

BOLETÍN • INCIENSA

INSTITUTO COSTARRICENSE DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN NUTRICIÓN Y SALUD

ISSN1409-3723

VOL. 17 No. 1

ENERO - ABRIL

2005

EDITORIAL

LA DIVULGACIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y LA EDICIÓN ELECTRÓNICA DEL BOLETÍN INCIENSA

Solís M.; msolis@inciensa.sa.cr

El conocimiento generado en todos los ámbitos del quehacer de la humanidad será incompleto si no es puesto a disposición del público en soportes expeditos. Es necesario divulgar el conocimiento mediante instrumentos clásicos tales como impresos, artículos de revistas o libros, entre otros, así como también, por medio de los instrumentos que brinda la Internet, donde se encuentra una fuente amplia del saber humano y patrimonio cultural aprobado por la comunidad científica.

La Internet ha cambiado radicalmente las prácticas del acceso y distribución de la información y ofrece la oportunidad de construir un conocimiento humano global e interactivo con estándares de garantía de calidad y práctica científica sana respaldadas por autores, científicos e instituciones de prestigio internacional, con las cuales se mantiene y elabora segundo a segundo una retroalimentación y actualización del conocimiento científico mundial.

No hay duda de que la información es un bien público, por lo tanto, es importante garantizar y preservar el acceso equitativo para que los ciudadanos participen en todas las decisiones relacionadas con su entorno individual y colectivo y que a su vez repercute en el bienestar de las personas. El conocimiento no se gasta cuando se consume, más bien se enriquece cuando se comparte. Las primeras formulaciones de desarrollo se basaron en la necesidad de la investigación científica pues fundamentaban que más conocimiento significaba más riqueza y riqueza suponía felicidad.

En este caso es obligación del personal de salud difundir información que permita enriquecer y construir conocimiento, deben promover un equilibrio adecuado y basarse en los principios de beneficencia, justicia, ausencia de maleficencia y respeto a la autonomía de los individuos. Así como la publicación científica técnica exige responsabilidad y respeto, velar por el bien común y la fe pública en la divulgación de la información que afecta a la salud es un imperativo universal. Asimismo, es competencia de las instituciones, medios y expertos en comunicación reclamar la idoneidad de la información, básicamente en estos tiempos donde la Internet constituye un medio masivo de comunicación.

En este contexto, el Boletín INCIENSA desde hace 16 años constituye un instrumento clásico para diseminar el conocimiento generado en la Institución, del cual, se publican tres números por volumen y se distribuyen dos mil ejemplares por número en el ámbito nacional e internacional. Actualmente, tenemos la oportunidad de incluir una edición electrónica y así divulgar la información mediante la Internet, donde, se encuentra al alcance de la comunidad científica y de los ciudadanos.

CONTENIDO

Editorial

La divulgación del conocimiento científico y la edición electrónica del Boletín Inciensa.

..... 1

Avances

Calidad de los servicios de salud en la atención de la desnutrición infantil en Costa Rica

..... 2



CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ATENCION DE LA DESNUTRICION INFANTIL EN COSTA RICA

Núñez H, hnunez@inciensa.sa.cr; Elizondo AM; Alfaro FV; Cambroner M
INCIENSA

La desnutrición infantil actualmente es uno de los problemas de salud pública. Éste se encuentra vinculado con los índices de mortalidad en los países en desarrollo. En los niños, las secuelas afectan su calidad de vida e implican pérdidas millonarias para los países.

En Costa Rica, la "Encuesta nacional de nutrición" realizada en 1996 constató una prevalencia de desnutrición en los niños menores de dos años de 5% y entre dos y menos de seis años de 7,9% (Ministerio de Salud, 1996). Las principales repercusiones de la desnutrición en los niños menores de dos años de edad son el incremento en la mortalidad, estimado en 24,5% (Vega et al, 2000) y relacionado con la sinergia establecida entre la desnutrición y la presencia de procesos infecciosos agudos. La "discapacidad intelectual" productiva y el desarrollo en los niños sobrevivientes, está vinculada con la creatividad, desempeño en el trabajo, la movilidad social y la afección de tipo intergeneracional. Por otro lado, las madres de talla baja tienen hijos que nacen con bajo peso, talla pequeña y más probabilidad de déficit de talla en las etapas posteriores de la vida.

