

Características de servicios de pediatría que atienden niños(as) con neumonía adquirida en la comunidad, Medellín (Colombia), 2012*

Characteristics of pediatric services that serve children with community-acquired pneumonia, Medellin (Colombia), 2012

Características dos serviços pediátricos que atendem crianças com pneumonia adquirida na comunidade, Medellín (Colômbia), 2012

Fecha de recepción: 23-03-13 Fecha de aceptación: 26-08-13
SICI: 1657-7027(201307)12:25<133:CSPANN>2.0.CO;2-6

Gloria Molina-Marín**
Tatiana Oquendo-Lozano***
Alejandro Arango-Castrillón****
Merly Viviana Flórez-García*****

* Estudio derivado de la investigación “Caracterización clínica y etiológica de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños hospitalizados en el área metropolitana de Medellín 2011-2013”, financiada por Colciencias (código 111551929199), Universidad de Antioquia (Colombia), Metrosalud E.S.E y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Fecha de inicio: 23 de diciembre de 2010, fecha de finalización: 23 de diciembre de 2013. Por favor dirigir la correspondencia a Gloria Molina Marín, Calle 62 # 52 – 59, oficina 309, Medellín (Colombia).

** Docente, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Ph.D. en Health Services Management, University of Birmingham (Inglaterra). Correo electrónico: molinag@saludpublica.udea.edu.co

*** Administradora de Servicios de Salud. Contratista, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: lozano0211@gmail.com

**** Administrador de Servicios de Salud. Contratista, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: alejandroarangoastrillon@gmail.com

***** Tecnóloga en gestión de proyectos. Contratista, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: merlyflores@gmail.com

Resumen

Objetivo: caracterizar los procesos de atención hospitalaria pediátrica en las instituciones donde se hospitalizan los niños(as) con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). **Metodología:** se realizó un estudio de tipo cualitativo en siete instituciones públicas y privadas del área metropolitana de Medellín. Se entrevistó a treinta profesionales de la salud de servicios pediátricos y a diez madres de niños con rehospitalizaciones por NAC. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas siguiendo la Teoría Fundamentada (TF). **Hallazgos:** existen dos tipos de contratación de personal: a) vinculación directa y estable con la institución, incluyendo seguridad social; b) contratación por terceros, a corto plazo y sin seguridad social. Hay déficit de pediatras y enfermeras profesionales en los turnos nocturnos, festivos y fines de semana; pocas instituciones tienen programas de capacitación para el personal. Hay procesos clínicos y administrativos definidos para el ingreso, el cuidado hospitalario y el egreso; es difícil el acceso a los servicios de tercer nivel por el escaso número de camas disponibles.

Palabras clave: calidad, acceso y evaluación de la atención en salud, accesibilidad a los servicios de salud, necesidades y demandas de servicios de salud, recurso en salud, cuidadores, protocolos clínicos

Palabras clave descriptor: servicios de salud del niño, atención primaria de salud, atención a la salud, prestación de atención de salud, salud del niño, Medellín (Colombia)

Abstract

Objective: To characterize pediatric hospital care processes in institutions where children are hospitalized with a diagnosis of community-acquired pneumonia (CAP). **Method:** qualitative study of seven public and private institutions in the metropolitan area of Medellín. An interview was conducted with thirty health professionals from pediatric services and ten mothers of children with readmissions of CAP. The interviews were recorded, transcribed and analyzed according to the Grounded Theory (GT). **Findings:** There are two types of recruitment: a) direct and stable with the institution, including social security, b) contracting by third parties, short term and without social security. There is a shortfall in pediatricians and nurse practitioners on night shifts, holidays and weekends, few institutions have staff training programs. There are clinical and administrative processes defined for the admission, hospital care and discharge, it is difficult to access third level services because of the small number of available beds.

Keywords: quality, access and evaluation of health care, access to health services, needs and demands of health services, health resource, caregivers, clinical protocols

Keywords plus: child health services, primary health care, health care, delivery of health care, child health, Medellín (Colombia)

Resumo

Objetivo: Caracterizar os processos de cuidados hospitalares pediátricos em instituições onde são hospitalizadas as crianças com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC). **Método:** Foi realizado um estudo qualitativo em sete instituições públicas e privadas na área metropolitana de Medellín. Foram entrevistados trinta profissionais de saúde, serviços de pediatria e dez mães de crianças com readmissões por PAC. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas de acordo com a Grounded Theory (TF). **Achados:** Existem dois tipos de contratação do pessoal: a) relação direta e estável com a instituição, incluindo segurança social, b) contratação por terceiros, no curto prazo e sem segurança social. Há déficit de pediatras e enfermeiros no turno da noite, feriados e fins de semana; poucas instituições têm programas de treinamento para o pessoal. Há processos clínicos e administrativos definidos para a admissão, os cuidados hospitalares e a alta; é difícil ter acesso a serviços de terceiro nível pelo pequeno número de leitos disponíveis.

Palavras chave: qualidade, acesso e avaliação dos cuidados de saúde, acesso aos serviços de saúde, necessidades e demandas de serviços de saúde, recursos de saúde, atendentes, protocolos clínicos.

Palavras chave descritores: serviços de saúde da criança, atenção primária à saúde, atenção à saúde, assistência à saúde, saúde da criança, Medellín (Colômbia)



Introducción

Características generales de la neumonía adquirida en la comunidad

La neumonía es una infección producida principalmente por virus y bacterias (en casos especiales por parásitos y hongos); es una de las causas más importante de consulta médica y hospitalización, especialmente en niños y adultos mayores. La neumonía y/o bronconeumonía a menudo pone en peligro la vida del paciente, ya que puede llegar a comprometer seriamente la ventilación y la difusión alveolar, así como la función cardiorrespiratoria en general. Entre las infecciones respiratorias agudas (IRA), la neumonía y/o la bronconeumonía constituyen la segunda causa de muerte infantil en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), luego de las afecciones neonatales. Entre los principales factores de riesgo para la adquisición de la IRA, incluyendo la neumonía en niños, están: prematuridad, bajo peso al nacer, malnutrición, inmunosupresión, deficiencias de vitaminas A, C y D, tabaquismo pasivo, contaminación ambiental, hacinamiento, cambios bruscos de temperaturas, falta de lactancia materna, infección respiratoria viral, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardíaca congestiva y colonización orofaríngea por patógenos (1).

