

Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad de la atención integrada que se otorga en los centros de capacitación

Gonzalo Gutiérrez,* Héctor Guiscafré,* Heladio Verver,** Javier Valdés,*** Enrique Rivas,**** Enrique Loyo,***** Mercedes Clavery,***

Recepción versión modificada 05 de junio del 2000; aceptación 07 de junio del 2000

Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención integrada del menor de cinco años (AIMCA) que se otorga en tres unidades de primer nivel que, sin recursos adicionales, fueron seleccionadas por el Programa de Atención a la Salud del Niño (PASN) de la Secretaría de Salud en México, para funcionar como centros estatales de capacitación.

Material y Métodos: Mediante lista de cotejo, validadas por consenso de expertos y prueba piloto, se evaluó la calidad con que se llevaron a cabo los seis componentes de la AIMCA: El estudio incluyó a los menores de cinco años que por cualquier motivo asistieron a estos tres centros de capacitación durante la semana en la que se realizó la evaluación: 30 en promedio en cada unidad. Las cédulas se aplicaron a las madres de los niños al salir de la consulta y se completaron con la revisión de documentos clínicos.

Resultados: Aunque con diferencias entre las tres unidades de salud, en una proporción elevada de los casos la calificación otorgada a cada componente de la AIMCA fue óptima o satisfactoria. Las deficiencias más relevantes fueron las relacionadas con la capacitación de la madre. La evaluación permitió corregir las deficiencias en la AIMCA y otras relacionadas con la organización de los centros de capacitación.

Conclusiones: La calidad de la AIMCA, en unidades del primer nivel seleccionadas para fungir como centros de capacitación, es buena, aun sin recibir recursos adicionales. Se propone, para mejorarla, que la capacitación de la madre, sea otorgada principalmente por la enfermera. La metodología empleada puede ser utilizada para evaluar la AIMCA en forma periódica en centros de capacitación similares que se establezcan en un futuro.

Palabras clave: diarrea, infección respiratoria aguda, calidad de la atención, educación médica, salud del niño

Summary

Objective: To assess the quality of the integral care of children under five years old (AIMCA) at three first level care units, that without additional resources, were selected by the Child Health Care Program (PASN) to function as statewide training centers.

Material and Methods: Using matching list, structure, validated by a consensus of experts and a pilot test, six components of the AIMCA were assessed. The study included children under five years old outpatient clinic, during a period of a week: on the average 30 at each unit.

Results: Although there were differences between each health unit, in a high number of cases, the score given to each component of the AIMCA was optimum or satisfactory. The most relevant deficiencies were those related to the mother's training. The assessment allowed for correcting deficiencies in the AIMCA and others related with the organization of Training Centers.

Conclusions: It is possible to have an AIMCA of good quality, at first level units without additional resources. We propose that the mother's training be given mainly by a nurse, especially in children with factors of poor prognosis. The methodology used can be employed to evaluate the AIMCA periodically at training centers.

Key words: diarrhea, acute respiratory infections, quality medical attention, medical education, child health care.

* Grupo Interinstitucional de Investigación en Sistemas de Salud. Secretaría de Salud- Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Dirección General de Servicios de Salud de Zacatecas. México.

***Consejo Nacional de Vacunación. México.

****Secretaría de Salud y Asistencia de Veracruz. México.

*****Secretaría de Salud de Tabasco. México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Héctor Guiscafré. Av. Cuauhtémoc No. 330, Edif. Academias 4º. piso, C.M.N. Siglo XXI, 06725 México, D.F. Tel.: 5761-08-41 Fax: 5761-09-52 e-mail: hguiscafre@cim.spin.com.mx

Introducción

En México, el Programa de Atención a la Salud del Niño (PASN) de la Secretaría de Salud tiene como propósito general la prevención y control de los padecimientos más frecuentes en la infancia después de la etapa neonatal y como estrategia general, la atención integrada del menor de cinco años (AIMCA) en los servicios de salud del primer nivel y en sus hospitales de referencia.¹ Se basa en diversas experiencias nacionales²⁻⁶ y en la propuesta de OMS para la atención integrada del niño enfermo.⁷