Hay factores relacionados con la ocurrencia de la desnutrición, tales como la ingesta insuficiente calórico proteica, carencias simultáneas de varios micronutrientes (vitamina A, hierro, zinc), cambios en los patrones de alimentación llevados a cabo durante los primeros dos años de vida, episodios de enfermedades infecciosas agudas como parasitosis intestinal y algunos padecimientos crónicos, como la enfermedad por *Helicobacter pylori*. También están las condiciones del entorno, como la situación socioeconómica, las características de los cuidadores de los niños en las familias y las inherentes al individuo como el peso al nacer, el género y la edad.

Al abordar el tema de la desnutrición hay que considerar los factores económicos, sociales y culturales asociados con su ocurrencia. En consecuencia, es necesario un abordaje integral para identificar, por medio de dichos factores, los niños con riesgo de ser afectados. La familia y la calidad de los servicios de salud constituyen puntos de partida apropiados como unidades intermedias de análisis para la vinculación entre los distintos factores arriba mencionados.

Por un lado, la familia representa una institución de la sociedad que tiene un papel mediador entre el contexto

macrosocial y el individuo y, por otro, la calidad de la atención de la salud adquiere importancia debido a la libertad con que opinan los usuarios acerca de los servicios recibidos, de los encargados de prestar servicios de salud y de las propias instituciones proveedoras de estos servicios.

La calidad de la atención de la desnutrición infantil en Costa Rica se originó en el malestar expresado por los usuarios de los servicios institucionales de salud y en el deseo de disminuir las desigualdades del sistema de salud (Ministerio de Salud, 2001). Por lo tanto, mejorar la calidad resulta indispensable para lograr el uso adecuado de los servicios ofrecidos y la competencia técnica de los proveedores de estos servicios, con el fin de reducir los riesgos de salud derivados de las intervenciones que buscan controlar la prevalencia y las consecuencias de la desnutrición infantil.

No obstante, Costa Rica no tiene una fuente de información sistematizada de las opiniones de la población sobre el cumplimiento y el desempeño de los servicios de salud. Es importante para los tomadores de decisiones del sector salud tener información confiable, oportuna y adecuada sobre la opinión del público acerca de los servicios ofrecidos y del cumplimiento de las normas elaboradas para combatir la desnutrición infantil.

La calidad de la atención proporcionada por las instituciones del sector salud influye en la utilización y continuidad de los servicios. Por otro lado, la satisfacción del usuario es un componente destacado de la calidad de la atención que influye directamente en la utilización de los servicios y el grado de cumplimiento terapéutico.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es una forma rápida para valorar algunos aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo bajo. Los usuarios brindan la información acerca del desempeño de los servidores públicos y se logra determinar en qué medida los servicios satisfacen sus necesidades y expectativas. También, la institución debe conocer la forma en que los usuarios evalúan la calidad de los servicios y la atención.

En 1996, el INCIENSA evaluó el estado de la oferta y la demanda de los hospitales del país que atendían la población infantil con desnutrición. Se evidenciaron algunas limitaciones como la reducción de la cobertura, el limitado acceso de las poblaciones con mayor prevalencia de desnutrición y con condiciones de vida más deterioradas, así como el predominio del enfoque biológico y la falta de

seguimiento. En relación con los servicios que brindó el Centro Clínico del INCIENSA, la evolución de los(as) niños(as) fue adecuada. Sin embargo, fueron separados de su contexto familiar y comunitario, la sostenibilidad de los logros nutricionales era limitada y una cobertura baja del servicio en el ámbito nacional.

Con base en los resultados anteriores, el INCIENSA fortaleció el manejo ambulatorio y el sistema de internamiento desapareció paulatinamente desde 1995. En ese mismo año, se conformó un equipo interdisciplinario para la atención ambulatoria del niño(a) con desnutrición y se transformaron sus funciones asistenciales para fortalecer la investigación sobre los determinantes de las alteraciones del crecimiento y desarrollo infantil, la aplicación de una modalidad de atención integral ambulatoria e interdisciplinaria, la elaboración y la validación de las "Normas de atención para el manejo integral del niño(a) con desnutrición en los diferentes niveles de atención" y la formación y capacitación del recurso humano en temas relacionados con la atención integral de la desnutrición, trabajo en equipo interdisciplinario y crecimiento y desarrollo infantil y de la adolescencia.