Provisión de servicios en el contexto de Sistema General de Seguridad Social en Salud: acceso y calidad

La provisión de servicios de salud asequibles y con garantía de calidad tiene como propósito prevenir y atender oportunamente los problemas de salud que afectan a la comunidad. Sin embargo, y a pesar de la reformas a los sistemas de salud impulsadas principalmente en la década de los noventa, cuyo propósito fue mejorar el acceso, la cobertura, la calidad, la eficiencia y

la efectividad de los servicios de salud, aún persisten problemas de desigualdad, inequidad y múltiples barreras geográficas, administrativas y económicas, así como problemas de calidad de los servicios, especialmente para las poblaciones más pobres (2,3). La desigualdad en salud es cada vez más notoria y marcada en el mundo, lo cual se expresa en problemas de acceso y calidad de los servicios de salud, por la baja oferta de servicios especialmente para la población más pobre que habita en las urbes (barrios periféricos o zonas rurales), debido a la lejanía de los centros de atención, lo que además implica altos costos directos e indirectos (transporte, alimentación, medicamentos, etc.). La desigualdad e inequidad en salud se relaciona con altas tasas de mortalidad y morbilidad, vinculadas a las dificultades de acceso, entre otros factores. Aunque no todo niño(a) enfermo muere, en algunos casos cuando logran acceder a los servicios ya presentan complicaciones, lo que incrementa el riesgo de muerte y los costos para su familia, para el sistema de salud y para la sociedad. A pesar de las estrategias implementadas para disminuir la mortalidad infantil, persisten problemas de acceso, por el desconocimiento de estas, la mala situación socioeconómica y el nivel educativo de algunas familias, fomento de la automedicación de antibióticos (los cuales en su mayoría son inadecuados para el cuadro clínico o se suministran por tiempos demasiado cortos), o de otros fármacos (antitusivos, mezclas de vasoconstrictores, analgésicos y mucolíticos, entre otros), lo que ocasiona frecuentemente resistencia a los antibióticos y modificaciones del cuadro clínico que pueden dificultar el diagnóstico y el adecuado tratamiento (4).

En Colombia, en coherencia con las directrices internacionales, las políticas de atención han priorizado a la población materno-infantil, y con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se ha incrementado

la cobertura del aseguramiento de la población, con lo que se da una mejora en el acceso a los servicios (5). El sgsss dio amplia participación al sector privado, cuya oferta se concentra en servicios curativos de segundo, tercer y cuarto nivel de complejidad, de alta rentabilidad financiera. Simultáneamente, se restringió el papel del Estado y con ello se frenó el crecimiento de la infraestructura pública; sin embargo, en algunas ciudades del país, esta se debió incrementar en las zonas más pobres, las cuales no son del interés del sector privado, por su baja o nula rentabilidad.

En la ciudad de Medellín, como la mayoría de ciudades del país, la oferta de servicios de salud se da a través de instituciones públicas y privadas. La oferta privada está concentrada en las áreas de nivel socioeconómico medio y alto, mientras que las instituciones públicas (10 unidades hospitalarias y 42 centros de salud) están en las áreas de bajo nivel socioeconómico, más densamente pobladas, donde la demanda supera la capacidad de respuesta de la oferta, a pesar de que algunos hospitales públicos han sido ampliados (6,7). En el contexto del sgsss, fundamentado en la economía de mercado, algunos servicios son considerados no rentables, entre ellos los pediátricos, por lo cual se ha generado cierre progresivo de camas y unidades de cuidado intensivo pediátricas, tanto en instituciones públicas como en privadas, agudizándose con ello los problemas de acceso a estos servicios (8-11). Aún hacen falta estudios específicos sobre oferta y demanda de servicios pediátricos y la disponibilidad de talento humano (pediatras, médicos generales, enfermeras y demás profesionales entrenados en servicios pediátricos) en la ciudad, que permitan conocer mejor la situación de salud en este campo.

Los servicios pediátricos son prioritarios y de alta relevancia, dados los perfiles epidemiológicos, la mayor vulnerabilidad

de este grupo poblacional y los acuerdos nacionales e internacionales sobre derechos de la infancia. Para la provisión de estos servicios se dispone de criterios, requerimientos y directrices de las autoridades nacionales y regionales de salud (12-16). Estos aspectos incluyen incorporar a los padres y cuidadores significativos de los niños(as) en el proceso de hospitalización, egreso, cuidado de salud y tratamientos en casa.

Tanto en la estructura como en el proceso de atención es fundamental la cantidad, la calidad técnico-científica y humanista del personal de las salud (médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, terapeutas, psicólogos, entre otros), quienes además deben profesar un gran compromiso y gusto por el trabajo en los servicios pediátricos, sobre todo el personal de enfermería que es el que constantemente está en contacto con los niños y la familia (17). Por otra parte, la buena comunicación del personal de salud, especialmente de los pediatras, con los padres de los niños(as) es vital para que el diagnóstico y el tratamiento ambulatorio sean oportunos y de alta calidad (18).

