



EE
Escuela de
Enfermería | **FCM**



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



UNC
Universidad
Nacional
de Córdoba

2021 - Año del homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CÁTEDRA DE TALLER FINAL

PROYECTO DE INVESTIGACION

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA

Estudio a realizarse en el marco de la Campaña de vacunación Covid, a las personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES) septiembre 2021. Ciudad de Córdoba.)

Autora: SARMIENTO MORENO, Liliana E.

Córdoba, Febrero 2022.

DATOS DEL AUTOR

- **SARMIENTO MORENO, Liliana Elizabeth**, Enfermera, graduada de la promoción 2014, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, desempeñándose actualmente como enfermera operativa en terapia intensiva del nuevo Hospital San Roque afectado desde año 2020 en atención exclusiva a pacientes Covid positivo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por guiarme en el camino y fortalecerme espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito.

También, quiero mostrar mi gratitud a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de esta meta, de este sueño que es tan importante para mí, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, sus consejos y su dedicación.

A la Universidad Nacional de Córdoba, Escuela de Enfermería, equipo docente, por su formación académica de excelencia.

A mi familia, por la fuerza, la paciencia y comprensión, a lo largo de estos años y por el apoyo incondicional que me brindaron, cada palabra de aliento, por el cariño y la motivación para seguir adelante.

Agradecer a mi colega, compañera y amiga Rosa González, por acompañarme en todo el recorrido de la carrera y nunca dejarme sola, por haber estado en el momento más difícil y triste de mi vida y apoyarme para no abandonar la carrera.

En especial a la Licenciada Estela del Valle Diaz, por todo su acompañamiento y apoyo.

Muchas Gracias

SARMIENTO MORENO, Liliana Elizabeth

Índice

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
Planteo del problema.....	1
Contextualización Temática.	1
Contextualización del lugar o espacio.....	2
Observaciones de la realidad	3
Interrogantes sobre la realidad observada:	4
Antecedentes.....	4
Definición del problema.....	7
Justificación	7
Marco teórico.....	8
Marco teórico.....	¡Error! Marcador no definido.
El concepto de percepción.....	14
Objetivos.....	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	24
CAPITULO II.....	25
Diseño Metodológico	26
Operacionalización de la Variable	26
I. Recolección de Datos	28
II. Procesamiento de datos	28
III. Presentación de los datos	29
Tablas y Gráficos Ejemplos	30
Referencias Bibliográficas	32
ANEXOS.....	34
Anexo I .Nota de autorización a la institución	34
Anexo II .Consentimiento Informado.	35
Anexo III .Instrumento de recolección de datos.....	36

Prólogo.

El coronavirus (COVID-19) ha generado un estado de emergencia en la salud pública con impactos multidimensionales inmediatos y en el largo plazo, que conllevan riesgos y efectos particulares en, niños, adolescentes y en las familias.

El gobierno de Córdoba con el objetivo de brindar un nuevo servicio la comunidad inaugura el 15 de marzo 2021 el Auto-Vac que permite que adultos mayores de 65 años puedan recibir inmunizaciones desde el interior de sus vehículos de manera rápida y sencilla, sin tener que bajarse de los mismos.

Este servicio permite valorar la percepción del usuario sobre la atención recibida que permita hacerse una idea significativa y clara en el interior de sí mismo, para poder tener conciencia de lo que lo rodea el cuidado impartido.

El siguiente proyecto de investigación tiene como objetivo Establecer la Percepción de la Atención recibida en la Campaña de vacunación Covid, de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. Septiembre 2021.

El desarrollo del mismo se organiza en dos capítulos:

Capítulo I: El Problema, incluye el planteo con la descripción de la problemática planteada, la justificación y mediante la búsqueda de información el marco teórico donde se desarrollará las bases teóricas que sustentan la investigación como así también la definición conceptual de la variable en estudio, del cual se desprenderán los objetivos del mismo.