La finalidad del presente estudio fue identificar los principales factores relacionados con la calidad de la atención a las personas en los servicios de salud, donde fueron contrarreferidos(as) los(as) 95 niños(as) que concluyeron la intervención en la consulta interdisciplinaria para la atención de la desnutrición infantil del INCIENSA (1996-2002).

Para realizar el trabajo se aplicó un diseño transversal y descriptivo en 20 clínicas, 10 EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral) y dos hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La muestra compuesta por 79 padres o encargados de los(as) niños(as) y 160 profesionales de salud, fue seleccionada mediante un muestreo aleatorio simple entre las personas encargadas de los(as) niños(as) y el personal de salud vinculado con la atención de la desnutrición pediátrica cuando se realizaron las visitas a los servicios de salud (de febrero a noviembre del 2003). Se aplicaron cuestionarios previamente validados (con preguntas cerradas, abiertas y escala de Likert) al personal de salud (oferta). La entrevista dirigida al personal de salud exploró la organización de los servicios en torno a la atención de salud de la población infantil, escolar y adolescente con desnutrición y al cumplimiento específicamente de la "Normas de atención para el manejo integral del niño(a) con desnutrición en los diferentes niveles de atención", así como los factores facilitadores o limitadores para lograr el cumplimiento de lo establecido. Lo señalado por el personal fue corroborado y ampliado, mediante el estudio de los expedientes clínico y social de los(as) niños(as) estudiados. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a los padres o encargados (demanda), para evaluar con ambas partes, la calidad de la atención de

los servicios. La entrevista dirigida a los padres o encargados exploró mediante la percepción de los usuarios, la validación de la estructura, el proceso y los resultados de la atención, incluida la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos. Se exploró, asimismo, la accesibilidad de la atención, tanto desde el punto de vista geográfico como administrativo y organizacional.

Además, se revisaron los expedientes de los infantes, la información fue vaciada en un instrumento diseñado para tal fin. Para evaluar los servicios respecto al cumplimiento de los lineamientos dictados en las "Normas de atención para el manejo integral del niño(a) con desnutrición en los diferentes niveles de atención". Treinta por ciento de las entrevistas dirigidas a las personas encargadas de los menores se realizó en los servicios de salud y 70% en sus hogares. Asimismo, se aplicó la técnica de observación participante donde éstos(as) vivían, incluyendo barrios y calles, con el fin de examinar al grupo de familias como ente colectivo y obtener un mejor conocimiento de sus características sociodemográficas y socioculturales en relación con la desnutrición infantil. En el análisis de la información se utilizó la estadística descriptiva, la prueba de ji cuadrado para analizar las variables categóricas y la prueba de Student para las variables continuas.

Características sociodemográficas de la población

De los menores de edad que concluyeron la intervención en la consulta interdisciplinaria para la atención de la desnutrición infantil del INCIENSA (1996-2002), 60% era de sexo femenino y todos fueron contrarreferidos a un centro de salud perteneciente a la CCSS (63% a una clínica, 32% a un EBAIS y 5% a un hospital).

En el momento de la visita a los establecimientos de salud, los(as) niños(as) en estudio habían envejecido en un rango de 1,1-7,2 años (4,2% tenía entre 0 y 2 años, 24,1% entre 3 y 5 años, 42,1% entre 6 y 8 años y 29,6% entre 9 y 13 años de edad), ver Cuadro 1.

Las personas encargadas de los(as) niños(as) encuestados (n=79) y que los acompañaban a los servicios de salud, eran mujeres solas o en pareja (madre, abuela o tía). La edad promedio era de 44,63 ± 17,25 años. Sesenta y dos por ciento tenía una familia nuclear, sus padres vivían en pareja (en matrimonio o en unión libre), 29% tenía padrastro, 27% matrifocal (constituidas por madres solteras, tías o abuelas) y 11% extendida (madre con compañero y otras personas). Treinta y siete por ciento no contaba con primaria completa, 35% no finalizó la secundaria, 20% terminó la secundaria y 8% tenía algún grado de escolaridad de técnico, parauniversitario (dos madres y un padre tenían grado universitario).

Respecto a los padres o padrastros (n=68), 39% no tenía primaria completa, 40% no finalizó la secundaria, 18% terminó la secundaria y 3% algún grado de escolaridad de técnico, parauniversitario o universidad completa. La media del ingreso familiar mensual (n=79) fue de 114 003±18 100 colones, 250 dólares estadounidenses.