La vacunación, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, las infecciones respiratorias agudas (IRA) las enfermedades diarreicas (ED) y las deficiencias de la nutrición, son en México las principales causas de demanda de atención médica a los menores de cinco años.¹ Pero además, como en todos los países en desarrollo, las tres últimas se ubican entre las primeras causas de muerte después de la etapa neonatal. En su mayor parte son muertes evitables y se estima que con tecnología sencilla y de bajo costo se podrían prevenir alrededor de 15,000 defunciones cada año.¹ Diferentes factores contribuyen a esta mortalidad, pero uno muy importante, según lo han demostrado diversas investigaciones, es la mala calidad de la atención médica, incluida la capacitación de las madres para la atención del menor enfermo.⁸⁻¹²

Por todo lo anterior el PASN tiene como una estrategia básica la capacitación del personal de salud del primer nivel, con el propósito de mejorar la calidad de los servicios a través de la AIMCA. Los componentes de ésta han sido establecidos con base en las enfermedades prevalentes, en los principales motivos de consulta y en la identificación de algunos factores de riesgo o de mal pronóstico que hacen necesaria la utilización de diversos recursos durante la consulta.¹³ Pero además, se ha considerado que la atención integrada del niño debe incluir también la atención de la salud de la madre que lo acompaña, con acciones sencillas pero efectivas, que no compliquen la primera. En esta forma, los componentes que debe incluir toda consulta otorgada a los menores de cinco años (AIMCA) en las unidades de primer nivel son los siguientes:

- Atención del motivo de la consulta.
- Enfermedades prevalentes: IRA, ED, otras.
- Identificación de factores de mal pronóstico.
- Vigilancia de la nutrición.
- Vigilancia de la vacunación.
- Capacitación de la madre.
- Atención de la salud de la madre.

Para impulsar este modelo de AIMCA, se imparten cursos de carácter activo-participativo¹⁴ en centros docente-asistenciales constituidos por unidades de atención primaria y sus hospitales de referencia, con características similares a los sitios donde los trabajadores prestan sus servicios.⁵ En otras palabras, se pone en práctica una estrategia diferente a la tradicional que utiliza técnicas poco eficaces, entre otras razones porque se realiza casi siempre en hospitales de concentración, con recursos humanos y técnicos muy diferentes a los de las áreas en las que trabaja el personal del primer nivel de atención.

Las unidades docente-asistenciales del PASN, deben tener como característica fundamental, el que realicen las actividades asistenciales y sobre todo la AIMCA con calidad óptima, pues constituye ésta, para los propósitos docentes, el instrumento básico de la capacitación. Bajo estas circunstancias, es indispensable su evaluación periódica.

El objetivo de este trabajo fue el de evaluar la calidad de la AIMCA en tres unidades del primer nivel que, sin recursos adicionales a los establecidos para su operación normal, fueron seleccionadas para funcionar como Centros Estatales de Capacitación (CEC). La metodología llevada a cabo en este estudio puede ser utilizada para la evaluación periódica de la AIMCA en otros CEC que se establezcan en México o en centros de capacitación similares que se instalen por otras instituciones de salud en éste o en otros países.

Material y métodos

La evaluación se realizó entre los meses de septiembre y noviembre de 1998, en tres unidades médicas seleccionadas para ser centros estatales de capacitación: el centro de salud rural concentrado de Calera, Zacatecas; el centro de salud urbano

de Nogales, Veracruz; el centro de salud urbano de Tierra Colorada en Villahermosa, Tabasco. El estudio incluyó las áreas de consulta externa y las de inmunizaciones, ya que es en estos sitios donde se aplica la estrategia de atención integrada.

En consulta externa se evaluaron los núcleos básicos de atención primaria que realizan tareas docentes y que están constituidos por un médico general o familiar, una enfermera y un promotor: tres núcleos en Calera, dos en Nogales y cinco en Tierra Colorada. En las áreas de inmunizaciones se evaluó la atención integrada que proporcionan las enfermeras generales responsables de este servicio, ya que también participan en las tareas docentes del Centro.

En cada Centro se evaluó la atención proporcionada a todos los menores de cinco años que asistieron a la unidad durante la semana en que se llevó a cabo la supervisión del mismo: 33 en Tierra Colorada, 29 en Nogales y 27 en Calera.

