acciones desarrolladas por los promotores, ya que la Promoción del Componente de las IRA's debe efectuarse en forma permanente y llevarse a cabo en lugares estratégicos donde concurren las madres de familia, como jardines de niños, guarderías, centros de salud, iglesias, escuelas, supermercados y tiendas o en eventos especiales, respetando sus características individuales, siguiendo la Metodología que marca el Componente de las IRA's u otra que se haya probado con buenos resultados, promoviendo las medidas en el hogar, el reconocimiento de los signos de alarma y la demanda oportuna de la consulta médica y verificando los resultados de dicha capacitación, o reforzando los que sean necesarios.

En cuanto a la atención de la demanda de niños con IRA, se debe verificar que en todos los casos se cuente con expediente clínico, independiente de que el niño pertenezca o no al núcleo básico. Además corroborar permanentemente que el personal de enfermería realice adecuadamente las actividades de evaluación de los niños y de registro en el expediente clínico y que estos registros contengan los datos que especifica el Manual de procedimientos técnicos. También se debe mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia de los casos al nivel de atención que corresponda y verificar su registro en el expediente clínico.

Tanto a nivel jurisdiccional, como en cada centro de salud, deben presentarse periódicamente en reuniones con todo el personal, los resultados de evaluaciones del Componente de las IRA's, así como el record de casos y defunciones por centro de salud y núcleo, para retroalimentar las acciones de capacitación y lograr mejores resultados y la toma de conciencia de la dimensión del problema por parte del personal responsable de la atención.

Dar a conocer los avances del componente en los niveles local, jurisdiccional y estatal.

Se deben promover, entre los supervisores, algunas tácticas que ayuden al personal a mantenerse actualizado en cuanto al Componente de las IRA's, tales como carteles, guías terapéuticas actualizadas y disponibilidad permanente del manual u otro documento de consulta rápida en caso necesario. Además debe hacerse seguimiento continuo a las acciones de capacitación por parte del personal de la Jurisdicción.

Proponer a nivel Nacional que se hagan ajustes a la norma NOM-168 del expediente clínico para que se simplifiquen los formatos de registro y se distribuyan en cantidad suficiente, se disminuya el tiempo de elaboración de los registros y aproveche en una mejor evaluación y seguimiento del niño, así como en la capacitación a la madre. Además podrán realizarse más acciones de promoción en las áreas de influencia de los núcleos.

Realizar revisiones al resto de las normas oficiales mexicanas relacionadas con el Componente de las IRA's, que permitan la modificación de las políticas en salud, faciliten el manejo de los diferentes programas y especifiquen las actividades a realizar para coadyuvar la aplicación y evaluación de las mismas.

Difundir por parte de las instituciones de salud la aplicación adecuada de las normas, tanto dentro del sector salud, como en colegios, sociedades, escuelas y otras instituciones que tengan que ver con el cumplimiento de las mismas.

Al evaluar el Componente de las IRA's, queda de manifiesto que los problemas detectados se pueden corregir en mucho mejorando la oportunidad y suficiencia de los recursos pero en especial, intensificando las actividades de promoción para evitar las complicaciones de los casos, favorecer la atención en el hogar y promover la demanda adecuada de consulta por parte de las personas responsables de los menores.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ¹ Reyes H, Tome P, Pérez-Cuevas R, Guiscafne H, Gutiérrez G. Factores de riesgo de mortalidad en diarrea e infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. *Gaceta médica de México*. México. 1992 (128): 589-594.
- ² Veras-Godoy ME, Helguera-García G, Perdigón-Villaseñor G, Herrera-Basto E, Gómez-Ugalde J, Santos JI. Programa para la temporada invernal 1998-1999. *Boletín Epidemiológico*. México. 1999, 15: 1-3.
- ³ Libreros V, Guiscafne H, Tome P, Reyes H, Pérez-Cuevas R, Gutiérrez G. Patrones de prescripción terapéutica en diarrea e infecciones respiratorias agudas en dos instituciones de salud: SS e IMSS, I. Metodología del estudio y características de las unidades médicas, de los médicos y de la población estudiada. *Gaceta médica de México*. México. 1992 (128): 505-513.
- ⁴ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994. Medicina Preventiva. Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. México. 1994.
- ⁵ Herrera-Basto EA, Veras-Monroy M, Ojeda-Luna MC, Santos JI. Programa de atención a la salud del niño. *Boletín Epidemiológico*. México. 1998, 15: 1-3.
- ⁶ Vaca-Marín MA, Sierra-Vargas MP, Bernal-Alcántara DA, Villalba-Caloca J. Panorama epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años de los Estados Unidos Mexicanos. Comparación con cinco países del continente americano. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 1999 (12): 120-128.
- ⁷ Secretaría de Salud. Programa Estatal de Atención a la Salud del Niño. México. 1996.
- ⁸ Hernández-Pérez RL. Aplicación del programa de las IRA en el 2º. Nivel de atención en el estado de Guerrero. *Boletín Epidemiológico*. México. 1997, 14: 1-2.
- ⁹ Gutiérrez G, Guiscafne H. Los errores en el tratamiento médico de padecimientos comunes. Un grave problema de Salud Pública. *Gaceta médica de México*. México. 1992 (128): 501-503.
- ¹⁰ Guiscafne H, Pérez-Cuevas R, Reyes H, Libreros V, Tome P. Avances en los criterios diagnósticos y terapéuticos en las infecciones respiratorias agudas. *Gaceta médica de México*. México. 1992 (128): 565-570.
- ¹¹ H-Rossi P., E-Freeman H. Evaluación, un enfoque sistemático para programas sociales. Trillas. México. 1989, 14.
- ¹² CONAPO. Proyecciones de población 1990-2010 por entidad federativa. México.