En relación con el personal de salud, 63% correspondió al sexo femenino. La edad promedio de los funcionarios

encuestados fue de 40,1 ± 18,5 años, el rango de años de trabajo fue de 2-21 años. Treinta por ciento era asistente técnico de atención primaria, 30% personal de enfermería (graduado o auxiliar), 29% médico (medicina general, familiar o pediatra), 8% trabajadores sociales y 3% nutricionistas (profesional o técnico).

Cuadro 1. Estado de salud de la población de estudio y acciones realizadas por los servicios de salud según los expedientes clínicos

Variable	Egreso del INCIENSA (1996-2002)	Visita al establecimiento de salud (2003)
Grupo de edad (años) 0-2 3-5 6-8 > 8	Promedio: 49,2 meses ± 34,0 meses 42,1% 50,5% 7,4%	Promedio: 85,9 meses ± 63,6 meses 4,2% 24,1% 42,1% 29,6%
Intervención disciplinas Medicina Trabajo social Nutrición Enfermería Odontología	100,0% (ped) 100,0% (prof) 100,0% (prof) 90,0% (dpM) 80,0% (prof)	100,0% (gral, ped, fam) 35,0% (prof) 10,0% (prof, técnico) 100,0% (vacunación, c y d) 2,0% (prof)
Evaluación antropométrica reportada en los expedientes	<ul style="list-style-type: none"> 100% P/E, P/T y T/E (Patrón de referencia NCHS); edad exacta y en todas las citas Niños(as) menores de dos años de BPN (CLAP) 	<ul style="list-style-type: none"> 40% reportó el peso y la estatura 49% reportó sólo el peso corporal 42% reportó edad inexacta (en años) 70% tenía las gráficas según los indicadores peso/edad, peso/talla y talla/edad para cada sexo (NCHS). Sin embargo, no eran siempre usadas para plotear el peso y la estatura en cada cita. En la mayoría solo se usó la gráfica correspondiente al indicador peso/edad para cada sexo.
Evaluación EDIN	<ul style="list-style-type: none"> 90,0% EDIN completo 44% varones y 40% niñas con una o dos áreas de retraso leve en el desarrollo psicomotor (plan remedial). Las áreas con mayor deficiencia fueron lenguaje, cognoscitiva y motora fina. 	<ul style="list-style-type: none"> 0,0% EDIN completo 9,0% tenía la evaluación del EDIN simplificado (niño con retraso en desarrollo psicomotor).
Diagnósticos más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> DPC leve: 36,8% (34,2% varones y 38,6% niñas) Eutrófico: > 50,0% 	<ul style="list-style-type: none"> IVRS 71,0%, faringoamigdalitis 58,0% DPC 55,0% (55,3% varones y 54,4% niñas) -Gripe 53,0% Bronquitis 52,0%, faringitis 37,0% 20% del 55%: "niño con bajo peso", "niña de baja talla" y "niño desnutrido", sin indicar el grado de la desnutrición 35% del 55 % con DPC, se reportó el indicador y el grado de desnutrición (en su mayoría moderado, seguido por leve y severo), no se indicó el patrón de referencia. -10% el personal médico utilizó fórmulas para diagnosticar al niño(a) con DPC
Coordinación institucional	<ul style="list-style-type: none"> PANI, SILOR, CCSS (HNN), MS (CEN-CINAI, DAF), IMAS, escuela enseñanza especial 	CCSS (HNN), CEN-CINAI

Estado de salud de los infantes de acuerdo a la información reportada en el expediente clínico

De los niños(as) que concluyeron la intervención en la consulta interdisciplinaria en el INCIENSA, 44% varones y 40% niñas fueron contrarreferidos con un grado leve de desnutrición y una o dos áreas de retraso leve en el desarrollo psicomotor. Las áreas con más deficiencia fueron las de lenguaje, cognoscitiva y motora fina. El resto tenía un estado nutricional normal y sin deficiencias en su desarrollo psicomotor, ver Cuadro 1.

Evaluación de la respuesta de los establecimientos de salud en la atención de los infantes con desnutrición, según la opinión del personal de salud

Según los datos de los expedientes clínicos, el desempeño del personal de los 32 servicios evaluados no era adecuado respecto al diagnóstico, la atención y el seguimiento de la población en estudio. De acuerdo con la opinión de los funcionarios encuestados se observó que 72% no tenía conocimiento sobre los servicios brindados por el INCIENSA a los menores de edad con desnutrición y 90% ignoraba si alguno había sido referido al INCIENSA o contrarreferido del INCIENSA.