Capítulo II: Diseño Metodológico, describe la metodología que se empleará para el desarrollo del mismo, el tipo de estudio, la técnica e instrumento a utilizar, la operacionalización de la variable en estudio y las etapas de recolección, procesamiento, presentación y análisis de la información a recopilar.

Además, se encuentra disponible las referencias bibliográficas consultadas y los anexos que sirven de respaldo al proyecto de investigación.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

PLANTEO DEL PROBLEMA

Contextualización Temática.

El sistema de salud a nivel mundial, afronta una crisis sanitaria, iniciada en diciembre del 2019, con un brote epidémico a causa de un virus, hasta entonces desconocida, iniciado en Wuhan, provincia de Hubei, China. Este virus mostró un elevado nivel de infección y contagio, enfermedad COVID-19, es por ello, que el 11 de marzo-2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como pandemia, esto se produce cuando surge un nuevo virus gripal que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él. Esta medida surge con el fin de lograr que los países, tomen conciencia del poder de contagio del virus y tomen medidas preventivas, preparen al sistema sanitario para afrontar el virus y sus consecuencias (Castrillon y Montoya, 2020).

La enfermedad COVID-19 es un virus que, en los humanos, causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Su elevado nivel de contagio ha sobrecargado todo el sistema sanitario ocasionando modificaciones en su organización de una forma rápida e integral (Hui y Zumla, 2019).

Es por medio de la vacunación que se podrá controlar su propagación, la vacunación es considerada uno de los mayores logros de la salud pública del siglo XX, reconociéndose ampliamente su utilidad y beneficio. Se le estima como una de las herramientas más costo-efectiva para disminuir la tasa de las enfermedades inmunoprevenibles, lo que ha sido demostrado tras la implementación de campañas y programas de inmunización que han permitido reducir de manera significativa la morbilidad, discapacidad y mortalidad de la población a causa de las enfermedades prevenibles a través de la vacunación Organización Panamericana de Salud (2017).

Luzuriaga (2021) físico jubilado del Centro Atómico Bariloche Instituto Balseiro, al hacer una breve reseña del origen de la vacuna, refiere que recién en 1796, Edward Jenner, un inglés, aplicó la primera vacuna contra la viruela. La viruela era endémica y mataba a una quinta parte de los contagiados, se destaca que Jenner fue a

ver que los que ordeñaban vacas, adquirirían una enfermedad inocua, con granitos en las manos y poco más. Observó, también, que después esta gente no se contagiaba de viruela. Su idea fue simplemente frotar el pus de los granos en gente sana, para que adquirieran tanto la enfermedad inocua, como la inmunidad a la viruela mortal. Por su origen vacuno, el método se bautizó “vacunación”. Jenner mismo eligió el nombre, en inglés, “vaccination”. No deriva del nombre inglés de la vaca, sino del nombre latino “vacca”, que, para los ingleses de la época, el latín era elegante y “científico”.

El mismo autor continúa afirmando que Jenner no estaba solo, otros tuvieron ideas parecidas, pero él fue de los más decididos defensores del método. Le tenía fe y para demostrarlo vacunó a sus hijos. Ya que no existían vacunas, nadie había desarrollado salvaguardas para probarlas. Otro hito empírico fue dado por un segundo médico inglés, John Snow, durante la epidemia de cólera de 1831-1858 en Londres. Snow notó que los casos estaban concentrados en algunas zonas y, para entender mejor, elaboró un plano con las casas donde vivían los enfermos. Descubrió que se agrupaban alrededor de una de las bombas donde se extraía el agua de beber, en el Soho, barrio sin agua corriente en la época. Dedujo que el agua estaba contaminada.

Aunque todavía no estaba claro cuál era el agente de transmisión este punto, lo descubrió uno de los grandes genios de la humanidad, Louis Pasteur. Una de las muchas cosas que hizo fue descubrir una vacuna contra la rabia, pero también explicar los mecanismos de contagio y los agentes responsables. En el camino produjo una revolución sobre cómo concebimos los orígenes de la vida.

Contextualización del lugar o espacio.