Se utilizaron tres cédulas precodificadas con estructura de lista de cotejo: una para la atención integrada, otra para la atención médica de ED y una más para la atención médica de IRA. Los componentes, elementos y criterios de evaluación se señalan en los cuadros I y II. Los tres instrumentos de investigación se validaron mediante consenso de expertos y prueba piloto.

La evaluación fue realizada en cada CEC por dos médicos previamente capacitados de acuerdo a las normas del PASN,¹ uno del nivel federal y otro del estatal. La información para el llenado de las cédulas se obtuvo mediante entrevista a las madres o responsables de los niños al salir de la consulta o del área de inmunizaciones, la exploración física del niño en los casos de diarrea e infecciones respiratorias agudas y la revisión de documentos clínicos, receta médica, Cartilla Nacional de Vacunación y Cartilla Nacional de Salud de la Mujer. Se anotó la hora y los minutos del inicio y el final de la consulta, para poder obtener la duración de la misma.

La atención proporcionada a cada niño fue calificada como óptima, satisfactoria o no satisfactoria de acuerdo con los criterios señalados en los cuadros I y II.

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, obteniendo frecuencias simples de todos los componentes de la AIMCA y de la atención médica de casos de ED o IRA, en relación a la calificación otorgada a cada componente.

Resultados

En el Centro de Salud de Tierra Colorada, Tabasco se evaluó la AIMCA en 33 niños: 17 por ED o IRA y 16 por vacunación o revisión. La duración promedio de cada consulta fue de 22.3'; en el primer grupo fue de 23.3'. Las frecuencias de las calificaciones otorgadas en cada componente y las principales deficiencias, se presentan en la figura 1. Nótese que hay porcentajes por arriba del 20% de calificación no satisfactoria en la atención del motivo de consulta (diagrama de barras superior) y que esto se debe principalmente a una clasificación y diagnóstico erróneo y a deficiencias en la capacitación de las madres (diagrama de barras inferior).

En el Centro de Salud de Nogales, Veracruz se evaluó la AIMCA en 29 niños: 15 por ED o IRA y 14 por vacunación o revisión. La duración promedio de cada consulta fue de 18.4'; en el primer grupo fue de 21.3'. Las frecuencias de las calificaciones otorgadas en cada componente y las principales deficiencias se presentan en la figura 2. Resalta como no satisfactoria la atención a la salud de la madre (barras superiores) y la capacitación de las madres sobre el motivo de la consulta (barras inferiores).

En el Centro de Salud de Calera, Zacatecas se evaluó la AIMCA en 27 niños: 12 por ED o IRA y 15 por vacunación o revisión. La duración promedio de cada consulta fue de 22.8'; en el primer grupo fue de 33.3'. Las frecuencias de las calificaciones otorgadas en cada componente y las principales deficiencias se presentan en la figura 3. Como no satisfactorio se encuentran los mismos componentes del Centro de Salud de Nogales, agregándose la deficiente atención del motivo de consulta (barras superiores), pero esto ocasionado por la falta de capacitación de la madre, que en este Centro fue no satisfactorio en más del 50% de los casos (barras inferiores).

Discusión

La organización de centros de capacitación para el personal de salud, con la participación de unidades docente-asistenciales en el primer nivel de atención, no es una tarea fácil en nuestro medio, entre otras razones, porque con muy pocas excepciones, tradicionalmente la docencia se ha realiza-

Cuadro I. Componentes, elementos y criterios de evaluación de la atención integrada al menor de cinco años.