Para 99% del personal encuestado el servicio de salud donde laboraba no se realizaba la consulta específica para atender a los niños con desnutrición y no tenía un equipo interdisciplinario para la atención y seguimiento. Noventa y tres por ciento expresó que a los niños contrarreferidos por el INCIENSA no se les daba ningún trato preferencial o seguimiento en especial, 60% no usaba ninguna norma como guía para brindar el manejo de los(as) niños(as) con desnutrición. Treinta y tres por ciento manifestó usar la norma de crecimiento y desarrollo de la CCSS. De 60% que no usó ninguna norma, sólo 16% conocía las normas específicas para el manejo de estos niños(as).

Los principales obstáculos mencionados por los funcionarios de salud para brindar atención y seguimiento de calidad son:

- ✍ no se brinda educación a las familias (69%).
- ✍ el tiempo para atender la consulta es limitado (50%).
- ✍ no hay criterios establecidos para clasificar a los(as) niños(as) con desnutrición (42%).
- ✍ los padres de familia no siguen las recomendaciones (42%).
- ✍ no es prioridad para la CCSS (39%).

- ✍ el personal no está capacitado en el manejo de la desnutrición (38%) y el déficit del recurso humano (38%), principalmente con formación profesional en nutrición y trabajo social.
- ✍ los ATAPs no tienen balanzas (89%).
- ✍ hay desconocimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia (58%).
- ✍ los padres de familia no llevan a control a los(as) niños(as) (56%).
- ✍ las clínicas y los hospitales no contrarrefieren a los(as) niños(as) a los EBAIS (55%).
- ✍ los ATAPs no realizan las rondas completas (tiempo insuficiente) (52%).
- ✍ las clínicas y los hospitales desconocen que se hace en los EBAIS, con respecto al seguimiento que tienen que tener los(as) niños(as) con desnutrición (42%).

Los principales factores facilitadores mencionados por los funcionarios de salud para brindar un seguimiento de calidad son:

- ✍ Existe en algunos establecimientos un equipo interdisciplinario conformado por enfermera profesional, trabajadora social, nutricionista, ATAP, psicólogo, médico de familia, pediatra y odontólogo. Los integrantes de estos equipos varían en los diferentes establecimientos de salud, pues no todos cuentan con los mismos recursos humanos
- ✍ Recurso humano dispuesto a trabajar.
- ✍ Transporte para efectuar visitas.
- ✍ Se cuenta con apoyo de pediatra y otros especialistas en las clínicas.
- ✍ Existen comedores comunales.
- ✍ Hay una comisión de vigilancia epidemiológica conformado por: enfermero(a), trabajador social, ATAP, laboratorio, farmacia y médico especialista.
- ✍ Seguimiento de índole social, para identificar factores de riesgo.
- ✍ Apoyo económico del IMAS para familias necesitadas.
- ✍ Apoyo del Ministerio de Salud

Seguimiento brindado a los(as) niños(as) con desnutrición

De acuerdo con el personal de salud, el seguimiento brindado a la población con desnutrición consistió en citar a consulta con el médico general y el personal de enfermería cada 2, 3, 4 ó 6 meses. Según el estado nutricional las citas fueron más frecuentes, sin embargo, los plazos de las citas variaron en los diferentes establecimientos de salud. En las citas de control los menores fueron pesados, medidos y valorados mediante los indicadores de peso/edad, peso/talla y talla/edad en algunos establecimientos de salud (ver Cuadro 1) y en otros sólo se utilizó el indicador peso/talla. También, se determinó la presencia de alguna enfermedad de fondo y en caso necesario fueron referidos al hospital. En pocos se evaluó el desarrollo psicomotor de los niños(as).

También, se dio seguimiento en el hogar por medio de las visitas domiciliarias realizadas por los asistentes de atención primaria (ATAPS), en ciertos establecimientos se realizó por indicación médica. Algunos niños(as) fueron referidos como beneficiarios del programa de nutrición del Ministerio de Salud (CEN-CINAI) o al programa de distribución de leche y sucedáneos. Se brindó educación nutricional a los padres o encargados para obtener modificaciones en la alimentación y se indicaron exámenes de laboratorio a los que no evolucionaron en forma favorable. Además, durante el período de seguimiento se refirieron a la consulta de pediatría de la clínica.