Este estudio hace parte de la investigación titulada “Caracterización clínica y etiológica de la NAC en niños hospitalizados en instituciones prestadoras de servicios de salud del área metropolitana de Medellín 2011-2013”, y su propósito es caracterizar los procesos de atención en los servicios de pediatría de las instituciones donde han estado hospitalizados los niños con este diagnóstico incluidos en dicha investigación. Este análisis del proceso de atención de los servicios pediátricos se realizó desde la perspectiva del personal vinculado a la prestación de estos servicios y de las madres, padres o cuidadores de los niños hospitalizados con este diagnóstico, y busca proveer información para la toma de decisiones a fin de mejorar la prestación de estos servicios. Este artículo se centra



en presentar los resultados del análisis del proceso asistencial y los aspectos administrativos de los servicios pediatría donde se hospitalizaron la mayoría de niños(as) con neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Metodología

Este estudio es uno de los objetivos del proyecto de investigación titulado “Caracterización clínica y etiológica de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños hospitalizados en el área metropolitana de Medellín 2011-2013”, financiado por Colciencias (código 111551929199), Universidad de Antioquia, E.S.E, Metrosalud, y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, y liderado por la Línea Neumonías de Difícil Diagnóstico (LNND) del Grupo Investigador de Problemas en Enfermedades Infecciosas (Gripe) de la Universidad de Antioquia.

La investigación es de tipo cualitativo, mediante el método de la Teoría Fundamentada (TF) (19,20), cuya base filosófica es el interaccionismo simbólico (21,22). Strauss (23) describe el interaccionismo simbólico como una teoría de la conducta humana y de la vida grupal. El ser humano interactúa con los fenómenos que suceden en su mundo, lo que da lugar a una concepción de este y de los fenómenos que influyen sobre él. El método la TF exige un proceso riguroso y sistemático para el análisis de la información, mediante codificación y categorización progresiva (abierta, axial y selectiva), conceptualización y verificación de resultados (20).

La información se recolectó en las salas de pediatría de siete instituciones prestadoras de servicios de salud, cuatro públicas y tres privadas, de segundo y tercer nivel de complejidad, en las cuales hubo un mayor número de niños(as) hospitalizados con

diagnóstico de NAC durante el periodo de estudio.

Como técnicas de recolección de información se utilizó la entrevista en profundidad (24). Este tipo de entrevista busca captar las perspectivas y significados de los informantes acerca de sus propias experiencias o situaciones con el cuidado del niño(a) con diagnóstico de NAC hospitalizado. Esta técnica permite recolectar información significativa sobre el fenómeno en estudio que una vez procesada ayuda a la comprensión más integral de este. Se realizaron en total treinta entrevistas; los entrevistados cara a cara fueron nueve pediatras, ocho enfermeras profesionales, cinco auxiliares de enfermería y seis terapeutas respiratorios con amplia experiencia en el cuidado pediátrico, que laboraban en las salas pediátricas de las instituciones escogidas; además dos profesionales del Centro Regulador (CR) de dos instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que realizaban los procesos de remisión. Por vía telefónica se entrevistó a diez madres de niños que habían sido rehospitalizados una o más veces por NAC. Los profesionales se contactaron mediante llamadas telefónicas y visitas a las instituciones en donde se programaban citas para realizar las entrevistas. Los datos de contacto de los profesionales y madres fueron recogidos durante la captación de los niños con NAC en las diferentes instituciones. A cada participante se le informó sobre el objetivo de la investigación y sus implicaciones y se le pidió el consentimiento informado para realizar la entrevista y grabarla.

Para las entrevistas individuales a los profesionales se utilizó un guion de entrevista cuyos temas centrales fueron: perfil profesional del entrevistado, características del proceso de atención y disciplinas que intervienen en él, funciones y papel de cada disciplina en el proceso de atención, facilitadores y dificultades en la atención. Igualmente, se elaboró una

guía de entrevista telefónica para las madres. Las entrevistas individuales fueron grabadas, transcritas y luego analizadas siguiendo el método de la TF, codificación abierta, axial y selectiva (20). Esto generó progresivamente las categorías, a través del método de análisis comparativo constante. Finalmente, las categorías se presentan en mapas conceptuales.

Esta investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Bioética del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Antioquia, acta 016 del 3 de noviembre de 2011).

Resultados

Con el proceso de análisis de la información se generaron las siguientes categorías:

1. Características de la gestión del talento humano y su relación con el acceso y la calidad en el proceso de atención: Se identificaron dos tipos de contratación del personal: directa con la institución o indirecta a través de un tercero. La primera ofrece estabilidad, beneficios y puntualidad en los pagos; se da más en las instituciones privadas. La segunda presenta contratos a corto plazo, sin vinculación a seguridad social, lo que genera alta rotación debido a los pocos beneficios, incentivos y la demora en los pagos. El personal asistencial tiene la capacidad técnico-científica acorde con el cargo; en general con alto compromiso, dedicación al trabajo, sentido de pertenencia y motivación personal, a pesar de las condiciones laborales desfavorables para la mayoría de ellos (figura 1).

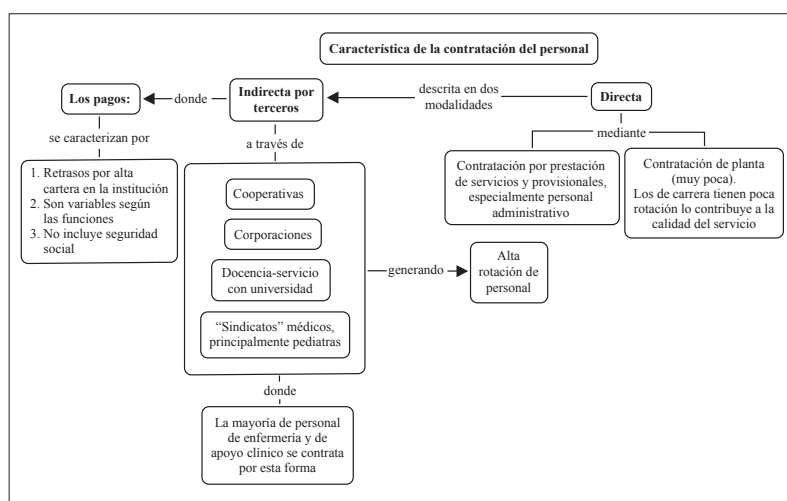


FIGURA 1. CARACTERÍSTICA DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL

Debido al déficit financiero de algunas IPS, el personal profesional es insuficiente para cubrir la demanda de servicios y los turnos de los fines de semana, festivos y horarios nocturnos. Esta limitación de personal es más evidente en los pediatras y enfermeras profesionales. En las instituciones de tercer

