

SATISFACCIÓN USUARIA CON EL CONTROL DE SALUD INFANTIL EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR EN EL AÑO DE 2015.

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública de la
Universidad de Chile

Alumna

Fernanda Martins Monteiro Mattos

Profesor guía

Aldo Vera Calzaretta

Guía metodológico

Jorge Rodríguez Tobar

Santiago/Chile
Agosto de 2015

Agradecimientos

A mi familia, especialmente a mis padres, por su cariño y apoyo incondicional en cada una de las metas que me he propuesto. Gracias a ustedes por siempre creer en mí.

A mi amado marido, Gabriel, que me ayudó en forma inestimable en la tabulación de los datos de la encuesta y por el apoyo y cariño en los momentos más difíciles.

A mi Profesor Guía Sr. Aldo Vera, quien con su comprensión, calidez y profesionalismo fue esencial en el desarrollo de este estudio.

A mi Guía metodológico Sr. Jorge Rodríguez Tobar por su buena voluntad y gran apoyo en la realización de ese estudio.

A los usuarios del CESFAM Karol Wojtyla por la amabilidad en participar en el estudio, aceptando contestar la encuesta sin ningún interés.

A mis amigas María José González y Fabiola Miranda por el gran apoyo en los análisis estadísticos y por la revisión completa de mi tesis y gran aporte en los detalles finales de la tesis. Les estaré eternamente agradecida.

Y a todos quienes de una u otra manera colaboraron para el logro de esta investigación. Muchas gracias.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	8
2 MARCO TEÓRICO	12
2.1 EL CONTROL DE SALUD INFANTIL.....	12
Tabla 1. Periodicidad de la atención a niños y niñas a través del control de salud infantil, realizado por enfermero/a, matrón/a y médico.....	16
2.2 CALIDAD DE ATENCION EN SALUD	18
2.3 SATISFACCIÓN USUARIA.....	22
2.4 CENTRO DE SALUD KAROL WOJTYLA – UNA BREVE RESEÑA HISTÓRICA.....	25
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4 METODOLOGÍA.....	28
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	28
4.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	28
4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	29
4.3 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	29
Tabla 2: Dimensiones, escala y categorías de respuesta de las variables sociodemográficas seleccionadas de la encuesta.....	31
Tabla 3: Escala de medición e indicadores de las dimensiones y sub-dimensiones de la satisfacción usuaria.....	32
4.4 INSTRUMENTO	33
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4.6 LIMITACIONES	34
4.7 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	34
Tabla 4. Opciones de respuestas a las preguntas de la encuesta según puntaje asignado....	35
Tabla 5. Preguntas asociadas y puntajes asignados según dimensiones y subdimensiones de la satisfacción usuaria.....	36
5 PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA.....	38
Tabla 6: Plan de trabajo y cronograma	38
6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	39
Tabla 7: Datos socio-demográficos de los usuarios	39
Tabla 8: Satisfacción usuaria	42

Tabla 9: Percepción del tiempo de espera y atención	44
Gráfico 1: Distribución porcentual de puntos sumados en las preguntas referentes a la dimensión estructura, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	45
Gráfico 2: Distribución porcentual de puntos sumados en las preguntas referentes a la dimensión proceso, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	46
Gráfico 3: Distribución porcentual de puntos sumados en las preguntas referentes a la dimensión resultado. Opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	47
Tabla 10: Indicadores por dimensión.....	48
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	49
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	56
ANEXOS	60

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo estimar el nivel de satisfacción del cuidador (padres u otro acompañante) con respecto a las dimensiones “estructura”, “proceso” y “resultado”, según la definición de Donabedian, relacionado al control de salud infantil, en el Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla, en la Comuna de Puente Alto, así como la calificación por la atención recibida. Las informaciones analizadas parten de encuestas realizadas a los acompañantes de los menores que asistieron a los controles de salud infantil durante tres semanas en el mes de febrero de 2015.

Según la caracterización sociodemográfica de los participantes en el estudio, la mayoría fue mujer (97%), con 28 años de edad en promedio, madre del menor (93%), dueña de casa (63%), soltera (37%), que terminó la enseñanza media (47%) y que tiene previsión de salud FONASA A (56%).

Se encontraron niveles positivos de satisfacción usuaria según las dimensiones evaluadas. La “**estructura**” mostró una mediana de 28 puntos (mínimo de 7 y máximo de 35 puntos). Respecto al indicador “**proceso**” el promedio de puntos fue de 39,1 (mínimo de 9 y máximo de 45). La evaluación de la dimensión “**resultado**” resultó en puntaje asignado de 8,04 (con un mínimo de 2 y máximo de 10). Respecto a la calificación atribuida a la atención recibida, la mayoría de los entrevistados la consideraron “buena” (63%).

Los resultados obtenidos, aunque positivos, sugieren que la evaluación de la satisfacción usuaria debe ser realizada de forma continua y ser considerada como una estrategia que permita conocer los aspectos de la atención que deben ser mejorados, y para poder fortalecer las acciones positivas ya realizadas. Las informaciones recolectadas pueden ser una buena estrategia para optimizar la atención de Control de Salud Infantil de forma sostenida en el tiempo.

Palabras clave: satisfacción usuaria, control de salud infantil, CESFAM

“User satisfaction about Child Health Control in a Family Health Center in 2014.”

Summary

This study aims at estimate the satisfaction level of the caregiver (parent or other partner) regarding the dimensions “structure”, “process” and “results”, according to the definition of Donabedian, about child health control in the Family Health Center (CESFAM) “Karol Wojtyla”, in the city of Puente Alto, along with qualifying the attention received. The information analyzed come from surveys carried out to minors’ companions who attend to Child Health controls during three weeks during February 2015.

According to sociodemographic characterization for the survey participants, the majority were women (97%), on average 28 years old, mother of the minor (93%), housewife (63%), single (37%), achieved high school education (47%), and has healthcare prevision FONASA A (56%).

Positive levels of user satisfaction have been met according the dimension measured. The “**structure**” showed a median of 28 points (minimum of 7 and maximum of 35). Regarding the indicator “**process**”, the average was 39.1 (minimum of 9 and maximum of 45). The evaluation of the dimension “**result**”, ended in given score of 8.04 (with a minimum of 2 and maximum of 10). Regarding the qualification attributed to the care delivered, the majority of interviewed consider it “good” (63%).

The results obtained, even if they are positive; suggest that the evaluation of user satisfaction should be realized in a continuous way and be considered as a strategy that allows for knowing the aspects of attention that have to be enhanced, and to be able to strengthen the positive actions already made. The gathered information can be a good strategy to optimize the attention for the Child Health Control in a long-lasting way.

Keywords: user satisfaction; child health control, CESFAM

Resumo:

O presente estudo teve como objetivo estimar o nível de satisfação do cuidador (pais ou outro acompanhante) no que diz respeito às dimensões "estrutura", "processo" e "resultado", segundo a definição de Donabedian, referente a puericultura no Centro de Saúde da Família Karol Wojtyła, na comuna de Puento Alto, bem como qualificação para o atendimento recebido. Os dados analisados foram baseados na entrevista dos acompanhantes das crianças que foram atendidas em consulta de puericultura, durante três semanas em fevereiro de 2015.

De acordo com a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, a maioria eram mulheres (97%), com 28 anos de idade, em média, mãe da criança (93%), donas de casa (63%), solteiros (37%), que concluiu o ensino medio (47%) e com previsão de saúde FONASA A (56%).

O nível de satisfação usuaria de acordo com as dimensões avaliadas foi positivo. A "**estrutura**" mostrou uma mediana de 28 pontos (mínimo de 7 e um máximo de 35 pontos). Em relação ao indicador "**processo**" a média foi de 39,1 pontos (mínimo de 9 e máximo de 45). A avaliação da dimensão "**resultado**" resultou na pontuação 8,04 (mínimo de 2 e máximo de 10). Em relação a qualificação atribuída a atenção recebida, a maioria dos entrevistados a considero "boa" (63%).

O resultado encontrado, embora positivo, sugere que a avaliação da satisfação usuária deve ser realizada de forma contínua e ser vista como uma estratégia que permita conhecer os aspectos da atenção em saúde que devem ser melhorados, e para fortalecer as ações positivas já realizadas. As informações coletadas podem ser uma boa ferramenta para otimizar a atenção dispensada nas consultas de puericultura de forma constante ao longo do tempo.

Palavras-chave: satisfação usuaria, puericultura, CESFAM

1. INTRODUCCIÓN

Con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad infantil, La Organización Mundial de la Salud (OMS), La Organización Panamericana de la Salud (OPS), y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han expuesto la importancia de la atención primaria de salud de los niños y niñas. Para tal efecto, se han realizado acciones que tienen por objeto promover la salud en su conjunto, a través de la prevención, detección y control de los factores de riesgo en esta población (Villanueva *et al.*, 2011).

En Chile, la tasa de mortalidad infantil se encuentra entre las más bajas de Latinoamérica. Algunos estudios también han demostrado que ha existido una disminución importante de las tasas en el país: por ejemplo, de 136 por mil nacidos vivos en el año de 1950, a 7,9 por mil nacidos vivos en el año de 2009 (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2013). Por esta razón, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha puesto énfasis en la prevención de los problemas de salud considerados más relevantes y frecuentes en los niños chilenos actualmente. Estos son: “el sobrepeso y obesidad, accidentes, maltrato, rezagos en el desarrollo, problemas de salud bucal, anomalías congénitas y enfermedades crónicas” (MINSAL, 2011a).

Con el objetivo de mejorar estos indicadores, el Ministerio de Salud ha enfocado su política pública en el sector de la infancia creando un programa especializado, el cual tiene como misión:

El nuevo “Programa Nacional de Salud de la infancia tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida” (MINSAL, 2013a).

El control de Salud infantil es una actividad que hace parte del “Programa Nacional de Salud de la Infancia” creado en 1990 (MINSAL, 2011b),

y vigente hasta la actualidad. Dicho programa, se caracteriza por la supervisión y promoción de la salud de manera periódica y sistemática. Por otra parte, tiene como principales acciones: la educación sanitaria y la realización de actividades preventivas (Garrido, 2007). Lo anterior, desde que el niño nace hasta los 6 años. (Villanueva *et al.*, 2011); (Scavino, 2008). Este Programa se encuentra en fase de rediseño, ya que se busca poder incorporar diversas estructuras de procesos de regulación normativa y expandir el control hasta los 9 años de edad (MINSAL, 2013b).

Por intermedio de acciones coordinadas de los servicios de Medicina Familiar, Enfermera Materno Infantil (EMI), Medicina Preventiva y Nutrición, en el control de Salud infantil, se realiza una atención integral. Es decir, en ella se incluye la detección precoz de problemas de salud, evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor, evaluación del crecimiento, y del estado nutricional del niño o niña a través de la medición de peso y talla; la educación de los cuidadores sobre la prevención de accidentes y se les explica aspectos de la alimentación e higiene. Del mismo modo, se promueve la importancia de la lactancia materna y de la aplicación de inmunizaciones (Villanueva *et al.*, 2011).

Según Peña *et al.*, 2006, citando a Hemmelgran *et al.*, 1992, la consulta en salud debe estar centrada en las necesidades del usuario, además de establecer un espacio de interacción entre él y el profesional, promoviendo la escucha y el establecimiento de vínculos y de confianza.

Con el objeto de atender a las necesidades del usuario, y de entregar un buen servicio, la atención prestada por los profesionales ha propendido a establecer una correlación lineal con la calidad del servicio respecto a la satisfacción del usuario. Esta calidad percibida por el usuario, muchas veces, va más allá de la existencia de una excelente infraestructura sanitaria, de los avances de la producción tecnológica aplicada a la ciencia de la salud e, incluso, más allá del mayor grado de especialización del capital humano (Torre *et al.*, 2011). En ese sentido el autor Donabedian afirma:

“La calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” (Donabedian, 1980).

También es importante destacar, que cuando no es comprendido por parte del usuario el significado de la calidad en la atención en salud para él mismo, aquello tiene como corolario un bajo compromiso con los tratamientos sugeridos por el personal de salud. Asimismo, ello conlleva a la subutilización o a la no utilización de los servicios de salud, o bien al mal uso de estos (Gallego; Navarrete & Vanderlei, 2010).

En la búsqueda de información científica para la presente investigación, no se han hallado estudios acerca de la percepción del usuario con respecto a la calidad del control de salud infantil, al menos no se ha encontrado material de lo realizado en Centros de Salud Familiar (CESFAM) en Chile. En el CESFAM elegido ubicado en la comuna de Puente Alto, aunque ya se haya realizado en 2011 una evaluación de la satisfacción del usuario con respecto a la atención prestada, de manera general, y pese a que este ganó el título de “Consultorio Excelencia”, no se ha evaluado la satisfacción usuaria, específicamente con respecto al control de Salud infantil.

Sanar esta brecha es la intención del presente estudio, considerando que el resultado podrá contribuir a potencializar los aspectos positivos de la asistencia entregada, así como obtener información objetiva sobre sus fallas y sus falencias, en la opinión del usuario. Tener esta información contribuye a la mejoría de la atención en salud de la población infantil, a la mayor asistencia a los controles de salud y a la mayor adherencia a las indicaciones de los profesionales referente a los cuidados del menor.

Dado todos los anteriores antecedentes este estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de satisfacción del cuidador con respecto al control de salud infantil realizado por el equipo de salud del Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla, en la Comuna de Puente Alto, en 2015?

2 MARCO TEÓRICO

El presente Marco Teórico tiene por objeto conceptualizar y caracterizar el control de salud infantil realizado en los Centros de Salud Familiares de Chile, según la normativa vigente. Por otro lado, busca mostrar los cambios propuestos por el nuevo “Programa Nacional de Salud Infantil” recientemente rediseñado. Además, se presentan los conceptos que serán trabajados en este estudio y la importancia de la calidad de la atención en salud y de la satisfacción usuaria, según las más respetadas Organizaciones Internacionales, el Ministerio de Salud de Chile, e importantes autores.

2.1 EL CONTROL DE SALUD INFANTIL

Los niños y niñas son reconocidos, a nivel mundial, como un grupo prioritario en los esfuerzos que deben realizar los distintos Estados en materia de salud pública, por ello:

“En la Cumbre Mundial de la Infancia, celebrada en 1990, se adoptó una Declaración y un Plan de Acción que incluye 27 metas para la supervivencia, desarrollo y protección de la infancia y la adolescencia” (Peña *et al.*, 2006).

Entre estas actividades se destacan: la asistencia al recién nacido, la promoción de la lactancia materna, el seguimiento del crecimiento y del desarrollo del niño, el cumplimiento del calendario de vacunación, así como la prevención y el control de enfermedades agudas (Peña *et al.*, 2006).

El Ministerio de Salud de Chile, en el Manual de Salud Infantil, destaca que los niños y las niñas son el recurso principal de un país y que asegurar un desarrollo integral en la primera infancia es un desafío que debe estar basado en el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas y en los Derechos Humanos. También plantea que Chile tiene una larga tradición de políticas sanitarias dirigidas a la madre y sus hijos o hijas, a través de la

formulación de sus actividades programáticas adaptadas al perfil epidemiológico y al contexto social y económico en los diferentes periodos. Lo anterior, ha tenido como consecuencia una profunda reducción de la mortalidad y la morbilidad en la niñez. Por ello, hoy, las políticas públicas dirigidas a infancia tienen como desafío contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas, fomentando su desarrollo integral (MINSAL, 2013b). El manual desarrollado por el Ministerio de Salud, también destaca que:

“Las intervenciones que protegen y promueven la máxima realización del potencial de niños y niñas, contribuyen a mejorar su desarrollo cognoscitivo y emocional e impulsan el rendimiento escolar, que a su vez facilita el acceso al empleo productivo, una mayor movilidad social y la reducción de inequidades en el futuro” (MINSAL, 2013b).

La última actualización de la normativa del Programa Nacional de Salud de la Infancia data de 1990, es decir de hace 13 años. Los avances sustanciales en el conocimiento científico, el desarrollo económico del país y los cambios en el perfil epidemiológico de la población, a lo largo del tiempo, es un elemento clave para justificar la necesidad de actualización del Programa, siendo recientemente rediseñado. (MINSAL, 2013b)

Esta reformulación ha considerado que para enfrentar los principales problemas que presenta la infancia hoy y potenciar el impacto de las intervenciones, es fundamental fortalecer el trabajo colaborativo y coordinado entre diversas instituciones y entre distintos sectores. El documento, además muestra que es necesario, seguir potenciando a los equipos de salud, fortaleciendo sus competencias, empoderar a las familias y a las comunidades en el cuidado y desarrollo infantil, y crear entornos físicos y sociales que promuevan el desarrollo integral (MINSAL, 2013b).

La consulta de control de niño sano (CNS) es una intervención del sector salud en el marco de los Programas Materno-Infantiles. De acuerdo al programa infantil de 1990, esta consulta se refiere al monitoreo del crecimiento y a la supervisión del desarrollo de niños y niñas de 0 a 6 años, en compañía

de sus padres y/o referentes (Scavino, 2008). El nuevo Programa Nacional de la Infancia se refiere al Control de Salud Infantil y así como a la atención integral, sistemática y periódica que se proporciona a niños y niñas, de 0 a 9 años, con el objeto de vigilar su crecimiento y desarrollo. En este control, se entregan las acciones básicas de promoción y prevención de la salud infantil (MINSAL, 2013b).

Los niños son seres vulnerables que necesitan un seguimiento de su salud de manera sistemática y periódica. Por lo tanto, las consultas del control del niño sano tienen la función de vigilar su estado de salud con el objetivo de reducir la incidencia de las enfermedades, para aumentar las posibilidades de alcanzar el pleno potencial a través del crecimiento y desarrollo (Vasconcelos *et al.*, 2012).