En algunas áreas de salud, los niños(as) fueron clasificados para seguimiento de acuerdo a su estado nutricional. Los que presentaron desnutrición leve fueron atendidos en el EBAIS de la localidad, los que sufrían desnutrición moderada fueron atendidos en un segundo nivel y los severos en el tercer nivel de atención.

Seguimiento brindado a los niños(as) referidos del INCIENSA

El personal de salud indicó que los niños del INCIENSA fueron integrados al grupo de la consulta sobre crecimiento y desarrollo de los establecimientos de salud o valorados periódicamente en la consulta externa por los miembros del equipo. También, algunos fueron referidos a la consulta de pediatría y en ciertos casos les brindaron atención preferencial, la cual consistió en referir el caso a los ATAPS para que éstos realizaran visitas domiciliarias.

Varios funcionarios desconocían que algunos niños(as) atendidos habían sido contrarreferidos para seguimiento por la consulta del INCIENSA. Pocos mencionaron desconocer la relación del INCIENSA con la atención de esos niños(as) o manifestaron que no tenían ninguno referido por esta Institución.

Percepción de los encargados sobre la calidad de la atención de los servicios de salud

De acuerdo con la percepción de los encargados sobre la atención de los servicios de salud, para 1,3% (n=1) fue excelente, 59,5% (n=47) buena, 7,6% (n=6) regular y 31,6% (n=25) mala. La percepción de la calidad varió en forma significativa según la complejidad del servicio, se consideró mala en 48,3% (14/29) y buena en 41,4% (12/29) de los casos atendidos en los EBAIS, mientras que en las clínicas esas valoraciones se mantuvieron respectivamente en 22% (11/50) (Pmala < 0,030) y 70% (35/50) (Pbuena < 0,024).

Percepción de mala calidad según dimensión

Accesibilidad institucional. Según la opinión de las encargadas de los infantes sobre la accesibilidad institucional, 74% esperó más de 60 minutos antes de pasar a la consulta y 35% hasta dos horas. De las usuarias que consideraron mala la calidad de la atención y tuvieron esperas prolongadas para ser atendidas, 44% asistió a alguna clínica y 56% a algún EBAIS ambos de la CCSS. El tiempo de espera fue de una hora y 45 minutos, con una desviación estándar de 55 minutos. Se encontró una diferencia significativa de (P < 0,000) entre el grupo de usuarias que percibió una atención de buena calidad y las que refirieron mala calidad.

La consulta. La opinión de las personas encuestadas, respecto al tiempo brindado por el personal de salud durante la consulta, 60% indicó un tiempo de consulta menor a los 20 minutos. De las que consideraron mala la calidad de la atención y tuvieron un tiempo de atención menor a los 20 minutos, 45% asistió a una clínica y 55% a un EBAIS, ambos de la CCSS. El tiempo de atención fue de 19 minutos y la desviación estándar de cuatro minutos. Se encontró una diferencia significativa de (P < 0,000) entre las usuarias que percibieron una atención de calidad buena y las que manifestaron mala calidad. La cantidad de usuarias que percibieron una atención de mala calidad se incrementó en relación inversa con el tiempo que duró la consulta.

En relación con la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud evaluados, 82% manifestó haber solucionado su problema. No obstante, las personas que percibieron una mala atención, no resolvieron el problema o lo resolvieron parcialmente fue significativamente más frecuente respecto a las que percibieron una buena calidad de atención (P<0,010).

Accesibilidad económica. La percepción de mala calidad fue directamente proporcional al ingreso salarial, entre más ingreso, más usuarias percibieron mala calidad.

De las que reportaron ingresos familiares mensuales menores a un salario mínimo, 20% consideró mala la calidad de los servicios, 34% cuyos ingresos mensuales familiares fueron equivalentes al salario mínimo y 46% cuando los ingresos familiares mensuales fueron superiores al salario mínimo.

La estructura. Son las variables propias de la estructura relacionadas con las comodidades para las encargadas de los(as) niños(as). Treinta y nueve por ciento consideró que la sala de espera era agradable y 27% manifestó incomodidad. Sin embargo, entre las instituciones se encontraron diferencias significativas, muchas señalaron que los baños y las salas de espera de los EBAIS estaban en malas condiciones.