-
- ¹³ Secretaría de Salud. México. Casos Nuevos por Enfermedad. México. 1999.
- ¹⁴ Secretaría de Salud. México. Reporte Estatal de Defunciones para Programas Prioritarios por grupos de Edad y Sexo. México. 1999.
- ¹⁵ Secretaría de Salud. México. Departamento de Epidemiología. Reporte de Daños a la Salud. 2000.
- ¹⁶ Secretaría de Salud. Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta, MASPA. México. 1992.
- ¹⁷ OPS/OMS. Metodología para la verificación de la cobertura universal con el paquete básico de servicios de salud a la población abierta en México. México. 2000.
- ¹⁸ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Acreditación de Jurisdicciones Sanitarias. México. 1998.
- ¹⁹ Secretaría de Salud. Dirección de Desarrollo de los Servicios de Salud, Subdirección de Desarrollo de Primer Nivel de Atención. Actualización de la Certificación de Jurisdicciones Sanitarias. México. 1999.
- ²⁰ Infecciones respiratorias agudas. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev. Med IMSS. México. 1998; 36 (2): 123-140.
- ²¹ Secretaría de Salud. Programa de Atención a la Salud del Niño. Infecciones Respiratorias Agudas. Manual de Procedimientos Técnicos. México. 1998.
- ²² Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico. México. 1998.
- ²³ Avedís-Donabedian. La calidad en la atención médica, definición y métodos de evaluación, enfoques básicos para la evaluación. La prensa mexicana. Reimpresión. México. 1991: 93-186.
- ²⁴ Pineault R. Panificación Sanitaria. Universidad de Montreal. Ed. Masson. 1995: 327-349.
- ²⁵ Pavon-Lasso H. Evaluación de los servicios de salud. Universidad del valle. Colombia. 1985.
- ²⁶ La racionalidad en la administración sanitaria y el concepto de evaluación. En: San Martín H. Administración en salud pública. Teoría. Práctica. Investigación. México: la prensa mexicana, 1993: 158-207.

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I, Jasso-Victoria R, Sotres-Vega A. Promoción de la salud e infecciones respiratorias en México. *Rev Inst Nal Enf Resp Méx.* 12: 129-132.

Costa-Fuchs S, Cássia-Maynart R, Ferreira-Da, Costa L, Cardozo A, Schierholt R. Duration of day-care attendance and acute respiratory infection. www.Scielosp.org. Cuadernos de Salud Pública. Impresión ISSN 0102-311X.

Elder J, Boddy P, Barriga P, Aguilar A, Espinal H. Experiencia Hondureña en el control de las infecciones respiratorias agudas infantiles, Educación en Salud, Honduras. www.Paho.org/spanish/DPI/rs970220.htm.

Fajardo-Arias JL, Avila-Cisneros I, Frenkii S, Pérez-Neria J, Bravo-Cabrera JL. Trastornos respiratorios en menores de cinco años expuestos a diferentes niveles de contaminación aérea. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.* 1997,10: 229-237.

Fundación Mexicana para la Salud. Anexo A. Construcción del indicador años de vida saludable. Primera edición. México. 1994: 329-347.

Fundación Mexicana para la Salud. Economía y salud. El peso de la enfermedad en México: un doble reto. Primera edición. México. 1994: 99-154.

García-Ramos y cols. Infecciones respiratorias: agentes etiológicos. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.* 1996,9: 253-262.

Gatica-Marquina R, Echániz-Aviles G, Rangel-Flores H, Velázquez-Meza ME. Colonización bacteriana nasofaríngea en niños que asisten a guardería y niños cuidados en casa. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.* 1993,6: 191-194.

González-Ochoa E, Armas-Pérez L, Nravo-González JR, Cabrales-Escobar J, Rosales-Corales R, Abreu-Suárez G. Prescripción de antibióticos para infecciones respiratorias agudas leves en niños. Cuba. www.Paho.org/spanish/DPI/rs970220.htm.

González-Ochoa E, Magnitud del problema de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en Cuba. *Rev Inst Nal Enf Resp Méx.* 1991, 4: 198-202.

Gutierrez G, Reyes H, Fernandez S, Pérez L, Pérez-Cuevas R, Guiscafré H. Impacto de los servicios de salud, el saneamiento y la alfabetización en la mortalidad de menores de cinco años. *Salud Pública Mex.* 1999,41: 368-375.

Manjarrez-Zavala ME, Thompson-Chagoyán O. Aislamiento del virus sincitial respiratorio en niños hospitalizados por infecciones respiratorias agudas. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.* 1992,5: 28-34.