Promover y recuperar la salud y el bienestar de los niños es una prioridad en la atención de salud infantil. De este modo, se asegura el crecimiento y el desarrollo adecuado en los aspectos físicos, emocionales y sociales. Para lograr que la promoción sea satisfactoria, los profesionales de la salud a cargo de la consulta de control de salud infantil deben conocer y comprender al niño o niña en el ámbito familiar, pero también sus relaciones sociales y sus interacciones o relaciones con el contexto socio-económico, histórico, político y cultural (Vasconcelos *et al.*, 2012).

Los principales objetivos del control de salud infantil son dos: primero, la supervisión y, segundo, la promoción de salud. Estos son llevados a cabo a través de la educación sanitaria y de las actividades de prevención de enfermedades. Además, según el Garrido,, se trata de un programa dinámico en la medida en que debe adaptarse a las características del niño, de su familia y del entorno en el cual ellos están insertos. (Garrido, 2007).

El programa Nacional de Salud de la Infancia 2013 refiere que el control de salud infantil es realizada por profesional médico y/o enfermero/a o matrn/a, en el caso de los recién nacidos, en el cual se realizan distintas actividades (MINSAL, 2013b):

- Interacción padres, madres y/o cuidadores con profesional de salud
- Anamnesis
- Examen físico completo
- Evaluación del estado nutricional
- Evaluación del desarrollo integral
- Fomento de las habilidades parentales
- Detección de factores de riesgo
- Entrega de leche según Programa Nacional de Alimentación Complementaria (Leche Purita Fortificada hasta los 18 meses y Purita Cereal desde los 18 meses de vida hasta los 6 años)
- Inmunizaciones según calendario del Programa Nacional de Inmunizaciones.

La periodicidad del control de salud infantil, según el nuevo Programa, con respecto a las horas médica, de matró/a y de enfermería, esta descrita en la tabla 1:

Tabla 1. Periodicidad de la atención a niños y niñas a través del control de salud infantil, realizado por enfermero/a, matrón/a y médico.
PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA 2013

Edad	Recursos humanos
Antes de los 10 días de vida	Hora matrón/a o médico
1 mes	Hora médico
2 meses	Hora enfermero/a o médico
3 meses	Hora médico
4 meses	Hora enfermero/a o médico
6 meses	Hora enfermero/a o médico
8 meses	Hora enfermero
12 meses	Hora enfermero/a o médico
18 meses	Hora enfermero/a o médico
2 años	Hora enfermero/a o médico
3 años	Hora enfermero/a o médico
4 años	Hora enfermero/a o médico
5 años	Hora enfermero/a o médico
6 años	Hora enfermero/a o médico
8 años	Hora enfermero/a o médico
9 años	Hora enfermero/a o médico

Fuente: Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), 2013b

Según Leyton; Pérez y Guerra (2004), citando a Cifuentes, (2002) y Catalán (2000), el control de salud infantil está compuesto por distintas etapas:

- a) **Anamnesis:** Se refiere a los datos personales del niño como el nombre, sexo, edad. Además se obtiene información relativa a los antecedentes familiares y perinatales, como peso y talla al nacer, apego, edad gestacional, etc. También se logra establecer, el tipo de alimentación, el

nivel de desarrollo psicomotor, la observación del calendario de vacunación y también se obtienen informaciones sobre los antecedentes mórbidos del niño.

- b) **Examen físico:** En esta etapa se contemplan los signos vitales, la presencia de reflejos, la actividad, la postura corporal, la hidratación y el estado general de la piel. También se realizan la medición de la talla, del peso, de la circunferencia craneana, y se identifica el estado nutricional.
- c) **Diagnóstico:** De acuerdo a las informaciones obtenidas en la anamnesis y en el examen físico se determina el diagnóstico del estado de salud del niño que son los aspectos: nutricionales; de desarrollo psicomotor; de morbilidad; y de contexto familiar.
- **Diagnóstico nutricional:** Las medidas de peso y talla del niño son evaluados en comparación a patrones de referencia confeccionados por la NCHS (*National Center for Health Statistics*), determinando el estado nutricional del niño, que puede ser: eutrófico, desnutrido, en situación de sobrepeso u obeso.
 - **Diagnóstico de desarrollo psicomotor:** Detección de alteraciones en el desarrollo de la coordinación motora, sociabilidad y en lenguaje del niño, que se logra establecer por intermedio de la aplicación de pautas específicas de evaluación por parte del profesional.
 - **Diagnóstico de morbilidad:** A través del examen físico y anamnesis.
 - **Diagnóstico contextual familiar o problemas identificados con respecto al ámbito psicosocial.**
- d) **Indicaciones:** Se refieren a las recomendaciones entregadas a los padres u otros cuidadores relativos a los problemas de salud del niño o niña identificados, en ese sentido se establece un enfoque preventivo teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Alimentación adecuada.
- Inmunización correspondiente al calendario y a las campañas establecidas por el sistema de salud.
- Estimulación del desarrollo psicomotor.
- Prevención de accidentes.
- Cuidados generales del niño o niña.
- Solicitación de examen de tamizaje como: Radiografía de pelvis, test de *Hirschberg*, test de *Snellen*, audioscopia.
- Próximos controles.

2.2 CALIDAD DE ATENCION EN SALUD

Según los datos manejados por el Ministerio de salud, se destacan que existen estudios que muestran que en la última década, la calidad de la atención en salud ha sido un tema de alta relevancia, estimulada en parte por la legítima y creciente exigencia de los usuarios y por la verificación de una notoria pérdida de calidad en algunas prácticas en el accionar clínico (MINSAL, 2007).

Según la (Organización Mundial de la Salud) OMS, la calidad de atención podría ser comprendida como adecuado desempeño de las intervenciones consideradas como seguras, económicamente accesibles a la sociedad y que son capaces de producir impactos sobre la tasa de mortalidad.

La OMS, por otro lado, destaca que la calidad debe tomar en cuenta la perspectiva global del sistema de salud, para que así se refleje de mejor manera la preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades en su totalidad (*World Health Organization*, WHO, 2006).

Siguiendo las directrices establecidas en materia de calidad por el Ministerio de Salud de Chile, se entiende que el rol principal está concentrado

en cómo se entrega el servicio, el cual debe estar en concordancia directa con los parámetros éticos del personal médico:

“Otorgar servicios que incorporen permanentemente acciones en las atenciones de salud de buena calidad es un imperativo ético para las personas y organizaciones en sus distintas perspectivas – usuario, prestador, administrador” (MINSAL, 2007)

La ley N° 19.937 sobre “Autoridad Sanitaria y Gestión” del 24 de Febrero de 2004 destaca como acción prioritaria, la promoción de la calidad de la atención en salud en el país en sus distintos niveles de complejidad y promueve la implementación de mecanismos que evalúen y certifiquen el apropiado cumplimiento de esta atención (MINSAL, 2007).

Donabedian, en 1990, identifica que el concepto de calidad de atención en salud se puede entender según dos aspectos: el modelo sanitario y el modelo industrial. Estos enfoques han sido considerados en el sector sanitario en la medida en que cada vez más se han aceptado conceptos y métodos de gestión de calidad de empresas de producción y prestación de servicios.

- **Modelo sanitario:** Está relacionado a la práctica de la garantía de calidad y directamente a los profesionales de la salud. Se refiere a los aspectos científicos y técnicos de la atención, equilibrando el actuar del profesional sanitario y el deseo del usuario.
- **Modelo industrial:** Se refiere a la mejora continua de la calidad e incorpora al sector salud la filosofía y la gestión empresarial de la satisfacción usuaria y, por ende del aumento de la calidad total. La calidad se refleja en este modelo en el producto que se ofrece al usuario, y está determinado, a su vez, por sus expectativas y necesidades.

El concepto de calidad de Donabedian todavía es uno de los más aceptados (Barajas, 1993);(Gallego; Navarrete & Vanderlei, 2010). Según el

autor, la calidad se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, para el paciente, con los menores riesgos para su salud.

Los mayores beneficios posibles se refieren, a su vez, a lo que se puede alcanzar de acuerdo con los recursos disponibles para proporcionar la atención y en acuerdo a los valores sociales imperantes. La calidad se refiere a la mejoría esperada en salud, que se puede atribuir a la atención recibida (Donabedian, 1980).

Donabedian también señala que la calidad debe ser interpretada en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: **una técnica**, representada por la aplicación de conocimientos teóricos y de metodologías para la resolución de los problemas de salud del paciente, y **una interpersonal**, representada por la relación que se establece entre el profesional y el paciente (Donabedian, 1980).

-Componente técnico: Se refiere a los conocimientos, aptitudes, habilidades y aplicación de la ciencia y tecnología, por el personal de salud, para la realización de procedimientos y consultas clínicas adecuadas y conformes a las necesidades del paciente, brindándoles máximo de beneficios con un mínimo de riesgo (Leyton; Pérez & Guerra, 2004, citando a Otaegui, 2000).

-Componente interpersonal: Involucra la interacción social establecida entre los profesionales y los usuarios, lo que contempla la atención e interés por servir; a partir de la literatura se pueden identificar distintos aspectos considerados en la medición de calidad. Con respecto a la atención en salud, se destacan algunas dimensiones (Londoño; Morera & Laverde, 2006).

- Puntualidad.
- Presentación del personal.
- Amabilidad y respeto.
- Trato humanitario.
- Aceptación de sugerencias.
- Ética en todas las etapas de la atención.

- Agilidad para identificar el problema.
- Destreza y habilidad para la evaluación del problema.
- Comunicación con el usuario y la familia.
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios.
- Capacidad profesional.
- Efectividad de los procedimientos.
- Equidad.
- Presentación física de las instalaciones.
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos.
- Educación continua a personal del servicio y los propios usuarios.

Otros autores plantean el concepto de “garantía de calidad”, que se refiere al objetivo de hacer más efectiva la asistencia médica; mejorar el nivel de salud y el grado de satisfacción usuaria, a través de la utilización de recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a la asistencia en salud. A partir de este concepto se consideran distintas dimensiones del concepto calidad:

- **Efectividad:** Se refiere al poder de una técnica o procedimiento realizado para mejorar el nivel de salud.
- **Eficiencia:** Buena relación costo-beneficio, o sea, prestación de la mejor asistencia en relación a los recursos disponibles.
- **Accesibilidad:** Facilidad en el acceso a la asistencia en salud frente a distintas barreras: económicas; organizacionales, culturales y emocionales.
- **Aceptabilidad:** Grado de satisfacción usuaria con respecto a la asistencia sanitaria recibida.
- **Competencia profesional:** Se refiere a la mejor utilización de los conocimientos técnicos y científicos para proporcionar salud y satisfacción a los usuarios.

2.3 SATISFACCIÓN USUARIA

Para otros autores el concepto de calidad, no posee una definición universal. Tanto el médico, el paciente, el administrador, etc. valoran de forma diferente los componentes de la calidad del servicio sanitario. La evaluación de calidad de los servicios de salud, se ha ido convirtiendo en un área de conocimiento, apoyada en métodos y técnicas científicas, desde la perspectiva de los profesionales y desde la visión de los usuarios (Gallego; Navarrete y Vanderlei, 2010).

Otros autores, también apuntan que la calidad de servicio es percibida como un antecedente de la satisfacción. Así como, la calidad, la satisfacción es un concepto complejo y multidimensional compuesto de varios factores, el cual es impactado por las diferentes experiencias con los profesionales que prestan la asistencia y con otros elementos tangibles como los que se relacionan con la infraestructura; e intangibles, como entrega de información, grado de accesibilidad, nivel de burocracia, humanización del servicio, atención prestada a problemas psicosociales, etc. (Riveros y Berne, 2007).

Cada día un número creciente de usuarios de salud cuenta con mayor información acerca de sus derechos y se han empoderado en temáticas relativas a la salud, de este modo, ello tiene como consecuencia una mayor exigencia en el nivel de la calidad de la atención (Oliva y Hidalgo, 2004).

Ciertos autores han definido lo que es “satisfacción al cliente”, entendiéndola como el grado de conexión que existe entre las expectativas que tienen los usuarios con respecto a una atención ideal en salud y, cómo estos últimos perciben el servicio recibido (Oliva y Hidalgo, 2004).

La evaluación de los servicios de salud y de calidad de atención pueden ser medidos en distintos aspectos. La satisfacción del usuario es una de las dimensiones que ha tenido cada vez mayor importancia para la salud pública y, desde hace poco más de una década, ella se ha convertido en uno de los ejes de evaluación de los servicios de salud. La visión de los usuarios sobre los

servicios ya es considerado como un elemento clave en la mejoría de la organización y en la provisión de los servicios de salud (Palacin y Darras, 2005).

Las dimensiones técnicas e interpersonales, referidas por Donabedian (1990) en el proceso de interpretación de la calidad de la atención, se centran en tres aspectos básicos y muy válidos en la evaluación de la satisfacción usuaria: estructura, procesos y resultados (Gallego; Navarrete y Vanderlei, 2010).

La **estructura** concierne a los aspectos físicos, equipos, materiales, recursos humanos y financieros (Gallego; Navarrete y Vanderlei, 2010). Por otra parte, también involucra todos los atributos de la calidad y de la organización de estos aspectos de la atención (Leyton; Pérez y Guerra, 2004, citando a Verdugo, 2001). Según otras opiniones, la actualización en conocimientos y habilidades, junto con la disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos, además de la facilidad en el acceso a los diferentes niveles de atención, son los componentes de la calidad también referidos a la estructura del sistema sanitario (Rigual *et al*, 2011).

El **proceso** comprende todo lo que los profesionales de la salud realizan por los pacientes y sus habilidades profesionales. También hace alusión a la interacción médico paciente (Donabedian, 1991).

Los resultados se miden a partir de los objetivos propuestos en la intervención, y comprenden los cambios en el estado de salud (Gallego; Navarrete y Vanderlei, 2010). En otras palabras, el resultado se refiere a lo que obtiene el paciente, lo que tiende a relacionarse con la atención. Se trata del cambio de salud individual, comunitario, físico, emocional, social y económico, para bien o para mal, el cual está asociado con la atención recibida (Leyton; Pérez y Guerra, 2004, citando a Verdugo, 2001).

La evaluación de la asistencia prestada en los servicios de salud, que incluya las dimensiones “**proceso**”, “**estructura**” y “**resultado**” es indicado en

la literatura como un abordaje de fundamental importancia en la realización de un monitoreo de la calidad de la rutina llevadas a cabo al interior de los servicios, promoviendo su control; evaluación de las necesidades y la planificación de las prioridades para la ejecución de las intervenciones necesarias en el sector (Lima *et al.*, 2007).

La satisfacción usuaria es considerada relevante para comparar sistemas o programas de salud; evaluar la calidad de los servicios de salud, identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan mejoría e identificar a los “consumidores” con poca aceptabilidad de los servicios. También se relaciona con la conducta del paciente, y sus resultados en términos de salud individual. (Palacin y Darras, 2005)

En términos de efectividad relacionada con la calidad de los procesos, Fitzpatrick, también ha afirmado que:

“El grado de satisfacción se relaciona con la efectividad de la atención médica; ya que los pacientes con bajos grados de satisfacción regresan menos a sus controles, tienen menor adherencia a sus tratamientos y presentan pobres resultados en salud. De manera que mayores niveles de satisfacción con el servicio podrían determinar una mayor efectividad de la atención prestada” (Riveros y Berne, 2007).

De acuerdo con estos estudios, existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Dentro de ellos se pueden destacar:

a) Factores individuales: demográficos (edad, sexo, raza), sociales (estado civil, grupo social, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad, participación social), económicos (nivel de ingresos, gastos), culturales (etnia, expectativas, concepciones sobre los servicios de salud y el proceso salud-enfermedad), experiencia previa con el servicio (positiva o negativa);

b) Factores familiares / sociales: experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, de la red social circundante; conducta y concepción del entorno familiar/social sobre el proceso salud-enfermedad;

c) Factores del servicio de salud: de accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud (comunicación interpersonal, resolutivez del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, comodidad del local, privacidad, etc), (Palacin & Darras, 2005).

La interacción entre los distintos factores mencionados es compleja, ya que tratamos de aspectos de base subjetiva, es decir, basados en percepciones y experiencias personales y muchas veces influenciadas por las opiniones de las personas del entorno, lo que va condicionando el nivel de aceptabilidad y satisfacción (Palacin & Darras, 2005).

2.4 CENTRO DE SALUD KAROL WOJTYLA – UNA BREVE RESEÑA HISTÓRICA

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) Karol Wojtyla, en donde se ha realizado el presente estudio, se encuentra emplazado en el sector Sur Poniente de la comuna de Puente Alto, en la ciudad de Santiago. Esta zona es densamente poblada, con un nivel socioeconómico bajo, y presenta un alto nivel de demanda de servicios y de atenciones.

Este Centro se inauguró como Consultorio General Urbano el 14 de diciembre de 2005, y tres años más tarde el 25 de noviembre de 2008 se inaugura el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

En el año 2006, el primero de junio, y producto del impulso que entregó el Ministerio de Salud de Chile al modelo de atención con Enfoque Familiar, se comenzó a trabajar en las bases locales para optar a la acreditación de Centro de Salud Familiar o CESFAM.

Esta Institución es dependiente de la Corporación Municipal de la comuna de Puente Alto, sus recursos provienen desde el Ministerio de Salud y son distribuidos por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Según la reseña histórica del Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla, su misión y su visión son descritas por el médico Daniel Rolando Huaco (sf), a continuación:

Su misión: “Ser una Empresa comprometida en el ámbito de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población beneficiaria, con una mirada integral del humano, que considera la entrega de servicios primarios de salud de calidad, bajo el criterio de equidad en el acceso, y en un modelo docente-asistencial”.