El proceso. Las variables indicadoras de una buena dimensión interpersonal se encontraron asociados de manera inversa con la percepción de mala calidad. Treinta y tres por ciento percibió un trato poco amable o descortés del que prestaba los servicios. Setenta y cinco por ciento indicó mal trato por parte del personal médico, 15% de enfermería y 10% de registros médicos. Sesenta y cinco por ciento recibió mal trato por parte del personal de los EBAIS y 15% de las clínicas. El análisis por establecimiento de salud reveló que el personal médico suscitó más críticas por su poca amabilidad y se observó diferencias significativas con respecto a la percepción de una atención de buena calidad ($P < 0,001$).

El resultado. La dimensión del resultado se evaluó mediante indicadores tales como la satisfacción del usuario, la continuidad en el uso del servicio y las expectativas de una mejor atención. Se observó una insatisfacción de 25%, lo cual mostró una distribución heterogénea entre los establecimientos de salud evaluados (EBAIS 50%, clínica 15 %, $P < 0,000$).

A la pregunta acerca de las expectativas en torno a la atención recibida, 39% esperaba una atención mejor que la brindada y 62% opinó lo mismo de los EBAIS. Cuando se preguntó por los motivos de tal apreciación, en todas los establecimientos de salud adujeron los largos tiempos de espera como primera causa, como segunda, el tiempo de atención y la tercera fue percibida de manera diferente pues en los EBAIS fueron el maltrato del personal que prestaba los servicios y la poca capacidad resolutoria del servicio (problema quedó sin resolver); en las clínicas las omisiones a las acciones de información y comunicación (educación sobre la desnutrición y otros padecimientos actuales y recomendaciones por seguir). Para determinar la continuidad en el uso de los servicios como indicador de resultados, 4% opinó que no regresarían a solicitar servicios al mismo establecimiento de salud y 15% no tenía otra opción. Esta percepción fue significativamente más desfavorable para los EBAIS que para las clínicas ($P < 0,001$).

Las “Normas de atención para el manejo integral del niño(a) con desnutrición en los diferentes niveles de atención” (Ministerio de Salud, INCIENSA, CCSS, 2001) estipulan que el estado nutricional de los niños(as) se debe evaluar mediante las gráficas de peso para edad (P/E), peso para talla (P/T) y talla para edad (T/E) según el patrón de referencia del nacional Center for Health Statistics (NCHS). Este estudio evidenció que los niños no son evaluados en cada cita de esta manera y si lo hacen no transcriben los datos en las gráficas para clasificar el estado nutricional. No se evalúa en forma periódica el progreso del desarrollo psicomotor y los casos no son tratados en equipo para planear las intervenciones necesarias.

Por otro lado, las relaciones interpersonales entre los que prestan los servicios de salud y los usuarios, asociados con las variables que definen la accesibilidad del servicio, influyeron en la percepción acerca de la calidad de los servicios recibidos. El trato descortés se ha notificado en estudios previos realizados en países latinos como en México, aunque menos que en el presente estudio.

Para Donabedian “los pacientes son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y utilizan ese elemento al juzgar la calidad de la atención, por ello la dimensión interpersonal es importante. Según otros autores “la calidad la define el cliente y éste queda satisfecho o no en el momento en que hace contacto con la institución”. Se refiere al contacto entre el usuario y la persona que está más a mano para pedir informes, ya sea el vigilante, el personal de recepción u otro empleado. Así es como el personal encargado de los registros médicos y los que proporcionaron la ficha clínica influyeron con su actitud poco amable y en ocasiones grosera, en la percepción del usuario sobre la atención brindada.

Las usuarias destacaron el maltrato por parte del personal de los EBAIS, incluso, le dan más valor que a las deficiencias estructurales. Ellas valoran el buen trato del personal, sobre todo de los médicos y necesitan sentirse bien atendidas cuando solicitan los servicios de salud.

Asimismo, se ha reportado que el ingreso en la familia tiene una relación directa con el estado de salud. La distribución del ingreso dentro del hogar afecta la salud. A mayor ingreso, la probabilidad de un mejor estado de salud se incrementa para todos los miembros de la familia, mientras que, con un ingreso bajo, comienza un proceso de selección y aparecen diferencias en la distribución de los bienes (incluidos los alimentos) entre los individuos de la familia, lo cual genera una distribución inequitativa.