Millan T, Serani F, Vargas NA, Valenzuela MS. Características biológicas y sociales de los menores de un año, muertos por neumonía en la región metropolitana de Chile. 1995,5: 333-340.

Organización Mundial de la Salud. Noveno Programa General de Trabajo. Ginebra, 1994.

Organización Mundial de la Salud. Salud para Todos en el año 2000: estrategias, OPS. 1980.

Pérez-Rodríguez A, Armas-Pérez L, González-Ochoa E. Síntomas y diagnósticos clínicos de las infecciones respiratorias agudas. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 1995,8: 29-33.

Saenz-D E, Tejada S. manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. Rev Panam Salud/Pan Am/Public Health. 1997,1: 259-265.

Secretaría de Salud. De qué mueren los potosinos. México, 1997: 4-5.

Secretaría de Salud. Departamento de vigilancia epidemiológica. Reporte mensual de defunciones para programas prioritarios por grupos de edad y sexo. México. 1999.

Secretaría de Salud. Programa de Atención a la Salud del Niño. Infecciones Respiratorias Agudas. Manual de Procedimientos Técnicos. México. 1998.

Secretaría de Salud. De que mueren los potosinos. México. 1997: 3-6

Salazar-Flores M, Orozco-SantosVP, Cortes-Borrego P, Caso Anatomoclínico. Lactante menor de 2 meses 20 días, con sibilancias e insuficiencia respiratoria. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 1995, 8: 302-308.

Salazar-Lezama MA, Sánchez-Guzmán MI. Panorama actual de las neumonías. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 1993,6: 173-178.

Secretaría de Salud. Programa de mejoría continua de la calidad de la atención médica. México.1999: 11-51.

Téllez-Rojo MM, Romieu I, Polo-Peña M, Ruíz-Velasco S, Meneses-González F, Hernández-Avila M. Efecto de la contaminación ambiental sobre las consultas por infecciones respiratorias en niños de la ciudad de México. Salud Pública Mex. 1997,39: 513-522.

Vazquez-M L, Mosquera M, Cuevas LE. Magnitud y distribución de diarrea e infecciones respiratorias agudas en comunidades urbanas del Pernambuco en Brasil. Persona Vil Salud Pública, Janeiro. www.Scielosp.org. 1999,15: 1. ISSN 0102-311X.

Vejar ML, Castillo CD, Navarrete MP, Sánchez CS. Programa de prevención y control de las infecciones respiratorias agudas de la infancia en Santiago, Chile. Rev Panam Salud/Pan Am/Public Health. 1998,2: 79-82.

Weiss C. H. investigación evaluativa, métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción. Trillas. México, reimp.1997

ANEXOS

**ANEXO No. 1
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	E				F				M				A				M				J				J				A				S				O				N				D			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Planteamiento del problema.	R	R																																														
Estructuración marco teórico y conceptual.					R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R				
Aprobación del trabajo.							R																																									
Operacionalización de variables.							R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R				
Diseño de instrumento.							R		R										R		R										R	R	R	R														
Asesorías	R	R			R	R			R	R			R	R	R	R			R	R	R	R	R	R			R	R			R	R			R	R			R	R			R	R				
Entrevistas			R	R			R	R			R	R			R	R			R	R			R	R			R	R			R	R			R	R			R	R			R	R				
Consulta bibliográfica	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R				
Prueba del instrumento																							R	R	R																							
Diseño de la muestra.																			R																													

PROGRAMADO.- P

REALIZADO.- R

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	E				F				M				A				M				J				J				A				S				O				N				D			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Asesorías	R	R	R	R	R	R							R	R	R						R	R			R	R	R	R																				
Entrevistas	R				R	R	R		R	R			R	R	R																																	
Consulta bibliográfica	R	R	R	R									R	R			R	R																														
Estrategia del trabajo de campo.													R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R																								
Aplicación del instrumento.													R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R																								
Procesamiento de la información.													R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R																				
Análisis de información													R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R												
Redacción del informe													R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R												
Presentación de informe																																					P	P										

PROGRAMADO.- P

REALIZADO.- R

ANEXO 2

PRESUPUESTO				
Concepto	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Total
Recursos Humanos				
<i>1.- Personal Investigador</i>				
- Investigadora	1 Jornada de 8 hrs.	132	\$ 50.00	\$ 6,600.00
- Asesores	1 Jornada de 4 hrs.	64	\$ 120.00	\$ 7,680.00
Recursos Materiales				
<i>1.- Transporte</i>				
- Vehículo público	1 Pasaje	132	\$ 2.20	\$ 580.80
<i>2.- Equipo</i>				
- Computadora	1 Pieza	1	\$25,000.00	\$25,000.00
<i>3.- Insumos</i>				
- Hojas t/carta	1 Ciento	5	\$ 15.00	\$ 75.00
- Fólder t/carta	1 Pieza	50	\$ 5.00	\$ 250.00
- Cartucho de tinta p/impresión	1 Pieza	5	\$ 500.00	\$ 2,500.00
- Discos de 3 1/2	1 Pieza	20	\$ 5.00	\$ 100.00
- Lapiceros	1 Pieza	20	\$ 5.00	\$ 100.00
- Borrador	1 Pieza	4	\$ 3.00	\$ 12.00
- Consulta Internet	1 Hora	60	\$ 3.00	\$ 180.00
- Lápices	1 Docena	3	\$ 12.00	\$ 36.00
<i>4.- Publicación</i>				
- Fotocopiado	1 Pieza	7000	\$ 0.30	\$ 2,100.00
- Engargolado	1 Pieza	15	\$ 20.00	\$ 300.00
- Impresión blanco y negro	1 Impresión	1000	\$ 3.00	\$ 3,000.00
- Encuadernación	1 Encuadernados	7	\$ 120.00	\$ 840.00
Total				\$49,353.80

Nota: - La investigadora realizará la ejecución de la investigación.