Su visión: “Ser un Centro de Salud Familiar reconocido por satisfacer las expectativas de nuestros usuarios, a través de un equipo multidisciplinario, altamente capacitado, participativo y comprometido, que está motivado principalmente en corresponder a las necesidades de salud de la población, privilegiando un enfoque preventivo promocional y comunitario, que brinda una atención integral bajo el modelo de salud familiar, de alto impacto y calidad, preocupándose de usar eficientemente los recursos”.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar el nivel de satisfacción del cuidador (padres u otro acompañante) con respecto al control de salud infantil en el Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla, en la Comuna de Puente Alto, en el año 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar el nivel de satisfacción del cuidador (padres u otro acompañante) con respecto al aspecto “estructura” relacionado al control de salud infantil, en el CESFAM.
- Estimar el nivel de satisfacción del cuidador (padres u otro acompañante) con respecto al aspecto “proceso” relacionado al control de salud infantil, en el CESFAM.
- Estimar el nivel de satisfacción del cuidador (padres u otro acompañante) con respecto al aspecto “resultado” relacionado al control, de salud infantil, en el CESFAM.
- Estimar la calificación, según evaluación del cuidador (padres u otro acompañante), con respecto a la atención otorgada por el profesional en el control de salud infantil, en el CESFAM.

4 METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente análisis se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, realizado a través de una encuesta semi-estructurada y adaptando un instrumento de recolección de datos utilizado en un estudio de satisfacción usuaria con el Control de Niño Sano realizado en un centro salud privada “Megasalud” en Chile (Leyton; Pérez & Guerra, 2005).

De acuerdo a las informaciones de ese estudio, el instrumento fue sometido a una revisión de contenido por expertos y a una validez semántica, por intermedio de una prueba piloto. Se eligió este instrumento en razón de que no se encontraron instrumentos validados por MINSAL o por otros organismos latinoamericanos que fueran específicos para Control de Salud Infantil.

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo serán los acompañantes (madre o padre u otro cuidador) al momento del control de salud infantil, los cuales están con médico, enfermero/a, matrón/a o técnico paramédico, de los niños menores de 6 años, de la población bajo control del CESFAM. Según el registro estadístico de la red asistencial a junio de 2014, a población asciende a 5404 niños.

El tamaño de la muestra fue de 150 personas y fue determinada a través de la fórmula: $Z^2 \times \text{Varianza} / \text{Precision}^2 = 1.96^2 \times 9 / 0,48^2$, para la cual se ocuparon los datos del resultado del estudio de satisfacción usuaria en general aplicado en el Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla en el año de 2011, en que se encontró un promedio de satisfacción de 6,3, y le permitió recibir el título de Consultorio excelencia. Se asumió un nivel de confianza de 95%, un error del 5%.

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser acompañante de los niños/niñas, menores de 6 años de edad, que asisten al control de salud infantil con ya sea con médico, enfermera, matrona o técnico paramédico;
- Aceptar de manera voluntaria participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado (ver anexo).

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No aceptar por parte del usuario participar en el estudio.

4.3 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

El instrumento ha recopilado información de carácter socio-demográfica del cuidador de los niños (padres u otro acompañante), con el objetivo de caracterizar dicha población.

Variables socio demográficas a considerar:

- a. **Edad:** Número de años cumplidos referidos por el usuario, al momento de contestar la encuesta.
- b. **Sexo:** Genero al cual pertenece el encuestado.
- c. **Estado civil:** Condición de soltería, matrimonio, o convivencia del encargado del niño al momento de la encuesta.
- d. **Nivel educacional:** Último año de enseñanza formal aprobada por el entrevistado al momento de la encuesta.
- e. **Actividad realizada:** Ocupación del encuestado al momento de la encuesta
- f. **Categoría en el Fondo Nacional de Salud (FONASA):** Categoría del seguro de salud otorgado por el Estado Chileno a sus ciudadanos, su clasificación va

de la letra A (para las personas más carentes) a la letra D (para la clase media).

- g. **Parentesco:** Vínculo de consanguinidad, adopción u otra relación estable de afectividad con el niño/a.
- h. **Edad del niño/a:** Número de años, meses y días que tiene el niño/a al momento de contestar la encuesta

También serán recopiladas informaciones sobre la percepción de calidad de la atención en términos cuantitativos, en las dimensiones de proceso, estructura y resultados, basada en la clasificación de Avelis Donabedian:

- **Proceso:** Interpersonal (posibilidad de participación del usuario; preguntas contestadas; trato hacia el usuario) y técnico (claridad del lenguaje; calidad de las indicaciones entregadas; claridad de las informaciones sobre el estado de salud; tiempo de duración del control; opinión acerca del tiempo de duración del control, calidad del examen físico).
- **Estructura:** Planta física (comodidad del box; limpieza del box) y organización (facilidad para obtener hora para control; cumplimiento de hora; tiempo de espera para recibir la atención; calificación del tiempo de espera)
- **Resultados:** Utilidad del control y cumplimiento de expectativas del usuario.

También será evaluada la calificación de la atención recibida por el profesional por parte del usuario.

La dimensión “**proceso**” será representada por 9 ítems, en la cual la suma del puntaje es mínimo 9 y de máximo 45 por cada participante del estudio.

La dimensión “**estructura**”, esta será evaluada por 7 ítems, en que la suma del puntaje va de 7 a 35.

Finalmente la dimensión “**resultado**” contará con 2 ítems y la suma de su puntaje será de mínimo 2 y máximo 10 puntos.

A mayor puntaje, mejor la evaluación de la dimensión.

Tabla 2: Dimensiones, escala y categorías de respuesta de las variables sociodemográficas seleccionadas de la encuesta.

DIMENSIÓN	ESCALA	CATEGORÍA DE RESPUESTA
Edad del acompañante	Continua	Número de años cumplidos
Sexo	Nominal	-Femenino -Masculino
Estado civil	Nominal	-Soltero -Conviviente -Casado -Separado -Viudo
Nivel educacional	Ordinal	Sin escolaridad -Básica incompleta -Básica completa -Media incompleta -Media completa -Técnico Profesional -Universitario
Actividad/ocupación	Nominal	-Trabajos esporádicos -Estudiante -Empleado -Dueña de casa -Desempleado -Jubilado, retirado, pensionado, montepiado
Categoría FONASA	Ordinal	-Fonasa A -Fonasa B -Fonasa C -Fonasa D
Parentesco con el niño/a	Nominal	-Madre -Padre -Abuelo(a) -Otro
Edad del niño/a	Continua	Número de años, meses y días cumplidos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Escala de medición e indicadores de las dimensiones y sub-dimensiones de la satisfacción usuaria.

DIMENSIÓN	SUB-DIMENSIÓN	ESCALA	INDICADOR
Proceso	Proceso interpersonal	Cuantitativa discreta	1. Promedio y desviación estándar
	Proceso técnico	Cuantitativa discreta	1. Promedio y desviación estándar
Estructura	Planta física	Cuantitativa discreta	1. Promedio y desviación estándar
	Organización	Cuantitativa discreta	1. Mediana 2. Rango Intercuartílico
Resultados		Cuantitativa discreta	1. Promedio y desviación estándar
Calificación de la atención del profesional		Cuantitativa discreta	1. Proporción de notas

Fuente: Elaboración propia

4.4 INSTRUMENTO

La encuesta contó con un total de 29 preguntas semi-estructuradas, siendo las 8 primeras sobre el nivel socio-demográfico del participante, aquello con el objeto de poder caracterizar la población en estudiada. El resto de las preguntas se refieren a las percepciones que poseen los usuarios respecto a distintos aspectos o dimensiones relativas al control de salud infantil, que serán subdivididas, para su posterior análisis, en las tres dimensiones consideradas por Avedis Donabedian, a saber, estructura, procesos y resultados.

El instrumento elaborado, a su vez, ha sido adaptado en cuanto a su validez de contenido, utilizando el criterio de tres expertos, los cuales incluyeron, adaptaron y sacaron algunas de las preguntas, además de adaptar las opciones de respuestas, de acuerdo a los cambios realizados. Por otra parte, dicho instrumento ha obtenido una validación semántica, luego de su aplicación piloto (explotaría) en un grupo de 15 pacientes en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile José Joaquín Aguirre, lo que no generó nuevos cambios al instrumento.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de investigación ha sido evaluado y aceptado por el Comité de Ética de la Universidad de Chile.

Los acompañantes de los niños en el momento del control de salud infantil han sido informados sobre los objetivos de la investigación, así como de la importancia de su participación, para mejorar los esfuerzos realizados en cuanto al servicio de atención en salud ofrecido a sus hijos. Para ellos, se ha solicitado a los acompañantes de los niños y al Director del Centro de Salud Familiar que firmen al término un consentimiento libre y esclarecido.

El estudio ha resguardado la privacidad y confidencialidad de los participantes preservando sus nombres en la divulgación de los resultados.

Se les ha sido informado a los participantes que el investigador no tiene ningún interés financiero, de prestigio y promoción personal o profesional al realizar este estudio.

4.6 LIMITACIONES

Las limitaciones de este estudio son identificadas como comunes a todos los estudios descriptivos y de corte transversal. Se puede destacar aquí:

- La imposibilidad de establecer relaciones causales entre las variables;
- La imposibilidad de establecer una asociación real entre variables. Lo máximo que se permite es informar sobre la relación o sugerir que pueden existir asociaciones entre ellas.

También se puede destacar que el tamaño muestral utilizado es acotado, lo que limita el análisis de ese estudio.

Además se puede referir la interferencia de las experiencias previas, positivas o negativas, vividas por el usuario en el Centro de Salud Familiar en donde el estudio tuvo lugar.

4.7 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La recolección de los datos ha sido realizada a través de una muestra aleatoria entre el 5 de febrero y 20 de febrero de 2015, censando a los acompañantes de los niños/niñas que acuden al control.

Se ha aplicado una encuesta de satisfacción al cuidador (madre o padre u otro acompañante), en la sala de espera del CESFAM, luego de que el niño haya tenido su control de salud con enfermero/a, médico, matrn/a o técnico paramédico. En caso de más de un acompañante, se ha elegido al sujeto que se considere como el cuidador principal del menor.

La encuesta tuvo preguntas cerradas. La mayoría de ellas con cinco opciones de respuestas pero algunas con dos solamente. Los resultados entregados se muestran en función de un puntaje de 1 a 5, pero en el caso de las respuestas dicotómicas, el puntaje fue 1 y 5 (ver tabla 4).

Tabla 4. Opciones de respuestas a las preguntas de la encuesta según puntaje asignado.

Respuestas a las preguntas consideradas en cada cuestionario	Puntaje
Muy bueno / Muy interesado / Muy útil / Mucho mejor de lo que esperaba / Muy satisfecho/ Completas / Muy limpio / Muy fácil / Muy claro / No he tenido cambios de hora / Si	5
Bueno / Interesado / Útil / Mejor de lo que esperaba / Satisfecho / Suficientes / Limpio / Fácil / Claro / Siempre	4
Regular / Medianamente interesado / Indiferente/ Igual a los que esperaba / Medianamente satisfecho/ Regular / Medianamente fácil / Medianamente claro / Case siempre	3
Malo / Poco interesado / Poco útil / Peor de lo que esperaba/ Poco satisfecho / Insuficientes / Difícil / Poco claro / A veces	2
Muy malo / Desinteresado / Inútil / mucho peor de los que esperaba / Insatisfecho / No me dio informaciones / Muy difícil / Confuso / Nunca / No	1

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de estimar el nivel de satisfacción usuaria de los entrevistados(as) para las distintas dimensiones, se realizó una sumatoria del puntaje obtenido por cada entrevistado(a) según las respuestas que entregó a las preguntas asociadas a cada dimensión.

Esto implicó en que cada dimensión contara con un puntaje total posible de obtener distinto, de acuerdo al número de preguntas asociadas a cada una. Las tablas a continuación muestran la asignación del puntaje a cada dimensión.

Tabla 5. Preguntas asociadas y puntajes asignados según dimensiones y subdimensiones de la satisfacción usuaria.

Dimensión	Subdimensión	Pregunta	Puntaje				
			5	4	3	2	1
Proceso	Proceso interpersonal	22	5	4	3	2	1
		23	5	4	3	2	1
		24	5				1
		25	5				1
		26	5	4	3	2	1
	Proceso técnico	17	5	4	3	2	1
		18	5	4	3	2	1
		19	5	4	3	2	1
21		5	4	3	2	1	
Estructura	Planta física	14	5	4	3	2	1
		15	5	4	3	2	1
		16	5	4	3	2	1
	Organización	9	5	4	3	2	1
		10	5				1
		11	5	4	3	2	1
	13	5	4	3	2	1	
Resultado		27	5	4	3	2	1
		28	5	4	3	2	1

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la calificación de la atención del profesional, por parte del usuario, esta ha sido evaluada por la proporción de las notas atribuidas.

La descripción de cada dimensión ha sido llevada a cabo a través de promedios, cálculo de la desviación estándar, mediana o rango intercuartilico, a depender del tipo de escala de la variable. A su vez, se han obtenido los mismos indicadores para el instrumento global.

Los análisis estadísticos han sido realizados por medio del programa (software) SPSS, versión 19.0 y los resultados de la información fueron representados a través distribuciones de frecuencia y de gráficos para cada pregunta del cuestionario (ver anexo final).

5 PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

Tabla 6: Plan de trabajo y cronograma

ACTIVIDADES	Julio	Agosto	Noviembre	Diciembre
Procesamiento de datos				
Análisis de resultados				
Conclusiones y recomendaciones				
Elaboración del informe final				
Corrección del informe final				
Defensa de tesis				

Fuente: Elaboración propia

6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentaran los resultados del estudio, lo que permitirá caracterizar los participantes, a través de datos sociodemográficos, así como se podrá describir la satisfacción usuaria con respecto al control de salud infantil realizado en el Cesfam Karol Wojtyla, en la Comuna de Puente Alto.

En primer lugar se darán a conocer las principales características socio-demográficas de los usuarios participantes en el estudio y relación con el menor. En segundo lugar, se presentaran las preguntas relativas a la dimensión de satisfacción usuaria, mostrando a través de una caracterización los grados de aquella. En tercer lugar se presentará el promedio de tiempo que perciben los usuarios relativos a la espera y al tiempo de atención en el CESFAM. En el anexo final se podrán encontrar por cada pregunta un gráfico detallado en dónde la información queda manifiesta de manera más separada.

Por otra parte, se presentarán los resultados de la encuesta de satisfacción usuaria para cada pregunta que compone cada dimensión, seguida de la descripción de los resultados respecto a la dimensión “estructura”, “procesos” y “resultados”, según clasificación propuesta por Donabedian (año 1991), a través de tablas.

En último lugar, se presentará el resultado encontrado para la calificación atribuida, por parte del usuario, a la atención recibida por el profesional en la consulta de control de salud infantil.

Tabla 7: Datos socio-demográficos de los usuarios

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS (número de pregunta en el cuestionario)	Total	Porcentaje
1) Edad		
Promedio de edad (años)	28 (d.s.=8,4)	
2)Sexo		

F	145	97%
M	5	3%
3) ¿Cuál es su estado civil?		
Soltero	56	37%
Casado	34	23%
Conviviente	54	36%
Separado	6	4%
Viudo	0	0
4) ¿Cuál es su nivel de instrucción, según el último año de estudio en que usted aprobó?		
Sin escolaridad	0	0
Básica incompleta	2	1%
Básica completa	13	9%
Media incompleta	51	34%
Media completa	70	47%
Técnico Profesional	10	7%
Universitario	4	3%
5) ¿Qué actividad desempeña Usted actualmente?		
Trabajos esporádicos	0	0
Estudiante	9	6%
Empleado	47	31%
Dueña de casa	94	63%
Desempleado	0	0
Jubilado, retirado, pensionado, montepiado	0	0
6) ¿A cuál categoría de FONASA pertenece usted?		
A	84	56%
B	32	21%
C	21	14%
D	13	9%
7) ¿Cuál es su relación con el niño?		
Madre	140	93%
Padre	4	3%
Abuela/o	5	3%
Otro	1	1%
8) ¿Qué edad tiene el niño/a a quien acompaña?		
Promedio de edad (días)	324,9 (ds=388,6)	-
Menor de 1 año	97	65%
Igual a 1 año	28	19%
Entre 2 a 5 años	25	17%

Fuente: Elaboración propia

Según la presente tabla la mayoría de los acompañantes son mujeres (97%), siendo la mayoría madres del menor (93%) en situación de convivencia (36%) y un 37% se declaran solteras. Destaca también que las acompañantes son dueñas de casa (63%), y que de este modo, los usuarios principales pertenecen a la categoría A. En cuanto a la edad del menor un 65% corresponde a menores de 1 año.