La búsqueda de atención médica es un fenómeno complejo que obedece a la percepción de la familia respecto a la enfermedad y su capacidad para solventar los gastos que esto representa. La decisión depende del beneficio inmediato observable, en el caso de un niño

enfermo, la familia solicitaría atención médica para recuperar su salud. No ocurre la misma situación en los programas preventivos o de detección, porque la familia percibe el beneficio de las acciones preventivas como un efecto inmediato o tangible.

Debido a las características del estudio, el cual no permitió una observación directa de las variables relacionadas con los patrones de alimentación, no fue posible discriminar algunas otras condiciones encontradas asociadas con el estado nutricional del niño, como son la cantidad y la calidad de los alimentos ingeridos de acuerdo con el tipo de sesión (desayuno, almuerzo, comida, merienda o cena).

Como conclusión, el desempeño del personal de los 32 servicios evaluados no fue adecuado respecto al diagnóstico, la atención y el seguimiento de los infantes. Según el estudio, los principales elementos que definen la mala calidad de la atención son los largos tiempos de espera, los reducidos tiempos de atención durante la consulta, las omisiones de las acciones de información y comunicación (educación) durante el proceso asistencial y la percepción de que el problema quedara sin resolver (variable organizacional). La insatisfacción se relacionó inversamente con el deseo de regresar a solicitar servicios al mismo establecimiento de salud. Sin embargo, algunos manifestaron regresar a la misma institución porque no tenían otra opción.

Se deben aumentar y mejorar las investigaciones que permitan conocer las necesidades, expectativas y preferencias de los clientes externos en relación con los servicios de salud brindados, así como investigar las expectativas, percepciones y actitudes de los encargados de prestar esos servicios. También, es relevante reconocer la importancia de la familia como productora y responsable de las condiciones de salud y enfermedad de sus miembros. Los(as) niños(as), como integrantes más vulnerables, dependen de la familia con respecto a su alimentación y al resto de los bienes que se les debe proporcionar.

Un análisis sobre las estrategias de vida de las familias permitiría estimar su capacidad para interactuar con el entorno y transformar los insumos en bienes los cuales, luego serán repartidos entre sus integrantes. El diseño de programas efectivos debe considerar las estrategias familiares de vida pues juegan un papel determinante en la distribución de los recursos en la familia, los cuales forman parte del proceso de toma de decisiones para la búsqueda de la sobrevivencia de cada uno de sus integrantes, relacionados con el cuidado de la salud.

Referencias

- Donabedian A. (1991). *La calidad de la atención médica: definición y métodos de la evaluación*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.
- Kersink J. *An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia*. *Int J Quality Health Care* 2000;12(2):143-147
- Ministerio de Salud. (1996). *Encuesta nacional de nutrición. Fascículo 1 Antropometría*. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud, INCIENSA, CCSS. (2001). *Normas de atención para el manejo integral del niño(a) con desnutrición en los diferentes niveles de atención*. San José, C.R.: Ministerio de Salud. Pags 9, 11.
- Vega L, Iñarrítu M, Pérez G, Robles B. *20 años de experiencia en la atención de niños desnutridos en un centro asistencial*. *Rev Mex Pediatr* 2000; 67(1): 12-19

INCIENSA

Apdo. 04-2250
Tres Ríos, Costa Rica
Tel.: (506) 279-9911
Fax: (506) 279-5546

Los comentarios que aparecen en el editorial y los artículos son propios de los autores y no representan necesariamente la opinión del INCIENSA ni del Comité Editorial del Boletín.

Se permite la reproducción total o parcial de este documento, siempre y cuando se cite la fuente y se comunique al Comité Editorial del Boletín.

Cada número consta de 2000 ejemplares.

©INCIENSA, 2005
ISSN 1409-3723

Comité Editorial

Lic. Marlen Solís
E-mail: msolis@inciensa.sa.cr

Msc. Adriana Blanco
E-mail: ablanco@inciensa.sa.cr

Nota importante

Por limitaciones de espacio, muchos detalles metodológicos y de otra índole relacionados con los proyectos, programas, cursos, etc, referidos en éste y otras ediciones del Boletín INCIENSA, no pueden ser incluidos en cada número. Les recordamos a las personas interesadas que el Comité Editorial, atendería o canalizaría, cualquier consulta o sugerencia.