- Los costos están sujetos a incrementos durante el estudio.
- Se incluyen solo los gastos de la ejecución de la investigación
- No se incluyen costos indirectos.

ANEXO 3
GUÍA DE EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE LAS
IRA's PARA UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ -.

Núcleo Básico: _____.

Población de responsabilidad de la unidad: _____.

Población de cobertura del Núcleo Básico: _____.

COMPONENTE DE ESTRUCTURA	PUNTAJE
Accesibilidad Geográfica (isócronas de traslado > o igual a 30 min.): _____	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad.- Recursos Humanos (por Núcleo Básico)	
Médico: _____	<input type="checkbox"/>
Enfermera : _____	
Promotor (1 por 3 Núcleos Básicos) : _____	
Documentos Normativos:	
NOM-024: _____	
Manual de procedimientos de 1998 : _____	<input type="checkbox"/>
NOM-168: _____	
Formatos para Expediente Clínico y de control de actividades:	
Hoja frontal Individual	
Hoja frontal del expediente clínico	
Hoja médica inicial	<input type="checkbox"/>
Notas de evolución	
Historia Clínica Pediátrica	
Formato SRC	
Formato SISPA diario y mensual	<input type="checkbox"/>
Formato SUIVE 2000	

ANEXO 5
GUÍA DE EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE LAS
IRA's PARA UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____
Núcleo Básico: _____

COMPONENTE DE RESULTADOS	PUNTAJE
Total de casos de IRA's de primera vez y subsecuentes del año 2000:	
Total de defunciones por IRA's del año 2000:	
Población con expediente clínico por núcleo básico en el año 2000:	
Cobertura de Población. Proporción de la población asignada al núcleo básico con necesidades de servicios médicos entre la población atendida en el núcleo básico.	<input type="checkbox"/>
Incidencia. Incidencia Jurisdiccional por IRA's < a la media aritmética de la incidencia por IRA's de los años 95-99	<input type="checkbox"/>
Mortalidad. Mortalidad Jurisdiccional por IRA's < a la media aritmética de la mortalidad por IRA's de los años 94-99.	<input type="checkbox"/>
SUBTOTAL DE RESULTADO 9 PUNTOS	
TOTAL 28 PUNTOS	

Observaciones:

ANEXO 6

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE: ESTRUCTURA.

COMPONENTE	UNIDADES DE ANÁLISIS	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
La accesibilidad o barreras geográficas, económicas y culturales que interfieren para que el paciente del programa de infecciones respiratorias agudas reciba la atención.	Área geográfica del domicilio del paciente de infección respiratoria aguda, atendido en la consulta.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Del área de influencia del núcleo básico = 1 Fuera del área de influencia del núcleo básico = 0
La disponibilidad son los recursos necesarios para brindar la atención del programa de las infecciones respiratorias agudas de acuerdo a la población menor de cinco años.	Núcleos básicos completos.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Completo = 1 Incompleto = 0
	Documentos normativos	Cualitativa	Nominal dicotómica	3 documentos = 1 1 documento = 0
	Formatos para expediente clínico.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Completo (5) = 1 Incompleto = 0
	Formatos de control de actividades	Cualitativa	Nominal dicotómica	Completo (3 formatos) = 1 Incompleto = 0
	Equipo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Completo = 1 Incompleto = 0
	Material.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Completo (4) = 1 Incompleto = 0
	Medicamentos	Cualitativa	Nominal dicotómica	Completo (5) = 1 Incompleto = 0
	Material de promoción	Cualitativa	Nominal dicotómica	Completo (4) = 1 Incompleto = 0