Tabla 8: Satisfacción usuaria

Preguntas en el cuestionario aplicado	Encuestas aplicadas	Puntaje asignada				
	Total	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9) Sobre la facilidad para conseguir hora de control de salud infantil, ¿qué le pareció?	150 (100)	6 (4%)	79 (53%)	47 (31%)	12 (8%)	6 (4%)
10) ¿Fue usted atendida en la fecha en que estaba citada?	150 (100)	145 (97%)				5 (3%)
11) ¿En caso de cambio de hora de atención con qué frecuencia le han llamado para avisarle?	150 (100)	50 (33%)	44 (29%)	4 (3%)	21 (14%)	31 (21%)
13) Respecto del tiempo de espera, ¿usted está?	150 (100)	14 (9%)	101 (67%)	24 (16%)	9 (6%)	2 (1%)
14) Sobre la comodidad de la sala de espera, ¿cómo la encontró?	150 (100)	6 (4%)	118 (79%)	20 (13%)	3 (2%)	3 (2%)
15) Sobre la comodidad del box o sala donde lo atienden junto a su hijo/a, como la encontró?	150 (100)	16 (11%)	130 (87%)	3 (2%)	1 (1%)	0 (0%)
16) En cuanto a la limpieza del box o sala donde lo atienden junto a su hijo (a), su opinión es:	150 (100)	34 (23%)	113 (75%)	3 (2%)	0 (0%)	0 (0%)
17) El lenguaje utilizado por el profesional que le atendió fue:	150 (100)	58 (39%)	81 (54%)	10 (7%)	1 (1%)	0 (0%)
18) Sobre las informaciones que le entregó el profesional sobre el estado de salud de su hijo/a, considera que fueron:	150 (100)	98 (65%)	40 (27%)	10 (7%)	2 (1%)	0 (0%)
19) Sobre las indicaciones que le entregó el profesional respecto al cuidado con su hijo/a, opina que fueron:	150 (100)	58 (39%)	86 (57%)	6 (4%)	0 (0%)	0 (0%)

21) Respecto del tiempo que duró el control, usted esta:	150 (100)	18 (12%)	111 (74%)	15 (10%)	6 (4%)	0 (0%)
22) La amabilidad en el trato que le entregó el profesional que atendió al niño/a al cual usted acompaña fue:	150 (100)	47 (31%)	79 (53%)	20 (13%)	4 (3%)	0 (0%)
23) La amabilidad en el trato que le entregó el profesional administrativo fue:	150 (100)	41 (27%)	99 (66%)	9 (6%)	0 (0%)	1 (1%)
24) ¿El profesional que le atendió a su hijo/a le inspiró confianza?	150 (100)	139 (93%)				11 (7%)
25) ¿El profesional que la atendió le respondió las inquietudes que usted le planteo en el control respecto a su hijo/a?	150 (100)	145 (97%)				5 (3%)
26) ¿Qué le pareció el interés del profesional que le atendió en atender sus dudas?	150 (100)	40 (27%)	86 (57%)	17 (11%)	6 (4%)	1 (1%)
27) Usted considera que el control de salud infantil, para aprender o reforzar conocimientos sobre el cuidado del niño/a fue:	150 (100)	64 (43%)	77 (51%)	8 (5%)	1 (1%)	0 (0%)
28) Con respecto al control de salud infantil usted considera que fue:	150 (100)	23 (15%)	60 (40%)	63 (42%)	4 (3%)	0 (0%)
29) ¿Cómo calificaría usted la atención recibida por el/la profesional?	150 (100)	41 (27%)	94 (63%)	14 (9%)	1 (1%)	0 (0%)

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta los datos aquí expuestos, un 53% de los acompañantes consideraron fácil obtener la hora para el control, un 97% fue atendido en la fecha de la citación, un 33% no ha tenido cambios de hora. En cuanto al tiempo de espera, un 67% se encuentra satisfecho, del mismo modo respecto a la comodidad de la sala de espera (79%), y del box de atención (87%), y en relación a la limpieza del box un 75% de los usuarios se declara

satisfecho. Cuando se consulta por el tipo de lenguaje utilizado por el profesional un 54% se declara satisfecho, en cuanto a las informaciones recibidas un 65% establece estar muy satisfecho, mientras un 57% informa estar solamente satisfecho respecto a las indicaciones recibidas. En el aspecto relativo a la duración del control 74% de los usuarios se encuentra satisfecho, del mismo modo respecto de la amabilidad del trato del profesional 53%, y un 66% en relación al personal administrativo. 93% de los encuestados declara que el profesional le inspiró confianza, contestando las preguntas e inquietudes (97%). Para los usuarios respecto a la disponibilidad del personal a contestar preguntas un 57% de los encuestados se encuentra satisfecho. Un 51% de los entrevistados consideraron el control útil, no obstante, sus expectativas fueron iguales a lo que esperaban con un 42%, seguido de un 40% que indicó que el control fue mejor de lo que esperaba. De acuerdo a la calificación final atribuida por los acompañantes de la atención recibida un 63% la consideró buena.

La tabla a continuación muestra que la mediana de la percepción del tiempo de espera indicado por el acompañante para entrar al box fue de 5,0 minutos (rango intercuartilico=15), y la mediana de la duración del control, según sus opiniones, fue de 15,0 minutos (rango intercuartilico=10).

Tabla 9: Percepción del tiempo de espera y atención

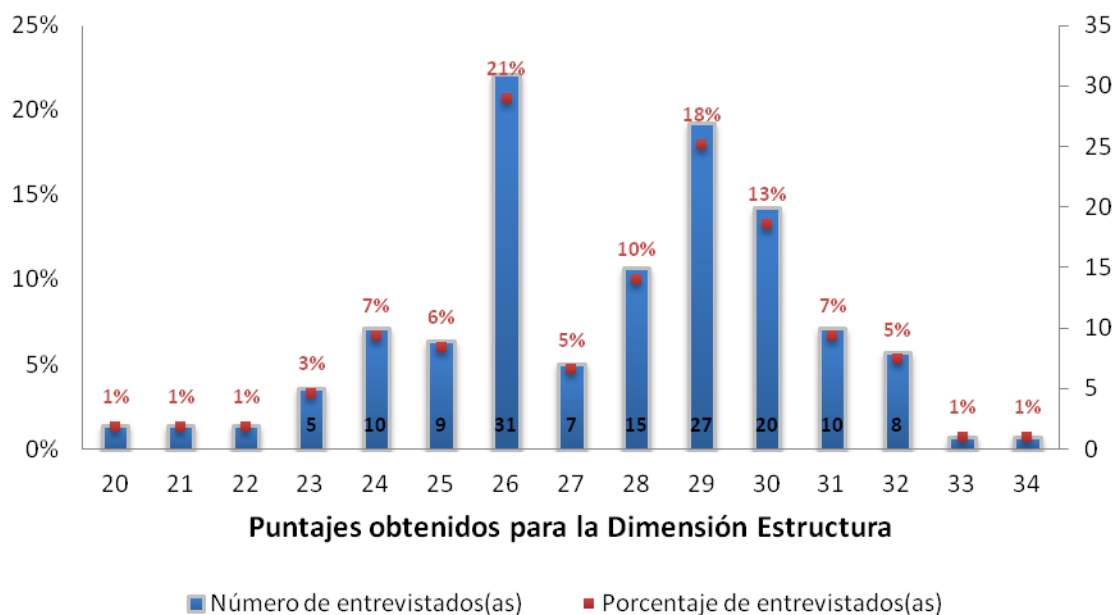
Dimensiones y Sub-dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Q1	Q3	Rango Intercuartílico (Q3-Q1)
12) ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para entrar al box a partir de la hora en que estaba citado?	150	0	40	5	0	15	15
20) ¿Cuánto tiempo aproximadamente duró el control?	150	5	60	15	10	20	10

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la **dimensión estructura**, el siguiente gráfico muestra que un 21% (n=31) de los usuarios sumaron 26 puntos en las preguntas

referentes a este aspecto de la satisfacción usuaria, seguidos de un 18% (n=27) de los que sumaron 29 puntos.

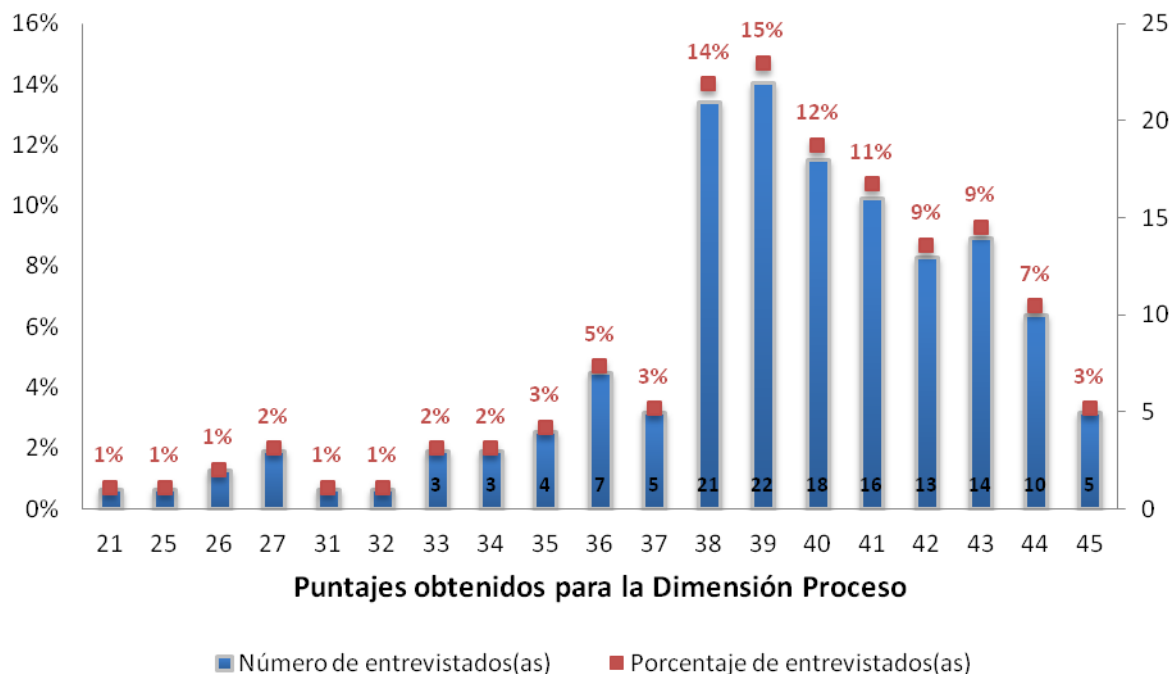
Gráfico 1: Distribución porcentual de puntos sumados en las preguntas referentes a la dimensión estructura, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la **dimensión proceso**, en el gráfico N° 2 se observa que, un 15% de los usuarios (n=22) sumaron 39 puntos en las preguntas referentes a este aspecto de la satisfacción usuaria, seguidos de un 14% (n=21) que sumaron 38 puntos.

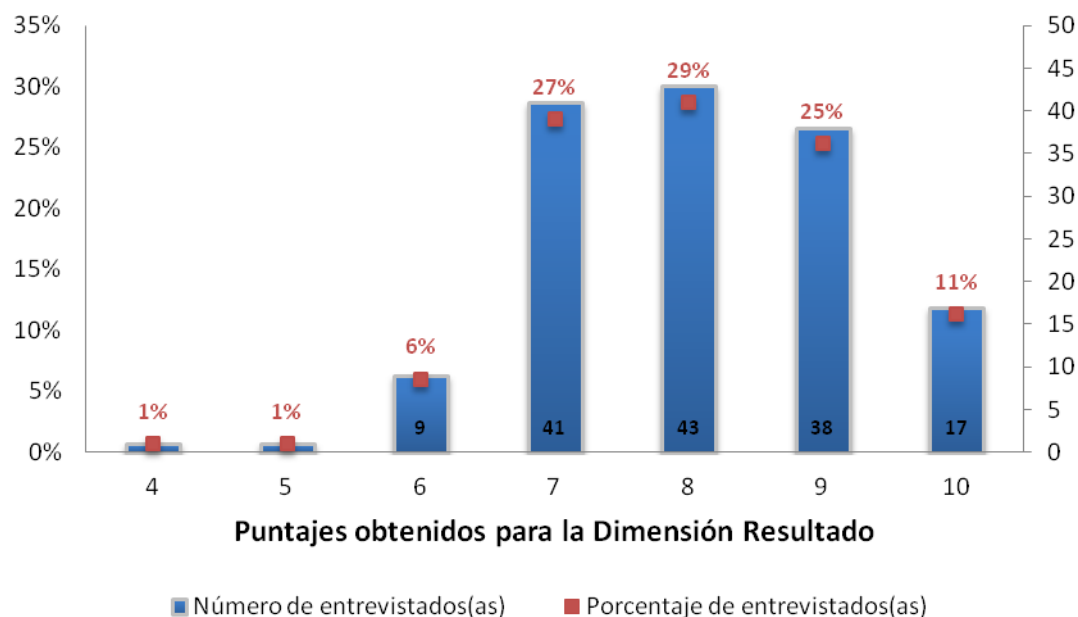
Gráfico 2: Distribución porcentual de puntos sumados en las preguntas referentes a la dimensión proceso, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Según el siguiente gráfico, un 28,7% de los usuarios (n=43) obtuvieron 8 puntos en las preguntas referentes a la dimensión resultado, seguidos de un 27,3% (n=41) que sumaron 7 puntos.

Gráfico 3: Distribución porcentual de puntos sumados en las preguntas referentes a la dimensión resultado. Opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

La tabla 10 a continuación muestra las medidas de dispersión analizadas en los datos, de acuerdo a las distintas dimensiones y sub-dimensiones de la satisfacción usuaria estudiadas. Podemos resaltar que las tres dimensiones poseen buenas evaluaciones por parte de los usuarios. Ahora bien, la dimensión estructura aún no logra destacar en comparación a las otras áreas del análisis, obteniendo una mediana de 28 puntos y un rango intercuartilico de 4, considerando que el corte mínimo corresponde a 20 puntos y el máximo a 34.

Tabla 10: Indicadores por dimensión

Dimensiones y Sub-dimensiones	N	Mínimo posible	Mínimo	Máximo posible	Máximo	Promedio	DS	Mediana	Q 1	Q 3	Rango Intercuartílico (Q3-Q1)
Dimensión Procesos	150	9	21	45	45	39,1	4,2				
<i>Proceso Interpersonal</i>	150	5	10	25	25	21,9	2,7				
<i>Proceso Técnico</i>	150	4	11	20	20	17,2	1,9				
Dimensión Estructura	150	7	20	35	34			28	26	30	4
<i>Planta Física</i>	150	3	9	15	15	12,1	1,0				
<i>Organización</i>	150	4	8	20	20			16	14	17	3
Dimensión Resultados	150	2	4	10	10	8,0	1,2				

Fuente: Elaboración propia

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según la literatura, la satisfacción usuaria se encuentra directamente relacionada con los resultados derivados de la atención en salud. Es decir, un paciente satisfecho con la atención recibida tiene mayor probabilidad de adherir a los tratamientos y, por lo tanto, de obtener mejora en su calidad de vida. Por esta razón, la satisfacción usuaria es considerada como un eje fundamental en la evaluación de la calidad entregada por las instituciones prestadoras de servicios de salud (Pérez & Aceituno 2013).

Con respecto a las características socio-demográficas, el estudio muestra que son las mujeres y madres las cuales contestaron el mayor número de encuestas (97% y 93% respectivamente). Este resultado coincide con lo planteado por distintos autores, una vez que son las madres las que participan más activamente del Sistema de Salud, especialmente por asistir a los controles de salud prenatales, control de salud infantil, vacunaciones y entrega de leche (Flores, 2001) (Gnecco, 1999).

El rango de edad de los participantes en el estudio estuvo conformado por un porcentaje mayor de adultos jóvenes (28 años en promedio, d.s.=8,4), lo que se puede relacionar al hecho de que la mayoría eran las madres de los niños/niñas que acudieron al control de salud. Los datos nacionales han mostrado una tendencia a la planificación familiar que contempla un periodo reproductivo entre los 20 y 39 años de edad (Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2012)

El estado civil que predominó fue aquel de soltero, un 37% lo demuestra, seguido de cerca por el estado informal de convivientes, con un 36%. Esto se puede traducir como una dualidad en la relación familiar de esta población, donde una parte cuenta con ambas figuras paternas en el núcleo familiar y en el cuidado de los hijos y, por otro lado, en que las mujeres, en su mayoría, asumen el rol de cuidadoras, sin la presencia de la figura paterna en el hogar, o con una figura distinta a la del padre biológico. Lo anterior, con todo, no viene a

significar que los hombres no participen en los procesos de educación y cuidado de los menores.

En cuanto a la actividad desempeñada por los encuestados, priman las dueñas de casa con un 63%, o sea, que no realizan actividades remuneradas. El hecho de que el acompañante del menor no realice actividades fuera del hogar puede ser un facilitador a la hora de participar de manera más activa del Programa de Salud Infantil.

La previsión de la mayoría de los encuestados es FONASA A con un 56% de la muestra. Este dato es coherente con la realidad de los habitantes de este sector de la comuna de Puente Alto. Según la reseña histórica, escrita por el actual director del Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla, se trata de una zona densamente poblada, con un nivel socio-económico bajo y con una población vulnerable.

Según el nivel de instrucción (escolaridad), la mayoría de los participantes cumplía con el requisito de poseer su enseñanza media completa, con un 47% de la muestra, seguido de los que tenían la enseñanza media incompleta con un 34%. Ese dato también caracteriza la población de este sector de la Comuna de Puente Alto, con respecto a su nivel socioeconómico y en términos de capital cultural.

Considerando el promedio de la suma de los puntos de las preguntas contestadas por los usuarios, referentes a cada dimensión, el resultado fue generalmente positivo.

La dimensión “**estructura**” mostró una mediana de 28 puntos (mínimo de 7 y máximo de 35 puntos). Resultado positivo si lo comparamos con lo encontrado en el estudio de Leyton; Pérez y Guerra (2005), sobre la atención en Megasalud. Su estudio que demostró que solo el 26% de los usuarios consideraron buena la evaluación de la dimensión “estructura”, aunque se trataba de un servicio de salud particular. Lo encontrado puede sugerir que los usuarios de los Centros de atención en salud públicos tienen un menor grado

de exigencia en comparación a los usuarios de servicios particulares, o que efectivamente la estructura cumple con el rol que ellos esperan encontrar por parte de un centro de salud municipal.

Pese a la buena evaluación atribuida a la dimensión estructura, ese aspecto de la satisfacción usuaria tuvo un resultado menos positivo, en comparación con las otras dimensiones en análisis. Por ello se mencionan algunos aspectos negativos referidos por los participantes del estudio, respecto a la sala de espera, y que deberían tenerse en cuenta para evaluar la posibilidad de mejoría en el servicio:

- Hace falta un medio de entretención mientras se espera por la atención. Que al menos la televisión estuviera prendida.
- La cantidad de sillas muchas veces no es suficiente para la cantidad de personas que espera por la atención.