En función del valor de la vacunación, el gobierno de Córdoba con el objetivo de brindar un nuevo servicio la comunidad inaugura el 15 de marzo 2021 el Auto-Vac que permite que adultos mayores de 65 años puedan recibir inmunizaciones desde el interior de sus vehículos de manera rápida y sencilla, sin tener que bajarse de los mismos. El Autovac consiste en la inoculación contra el coronavirus dentro del vehículo. Cabe destacar que incluye también a quienes están incluidos en el padrón elaborado por la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión. Este grupo corresponde a personas con certificado de discapacidad mayor de 18 años. Consta de cinco carpas con dos puestos de vacunación. En este momento en AUTOVAC KEMPES cuenta con 30 voluntarios aproximadamente que es el número de personas que necesarias para poder cubrir y brindar atención de calidad.

Se indagó a la coordinadora general del sistema acerca de los cuidados recibidos de parte del personal sanitario a las personas, la información ofrecida, y el tiempo establecido para cumplir el proceso de vacunación de manera correcta, la misma refirió que el personal es convocado, a través de links dónde ahí cargan sus datos personales, y según su condición una vez seleccionados se les otorga la responsabilidad de ser en distanciadores/triage, la persona que cubre la función de la logístico de frío no necesariamente será profesional, no obstante recibe la capacitación correspondiente, los vacunadores son estudiantes de años avanzados en Ciencias de Salud, los encargados de la capacitación son Enfermeros recibidos con matrícula, realizando formación teórico/práctica con evaluación. El entrenamiento está referido a contenidos de la vacunación, tiempo establecido para su ejecución, técnica, información a otorgar al paciente, aspectos a indagar de la persona a vacunar, entre otras.

La metodología de trabajo se organiza de la siguiente manera: dos turnos, mañana y tarde, equipos constituidos por registradores a cargo de personal militar, dos vacunadores que pueden ser de distintas disciplinas de salud (Bioquímicos, Odontólogos, Paramédicos, Enfermeros) tres Enfermeros, un coordinador de inmunizaciones y un coordinador general. En el caso de supervisores estos últimos son Enfermeros y algunos son de reciente egreso en Facultad de Ciencias Médicas que ingresaron por voluntariado, el resto son enfermeros de hospitales que estuvieron de licenciada durante la pandemia y ahora se están reincorporando, a ellos los envían directamente desde la Dirección de la jurisdicción de Enfermería del Ministerio de Salud. Se vacunan aproximadamente por día 1300 personas.

En tal contexto surgen las siguientes observaciones:

Observaciones de la realidad

- Las personas que asisten al AUTO-VAC comentan diferentes experiencias en cuanto a la aplicación de la vacuna.
- Indagan a que disciplina pertenecen los vacunadores.
- Preguntan sobre su formación académica y experiencia.
- Solicitan información sobre complicaciones esperables relacionadas a la vacunación.
- El personal indaga sobre enfermedades preexistentes y tratamiento recibido y medicación de base.

Interrogantes sobre la realidad observada:

- ¿La gestión por sistema de la vacuna, el paciente y su familia la considera satisfactoria?
- ¿Como es la apreciación del paciente y la familia, la relación establecida con el personal en el momento de la vacunación?
- ¿La información obtenida considera que fue clara, completa?
- ¿El tiempo que le insumió el proceso de vacunación consideran que fue aceptable?
- ¿El procedimiento de vacunación según su opinión fue correcto?
- ¿Los cuidados recibidos de parte del personal sanitario fueron correctos?
- ¿Surgieron experiencias malas en el momento de la vacunación?
- ¿Surgieron experiencias buenas en el proceso?
- ¿Como percibió el paciente y su familia el proceso de vacunación?