Componentes / Elementos	Criterios de Evaluación	
	Optima	Satisfactoria*
Atención motivo de la consulta *Enfermedades prevalentes: -Enfermedades diarreicas -Infecciones respiratorias agudas *Otros: -Nutrición -Vacunación	Cuando se cumplen todos los elementos	Señalado en las secciones correspondientes (Cuadro II)
Identificación de factores de mal pronóstico *Madre analfabeta o menor de 17 años *Antecedentes de defunción de un hermano menor de cinco años de edad *Menor de dos meses de edad *Menor de un año con antecedentes de Bajo peso al nacer *Desnutrición moderada a severa *Inmunodeficiencias *Dificultad para regresar en caso necesario		Señaladas en las secciones correspondientes (En este mismo cuadro)
Vigilancia de la nutrición *Registro de peso y talla *Diagnóstico del estado de nutrición *Orientación sobre lactancia materna en menores de un año *Incorporación de desnutridos a programas de rehabilitación *Identificación y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro *En zonas de riesgo: -Administración periódica de vitamina A y desparasitante intestinal		Identificación de cuando menos cinco factores
Vigilancia de la vacunación *Investigación de vacunas aplicadas *Aplicación y registro de vacunas de acuerdo a la norma		Cumplimiento de los primeros cinco elementos
Capacitación de la madre según el motivo de la consulta Estrategia Educativa: *Sin factores de mal pronóstico -Verbal y recomendaciones por escrito *Con factores de mal pronóstico -Práctica con verificación de habilidades Contenido: *ED e IRA: (ver cuadro II) *Nutrición y control del niño sano: -Crecimiento y desarrollo para su edad -Alimentación adecuada para su edad *Vacunación: -Contraindicaciones verdaderas y falsas -Reacciones secundarias		(Sólo hay óptimo o no satisfactorio, si se cumplen o no todos los elementos)
Atención a la salud de la madre *Entrega de la Cartilla Nacional de la Salud de la Mujer *Orientación sobre su contenido y utilidad *Cita Médica		Estrategia: Lo correcto Contenido: *ED e IRA: capacitación sobre signos de alarma *Control del niño sano: información sobre el estado de nutrición; en niños menores de un año, recomendaciones escritas de alimentación adecuada *Vacunación: capacitación sobre tratamiento de las reacciones secundarias *Entrega de la Cartilla Nacional de la Salud de la Mujer *Cita Médica

*Si no cumple éste mínimo, se considera No Satisfactorio

Cuadro II. Componentes, elementos y criterios de evaluación de la atención médica de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas.

Componentes / Elementos	Criterios de Evaluación	
	Optima	Satisfactoria*
Clasificación y diagnóstico *Diagnóstico y clasificación de acuerdo a norma *Registro del diagnóstico y de la clasificación en un documento clínico *Información a la madre	Quando se cumplen todos los elementos	Quando se cumplen los dos primeros elementos
Identificación de factores de mal pronóstico Señalados en el cuadro I		Identificación de cuando menos cinco factores
Tratamiento de acuerdo a la norma *Enfermedades diarreicas -Deshidratación -Medicamentos -Dieta *Infecciones respiratorias agudas -Insuficiencia respiratoria -Medicamentos -Dieta		ED: Quando el tratamiento de la deshidratación y el empleo de antimicrobianos estén de acuerdo a la norma IRA: Quando el tratamiento de la insuficiencia respiratoria y el empleo de antimicrobianos están de acuerdo a la norma
Capacitación de la madre Contenido: *Medidas de prevención *Atención en el hogar *Signos de alarma Estrategia educativa: -(ver Cuadro I)		Quando la madre reconoce los signos de alarma y se utilizó la estrategia correcta
Seguimiento Sin factores de mal pronóstico: *Recomendaciones adecuadas en caso de agravamiento *Cita abierta Con factores de mal pronóstico *Observación del paciente al término de la consulta *Recomendaciones en caso de agravamiento *Cita en 48 horas		(Sólo se evalúa como óptimo y no satisfactorio si se cumplen o no todos los elementos)

* Si no cumple con este mínimo, se considera No satisfactorio

do en otros niveles. En estas circunstancias, la evaluación de los CEC, cuya organización ha propuesto el PASN, debe ser una actividad prioritaria y sistemática que inclusive preceda el inicio de las actividades docentes.