Respecto al indicador “**proceso**” la evaluación también fue positiva. El promedio de puntos es 39,1 (mínimo de 9 y máximo de 45). Es decir, que la interacción profesional-paciente está bien evaluada por los usuarios de la muestra.

Segundo lo ya mencionado la satisfacción usuaria respecto a la duración del control de salud infantil es parte de la dimensión “proceso”. El estudio mostró que la duración del control percibida por los usuarios alcanza una mediana de 15 minutos. Sin embargo los controles infantiles en el Cesfam tienen una duración de 20 a 30 minutos, dependiendo de la edad del menor, ya que cada edad cuenta con una pauta a ser aplicada según su rango etario. El hecho de que la mayoría contestó estar satisfecho con la duración del control 74%, aunque perciba que la duración de la atención fue menor de lo que está programado para la atención del control de salud infantil, puede estar atribuido a que la percepción del tiempo es subjetiva y depende de cómo lo vivencia cada persona. La mayor parte de los usuarios puede haber tenido la sensación

de que el control fue más corto de lo que fue en realidad, no obstante, considera que la duración fue suficiente.

Aunque la dimensión proceso, también fue bien evaluada, no obstante, es importante señalar algunos de los comentarios de los usuarios respecto a algunos ítems aislados de esta dimensión:

- La excesiva seriedad y la forma seca de algunos profesionales en la manera de atender a los niños/as.
- El hecho de contestar a las preguntas de forma muy tajante, no demostrando apertura para más preguntas.

La evaluación de la dimensión “**resultado**” fue positiva en la medida en que el promedio del puntaje asignado fue de 8,04 (mínimo 2 y máximo de 10). Este resultado implica un efecto positivo de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población, una vez que las mejoras en los conocimientos del paciente y los cambios de su comportamiento sanitario se incluyen en una definición más amplia del estado de salud, así como su grado de satisfacción respecto a la atención en salud recibida (Donabedian, 1988).

La calificación atribuida por el usuario a la atención recibida por los profesionales de salud fue de 4,167 puntos (de 1 a 5). La mayoría de los usuarios señaló que la atención fue “buena” 63%, seguido de 27% que la considero “muy buena”. Resultados que coinciden con lo encontrado en el estudio que midió la satisfacción usuaria con el control de salud infantil realizado por médico y por enfermera en un servicio de salud particular. En donde el grado de satisfacción iba entre en un 74% a un 93% de respectivamente (Leyton; Pérez y Guerra, 2005).

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En el presente estudio no se ha evaluado el grado de satisfacción usuaria respecto a cada estamento, es decir, médicos, enfermeras/os, matrones(as) y técnicos paramédicos. Asimismo, tampoco se realizó una evaluación de las opiniones respecto a cada profesional. El objetivo de la investigación fue dar conocer la satisfacción del acompañante del niño/niña respecto al control de salud infantil realizado en el Centro de Salud Familiar evaluado, de forma general, pero tomando en cuenta distintos aspectos de la satisfacción usuaria, desarrollados por autores especialistas en la temática.

Aunque haya sido posible conocer la opinión de los usuarios atendidos por profesionales de todos los estamentos citados, el técnico paramédico fue el que estuvo menos representado en los resultados, ya que durante el periodo de recolección de los datos, estos funcionarios que realizan el control de salud infantil, se encontraban en su mayoría de vacaciones, a excepción de uno que tenía pocos pacientes agendados.

Los estudios sobre el grado de satisfacción general de los usuarios de Centros de Salud Familiar en Chile han demostrado resultados positivos. Sin embargo, no se han podido encontrar estudios que evaluaran el control de Salud Infantil de forma específica en el país en otros Centros de Salud Pública, por lo tanto no fue posible realizar una comparación más específica.

Respecto a la caracterización de la población que asiste al control de salud infantil, el grupo mayoritario de los usuarios son mujeres, la mayoría madres, con 28 años de edad en promedio, solteras o en situación de convivencia, que concluyo la enseñanza media pero que es dueña de casa y que tiene como previsión de salud FONASA A.

Conocer el perfil socio-demográfico de los usuarios de un Servicio de salud permite establecer estrategias de educación en salud. Respecto a la salud infantil la programación de actividades, incluyendo elección de temáticas

de interés, estrategias de promoción más adecuadas y la determinación de horario más conveniente al cuidador principal del menor, puede resultar en mayor participación del mismo y consecuente mayor difusión de indicaciones sobre el cuidado del menor.

El análisis de los resultados del presente estudio nos permite concluir: que el Control de Salud Infantil realizado por médico, enfermeras, técnicos paramédicos y matronas(es) en el CESFAM Karol Wojtyla obtuvo una evaluación y calificación positiva por parte de los usuarios, respecto a las dimensiones estructura, proceso y resultado.

El resultado de este estudio refleja que el trabajo desarrollado por los profesionales de salud a cargo del control de salud infantil ha sido bien evaluado por los usuarios, lo que es fundamental para la realización más efectiva de las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades de los menores, lo que puede contribuir a la mejoría de los niveles de salud de la comunidad.

A pesar del resultado general positivo, es importante considerar algunos aspectos de la atención que no obtuvieron una evaluación tan satisfactoria por parte de los usuarios y algunos comentarios que pueden ser una base para la implementación de mejorías.

Respecto a la facilidad para conseguir la hora del control, aunque un 53% de los usuarios la consideró fácil, un 34% la encontró medianamente fácil, lo que sugiere que se deben evaluar alternativas para mejorar este aspecto que también influye en su percepción sobre la atención recibida.

Considerando los comentarios sobre la insuficiente cantidad de sillas en la sala de espera para la cantidad de personas presentes y la escasez de medios de entretención en ese ambiente, se sugiere evaluar viabilidad de aumentar la cantidad de asientos disponibles y de utilizar la televisión que ya está en la sala de espera para transmitir informaciones en salud útiles y de manera creativa.

Sobre la manera “seca” o “tajante” de algunos profesionales traten al usuario o el menor durante el control de salud, según la opinión del acompañante, puede indicar la necesidad de una actividad de sensibilización de los profesionales, recalcando algunos aspectos de una atención con calidez.

Aunque la dimensión “**resultado**”, así como la calificación final de la atención también hayan sido evaluadas de forma positiva, es importante destacar que la evaluación de la satisfacción usuaria debe ser realizada de forma continua, es decir, debe ser considerada como una estrategia que permita conocer los aspectos de la atención que deben ser mejorados, y para poder fortalecer las acciones positivas ya realizadas. Esta información debe ser compartida con los funcionarios del Centro de Salud Familiar con el objetivo de demostrar reconocimiento por el trabajo realizado, así como buscar en equipo estrategias para optimizar la atención de Control de Salud Infantil de forma sostenida en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

Barajas, E. R. Calidad, productividad y costos. *Salud Publica Mex.* 35:298-304. 1993

Donabedian, A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I.* Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980.

Donabedian, A. The quality of medical care: how can it be assessed. *JAMA* 1988; 260:1743-8 *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:S80-S87

Donabedian, A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención medica, un texto introductorio. Mexico, D.F. *Rev. Perspectivas en Salud Publica.* pg 10-12. 1990.

Donabedian, A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Segunda parte. *Control de calidad asistencial.* 6,2 (31-39), 1991. Hallado en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/263.pdf>
Acceso en 11/10/2014

Gallego, M. E. D., Navarrete, M. L.V., Vanderlei, C. de M. Calidad en los servicios de salud desde la visión de los diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. salud pública* vol.12 n.4 Bogotá Aug. 2010

Garrido T., FJ. Programa de Control del niño Sano, Evidencia científica. *Ped Rur Ext* 2007; 37(350):27-33.

INE. Instituto Nacional de Estadística. 2012. Hallado en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/poblacion_sociedad_enero09.pdf Acceso en 06/05/2015

Instituto Nacional de Estadística Chile. Estadísticas vitales. 2012. Hallado en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php
Acceso en: 08/06/2013

Leyton, B. L. C.; Pérez, Y. A. F.; Guerra, F. A. P. Caracterización de la satisfacción usuaria en relación al control sano infantil realizado por enfermeras o médico en el Centro de Megasalud de la Comuna de La Florida en junio y julio del 2004. Tesis de graduación en Licenciatura en enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2005.

Lima, C. C. de, *et al.* Avaliação da assistência materno-infantil prestada por uma equipe rural do Programa Saúde da Família. *Esc. Anna Nery* v.11 n.3 Rio de Janeiro set. 2007

Londoño, M.; Morera, G.; Laverde, P. Garantía de Calidad en Salud. 2° Ed. Colombia. 2006

Ministerio de salud de Chile. dpto. Asesoría jurídica. Subsecretaria de redes asistenciales. spj/isl. Norma general técnica n 94, sobre programa de evaluación de la calidad de la atención primaria de salud, Pecaps. Exenta n° 434. Santiago. 16.04.2007

Ministerio de Salud de Chile. Ministerio de Salud presenta nuevo programa de salud de la infancia. 2011 (a). Hallado en:

http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_noticias/g_visualizacion/noticias_de_stacadas_6046496.html Acceso en: 01/05/2013.

Ministerio de Salud de Chile. Resultados encuesta satisfacción usuaria en red asistencial servicio de salud Bio Bio Julio de 2012. Hallado en: http://200.72.31.211/1208/participacion/PRESENTACION_RESULTADOS_ESU.pdf Acceso en 25/03/14.

Ministerio de Salud de Chile. Protección de Salud Infantil. 2013 (a) Hallado en: http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_ambientalinfantil/sal_udinfantil.html Acceso en: 08/06/2013

Ministerio de Salud de Chile. Jornada Nacional del Rediseño del Programa Nacional de Salud en la Infancia y Chile Crece Contigo. Desarrollo Biopsicosocial. Componente de Salud del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. 2011 (b). Hallado en: <http://blog.chccsalud.cl/2011/11/jornada-nacional-del-rediseño-del.html> Acceso en: 08/06/2013

Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque integral. 2013 (b). Acceso en: 28/8/13. Hallado en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e2323d12579b8c79e0400101650124b6.pdf>

Oliva, C.; Hidalgo, C. G. Satisfacción Usuaria: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. PSYKHE Vol. 13, Nº 2, 173 – 186, 2004,

Palacin, J. S.; Darras, C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 – 5583 Págs. 127-141, 2005

Peña, Y. F., *et al.* O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da seguridade social do México. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.14 n.5 Ribeirão Preto set./out. 2006

Perez, M. J. V., Aceituno, L. Evaluación de la satisfacción usuaria en un Centro de Atención Primaria de Salud Cuad Méd Soc (Chile) 2013, 53(4): 233-240. Acceso en:10 de mayo de 2015. Disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2013/53/4/53_4_6.pdf

Rigual, F. C., *et al.* Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial, Rev Esp Salud Pública,; vol. 85: n. 5. 459-468. Set/Oct. 2011

Riveros J, Berne C. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. Rev. méd. Chile v.135 n.7 Santiago jul. 2007

Scavino, C. Aprendizaje y Formas de participación: La consulta de control de niño sano como sistema de actividad. Facultad de psicología - UBA / Secretaria de investigaciones / Anuario de investigaciones / Volumen XV, 2008

Torre, L. M. del P. MsC., *et al.* Calidad de la Consulta de Puericultura en escolares. MEDISAN. v.15 n.6 Santiago de Cuba jun. 2011

Vasconcelos, V. M. *et al.* Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery vol.16 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2012

Villanueva, M., *et al.* Costo-efectividad del Programa del Control del niño sano en el primer nivel de atención. Rev. chil. nutr. vol.38 no.4 Santiago dic. 2011

WHO. OE acceso y calidad de la atención de salud. 2006. Acceso en: 16 de agosto de 2013. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/94b4fba0bd1c1eaae04001011f01261d.pdf>

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO N. 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	62
ANEXO N. 2 INSTRUMENTO	64
Gráfico 1: Distribución porcentual de usuarios según sexo. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	68
Gráfico 2: Distribución porcentual de usuarios según estado civil de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	69
Gráfico 3: Distribución porcentual de usuarios según nivel de instrucción educacional de los Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	70
Gráfico 4: Distribución porcentual de usuarios según actividad económica desempeñada por los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	71
Gráfico 5: Distribución porcentual de usuarios según edad de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	72
Gráfico 6: Distribución porcentual de usuarios según categoría Fonasa al cual pertenece. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	73
Gráfico 7: Distribución porcentual de usuarios según relación con el menor. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	74
Gráfico 8: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la facilidad de pedir hora de control de salud infantil para los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.....	75
Gráfico 9: Distribución porcentual de usuarios según cumplimiento de hora. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	76
Gráfico 10: Distribución porcentual de usuarios según la frecuencia de avisos previos sobre cambios de hora de control a los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.....	77
Gráfico 11: Distribución porcentual de usuarios según satisfacción con el tiempo de espera para el control de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.....	78
Gráfico 12: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre comodidad de la sala de espera por parte de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	79
Gráfico 13: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre comodidad del box de atención según la percepción de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil del Cesfam Karol Wojtyla.....	80
Gráfico 14: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la limpieza del box de atención según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.....	81

Gráfico 15: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre el lenguaje utilizado por el profesional, opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	82
Gráfico 16: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre las informaciones recibidas sobre estado de salud del menor, opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	83
Gráfico 17: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre indicaciones recibidas sobre el cuidado con el menor, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	84
Gráfico 18: Distribución porcentual de usuarios según satisfacción con la duración del control, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	85
Gráfico 19: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la amabilidad en el trato del profesional, opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	86
Gráfico 20: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la amabilidad en el trato del personal administrativo según la opinión de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	87
Gráfico 21: Distribución porcentual de usuarios según la sensación de inspiración de confianza en el profesional (sentimiento de confianza). Opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	88
Gráfico 22: Distribución porcentual de usuarios que resolvieron sus preguntas gracias a las respuestas dadas por el profesional. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	89
Gráfico 23: Distribución porcentual de usuarios según la sensación de interés del profesional en contestar preguntas. Opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	90
Gráfico 24: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la utilidad del control, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	91
Gráfico 25: Distribución porcentual de usuarios según la opinión sobre el cumplimiento de expectativas. Opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.	92
Gráfico 26: Distribución porcentual de usuarios según calificación de la atención recibida. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.	93

ANEXO N. 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

SATISFACCIÓN USUARIA CON EL CONTROL DE SALUD INFANTIL EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR EN EL AÑO DE 2015

Nombre del Investigador principal: FERNANDA MARTINS MONTEIRO
R.U.T.: 23863073-8
Institución: UNIVERSIDAD DE CHILE
Teléfonos: 97050142

Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “Satisfacción usuaria con el control de salud infantil en un centro de salud familiar en el año de 2015”. Su participación consistirá en responder una encuesta sobre la atención otorgada a su hijo en el último control de salud infantil al cual asistió en el Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla, en la comuna de Puente Alto.

A usted no se le cobrará por su participación en el estudio, así como no recibirá ninguna compensación económica.

Conocer su opinión podrá contribuir a mejorar la atención en salud entregada a su hijo/hija en el Control de Salud Infantil, en el CESFAM Karol Wojtyla. En caso de que Ud. decida no participar en esta investigación eso no implicara dejar de recibir atención de salud en este CESFAM, así como no sufrirá ninguna sanción.

Toda la información que usted nos entregue en este estudio será confidencial y utilizada tan solo para fines de investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados del estudio será completamente anónima. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, así que siéntase con libertad para retirarse en cualquier momento.

Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: FERNANDA MARTINS MONTEIRO Teléfono: 97050142

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, acepto participar en el proyecto “SATISFACCIÓN USUARIA CON EL CONTROL DE SALUD INFANTIL EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR EN EL AÑO DE 2014”.

_____	_____	_____
Nombre del sujeto	Firma	Fecha
Rut.		

_____	_____	_____
Nombre del encuestador	Firma	Fecha
Rut.		

ANEXO N. 2 INSTRUMENTO

Encuesta satisfacción usuaria en el Control de Salud Infantil

Nombre del Establecimiento: _____

Fecha: __/__/__

Entrevistador: _____

Sr/Sra. Usuario/a, esta encuesta tiene como objetivo conocer su opinión sobre el control de salud que se realiza a su hijo/hija en este Centro de Salud. Su ayuda, a través de la respuesta de este documento, es de gran importancia por cuanto puede contribuir a mejorar nuestro servicio.

Datos personales:

- 1) Edad del usuario: _____ años
- 2) Sexo: F () M ()
- 3) ¿Cuál es su estado civil?
Soltero () Casado () Conviviente () Separado () Viudo ()
- 4) ¿Cuál es su nivel de instrucción, según el último año de estudio en que usted aprobó?

- Sin escolaridad ()
- Básica incompleta ()
- Básica completa ()
- Media incompleta ()
- Media completa ()
- Técnico Profesional ()
- Universitario ()

- 5) ¿Qué actividad desempeña Usted actualmente?
Trabajos esporádicos ()
Estudiante ()
Empleado ()
Dueña de casa ()
Desempleado ()
Jubilado, retirado, pensionado, montepiado ()

- 6) ¿A cuál categoría de FONASA pertenece usted?

A () B () C () D ()

- 7) ¿Cuál es su relación con el niño?

Madre () Padre () Abuela/o () Otro () Especifique: _____

- 8) ¿Qué edad tiene el niño/a a quien acompaña?

Años: _____ Meses: _____ Días: _____

II.CENTRO DE SALUD

9) Sobre la facilidad para conseguir hora de control de salud infantil, ¿qué le pareció?

Muy fácil () Fácil () Medianamente fácil () Difícil () Muy difícil ()

10) ¿Fue usted atendido(a) en la fecha en que estaba citada?

Sí () No ()

11) ¿En caso de cambio de hora de atención con qué frecuencia le han llamado para avisarle?