nivel se dispone de pediatras de lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm. Generalmente, si un niño necesita revisión pediátrica después de las 4:00 pm hasta las 7:00 am, lo hace el pediatra de urgencia, de neonatos o de la unidad de cuidado intensivo (UCI), según la disponibilidad de cada uno. Los fines de



semana y festivos se turnan los pediatras para pasar la ronda, y luego se queda el servicio sin pediatra. En las instituciones de segundo nivel, generalmente hay disponibilidad de pediatra de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes; las noches, fines de semana y festivos no hay disponibilidad de este médico especialista, por tanto, los niños son atendidos solamente por el médico general.

En todas las instituciones hay cubrimiento de los servicios con auxiliares de enfermería las veinticuatro horas del día, en turnos de doce horas; generalmente hay una asignación de siete pacientes para cada auxiliar durante el día y diez pacientes para cada una en la noche. El cubrimiento con enfermeras profesionales es más reducido: solo de 7:00 am a 7:00 pm; en la noche hay una sola enfermera profesional para varios servicios (ubicados en

varios pisos); los fines de semana y festivos se reduce aún más la disponibilidad de este profesional. Los terapeutas respiratorios cubren generalmente solo el turno de la mañana y en algunas instituciones también en la tarde; no hay este tipo de profesional en la noche, ni los fines de semana, ni los festivos, por lo cual la terapia respiratoria es realizada por el personal de enfermería. Las instituciones de tercer nivel cuentan con secretarías clínicas en el servicio de pediatría de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes; los fines de semana y festivos de 8:00 am a 1:00 pm. Las instituciones de segundo nivel, principalmente las públicas, no cuentan con secretarías clínicas. El servicio de camillero es contratado a través de terceros en todas las instituciones y está disponible las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana (figura 2).

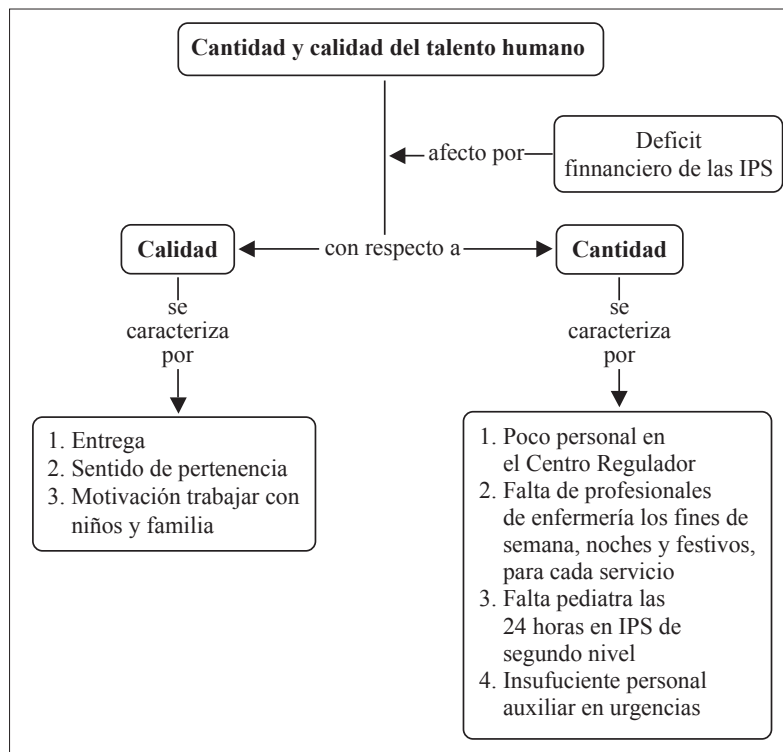


FIGURA 2. CARACTERÍSTICAS EN CALIDAD Y CANTIDAD DEL TALENTO HUMANO

El personal clínico tiene funciones asistenciales definidas y en ocasiones debe realizar algunas funciones administrativas de secretaría clínica, especialmente el personal de enfermería.

Se identificaron dos tipos de capacitación: una

formal que está dentro del plan institucional, y la informal que es espontánea; estas capacitaciones se le ofrecen básicamente al personal de enfermería; los pediatras y terapeutas respiratorios no reciben capacitaciones por parte de la institución (figura 3).

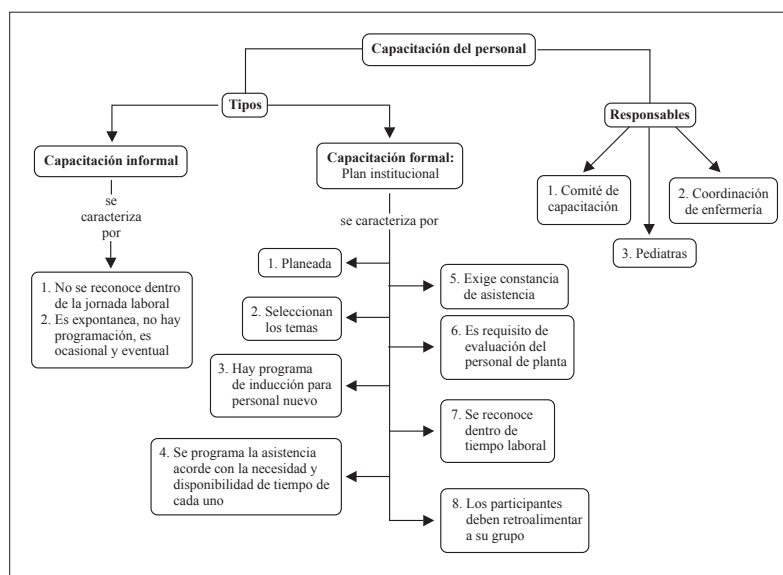


FIGURA 3. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

2. Características del acceso: la tabla 1 resume las principales fortalezas y debilidades del acceso en las instituciones del segundo y del tercer nivel de complejidad, según la percepción de los entrevistados.