Antecedentes

En cuanto a la gestión administrativa de la vacuna, el trato y la relación establecida con el personal, un trabajo denominado “Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, en marzo de 2016 cuyos autores fueron Ríos Cáceres y Barreto Galeano (2016) realizaron un trabajo planteando como objetivo, evaluar la percepción de la satisfacción que tienen los pacientes del servicio de consulta externa, estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, transversal; el cual se desarrolló simultáneamente con la población de consulta externa de los hospitales San Antonio de Chía y Santa Rosa de Tenjo. Los resultados obtenidos mostraron que la proporción de satisfacción de los usuarios fue del 71%. la evaluación de percepción dio rangos de satisfacción. Se observó 25 pacientes (15%) del total de la muestra dijeron estar muy satisfechos con la atención ofrecida y dieron la más alta estimación a las siguientes variables: el trato del personal en salud dado por 15 usuarios, los cuidados en casa dado por 14 personas y la dificultad del trámite referido por 12 personas. El 1% de los pacientes refirió sentir insatisfacción debido principalmente al trato del personal administrativo, al igual que a la comodidad o no de los muebles y enseres y en un segundo nivel a la cooperación entre funcionarios. Conclusiones: Los resultados de la investigación relacionan directamente la satisfacción de los usuarios con la accesibilidad y efectividad del servicio prestado.

Otro trabajo realizado por Vallejo Montaguano y Jiménez (2021) denominado Percepción del profesional de enfermería sobre los cuidados aplicados al paciente en

posición de decúbito prono asociado al COVID-19. El estudio muestra la opinión de las enfermeras en cuanto a cómo perciben el cuidado, indica que en la unidad de cuidados intensivos (UCI) el personal de enfermería cumple un papel importante al momento del cuidado y atención del paciente con COVID-19, en relación a la posición decúbito prono (DP), para mejorar la ventilación pulmonar de estos pacientes. El Objetivo fue escribir la percepción del profesional de enfermería sobre la aplicación y efectividad de la posición de decúbito prono en el paciente con COVID-19. Es un estudio con enfoque cualitativo, de tipo fenomenológico, para abordar nuevos conocimientos y prácticas en la pandemia por COVID-19 desde la asistencia de enfermería con una dimensión humanista y comprensiva, utilizando el tipo de muestreo de bola de nieve o cadena en dos hospitales y dos clínicas con Unidad de Cuidados Intensivos del Cantón Ambato, Provincia Tungurahua, Ecuador, se utilizó entrevistas semiestructuradas que permitió descubrir la experiencia vivida de los profesionales de enfermería en cuanto a su percepción del cuidado aplicado al paciente en posición de decúbito prono. Resultados: Se evidenció que la posición DP, no ha sido utilizada anteriormente por el personal de enfermería y empezó a aplicarse por la pandemia de COVID-19. La percepción del profesional de enfermería sobre la aplicación y la efectividad de la posición en los pacientes con COVID-19, ha sido favorable, se ha obtenido una información clara y precisa de acuerdo a su efectividad.

Otro estudio realizado por Begoña de Andrés et. al (2021) denominado Percepción de la Atención recibida al paciente Covid (+) hospitalizado, el cual cuenta con pautas de cuidados a personas afectadas con Covid 19, el mismo refiere que desde que se anunció la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 el 11 de marzo de 2020, muchas personas, entre ellas profesionales sanitarios, científicos, personal técnico y gestores, han estado elaborando protocolos, procedimientos, guías de consenso y documentos técnicos de apoyo, que pudieran orientar hacia la atención más adecuada en esta situación crítica y emergente, provocada por la COVID-19. La escasa bibliografía sobre cuidados enfermeros en esta pandemia motivó la realización de un protocolo de uso hospitalario que resultara útil, para atender al cada vez mayor número de pacientes adultos que ingresaban en Unidades de Hospitalización adaptadas para atender a pacientes con COVID-19. Por esa razón, el objetivo del artículo es aportar recomendaciones para la práctica clínica que ayuden a protocolizar cuidados enfermeros en pacientes adultos ingresados en Unidades de Hospitalización por COVID-19, atendiendo a estándares basados en la literatura o a la experiencia más actual, en esta nueva pandemia y permitir estudiar cómo perciben la atención recibida.