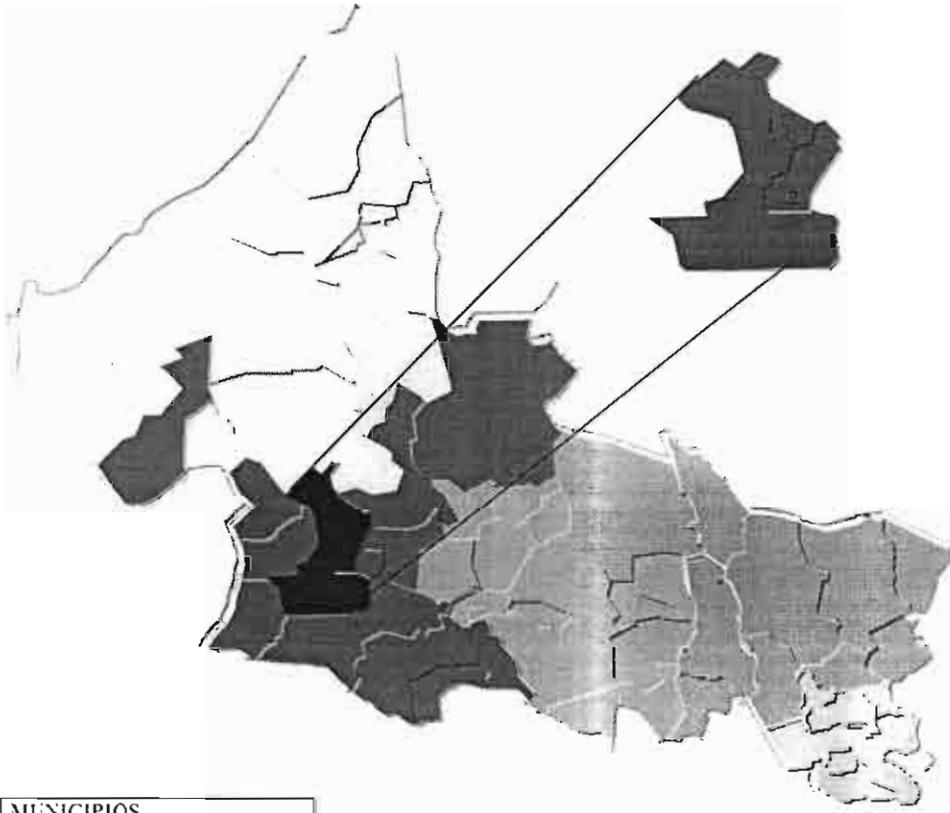
VARIABLE: PROCESO

COMPONENTE	UNIDADES DE ANÁLISIS	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Extensión de uso. Población menor de cinco años que acudió a los núcleos básicos a recibir atención del programa de infecciones respiratorias agudas durante el año 2000, con base al estándar establecido, se evaluará indirectamente en el concentrado de actividades.	Número de consultas médicas en > 5 años entre población total de > de 5 años en el año 2000.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Igual al estándar = 1 Diferente al estándar = 0
La calidad de la atención es el grado en el que se aplican los conocimientos actuales y disponibles del programa, se evaluará indirectamente en los expedientes clínicos.	Número de Registros correctos (NOM-024) y completos (NOM-168) en el Expediente Clínico de los casos atendidos por infección respiratoria aguda.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Registros correctos y completos = 5 Registros incorrectos e incompletos = 0
Productividad. Número de consultas por infecciones respiratorias agudas realizadas por el personal médico de los núcleos básicos durante el año 2000, se evaluará indirectamente en el concentrado de actividades.	Número de consultas por infección respiratoria aguda entre 8 hrs otorgadas por médico del núcleo básico.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Igual al estándar = 1 Menor al estándar = 0

VARIABLE: RESULTADOS

COMPONENTE	UNIDADES DE ANÁLISIS	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Impacto. Son los efectos que producen en los menores de cinco años las acciones del programa de infecciones respiratorias agudas y se evaluarán indirectamente con la información de los concentrados del Sistema de Información en Salud para Población Abierta para obtener: Prevalencia: número de casos de primera vez y subsecuentes de infecciones respiratorias agudas entre el total de población menor de cinco años durante el 2000. Mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	Consultas 1ª. vez por infecciones respiratorias agudas	Cualitativa	Nominal dicotómica	Según Meta = 1 Menor a meta = 0
	Reconsultas por infecciones respiratorias agudas	Cualitativa	Nominal dicotómica	Según Meta = 1 Menor a meta = 0
	Referencias por infecciones respiratorias agudas	Cualitativa	Nominal dicotómica	Referencias completas = 1 Referencias Incompletas = 0
	Madres registradas como capacitadas	Cualitativa	Nominal dicotómica	Madres registradas según meta = 1 Madres no registradas según meta = 0
	Número de casos de 1ª. vez y reconsultas por infección respiratoria aguda	Cualitativa	Nominal dicotómica	Menor o igual a la nacional = 1 Mayor a la nacional = 0
	Número de defunciones por infección respiratoria aguda.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Menor al promedio estatal del año 2000 = 1 Mayor al promedio estatal del año 2000 = 1

ANEXO 7
MUNICIPIOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1
SAN LUIS POTOSÍ
AÑO 2000