3. Características del proceso de atención: en esta categoría se incluyen algunas características del ingreso, hospitalización, egreso y reingreso; además, algunos aspectos de acceso y calidad de la prestación de los servicios pediátricos.

El proceso de atención de un niño(a) con NAC inicia con el ingreso, que generalmente se hace por el servicio de urgencias. Allí se realizan dos tipos de ingresos: a) ingreso

clínico, que es llevado a cabo por auxiliar de enfermería y/o enfermera profesional, médico general y/o pediatra; y b) el ingreso administrativo, del cual está a cargo la secretaría clínica, el facturador o el personal de enfermería.

Se identificaron algunos aspectos que caracterizan el ingreso: a) generalmente los niños(as) llegar remitidos de otras instituciones, por tanto, no se les realiza triage; b) la mayoría llegan con tratamiento de antibióticos ya iniciado; c) un alto porcentaje de niños(as) ingresan por neumonía; d) desde el ingreso se le dan instrucciones a la familia sobre las normas del servicio; e) algunos son ingresos, aunque estos han disminuido.



TABLA 1. PERCEPCIONES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS PEDIÁTRICOS

Instituciones de segundo nivel de complejidad	
Fortalezas	Dificultades
<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos de diagnóstico que no ofrece la institución se realizan en otras IPS. • El desarrollo de la investigación sobre NAC en niños(as) realizada por la Universidad de Antioquia contribuirá a mejor los tratamientos. • En algunas instituciones hay buena comunicación con los auditores médicos de las EPS. • Se garantiza la entrega de los medicamentos antes de la salida del paciente, a pesar de las dificultades con algunos aseguradores para su autorización. • En algunas instituciones se evalúa al paciente a las 48 horas sin mediar cita, y en otras se evalúa a los ocho días con cita previa. • Se trabaja con la Registraduría para garantizar la identificación y afiliación de los niños a la seguridad social. • Triage de niños(as) y atención por el programa Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) para evitar congestión en urgencias. • Hay alta ocupación y rotación rápida de camas por los planes domiciliarios que ofrecen la mayoría de las aseguradoras. • Hay una institución de segundo nivel que cuenta con servicio de cirugía infantil y UCI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en la entrega de resultados de exámenes por parte del laboratorio departamental (quince días). • Centralización administrativa de las EPS. • Limitación de infraestructura física de los servicios pediátricos. Ejemplo: no hay una sala específica para terapias respiratorias; la demanda es mayor que la oferta. • Algunos hospitales no cuentan con las ayudas diagnósticas necesarias para el diagnóstico oportuno. • En algunas instituciones, hay limitación para formular medicamentos a los niños(as) del régimen subsidiado. • Falta de contratos para la entrega de medicamentos al egreso con algunas aseguradoras del régimen subsidiado. • Dificultad en la comunicación con las familias de bajo nivel educativo y con grupos de poblaciones especiales (indígenas).
Tercer nivel	
Fortalezas	Dificultades
<ul style="list-style-type: none"> • En general se dispone de los medicamentos e insumos para la atención hospitalaria. • Se está construyendo un nuevo hospital pediátrico de tercer nivel. • Cuando se identifican riesgos intrahospitalarios se tiene el apoyo de otros servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener que atender pacientes que no son para el nivel y dejar de atender los que realmente lo necesitan. • Se han cerrado servicios de UCI en algunas instituciones por “baja demanda y falta de personal”. • En dos de las clínicas privadas no existe ayuda para las familias con escasos recursos económicos dado que no hay servicio de trabajo social ni de psicología. • En la mayoría de las instituciones el área física de pediatría no cuenta con zonas ni actividades de recreación.

Ambos niveles	
<ul style="list-style-type: none"> • En la mayoría de las instituciones se les brindan algunas ayudas a los pacientes y las familias. • Se cuenta con servicio de camilleros las veinticuatro horas del día. • El apoyo de los estudiantes de las diferentes especialidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras para las referencias y contrarreferencias. • La demora de las EPS para autorizar medicamentos, exámenes, procedimientos y atención de especialistas prolonga la hospitalización innecesariamente. • Demora de los pagos de las EPS a las IPS lo que afecta la atención. • Gran demanda de servicios de especialidades y subespecialidades y poca oferta. • Pocas camas disponibles para la demanda, por ello los pacientes se quedan muchos días en urgencias. • El niño(a) que no está afiliado al SGSSS se le dificulta el acceso a los servicios. • El cierre de servicios pediátricos de otras IPS incrementa la demanda en urgencia. • No se dispone de UCI pediátrica en la mayoría de las IPS.

La hospitalización y el manejo del niño(a) con NAC es definido por el pediatra, con la participación de enfermeras(os) profesionales, auxiliares de enfermería y terapeutas respiratorios, quienes realizan las órdenes médicas y proporcionan los cuidados que se requieren. La estancia hospitalaria oscila entre cinco y ocho días. Los niños(as) con neumonía bacteriana tienen una hospitalización más prolongada, según la opinión de los entrevistados.