No he tenido cambios de horas () Siempre () Muchas veces () A veces () Nunca ()

12) ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para entrar al box a partir de la hora en que estaba citado?

Minutos: _____

13) Respecto del tiempo de espera, ¿usted está?

Muy satisfecho () Satisfecho () Medianamente satisfecho () Insatisfecho () Muy insatisfecho ()

14) Sobre la comodidad de la sala de espera, ¿cómo la encontró? (Ej.:Tiene temperatura agradable, tiene silla en buen estado de conservación, tiene algún medio de entretenimiento mientras espera por el control, etc.)

Muy cómoda () Cómoda () Regular () Poco cómoda () Incomoda ()

15) Sobre la comodidad del box o sala donde lo atienden junto a su hijo/a, ¿cómo la encontró? (Ej.: Tiene temperatura agradable, tiene claridad suficiente, tiene silla y camilla en buen estado de conservación, etc.)

Muy cómoda () Cómoda () Regular () Poco cómoda () Incomoda ()

16) En cuanto a la limpieza del box o sala donde lo atienden junto a su hijo (a), su opinión es:

Muy limpio () Limpio () Medianamente limpio () Sucio () Muy sucio ()

III. Control de salud:

A continuación todas las respuestas que Ud. entregue deben estar relacionadas con el/la profesional que lo atendió en el último control de salud al cual asistió el/ la niño/a, al cual usted acompaña

17) El lenguaje utilizado por el profesional que le atendió fue:

Muy claro () Claro () Medianamente claro () Poco claro () Confuso ()

18) Sobre las informaciones que le entregó el profesional sobre el estado de salud de su hijo/a, considera que fueron:

Completas () Suficientes () Regular () Insuficiente () No me dio ninguna información ()

19) Sobre las indicaciones que le entregó el profesional respecto al cuidado con su hijo/a, opina que fueron:

Muy buenas () Buenas () Regular () Malas () Muy malas ()

20) ¿Cuánto tiempo aproximadamente duró el control?

Minutos: _____

21) Respecto del tiempo que duró el control, usted esta:

Muy satisfecho () Satisfecho () Medianamente satisfecho () Insatisfecho () Muy insatisfecho ()

22) La amabilidad en el trato que le entregó el profesional que atendió al niño/a al cual usted acompaña fue:

Muy bueno () Bueno () Regular () Malo () Muy malo ()

23) La amabilidad en el trato que le entregó el profesional administrativo fue:

Muy bueno () Bueno () Regular () Malo () Muy malo ()

24) ¿El profesional que le atendió a su hijo/a le inspiró confianza?

Si () No ()

25) ¿El profesional que la atendió le respondió las inquietudes que usted le planteo en el control respecto a su hijo/a?

Si () No ()

26) ¿Qué le pareció el interés del profesional que le atendió en atender sus dudas?

Muy interesado () Interesado () Medianamente interesado () Poco interesado () Desinteresado ()

27) Usted considera que el control de salud infantil, para aprender o reforzar conocimientos sobre el cuidado del niño/a fue:

Muy útil () Útil () Poco útil () Inútil () Muy inútil ()

28) Con respecto al control de salud infantil usted considera que fue:

Fue mucho mejor de lo que esperaba ()

Fue mejor de lo que esperaba ()

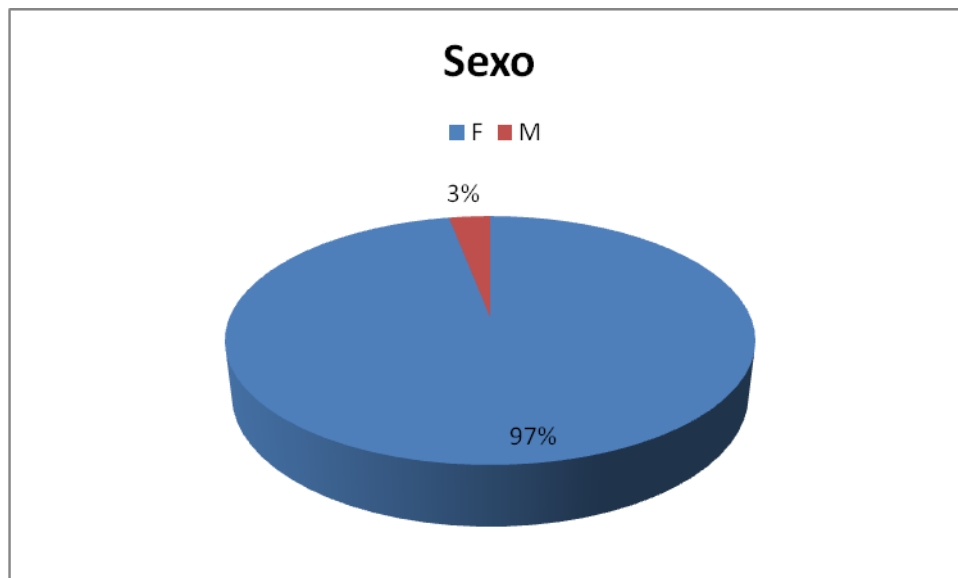
Fue igual a lo que esperaba ()

Fue peor de lo que esperaba ()
Fue mucho peor de lo que esperaba ()

29) ¿Cómo calificaría usted la atención recibida por el/la profesional?

Muy bueno () Bueno () Regular () Malo () Muy malo ()

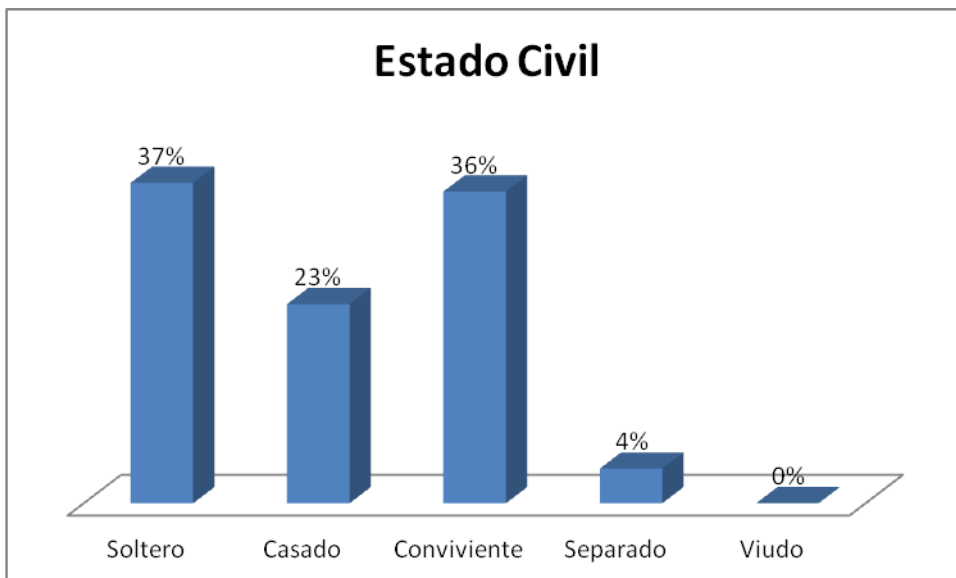
Gráfico 1: Distribución porcentual de usuarios según sexo. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

En el presente gráfico se observa que la mayoría de los usuarios que acompañaron los niños/niñas en el control de salud infantil han sido del sexo femenino, con un 97% (n=145).

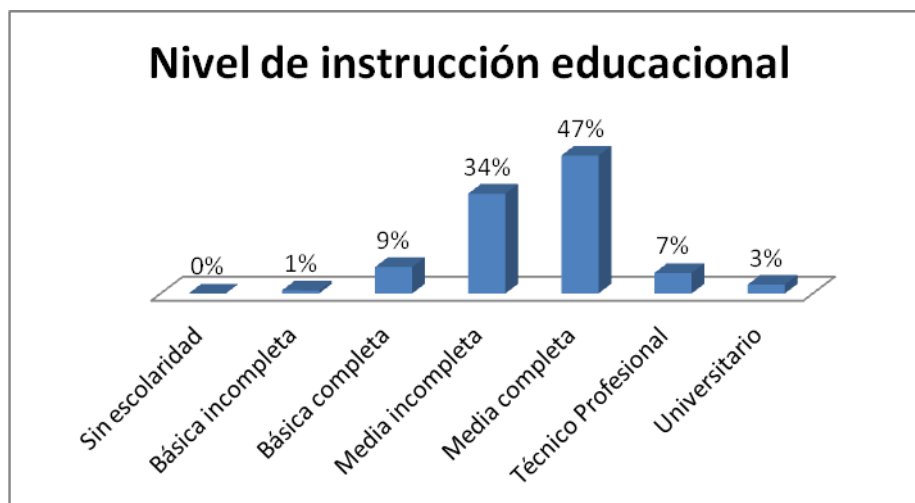
Gráfico 2: Distribución porcentual de usuarios según estado civil de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Según el estado civil, el gráfico muestra que un 37% (n=56) de los usuarios es soltero(a), seguido de un 36% (n=54) de convivientes. Ningún de los encuestados refirió ser viudo.

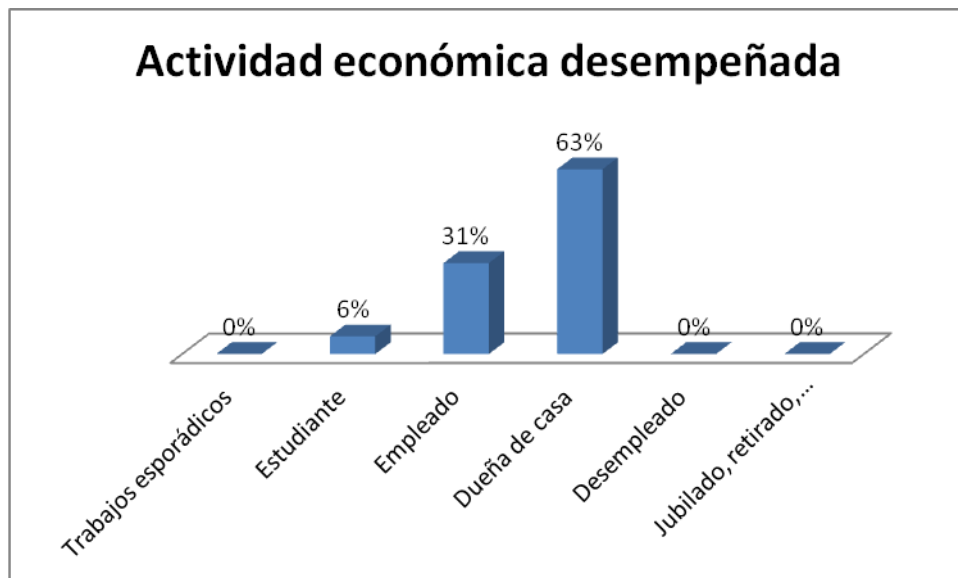
Gráfico 3: Distribución porcentual de usuarios según nivel de instrucción educacional de los Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico apunta que según el nivel de instrucción, 47% (n=70) de los usuarios tiene la media completa, seguido de un 34% (n=51) que refiere tener la media incompleta. Ninguno de los usuarios indicó no tener escolaridad.

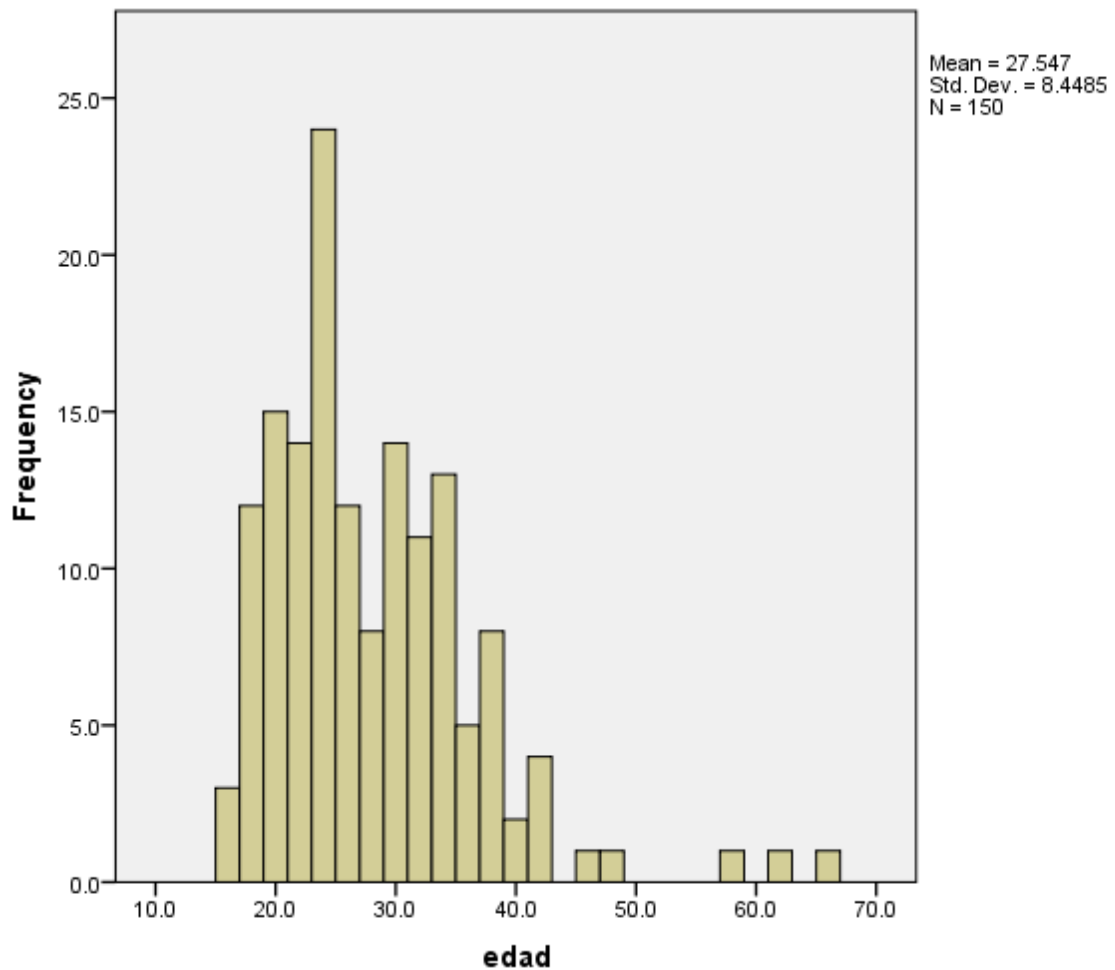
Gráfico 4: Distribución porcentual de usuarios según actividad económica desempeñada por los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Según la actividad desarrollada por el usuario, el gráfico muestra que la mayoría indica ser dueña de casa 63% (n=94). Ninguno de los encuestados ha señalado realizar trabajos esporádicos, estar desempleado o jubilado.

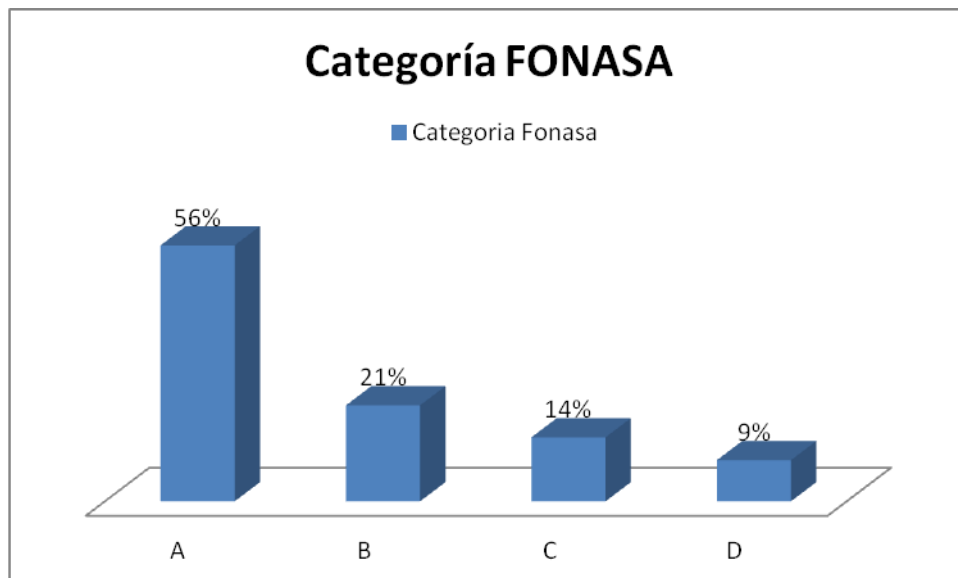
Gráfico 5: Distribución porcentual de usuarios según edad de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

En el presente gráfico podemos destacar que las edades de los acompañantes en general van entre los 20 años de edad, hasta los 30 años, existiendo una tendencia mayor en la edad ubicada en torno a los 25 años de edad.

Gráfico 6: Distribución porcentual de usuarios según categoría Fonasa al cual pertenece. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Según la categoría FONASA a la cual pertenece el usuario, la mayoría es A 56% (n=84), es decir de la población económicamente más vulnerable del país, mientras la minoría pertenece a Fonasa D 9% (n=13).