La evaluación de la calidad de la AIMCA que se analiza en este trabajo, se refiere exclusivamente al "proceso" de la misma. La evaluación de diversos aspectos relacionados con la estructura y los resultados, de la atención misma y de la función docente, serán motivo de futuras publicaciones. La decisión de analizar y publicar en primer lugar los resultados de la evaluación de la calidad del proceso de la AIMCA obedece a diversas razones:

- El principal objetivo de los CEC es la capacitación del personal del primer nivel en la ejecución correcta de este proceso.
- El eje de la capacitación es precisamente la atención integrada que se proporciona a los niños que por diversos motivos son llevados a la consulta externa de dichos Centros.
- Se trata de unidades médicas donde se implanta por primera vez la AIMCA, de acuerdo con las normas del PASN.¹

Las características de los seis componentes de la AIMCA normada por el PASN en México se definieron, tal como se menciona al inicio de este

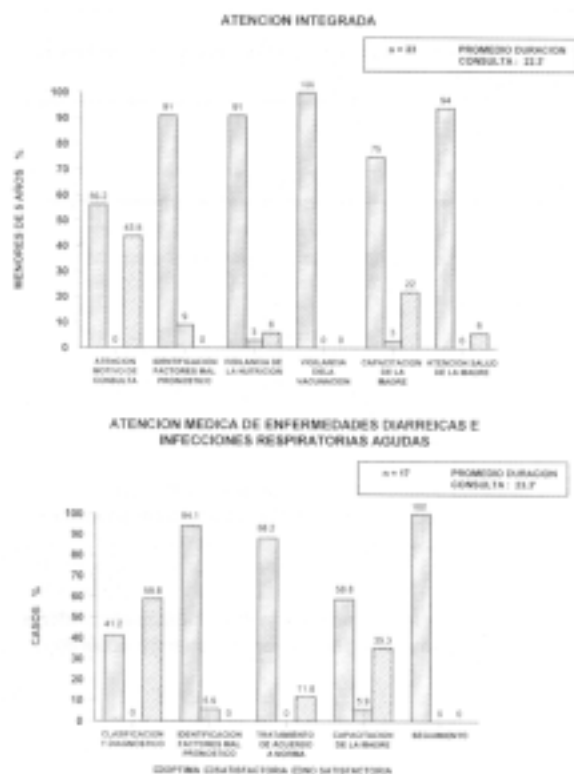


Figura 1. Resultados de la evaluación de la calidad de la AIMCA en el Centro de Salud de Tierra Colorada, Tabasco. Barras superiores representan 33 niños que asistieron al centro de consulta, barras inferiores representan 17 niños que acudieron al centro por ED o IRA.

trabajo, con base en experiencias nacionales^{8,13,15} y en la propuesta al respecto de la OMS.⁷ Tres de ellos integran actividades que realizaba el mismo personal de salud en programas antes dispersos como el de Vacunación Universal, los de Prevención y Control de ED e IRA y el de Nutrición. La inclusión de los otros tres componentes obedece a razones de índole diversa: 1) la investigación, en todos los menores de cinco años que son llevados a los servicios de salud, de los siete factores de mal pronóstico identificados como los más importantes en nuestro medio^{8,9,13,15} se debe a que su presencia obliga a diferentes modalidades de capacitación de la madre y de observación y seguimiento del niño, cuya omisión tiene consecuencias que pueden ser fatales;^{9,10} 2) la AIMCA hace énfasis en diversas modalidades de capacitación de la madre para la correcta atención del niño, porque con frecuencia se omite o se realiza con técnicas inadecuadas, lo que también es un factor de mal pronóstico;¹⁶ 3) proponer y concertar con la madre o con la responsable del cuidado del niño, un