Para la atención durante la hospitalización existe guía de práctica clínica para el manejo de los niños(as) con NAC y para el cuidado de enfermería; estos están disponibles en la red o sistema de información de cada institución y/o impresos; además, son conocidos por todos, dado que se socializan y revisan periódicamente como requisitos de habilitación; igualmente, son utilizados para la docencia. En algunas instituciones estas guías de manejo de la neumonía son creadas por la misma institución, lo que puede generar diferencias interinstitucionales en el manejo de los niños(as) con esta patología respiratoria.

Frecuentemente existe limitante para la aplicación adecuada y eficiente de guías debido a que cuando los niños(as) ingresan ya han iniciado el tratamiento con antibióticos.

El egreso, al igual que el ingreso, es definido por el/la pediatra, quien da a la familia información sobre el tratamiento que seguir; las auxiliares de enfermería son las encargadas del resto del egreso, apoyadas en las enfermeras profesionales. Al momento del egreso, se entregan los medicamentos y se explica a los padres o cuidadores el tratamiento que seguir; se dan indicaciones para el cuidado en casa, el control de factores de riesgo para NAC y los signos de alarma (también se dan por escrito); se entrega el resumen de la historia clínica, la orden de revisión por el pediatra o médico general; por último, se genera la factura y la autorización de salida. Algunas EPS están fomentando la “atención domiciliaria”, para realizar algunos tratamientos que requerirían hospitalización, con el fin de reducir la estancia hospitalaria, evitar riesgos de nuevas infecciones y disminuir costos.



Después del egreso, algunos niños(as) han presentado reingresos y, según los profesionales entrevistados, en algunas oportunidades esto se debe al inadecuado cuidado en casa. Además, las madres identifican posibles factores de riesgos de recaídas de NAC en sus hijos, tales como: exposición al humo de cigarrillo en la familia, exposición al frío, prueba de tuberculina positiva, duelo por muerte del padre, contactos con personas y/o niños enfermos con infecciones respiratorias y humedad de la vivienda.

4. Percepción de la calidad en el proceso de atención: se identificaron las percepciones de los entrevistados sobre la calidad en la prestación de los servicios pediátricos de segundo y tercer nivel de complejidad, a cuales se presentan en la tabla 2.

5. Sugerencias para el mejoramiento del servicio: las siguientes son las estrategias de mejoramiento mencionadas por los profesionales y las madres de los niños hospitalizados con NAC:

TABLA 2. PERCEPCIONES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS PEDIÁTRICOS

Instituciones de segundo nivel de complejidad	
Fortalezas	Dificultades
<ul style="list-style-type: none"> • Hay buena calidad de la atención, especialmente cuando el servicio es pequeño porque se personaliza la atención y se facilita la comunicación. • En algunas instituciones se valora el riesgo del paciente, se da el tratamiento y la rehabilitación. • Se le ordena estudio de tuberculosis (TB) a los niños que lo requieren. • En la mayoría se obtiene respuesta positiva al tratamiento y no se ha presentado resistencia a los antibióticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con pediatra en la noche. • En algunas instituciones la entrega inoportuna de insumos afecta la prestación del servicio. • Falta de equipos para el monitoreo del paciente. • Falta de equipos de diagnóstico adecuados, lo que afecta la confiabilidad de los resultados. • Falta de educación de la familia. • Por dificultad económica, algunos hospitales compran insumos más baratos y ello afecta la calidad del servicio.
Tercer nivel	
Fortalezas	Dificultades
<ul style="list-style-type: none"> • Se dispone de médicos residentes las veinticuatro horas que apoyan el trabajo de los pediatras. • En algunas instituciones se prestan otros servicios como recreación y educación para los niños(as) y sus acompañantes. • En una institución se dispone de nuevas técnicas para el diagnóstico de la neumonía. 	<ul style="list-style-type: none"> • En algunas IPS privadas se asigna personal de enfermería en urgencias sin suficiente experiencia con niños(as).

Ambos niveles	
<ul style="list-style-type: none">• Se siguen las normas y protocolos de atención.• Hay buen servicio de camilleros y el traslado de los niños(as) se acompaña de auxiliar de enfermería, enfermera y/o pediatra cuando es requerido.• Los pediatras hacen mucho seguimiento y dan buen trato.• A las enfermeras se les dan recomendaciones para prevenir las glosas en la institución.• El servicio de alimentación para los pacientes es bueno.• Se busca garantizar la seguridad del paciente y el tratamiento oportuno.• Los pacientes que no ameritan hospitalización en el nivel, se remiten a un nivel inferior antes que a la casa.• Se identifica a los pacientes y al acompañante por asuntos de seguridad.• En algunas instituciones se analizan los eventos adversos, no se esconden, lo cual ha ayudado a mejorar.• La mayoría de los niños están acompañados por familiares las veinticuatro horas, quienes participan en su cuidado.	<ul style="list-style-type: none">• Desacuerdos entre los médicos y pacientes en algunas ocasiones.• La infraestructura física del servicio es muy reducida.• Hay hacinamiento en habitaciones y clasificación inadecuada de pacientes, lo cual causa incomodidades para la familia.• Alta automedicación y mal manejo de antibióticos.• No hay secretaría clínica en la mayoría de los servicios; esas funciones las asumen las enfermeras.• En algunas clínicas hay buena dotación de equipos para terapias respiratorias; en otras las terapeutas deben llevar sus equipos para realizar los procedimientos.• Se compran los equipos pensando en adultos y se dificulta la adaptación para niños.