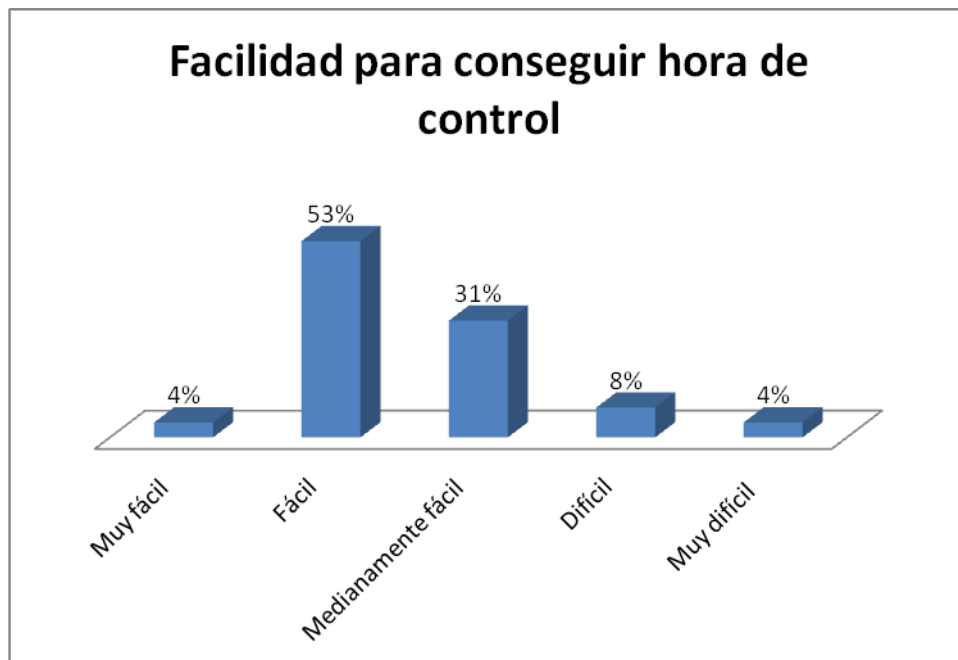
Gráfico 7: Distribución porcentual de usuarios según relación con el menor. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la relación con el niño/niña al cual acompaña durante el control de salud infantil, la gran mayoría de usuarios era la madre 93% (n=140).

Gráfico 8: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la facilidad de pedir hora de control de salud infantil para los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al gráfico, según la facilidad para conseguir la hora de control de salud infantil, 53% de los usuarios (n=79) consideró que le fue fácil, así como el 31% (n=47) informó que le fue medianamente fácil. La minoría de los usuarios, es decir, un 4% (n=6) encontró que fue muy fácil y o bien muy difícil.

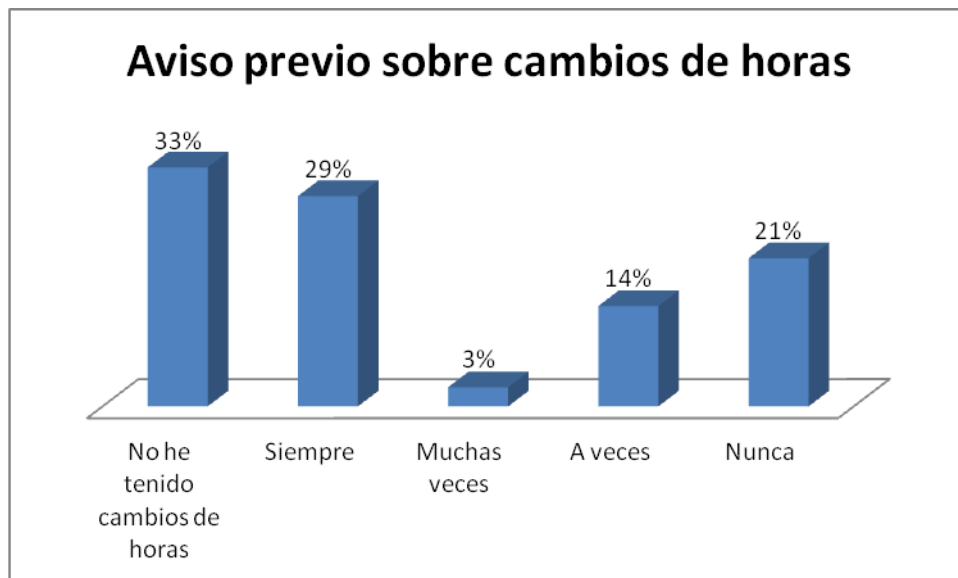
Gráfico 9: Distribución porcentual de usuarios según cumplimiento de hora. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que la mayoría de los usuarios 97% (n=145) fue atendido en la fecha en que estaba efectivamente citado.

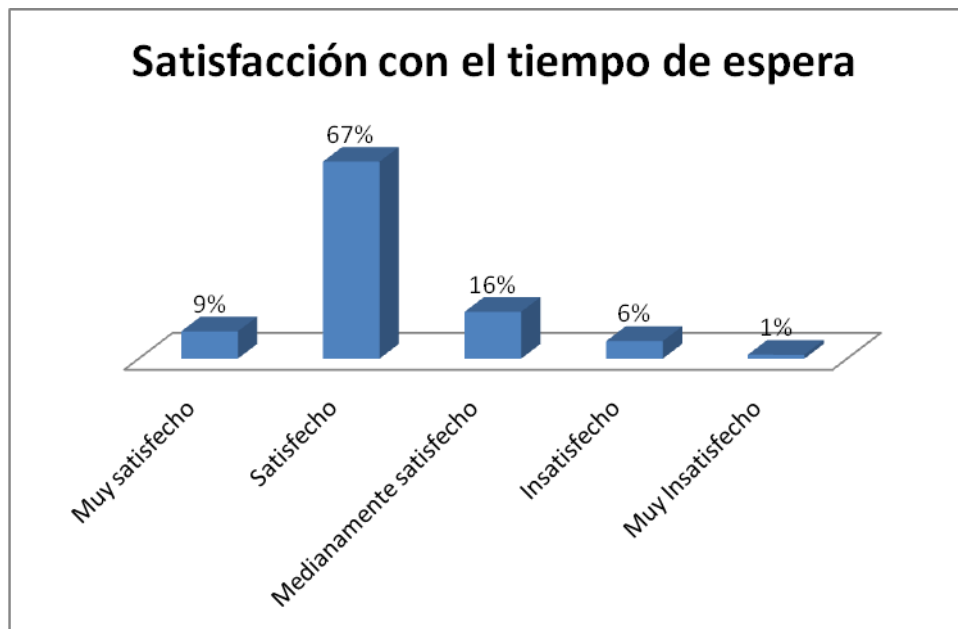
Gráfico 10: Distribución porcentual de usuarios según la frecuencia de avisos previos sobre cambios de hora de control a los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que 33% (n=50) de los usuarios indica que no han tenido cambios de hora. Seguido de un 29% (n=44) que informa que siempre que han tenido cambio de hora han recibido aviso previo por parte del personal.

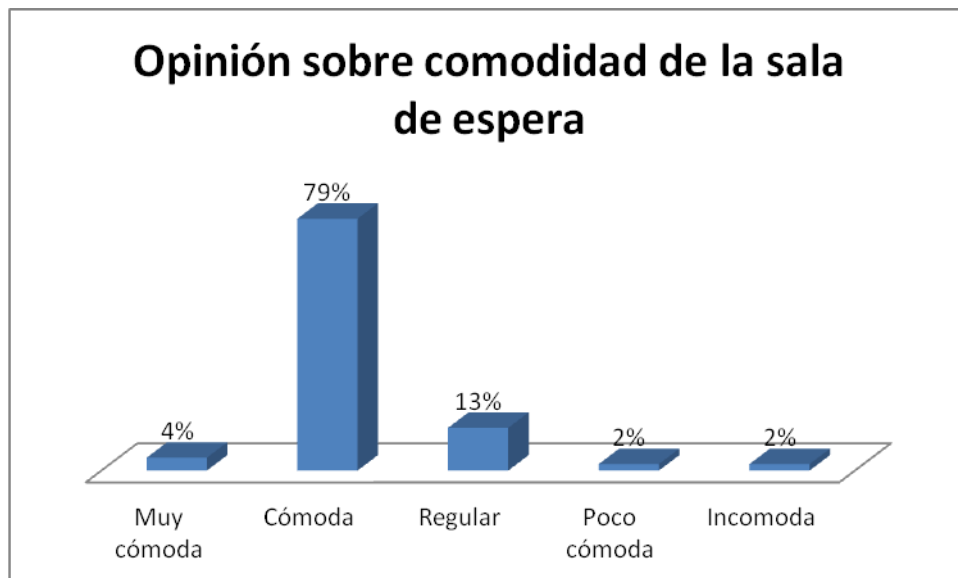
Gráfico 11: Distribución porcentual de usuarios según satisfacción con el tiempo de espera para el control de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que con respecto al tiempo de espera la mayoría de los usuarios el 67% (n=101) dice estar satisfecho. La minoría, un 1% (n=2) informa estar muy insatisfecho.

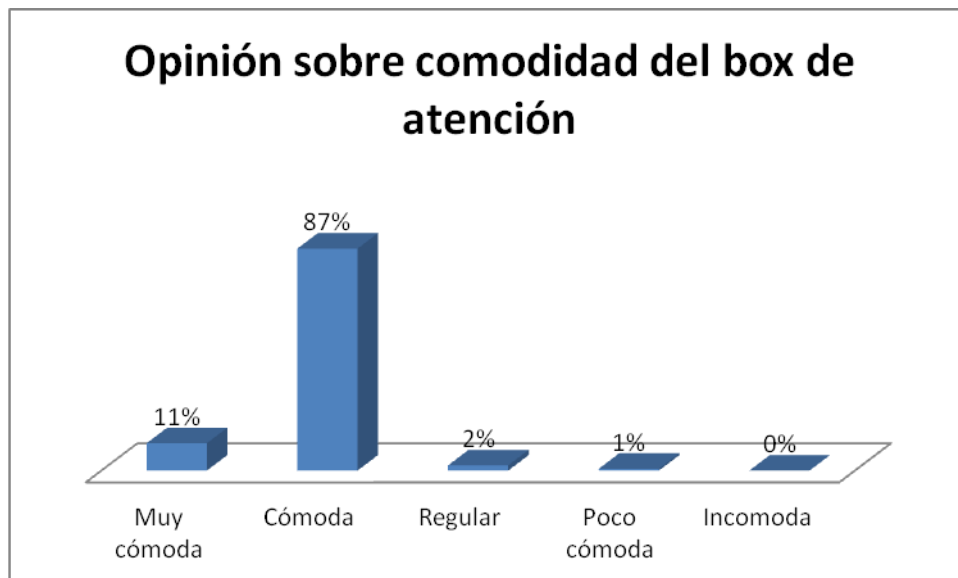
Gráfico 12: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre comodidad de la sala de espera por parte de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Según la comodidad de la sala de espera la mayoría de los usuarios, un 79% (n=118) de los encuestados, opina que es cómoda. Una minoría de 2% (n=2) encuentra que es poco cómoda o incómoda.

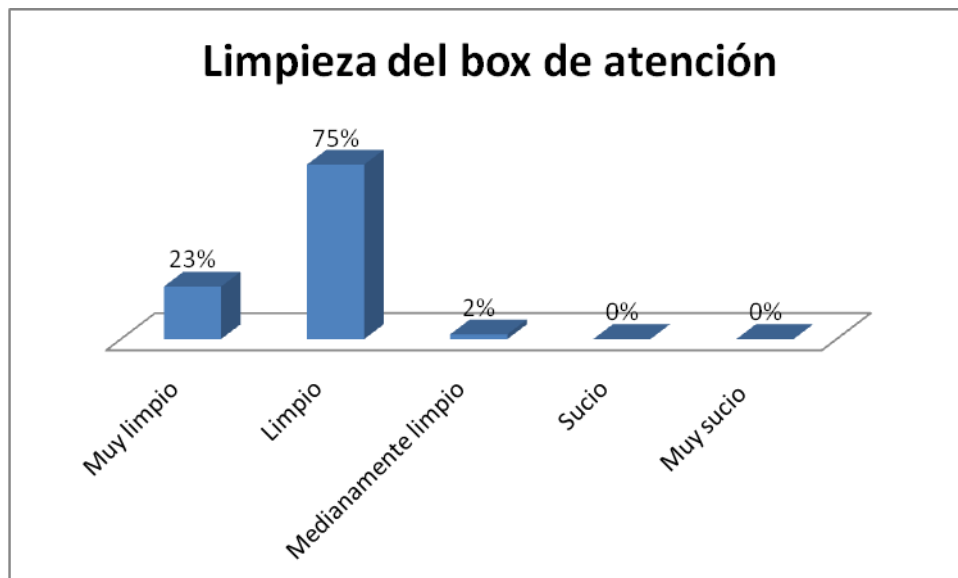
Gráfico 13: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre comodidad del box de atención según la percepción de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil del Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que, según la comodidad del box de atención, el 87% de los usuarios (n=130) opina que es cómodo, un 1% (n=1) dice que es poco cómodo y un 0% opina que es incómodo.

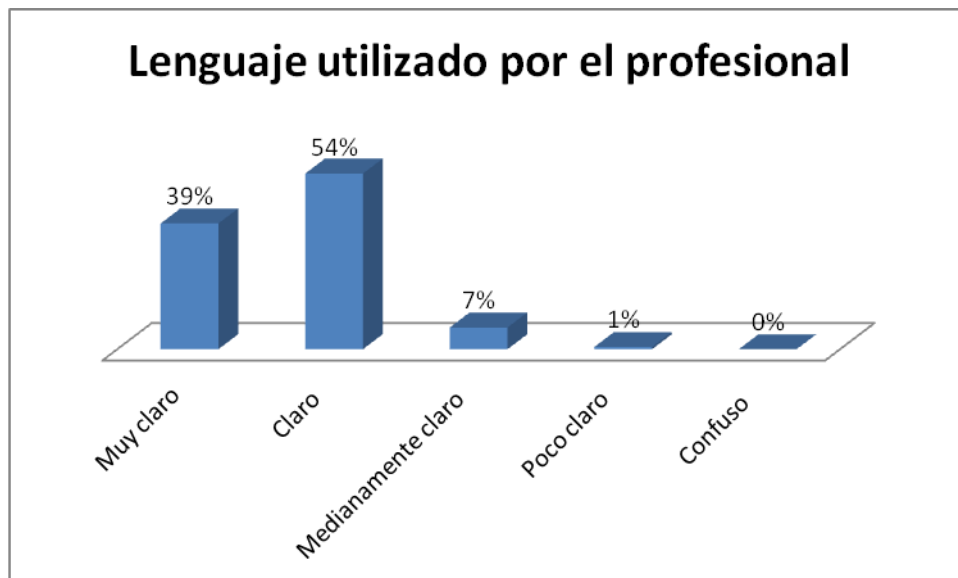
Gráfico 14: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la limpieza del box de atención según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

En relación a la limpieza percibida por los usuarios del box de atención, un 75% (n=113) de ellos opina que es limpio. No existen opiniones sobre que indiquen que estos son sucios o muy sucios.

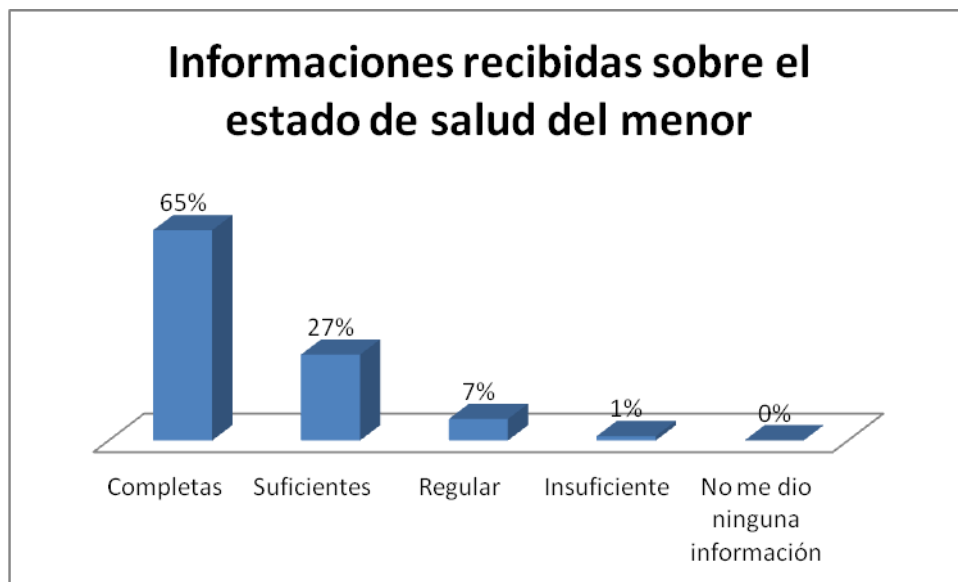
Gráfico 15: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre el lenguaje utilizado por el profesional, opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que un 54% de los usuarios (n=81) opina que el lenguaje utilizado por el profesional fue claro, lo sigue un 39% (n=58) que opina que éste es muy claro.

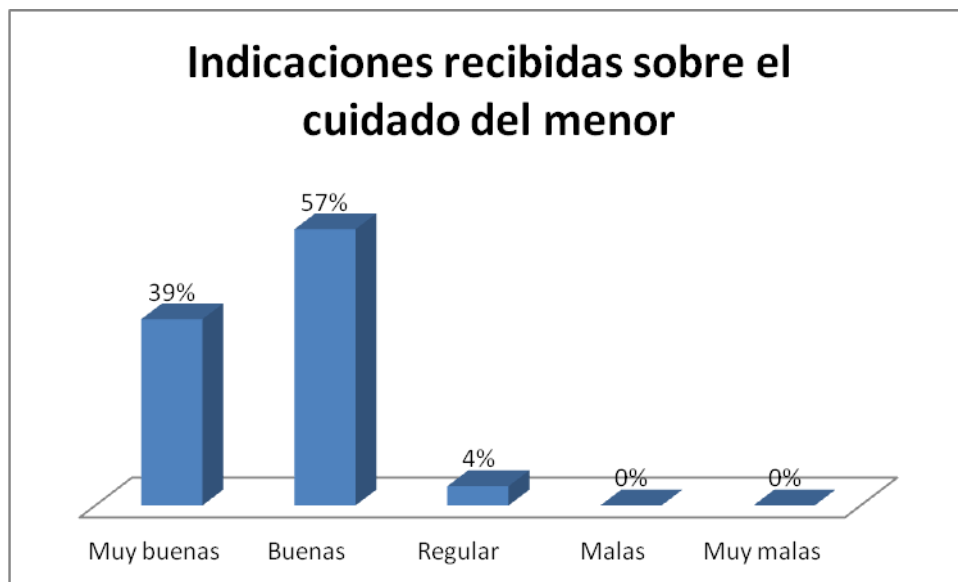
Gráfico 16: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre las informaciones recibidas sobre estado de salud del menor, opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las informaciones recibidas sobre el estado de salud del menor, la mayoría de los usuarios, es decir, un 65% (n= 98) opinó que fueron completas. Nadie de la muestra indica no haber recibido informaciones y sólo un 1% (n=2) opinó que fueron insuficientes.