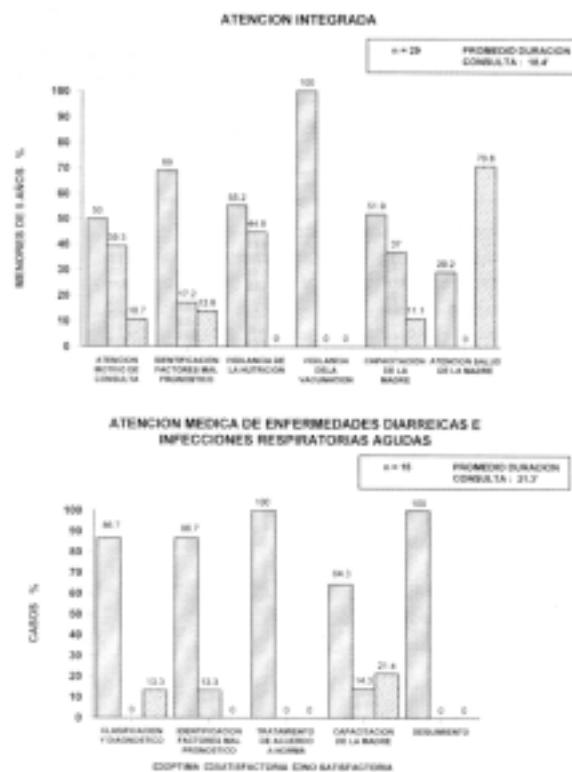


Figura 2. Resultados de la evaluación de la calidad de la AIMCA en el Centro de Salud de Nogales Veracruz. Barras superiores representan 33 niños que asistieron al centro de consulta, barras inferiores representan 17 niños que acudieron al centro por ED o IRA.

programa para la atención de su propia salud, mediante la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, es aprovechar una valiosa oportunidad para promover este programa, con diversos rezagos en nuestro país.¹⁷ Por todo lo anterior, la correcta AIMCA representa un cambio importante en la prestación de los servicios, el cual es sencillo desde el punto de vista técnico, pero difícil porque implica también un cambio de actitud en los equipos de salud. De ahí la importancia de su evaluación sistemática.

Para un programa de carácter nacional como lo es el PASN, es de importancia capital investigar si la AIMCA -incluyendo la atención médica de ED e IRA de acuerdo con sus normas- son factibles en unidades sin recursos adicionales a los previamente establecidos para su operación normal y si pueden alcanzar los niveles requeridos para convertirlos en centros de capacitación. El personal de los núcleos de atención primaria evaluados recibió capacitación previa mediante cursos o talleres con duración máxima de una semana, conducidos por

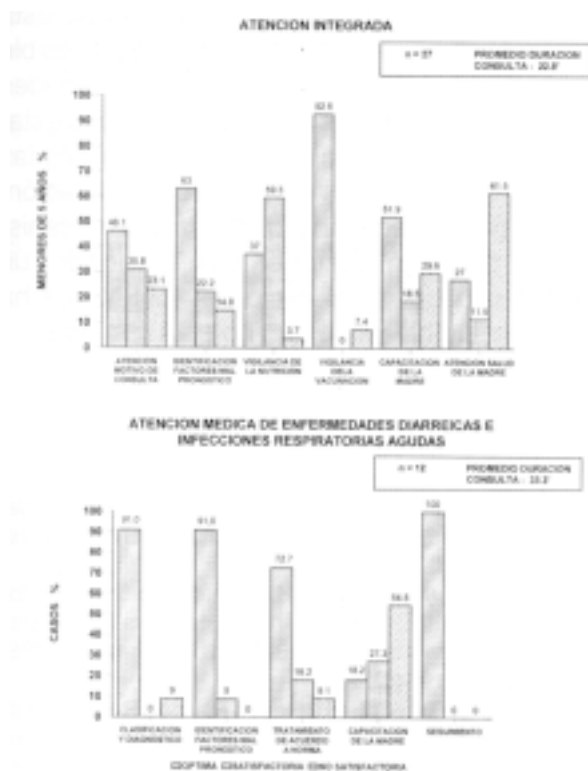


Figura 3. Resultados de la evaluación de la calidad de la AIMCA en el Centro de Salud de Calera, Zacatecas. Barras superiores representan 33 niños que asistieron al centro de consulta, barras inferiores representan 17 niños que acudieron al centro por ED o IRA.

pediatras y por enfermeras; la duración y las características de la capacitación dependió del nivel de conocimientos y habilidades de cada profesional, al inicio del evento. Participaron enfermeras, médicos pasantes en servicio social (Zacatecas) médicos generales (Veracruz) y médicos familiares (Tabasco). Todos ellos habían aceptado voluntariamente la incorporación de tareas docentes en sus horas habituales de trabajo, sin remuneración económica adicional, pero bajo la supervisión del director del CEC, que en los tres casos fue un pediatra con base en el hospital de referencia de los centros de salud.