- Contratar más personal para cubrir todos los turnos.
- Mejorar la oportunidad en la entrega de insumos y exámenes de diagnóstico.
- Mejorar los espacios de esparcimiento, servicios sanitarios y comodidad de las habitaciones.
- Tener más dotación de equipos médicos y apoyo administrativo en las instituciones de segundo nivel de complejidad.
- Aumentar la oferta de los servicios pediátricos.
- Implementar políticas sociales para mejorar las condiciones de las familias.
- Desarrollar estrategias de promoción y prevención poblacionales.
- Tomar en cuenta los servicios pediátricos en la toma de decisiones en las instituciones.
- Los pediatras deben comunicarse más con las madres y mejorar el lenguaje para que ellas les entiendan lo que dicen.



Discusión

Contratación de personal y su relación con la calidad y el acceso

El personal de salud de los servicios pediátricos, como en todos los demás servicios de salud, ha estado afectado por las reformas laborales y del sector salud que se han dado en el ámbito internacional en general y en Colombia en particular (2), tendientes a reducir los costos de personal en los hospitales y lograr mayor eficiencia en las diferentes instituciones. Los hallazgos de este estudio sugieren que parte de los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares tienen contratos laborales a corto plazo, inestables, sin seguridad social, lo cual genera alta rotación de este personal y potencialmente afecta la calidad del servicio (18,25). Dussault y Dubois (26) afirman que la eficiencia en el desempeño y sostenibilidad de los sistemas de salud y sus instituciones, son altamente dependientes del recurso humano. El crecimiento y desarrollo de cualquier organización depende de la disponibilidad de una fuerza de trabajo apropiada, de sus competencias y nivel de esfuerzo al tratar de realizar las tareas que se le asignan. Los costos económicos y humanos de tener pobres recursos humanos en salud son particularmente altos en el sector salud. La calidad de los servicios de salud, su eficacia, eficiencia, acceso y viabilidad dependen básicamente del desempeño de quienes los atienden.

Calidad de la atención pediátrica

El Sistema de Garantía de Calidad (SGC) en la atención en salud en Colombia ha sido promovido desde el gobierno central mediante normatividad y criterios de habilitación y acreditación de las IPS (12-16). Dentro de esto se ha promovido la utilización de guías o protocolos de práctica

clínica, con el fin de garantizar que mejore la calidad y racionalidad en los costos de los tratamientos. Los hallazgos de esta investigación sugieren un posicionamiento importante de las guías de práctica clínica en los procesos de atención cotidianos en los servicios de pediatría de las instituciones en las cuales trabajan los entrevistados (27-28).

Experiencias con la atención domiciliaria en pediatría

La atención domiciliaria es una estrategia de atención que se ha venido posicionando en los sistemas de salud (29). En el SGSS colombiano las empresas promotoras de salud (EPS) han creado y promovido estos servicios, con el fin de disminuir los costos de hospitalización en diferentes tipos de pacientes y facilitarle al paciente la permanencia con su familia, entre otras ventajas. En este estudio se encontró que algunos niños(as) con NAC reciben parte del tratamiento en casa, aunque no se logró identificar las implicaciones que esto conlleva en el manejo del tratamiento y su efectividad (30).

Acceso a los servicios pediátricos

Los hallazgos de este estudio sugieren una serie de estrategias que las IPS realizan para facilitar el acceso a los servicios pediátricos. Sin embargo, se identificaron problemáticas de acceso tales como demora en las autorizaciones de servicios por parte de las EPS; falta de oferta de camas hospitalarias del tercer nivel de atención, lo que ocasiona dificultades en la remisión de pacientes; demora en los pagos a las IPS por parte de las EPS; y limitación de acceso a la atención especializada, entre otros. Hallazgos que también se han reportado en otras investigaciones sobre el SGSS en Colombia (31-34).

Limitaciones del estudio

Dado que se trata de un estudio de tipo cualitativo, sus hallazgos y conclusiones solo son aplicables a las instituciones en las cuales se recolectó la información. No se pueden generalizar a otras instituciones.

Hubo algunas dificultades para concertar las citas con los profesionales de la salud entrevistados, dada su alta carga de trabajo. Con las madres de niños que tuvieron reingresos no se logró realizar un grupo focal que se tenía planeado, dada su dificultad para salir del hogar, y por ello se optó por realizar entrevista telefónica.

Conclusiones

La población infantil es una prioridad como se ha establecido en directrices internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como en la Constitución Política y las normas colombianas. Los indicadores de situación de salud de la niñez son trazadores clave en salud pública y en el nivel de desarrollo de un país, y en este sentido la provisión de la atención a este grupo de población tiene un gran importancia. Los hallazgos sugieren que en las instituciones de salud en las cuales se realizó el estudio, el personal vinculado a estos servicios pediátricos muestra un gran compromiso por brindar una buena atención, existen procesos de atención definidos y se han desarrollado estrategias para facilitar el acceso, lo que posiblemente ha repercutido positivamente en la situación de salud de este grupo población. Sin embargo, se enfrentan dificultades para proveer servicios de alta calidad y garantizar el acceso oportuno a dichos servicios, tales como:

- El déficit de cobertura del pediatras y enfermeras profesionales en noches, fines de semanas y festivos, e insuficiente

dotación de personal para la demanda, lo que genera sobrecarga laboral. La falta de disponibilidad de pediatra en domingos, festivos y noches limita la valoración oportuna de los niños(as) que lo requieren.

- Hay contratación de personal por terceros, a corto plazo y sin seguridad social, la cual es cada vez mayor.
- Limitaciones en la infraestructura física tales como falta de salas para aislamiento, terapia respiratoria y recreación, especialmente en las IPS de segundo nivel.
- Falta de programas de capacitación y educación continua; esta es más bien informal, especialmente para el personal médico y profesionales de enfermería, así como para terapeutas.
- A pesar de la disponibilidad y conocimiento de las guías o protocolos de práctica clínica, su aplicación se dificulta porque, con frecuencia, cuando los niños ingresan ya vienen con tratamientos de antibióticos previos.
- Hay dificultad en el acceso a servicios de tercer nivel por el bajo número de camas en las IPS de la ciudad.
- Hay demora en los exámenes de diagnóstico en las IPS de segundo nivel de complejidad y en las autorizaciones de servicios por parte de las EPS.