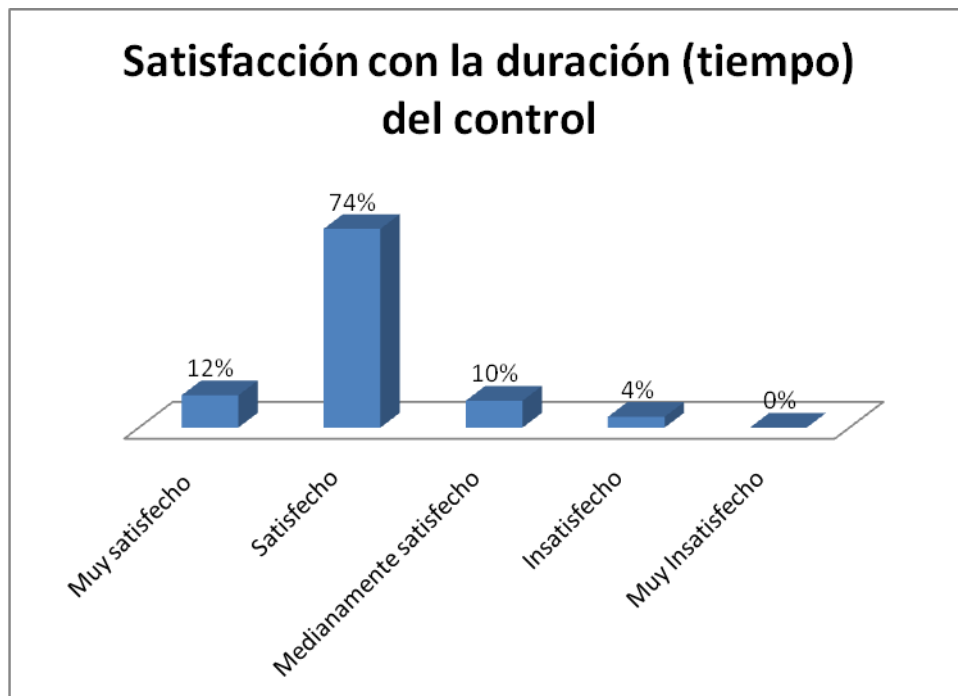
Gráfico 17: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre indicaciones recibidas sobre el cuidado con el menor, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

En el presente gráfico se aprecia que en cuanto a las indicaciones recibidas sobre el cuidado que debe tener el cuidador con el menor, un 57% de los usuarios (n=86) opinaron que fueron buenas, seguido de un 39% (n=58) que las consideró muy buenas. Por otra parte, un 0% de los usuarios encontró que las indicaciones fueron malas o muy malas.

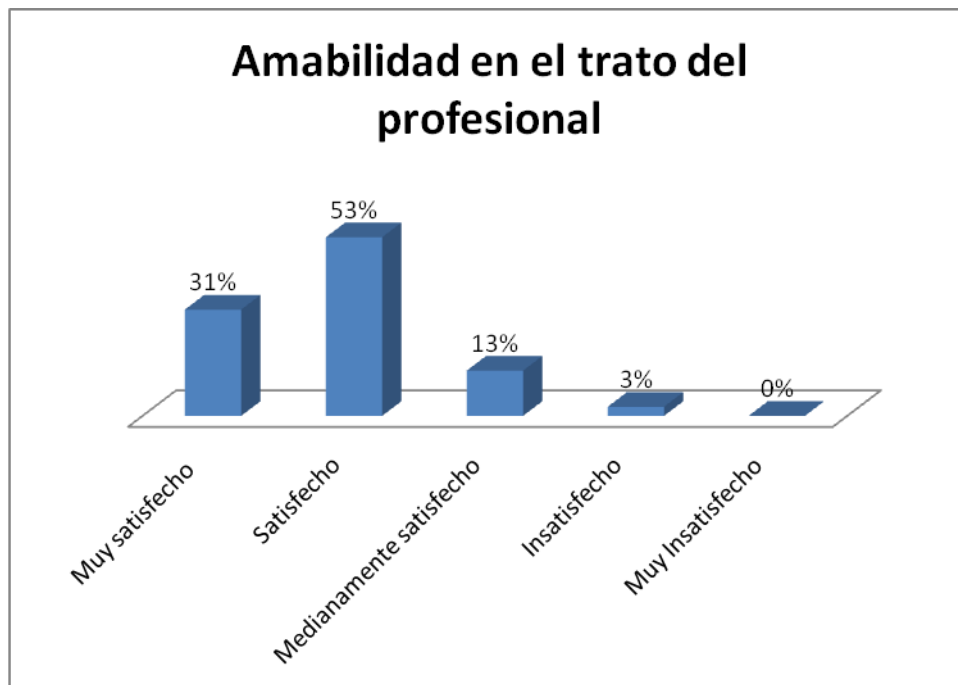
Gráfico 18: Distribución porcentual de usuarios según satisfacción con la duración del control, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la duración del control de salud infantil, la mayoría de la población encuestada, es decir, un 74% (n=111) señala estar satisfecha. Ninguno de los encuestados respondió que estaba muy insatisfecho.

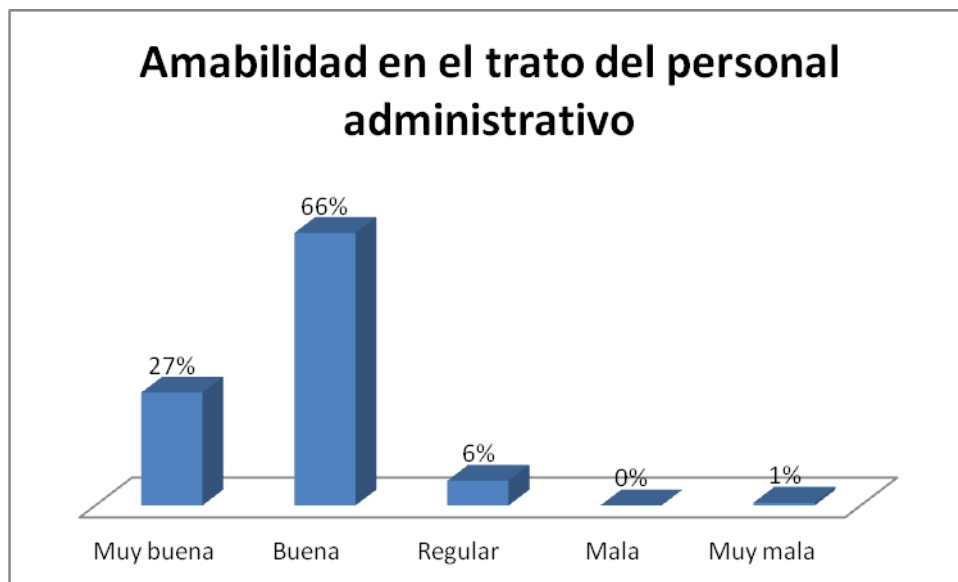
Gráfico 19: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la amabilidad en el trato del profesional, opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que un 53% de los usuarios (n=79) informaron estar satisfechos en cuanto a la amabilidad que se manifestaba en el trato del profesional con el paciente, seguido de un 31% (n=47) que destaca encontrarse muy satisfecho. Ningún usuario señala estar muy insatisfecho.

Gráfico 20: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la amabilidad en el trato del personal administrativo según la opinión de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la amabilidad en el trato brindada por el personal administrativo, la mayoría de los usuarios, a saber, un 66% (n=99) opinó que fue buena. Sólo un 1% (n=1) indicó que ésta fue muy mala.

Gráfico 21: Distribución porcentual de usuarios según la sensación de inspiración de confianza en el profesional (sentimiento de confianza). Opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

El presente gráfico apunta a que la mayoría de los usuarios, a saber, un 93% (n=139) opinaron que el profesional le inspiró confianza.

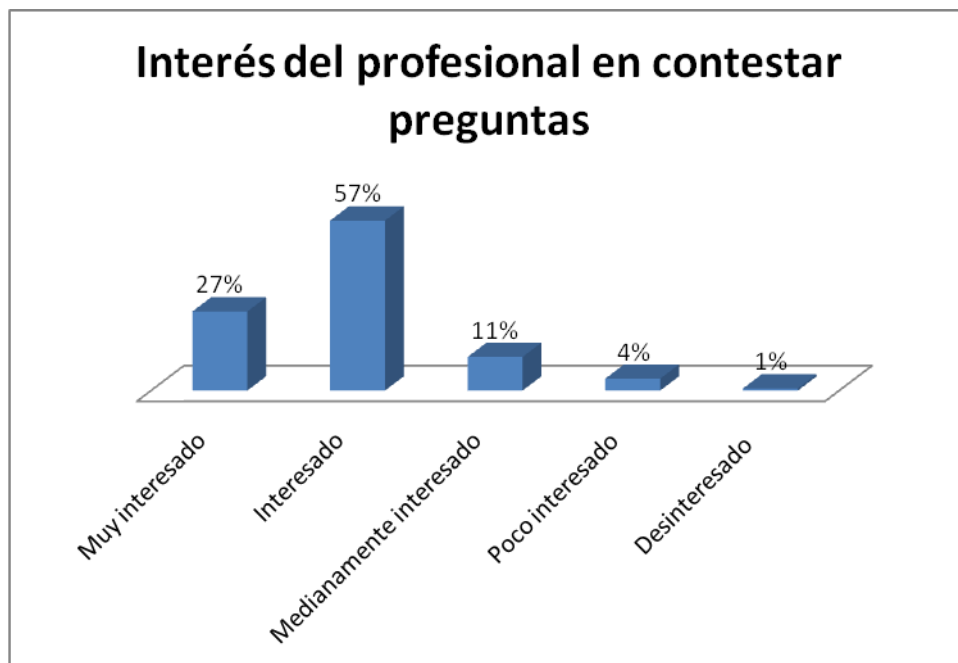
Gráfico 22: Distribución porcentual de usuarios que resolvieron sus preguntas gracias a las respuestas dadas por el profesional. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Respecto al hecho de haber tenido sus preguntas contestadas por el profesional, según el presente gráfico, la mayoría de los usuarios, es decir, un 97% (n=145) informó que sí.

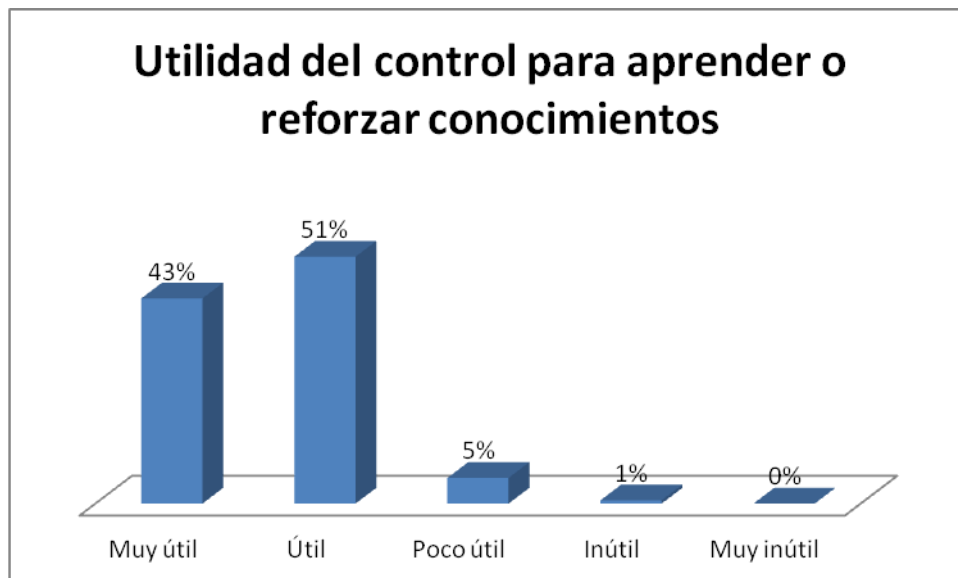
Gráfico 23: Distribución porcentual de usuarios según la sensación de interés del profesional en contestar preguntas. Opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Según el gráfico, el 57% de los usuarios (n=86) señala que el profesional demostró interés en contestar sus preguntas. Solamente un 1% (n=1) opinó que el profesional se mostró desinteresado.

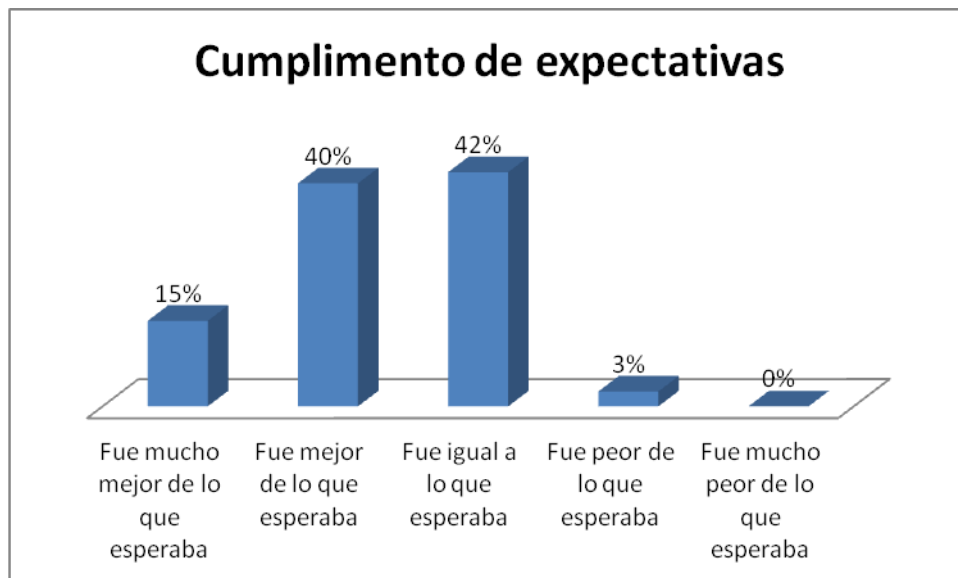
Gráfico 24: Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre la utilidad del control, según los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la utilidad del control de salud infantil para aprender o reforzar los conocimientos, un 57% de los acompañantes de los niños/niñas (n=77) indicó que lo consideraba útil, seguido de un 43% (n=64) que lo encontró muy útil.

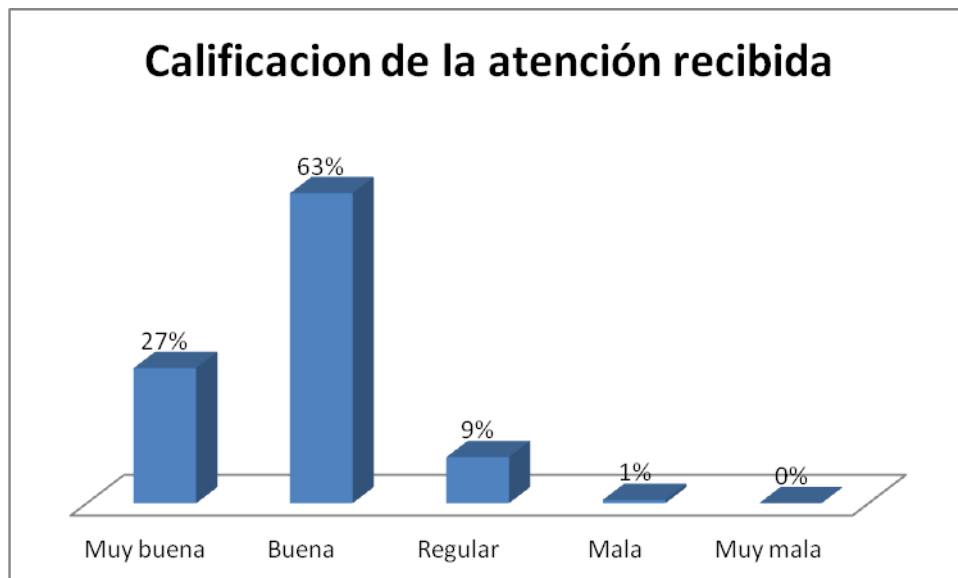
Gráfico 25: Distribución porcentual de usuarios según la opinión sobre el cumplimiento de expectativas. Opiniones de los acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil en el Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

Respecto al cumplimiento de expectativas, un 42% de usuarios (n=63) consideró que el control de salud infantil al cual asistió fue igual a lo que esperaba, seguido de un 40% que opinó que superó sus expectativas (n=60).

Gráfico 26: Distribución porcentual de usuarios según calificación de la atención recibida. Acompañantes de niños/niñas en el control de salud infantil Cesfam Karol Wojtyla.



Fuente: Elaboración propia

El presente gráfico demuestra que la calificación atribuida por el acompañante del niño/niña, en el control de salud infantil, a la atención recibida fue generalmente buena, con un 63% (n=94), mientras el 1% (n=1) opinó que fue mala.