La metodología desarrollada para esta evaluación merece varios comentarios. Se basa en las normas del PASN¹ y se trata de un cuestionario estructurado como lista de cotejo, cuyos componentes y criterios de calificación fueron validados mediante consenso de expertos (pediatras, sanitarios y médicos familiares) y cuyo diseño fue corregido después de aplicar una prueba piloto. Es un instrumento sencillo que puede ser aplicado

por médicos o enfermeras no especializados, cuya capacitación para esta tarea requiere de periodos no mayores de dos semanas. El número de casos que se estudia está determinado por la demanda de atención durante la semana que dura la supervisión y evaluación completa del CEC (estructura, resultados y actividades docentes). En este caso y de acuerdo con la técnica de muestreo por lotes¹⁸ los tamaños de las muestras fueron suficientes en los tres centros de salud para evaluar la calidad del proceso de los seis componentes de la AIMCA, aunque no permiten inferir diferencias estadísticas entre cada Centro o entre cada núcleo básico de atención primaria al interior de ellos, lo cual, si bien se "antoja" tratar de hacerlo, no era el objetivo de este trabajo. En conclusión, esta metodología puede ser utilizada para evaluar la AIMCA en forma periódica en centros de capacitación similares que se establezcan en un futuro por la Secretaría de Salud o por otras instituciones en México y en otros países.

La evaluación de los seis componentes de la AIMCA fue calificada como óptima o satisfactoria en una proporción elevada de casos en las tres unidades estudiadas, tanto en los niños que fueron llevados a consulta por alguna enfermedad y fueron atendidos por el médico, como en los que acudieron para vacunación o revisión y fueron atendidos por la enfermera. Las deficiencias más relevantes fueron la insuficiente capacitación de la madre, la omisión del registro correcto del diagnóstico del estado de hidratación y de la insuficiencia respiratoria, y la atención de la salud de la madre. Estas y otras deficiencias identificadas fueron corregidas cuando los coordinadores de los CEC y los equipos de atención primaria conocieron los resultados de la evaluación. Lo anterior fue posible porque se trataba de personal motivado que voluntariamente, como antes se mencionó, aceptó asumir responsabilidades docentes. Pero además, porque para la correcta ejecución de cada componente no se requieren recursos adicionales a los normados, ni habilidades técnicas especiales. Más aún, el tiempo promedio para otorgar una atención integrada de calidad óptima osciló entre 18 y 33 minutos; pero ello requiere del trabajo en equipo entre el médico y la enfermera. No conocemos otras evaluaciones de la AIMCA de este tipo que nos permitan hacer comparaciones; probablemente este es uno de los trabajos pioneros en este campo.

Todos los médicos del Centro de Salud de Tierra Colorada, Tabasco, se habían graduado en medicina familiar y fueron los que más fácilmente aplicaron la estrategia de AIMCA y más rápidamente corrigieron las deficiencias identificadas durante la evaluación. Los médicos del Centro de Salud de Nogales, Veracruz, no tenían especialidad pero también corrigieron rápidamente las deficiencias identificadas. Los médicos del Centro de Salud de Calera, Zacatecas, eran pasantes en servicio social, uno de ellos, de reciente ingreso, requirió de capacitación adicional para superar las deficiencias identificadas en varios componentes de la AIMCA y de la atención de ED e IRA. Por lo anterior se reubicó la unidad docente-asistencial en un centro de salud con personal médico de base, experiencia que ha sido útil en la organización de otros CEC.

El componente de la AIMCA con deficiencias potencialmente más riesgosas, fue el de la capacitación de la madre en la identificación de signos de alarma en ED e IRA, así como en lactancia materna y nutrición. Diversos trabajos realizados por nuestro grupo han demostrado que ello es causa de una proporción elevada de las muertes prevenibles en los menores de cinco años.^{8,16} La capacitación de la madre, que al término de la consulta lleva a cabo el médico, es poco eficaz porque no le destina el tiempo necesario, ni la ejecuta con el lenguaje y la técnica adecuados, sobre todo en los niños con factores de mal pronóstico. En este sentido, pensamos que la enfermera es el personal con el perfil, la actitud y la motivación necesarias para realizarla en forma eficaz. Se propuso a los coordinadores de los CEC reorganizar y capacitar a los núcleos de atención primaria para esta nueva distribución del trabajo.