Reconocimientos

Primero que todo hacemos reconocimiento al grupo de investigación NAC niños, de la Línea de Neumonía de Difícil Diagnóstico (LNDD) del grupo Gripe, liderado por el profesor Lázaro Vélez, y a todo el grupo de investigación (Zulma Rueda, Yudy Aguilar, Andrea Restrepo, Carlos Garcés, Mónica Trujillo, Catalina Arango, Olga Lucía



Morales, Claudia Royá, Ángela Cardona, Lucelly López, María Angélica Maya, Margarita Rosa Giraldo, Luisa F. Carmona, Mariana Herrera, Ángela Copete, Cristian Vera, Jennifer Rodiño, Antonio Macías, Ana María Hernández y Marcela Bermúdez), por haber facilitado el desarrollo de este estudio cualitativo, como parte del proyecto titulado “Caracterización clínica y etiológica de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños hospitalizados en el área metropolitana de Medellín 2011-2013”. Igualmente, a los profesionales de la salud, las madres de niños que presentaron reingresos por haber concedido las entrevistas; a Colciencias, a Metrosalud E.S.E y a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a la Universidad de Antioquia y su Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI), estrategia de sostenibilidad 2011-2012, por la financiación del proyecto.

Referencias bibliográficas

1. Arredondo J, Segura E, Dillman C, Mancilla J. Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes pediátricos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2003 julio-agosto; 60 (2): 235.
2. Rocha A. Derecho a la salud en Colombia. La utopía anunciada. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*. 2012 enero-marzo; 2 (1): 59-80.
3. Rodríguez S, Roldán P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región caribe. *Economía del Caribe*. 2008 julio; (2): 106-129.
4. Mulholland EK, Smith L, Carneiro I, Becher H, Lehmann D. Equity and child-survival strategies. *Bulletin of The World Health Organization*. 2008 mayo; 86 (5): 399.
5. República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Protección Social; 2005.
6. Secretaría de Salud de Medellín. Red pública hospitalaria contratada por la Secretaría de Salud de Medellín [acceso: 7 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpc-content/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Informaci%C3%B3n%20General/Documentos/2010/Red%20p%C3%BAblica%20hospitalaria.pdf>.
7. Empresa Social de Estado-Metrosalud [internet]. Hospital Infantil Concejo de Medellín, listo en abril de 2012 [acceso: 7 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/images/pdf/latidos/7latidos-mayo-2011.pdf>.
8. Periódico El Tiempo [internet]. Con marcha fúnebre protestaron por cierres de pediátricos [acceso: 7 de marzo de 2013]. Disponible en http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-10777675.html.
9. Federación Médica Colombiana [internet]. Cierre de Servicios de Pediatría [acceso: 7 de marzo de 2013]. Disponible en http://www.federacionmedicacolombiana.com/index.php?option=com_content&view=article&id=195:cierre-de-servicios-de-pediatria-&catid=43:publicaciones&Itemid=145.
10. Periódico El Pulso [internet]. Cierre de servicios de pediatría: por no ser rentables [acceso: 7 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.periodicoelpulso.com/html/1203mar/general/08.htm>.
11. Periódico El Mundo [internet]. El cierre y reapertura de unidades neonatales en la ciudad deja dudas en la calidad del servicio [acceso: 7 de marzo de 2013]. Disponible en http://www.elmundo.com/porta/vida/salud/el_cierre_y_reapertura_de_unidades_neonatales_en_la_ciudad_deja_dudas_en_la_calidad_del_servicio.php.
12. República de Colombia, Ministerio de Salud. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
13. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 1043 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
14. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 2680 de 2007, por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
15. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 1998 de 2010, por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud.
16. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 3061 de 2010, por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución número 1998 de 2010.
17. Gaio MI. Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*. 2012 julio; (7): 83-92.
18. Rangel NM. Evaluación de satisfacción del usuario en el servicio de pediatría del Hospital General “Dr. José María Rodríguez”, de enero 2006 a mayo 2008. *Boletín AMUP*. 2010; 13 (56): 5-34.
19. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
20. Strauss A, Corbin J. Bases para la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar Teoría Fundamentada. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2002.

21. Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1969.
22. Schutz A. La construcción significativa del mundo social. Barcelona: Paidós; 1993.
23. Strauss A. Qualitative analysis for social scientists. Estados Unidos: Cambridge University Press; 1987.
24. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. Madrid: Paidós; 1992.
25. Molina G, Muñoz IF y Ramírez A, editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera, segunda edición. Medellín: La Carreta; 2011.
26. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: A critical component in health policies. Human Resources for Health [acceso: agosto de 2013]. Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-1-1.pdf>.
27. Elías J. Guías de práctica clínica. Una propuesta para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. Medicina Interna de México. 2009 marzo-abril; 25 (2): 87-88.
28. Constantino P, Viniegra A, Medécigo C, Torres L, Valenzuela A. El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. Revista Médica del IMSS. 2009; 47 (1): 103-108.
29. Díaz K. La Atención Primaria en Salud en República Dominicana: avances, controversias y retos. Observatorio Político Dominicano: Unidad de Políticas Públicas (UPP); 2012.
30. Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio y atención domiciliaria. Hacia la excelencia de los servicios. Form Med Contin Aten Prim. 2001; 08 (08): 537-42.
31. Otálora M, Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuadernos de Administración. 2007 julio-diciembre; 20 (34): 237-258.
32. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2009; 27 (2): 121-130.
33. Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera, segunda edición. Medellín: La Carreta; 2011.
34. Rodríguez S, Roldán P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región caribe. Economía del Caribe. 2008 julio; (2): 106-129.