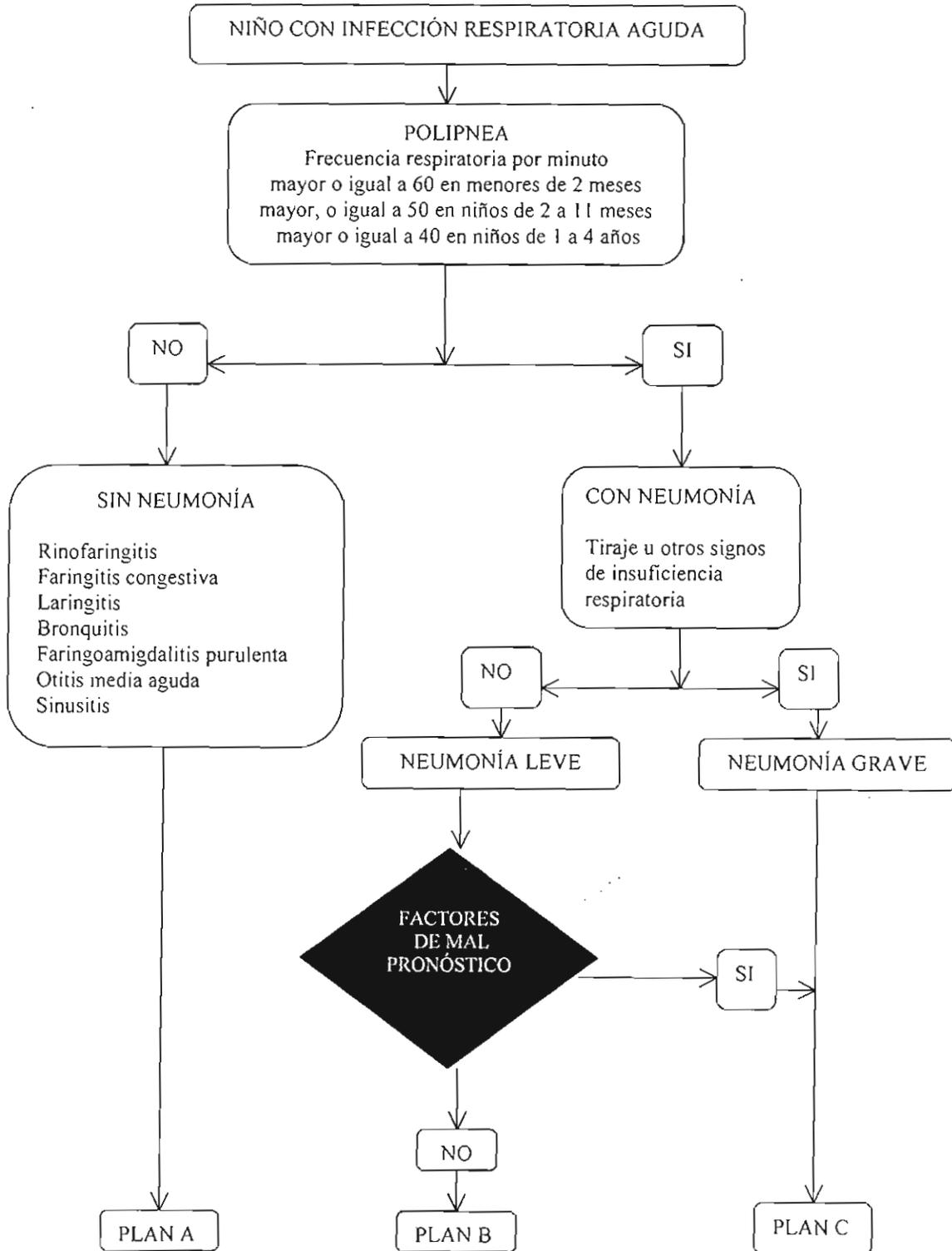
MUNICIPIOS
1. San Luis Potosí
2. Solidad de Graciano Sánchez

Fuente: Directa. Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí

ANEXO 8
REQUERIMIENTOS DE INSUMOS PARA EL TRATAMIENTO DE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS POR JURISDICCIÓN SANITARIA
2000

PRODUCTO	JURISDICCIONES						TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	
Penicilina Benzatínica Combinada	1 733	636	728	842	1 214	948	6 101
TMP-SMX (Susp.)	2 598	955	1 092	1 264	1 821	1 422	9 152
Ampicilina	1 039	382	437	505	728	569	3 660
Salbutamol	1 733	636	728	842	1 214	948	6 101
Paracetamol solución	17 324	6 364	7 280	8 427	12 143	9 476	61 014
Jeringas 5ml c/ aguja 20X32	1 733	636	728	842	1 214	948	6 101
Abatelenguas (bolsa con 500)	79	25	29	34	49	38	244
Torundas (bolsa con 500)	4	2	2	2	3	2	15
Alcohol (lts)	4	2	2	2	3	2	15

ANEXO 9
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
CLASIFICACIÓN



ANEXO 10
X CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES: IRA's

J00-J06 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores

J00 Rinofaringitis aguda (resfriado común)

J01 Sinusitis aguda

- J01.0 Sinusitis maxilar aguda
- J01.1 Sinusitis frontal aguda
- J01.2 Sinusitis etmoidal aguda
- J01.3 Sinusitis esfenoidal aguda
- J01.4 Pansinusitis aguda
- J01.8 Otras sinusitis agudas
- J01.9 Sinusitis aguda, no especificada

J02 Faringitis aguda

- J02.0 Faringitis estreptocócica
- J02.8 Faringitis aguda debida a otros microorganismos especificados
- J02.9 Faringitis aguda, no especificada

J03 Amigdalitis aguda

- J03.0 Amigdalitis estreptocócica
- J03.8 Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados
- J03.9 Amigdalitis aguda, no especificada

J04 Laringitis y traqueítis aguda

- J04.0 Laringitis aguda
- J04.1 Traqueítis aguda
- J04.2 Laringotraqueítis aguda