La experiencia obtenida en esta primera evaluación de los CEC permitió mejorar su organización. Sin embargo, como el funcionamiento de dichos centros es incipiente, es indispensable la supervisión continua y su evaluación periódica. El sistema que al respecto se ha desarrollado incluye también la evaluación de las tareas docentes y la estimación de su eficacia, medida por el cambio de conducta de los alumnos en sus centros de trabajo y no solamente por los conocimientos y las habilidades adquiridas, como habitualmente se hace. En este sentido se está concluyendo una investigación cuyos resultados esperamos publicar.

Podemos concluir que los resultados de esta investigación operativa demuestran que es posible otorgar AIMCA en forma satisfactoria, en unidades de primer nivel sin recursos adicionales a los establecidos para su operación normal y que ello las convierte en potenciales centros de capacitación. Sin embargo, es necesario identificar los mecanismos que permitan sostener sus funciones, un problema que desde el inicio del PASN nos ha parecido ineludible y que aún no está resuelto.

Referencias

1. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Atención a la Salud del Niño. Secretaría de Salud. México. 1997.
2. **Gutiérrez G, y Guiscafré H.** La hidratación oral y los centros de nutrición de los hospitales rurales: un programa de gran alcance. Boletín informativo IMSS-COPLAMAR 1984;2:5-6.
3. **Gutiérrez G, Guiscafré H, Reyes H, y col.** Reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas. Experiencias de un programa de investigación-acción. Salud Pública Méx 1994;36:168-179.
4. **Verver H.** Zacatecas y su experiencia en estrategias integrales de atención al niño. Dirección General de Servicios de Salud de Zacatecas. Documento Técnico. Secretaría de Salud. México, 1997.
5. **Guiscafré H, Martínez H, Villa S, y col.** The impact of a training unit for integrated child health care management in Mexico. (aceptado para publicación) Bull WHO, 2001.
6. **Palafox M, Rodríguez SJ.** Experiencias de una unidad docente-asistencial para la atención integral del niño en el Estado de Hidalgo. Documento Técnico. Secretaría de Salud México, noviembre 1995.
7. World Health Organization, Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Integrated management of the sick child. Bull WHO 1995;73:735-740.
8. **Tomé P, Reyes H, Rodríguez L, y col.** Muerte por diarrea aguda en niños: un estudio de factores pronósticos. Salud Pública Mex 1996;38:227-235.
9. **Villa S, Guiscafré H, Martínez H, y col.** Muerte en el hogar en niños con diarrea aguda atendidos en un Centro Docente Asistencial. Rev Med IMSS (Mex) 1995;33:391-395.
10. **Reyes H, Tomé P, Gutiérrez G, y col.** La mortalidad por enfermedad diarreica en México: ¿problema de acceso o de calidad de atención? Salud Pública Mex 1998;40:316-323.
11. **Palafox M, Guiscafré H, Pérez-Cuevas R, y col.** Calidad de la atención médica en niños hospitalizados por diarrea aguda. Bol Med Hosp Infant Mex 1994;51:507-513.
12. **Pérez-Cuevas R, Guiscafré H, Romero G, y col.** Mother's health seeking behavior in acute diarrhoea in Tlaxcala Mexico. J Diarrhoeal Dis Res 1996;4:260-268.

13. **Reyes H, Pérez-Cuevas R, Salerón J, y col.** Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy and Planning* 1997;12: 214-223.
14. **Gutiérrez G, Guiscafré H, Bronfman M, y col.** Changing physician prescribing patterns: evaluation of an educational strategy for acute diarrhoea in Mexico. *Medical Care* 1994;32:436-446.
15. **Gutiérrez G, Reyes H, Martínez H, y col.** Study of the disease-health seeking-death process: another use of the verbal autopsy. *Inter J Epidemiol* 1994;23:427-428.
16. **Bravo D, Romero G, Reyes H, y col.** Cumplimiento del manejo en el hogar a niños con diarrea aguda atendidos en un Centro Docente Asistencial. *Rev Med IMSS (Mex)* 1995;33:391-395.
17. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México, 1997.
18. World Health Organization. Action Programmed on Essential Drugs. Chapter 3: Study design and sample size and Annex 4: Using the indicators for monitoring. In *How to investigate drug use in health facilities*. WHO/DAP/93.1 Geneva, Switzerland. 1993.