El siguiente antecedente se refiere a un estudio realizado por Sancho et. al (2015) denominado Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico, su objetivo fue explorar las convergencias y divergencias entre la percepción de las enfermeras y los pacientes críticos, en relación a los cuidados satisfactorios proporcionados y recibidos. Para lo cual se realizó un estudio con enfoque cualitativo más amplio, según la Teoría Fundamentada. Realizado en 3 Unidades de Cuidados Intensivos con 34 boxes. Muestreo teórico por perfiles con n=19 pacientes y n=7 enfermeras tras la saturación de datos. El reclutamiento de pacientes incluidos en los perfiles de edad avanzada y larga estancia se dilató en el tiempo por la baja incidencia de estos. La recogida de datos consistió en: entrevista en profundidad a los pacientes críticos, grupo de discusión de enfermeras expertas en el cuidado al paciente crítico y diario de campo. Análisis temático de Teoría Fundamentada según Strauss y Corbin: codificación abierta, axial y selectiva. Se siguieron los criterios de rigor de Guba y Lincoln, de calidad de Calderón y los de reflexividad ética de Gastaldo y McKeever. Se obtuvo informe favorable del comité de ética del centro y consentimiento informado de los participantes. cuyos resultados mostraron Emergen 4 categorías coincidentes: las competencias profesionales, los cuidados humanos, técnicos y continuados. La combinación de estos elementos produce sentimientos de seguridad, tranquilidad, sentirse persona permitiendo al paciente una relación cercana y de confianza con la enfermera que realiza cuidados individualizados. No se han encontrado categorías divergentes. Se concluyó que las percepciones de las enfermeras en relación a los cuidados coinciden con las percepciones de los pacientes críticos tanto en la definición como en las dimensiones sobre el cuidado satisfactorio.

Habiendo analizado los antecedentes obtenidos se concluye que:

La gestión por sistema de la vacuna, el paciente y su familia la consideran satisfactoria.

La relación establecida con el personal en el momento de la vacunación es buena.

La información obtenida es considera clara y completa.

Consideran que los cuidados recibidos de parte del personal sanitario fueron correctos

No se obtuvo información acerca del procedimiento de vacunación, experiencias malas o buenas en el momento de la vacunación, tampoco acerca del tiempo que le insumió ni como percibió el paciente y su familia el proceso de vacunación, los

antecedentes obtenidos no se corresponden con estudios locales razón por lo cual se define el problema de la siguiente manera:

Definición del problema

Percepción de la Calidad de Atención recibida en la Campaña de vacunación Covid, de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES) en septiembre 2021 en la Ciudad de Córdoba.

Justificación

Las vacunas salvan vidas, son seguras y no producen ninguna enfermedad ya que están diseñadas para prevenirlas, son tan importantes como la alimentación y el ejercicio ya que ayudan a mantenernos saludables. También son indispensables para la salud pública ya que ayudan a reducir las probabilidades de propagar enfermedades y prevenir aquellas que no han desaparecido, además de protegernos contra enfermedades infecciosas que pueden ser graves.

Este estudio se justifica porque:

- El gobierno de Córdoba implemento el AUTO-VAC para la aplicación de vacunas anti Covid 19 para todas las personas mayores de 65 años y aquellas que presentaran alguna dificultad para ingresar por sus propios medios al sistema de vacunación.
- Los asistentes expresaron diversidad de opiniones acerca de todo el proceso de vacunación desde el trato, el tiempo, la información, el procedimiento.

Él estudio se justifica para:

- Obtener información local ya que los antecedentes encontrados corresponden a otras realidades.
- A partir de los resultados que se obtengan podrán surgir recomendaciones e ideas que permitan profundizar en el tema para futuros estudios e iniciativas de acciones concretas de cambio y de mejoras.

Marco teórico

El sistema de salud a nivel mundial, afronta una crisis sanitaria, iniciada en diciembre del 2019, con un brote epidémico a causa de un virus, hasta entonces desconocida, iniciado en Wuhan, China. Este virus mostró un elevado nivel de infección y contagio, enfermedad COVID-19, es por ello, que el 11 de marzo-2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como pandemia, esto se produce cuando surge un nuevo virus gripal que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él. Esta medida surge con el fin de lograr que los países, tomen conciencia del poder de contagio del virus y tomen medidas preventivas, preparen al sistema sanitario para afrontar el virus y sus consecuencias (Castrillón y Montoya, 2020).