J05 Laringitis obstructiva aguda (crup) y epiglotitis

- J05.0 Laringitis obstructiva, aguda (crup)
- J05.1 Epiglotitis aguda

J06 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no Especificados

- J06.0 Laringofaringitis aguda
- J06.8 Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores
- J06.9 Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada

J10-J18 Influenza (gripe) y neumonía

J10 Influenza debida a virus de la influenza identificado

- J10.0 Influenza con neumonía, debida a virus de la influenza identificado
- J10.1 Influenza con otras manifestaciones respiratorias, debida a virus de la influenza identificado
- J10.8 Influenza con otras manifestaciones, debida a virus de la influenza identificado

J11 Influenza debida a virus no identificado

- J11.0 Influenza con neumonía, virus no identificado
- J11.1 Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado
- J11.8 Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado

J12 Neumonía viral, no clasificada en otra parte

- J12.0 Neumonía debida a adenovirus
- J12.1 Neumonía debida a virus sincitial respiratorio
- J12.2 Neumonía debida a virus parainfluenza
- J12.8 Neumonía debida a otros virus
- J12.9 Neumonía viral, no especificada

J13 Neumonía debida a *Streptococcus pneumoniae*

J14 Neumonía debida a *Haemophilus influenzae*

J15 Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte

- J15.0 Neumonía debida a *Klebsiella pneumoniae*
- J15.1 Neumonía debida a *Pseudomonas*
- J15.2 Neumonía debida a estafilococos
- J15.3 Neumonía debida a estreptococos del grupo B
- J15.4 Neumonía debida a otros estreptococos
- J15.5 Neumonía debida a *Escherichia coli*
- J15.6 Neumonía debida a otras bacterias aeróbicas gramnegativas
- J15.7 Neumonía debida a *Mycoplasma pneumoniae*
- J15.8 Otras neumonías bacterianas
- J15.9 Neumonía bacteriana, no especificada

J16 Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificada en otra parte

- J16.0 Neumonía debida a clamidias
- J16.8 Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados

J17 Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte

- J17.0 Neumonía en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte

- J17.1 Neumonía en enfermedades virales clasificadas en otra parte
- J17.2 Neumonía en micosis
- J17.3 Neumonía en enfermedades parasitarias
- J17.0 Neumonía en otras enfermedades clasificadas en otra parte

J18 Neumonía, organismo no especificado

- J18.0 Bronconeumonía, no especificada
- J18.1 Neumonía lobar, no especificada
- J18.2 Neumonía hipostática, no especificada
- J18.8 Otras neumonías, de microorganismo no especificado
- J18.9 Neumonía, no especificada

J20-J22 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores

J20 Bronquitis aguda

- J20.0 Bronquitis aguda debido a *Mycoplasma pneumoniae*
- J20.1 Bronquitis aguda debido a *Haemophilus influenzae*
- J20.2 Bronquitis aguda debido a estreptococos
- J20.3 Bronquitis aguda debido a virus Cocksackie
- J20.4 Bronquitis aguda debido a parainfluenza
- J20.5 Bronquitis aguda debido a virus sincitial respiratorio
- J20.6 Bronquitis aguda debido a rinovirus
- J20.7 Bronquitis aguda debido a virus ECHO
- J20.8 Bronquitis aguda debido a otros microorganismos especificados
- J20.9 Bronquitis aguda, no especificada

J21 Bronquiolitis aguda

- J21.0 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
- J21.8 Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
- J21.9 Bronquiolitis aguda, no especificada

J22 Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores

ANEXO 11 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Infección aguda de las vías respiratorias, enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días.

Infección aguda de las vías respiratorias inferiores, enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio, de las cuerdas vocales hacia abajo, durante un periodo menor de 15 días.

Infección aguda de las vías respiratorias superiores, enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio por arriba de las cuerdas vocales, durante un periodo menor de 15 días.

Cianosis: Coloración azul en piel, subungueal y de mucosas.

Convulsión: Contracción involuntaria de los músculos que determina movimientos irregulares localizado en uno o varios grupos musculares o generalizados en el cuerpo.

Dificultad respiratoria: Alteración en el funcionamiento pulmonar, que se manifiesta por uno o más de los siguientes signos; aumento de la frecuencia respiratoria (polipnea o taquipnea), tiraje, estridor en reposo o sibilancias.

Disfonía: Alteración en el tono de la voz.

Estridor: Ruido áspero de predominio inspiratorio que ocurre cuando se estrecha la laringe.

Factores de mal pronóstico: Son variables para identificar que, un niño con infección respiratoria aguda, tiene mayor probabilidad de desarrollar complicaciones graves y, consecuentemente de morir.

Fiebre: Elevación de la temperatura axilar, por arriba de 38° C

Hipotermia: Disminución de la temperatura corporal, por debajo de 36°C.

Otalgia: Dolor de oído.

Otorrea: Supuración de oído; salida de líquido, o pus por el conducto auditivo externo.