La enfermedad COVID-19 es un virus que, en los humanos, causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Esta enfermedad descubierta recientemente ha ocasionado un fuerte impacto de morbilidad y mortalidad en la población mundial, generando tensiones en los diferentes servicios de salud. Su elevado nivel de contagio ha sobrecargado todo el sistema sanitario ocasionando modificaciones en su organización de una forma rápida e integral (Zumla, 2019).

En el contexto actual, de pandemia, definida por la Organización Mundial de la Salud como “la propagación mundial de una nueva enfermedad” (OMS, 2009.) Es necesario analizar las herramientas con las que los profesionales de la salud, más precisamente los enfermeros, cuentan para afrontar la alta transmisión del virus coronavirus de tipo 2 que produce síndrome respiratorio agudo severo, SRAS-CoV 2. (Castrillon y Montoya, 2020).

La aparición del coronavirus en el mundo se tradujo en el inicio de nuevos mecanismos de protección a la población, mientras que en paralelo se suscitaron investigaciones en base al origen de la enfermedad como así también el tratamiento, triada epidemiológica y acciones de barrera o contención de la propagación. Las consecuencias de la enfermedad se tradujeron en miles de muertos a nivel mundial, en nuevas definiciones de riesgo, en nuevas pautas de alarma y en la generación de herramientas de comunicación efectiva a nivel mundial. Todo lo antes mencionado tuvo repercusiones en el sistema de salud mundial, en los trabajadores que integran el mismo, afectando las prácticas de cuidados enfermeros.

Las sociedades como un todo ensamblado generaron a su vez procesos de aislamiento social, respaldados por decisiones político legales, con repercusiones socio culturales, que al alargarse en el tiempo afectan la salud mental y física de las personas, como sugieren Ríos y Palacios (2020), en adultos de todas las edades hay una alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos. A su vez la sensación de bienestar subjetivo se percibe negativamente, en Argentina el primer caso portador de coronavirus se confirmó en marzo de 2020, iniciando así la llegada de un paquete de medidas sociosanitarias para la preservación de la salud poblacional.

En tal contexto, legalmente basándose en los artículos 33,41, 42 y 75, entre otros, de la Constitución Nacional, que garantizan la plena vigencia del derecho a la salud, lo cual incumbe al estado en figura de tutela para asegurar el acceso de este derecho a todos los argentinos, dando lugar a los Decretos de Necesidad y Urgencia 260/2020 y 297/2020.

Propiciando el cierre de fronteras nacionales, la definición de casos sospechoso, decretando al aislamiento social y obligatorio, las normas de contención y sanción para los que violan la cuarentena, declarando quienes son considerados personal esencial, entre otras medidas. Para dar respuesta a las necesidades instaladas en el nuevo contexto, desde el estado nacional se creó el Centro de Operaciones de Emergencia (COE), con sede en todo el territorio nacional, con la finalidad de centralizar las políticas y normas para la contención de la propagación, definir los lineamientos del tratamiento y garantizar la comunicación de las medidas tomadas a la población argentina, Ahumada (2020).

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en la Región de las Américas ha sido exitoso durante más de 40 años, siendo un líder global en la eliminación y el control de varias enfermedades prevenibles por vacunación (EPV), tales como la viruela, la poliomielitis, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita, el sarampión y el tétanos neonatal. Además, desde la creación del PAI en 1977, se ha pasado del uso de seis vacunas en el esquema nacional de vacunación en los países, a un uso promedio de más de 16 vacunas, lo que representa una mayor protección para la población, OPS (2017).

Recién en 1796, Edward Jenner, un inglés, aplicó la primera vacuna contra la viruela. La viruela era endémica y mataba a una quinta parte de los contagiados. El genio de Jenner fue ver que los que ordeñaban vacas, adquirían una enfermedad inocua, con granitos en las manos y poco más. Observó, también, que después esta gente no se contagiaba de viruela.