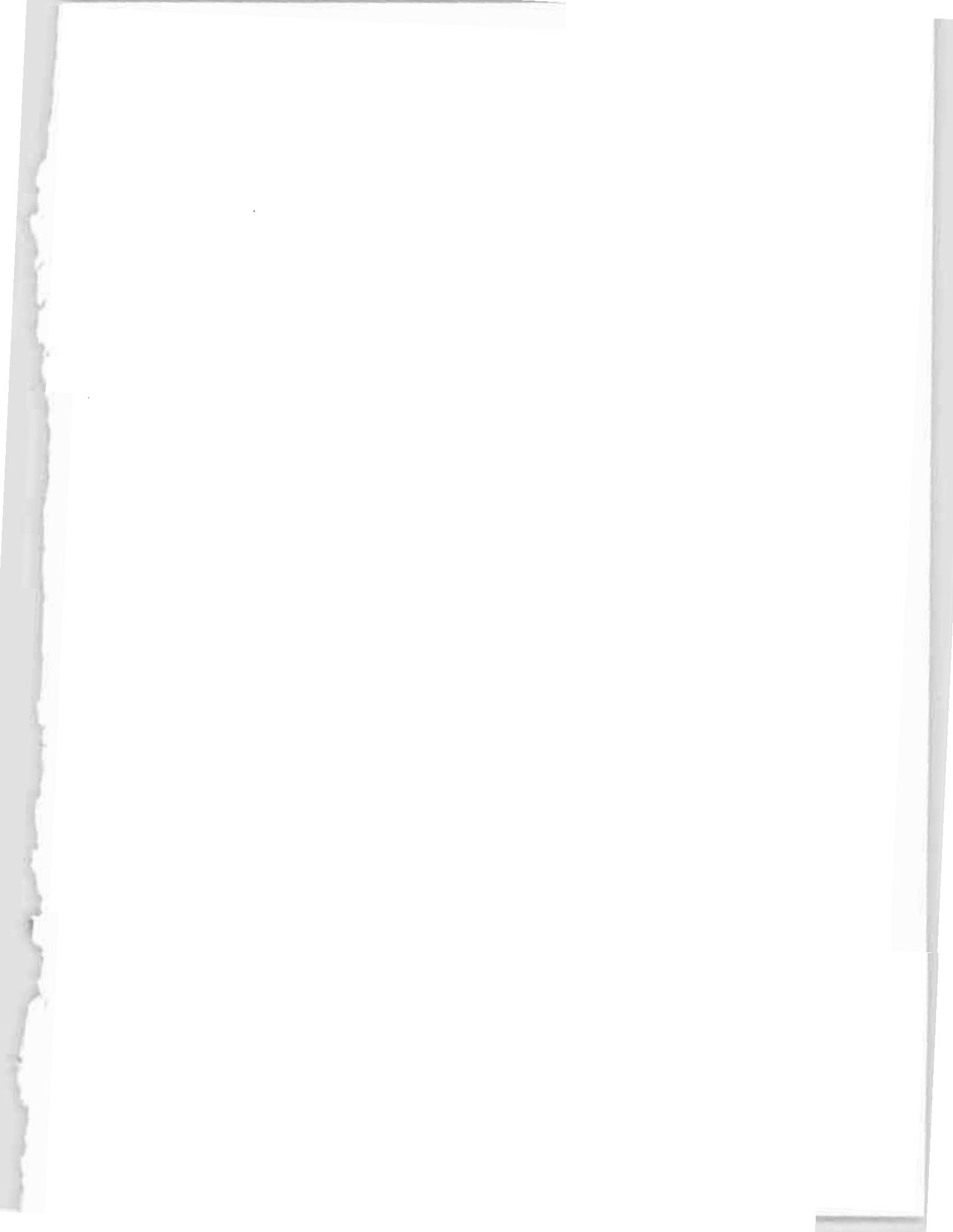
Polipnea: Aumento de la frecuencia respiratoria por arriba de 60 por minuto en niños menores de dos meses de edad, por arriba de 50 por minuto en niños de dos a 11 meses, y por arriba de 40 por minuto en niños de uno a cuatro años.

Sibilancia: Ruido respiratorio silbante, de predominio espiratorio.

Signos de alarma por IRA: En el niño menor de dos meses: rechazo a la ingesta, somnolencia, fiebre o hipotermia, convulsiones, cianosis, palidez, tiro marcado, polipnea, estridor en reposo y sibilancias. En el niño de dos meses a cuatro años: rechazo a la ingesta, somnolencia, convulsiones, tiro, polipnea, estridor en reposo y signos de desnutrición grave.

Somnolencia: Dificultad para despertar.

Tiraje: Hundimiento del hueco supraesternal, de los espacios, intercostales y del hueco epigástrico, durante la inspiración, como consecuencia de obstrucción en las vías respiratorias, que, en su expresión de mayor gravedad, se manifiesta como disociación toraco-abdominal.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A
LA SALUD DEL NIÑO, EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1 DE LOS
SERVICIOS DE SALUD, SAN LUIS POTOSÍ, SLP, 2000.

Tesis para obtener el Grado de
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presenta
L.E. MARIA CECILIA FERRER CRUZ

Comité de tesis:
DR. HÉCTOR MARROQUÍN SEGURA. MSP.
DRA. ALMA ROSA CALVO BRETÓN. MSP.

FEBRERO, 2002