Su idea fue simplemente frotar el pus de los granos en gente sana, para que adquirieran tanto la enfermedad inocua, como la inmunidad a la viruela mortal. Por su

origen vacuno, el método se bautizó “vacunación” Jenner mismo eligió el nombre, en inglés, “vaccination”. No deriva del nombre inglés de la vaca, sino del nombre latino “vacca”. Para los ingleses de la época, el latín era elegante y “científico”, Jenner no estaba solo, otros tuvieron ideas parecidas, pero él fue de los más decididos defensores del método. Le tenía fe y para demostrarlo vacunó a sus hijos. Ya que no existían vacunas, nadie había desarrollado salvaguardas para probarlas. De hecho, no se sabía cuál era el mecanismo de la inmunidad, tampoco se conocía el agente de transmisión, por lo que la primera vacuna se encontró en forma puramente empírica (BBC News, 2017).

Otro hito empírico fue dado por un segundo médico inglés, John Snow, durante la epidemia de cólera de 1831-1858 en Londres. Snow notó que los casos estaban concentrados en algunas zonas y, para entender mejor, elaboró un plano con las casas donde vivían los enfermos. Descubrió que se agrupaban alrededor de una de las bombas donde se extraía el agua de beber, en el Soho, barrio sin agua corriente en la época. Dedujo que el agua estaba contaminada.

La hipótesis usual era que la enfermedad se transmitía por el aire, pero finalmente se reconoció la importancia del agua limpia para la salud de una ciudad. Fue el primer estudio epidemiológico, aunque todavía no estaba claro cuál era el agente de transmisión.

Este punto, lo descubrió uno de los grandes genios de la humanidad, Louis Pasteur. Pocos recuerdan en detalle lo que hizo Pasteur, a pesar de las plazas y calles con su nombre. Una de las muchas cosas que hizo fue descubrir una vacuna contra la rabia, pero también explicar los mecanismos de contagio y los agentes responsables. En el camino produjo una revolución sobre cómo concebimos los orígenes de la vida.

Existía la idea de que los organismos más simples surgían espontáneamente, de la nada. La “generación espontánea” parecía cosa de sentido común, porque la comida criaba hongos, los charcos se llenaban de mosquitos o de renacuajos y aparecían gusanos en la carne podrida, aparentemente de la nada.

Pasteur había estudiado la fermentación del vino y llegó a la conclusión de que las levaduras eran bacterias vivas que producían la fermentación. Por eso era muy consciente de la importancia de estos seres indetectables en los procesos químicos y vitales. Ya desde unos 200 años antes, con los primeros microscopios, se conocía la existencia de amebas y seres vivos no visibles a simple vista (Luzuriaga, 2020).

Aparte de Pasteur, había médicos y científicos que cuestionaban la generación espontánea. Existía una controversia hasta religiosa, porque los partidarios de la

generación espontánea sostenían que la vida surgía por generación divina, no por causas puramente naturales.

Pasteur era católico practicante, pero la evidencia lo inclinaba a negar la generación espontánea. En contra de los colegas que aconsejaban prudencia, se lanzó de lleno a la controversia. Hizo una serie de experimentos ingeniosos, pero la prueba crucial fue hervir un caldo de nutrientes para matar toda vida presente. Luego, lo mantuvo en un recipiente de vidrio abierto al aire, pero a través de un conducto curvo. El aire entraba o salía, pero el polvo, bacterias, esporas o los microorganismos del aire quedaban acumulados en la parte inferior de la curva. Así, el caldo de cultivo no desarrollaba vida. Pero en cuanto se dejaba que el polvo entrara en el frasco, inclinando el conducto, al poco tiempo se detectaba la descomposición del líquido del recipiente.

La idea tuvo gran importancia médica. Se empezó a insistir en la esterilización de manos e instrumentos quirúrgicos y bajó mucho la mortalidad por infecciones. Toda una revolución científica que instauraba un nuevo paradigma: toda vida descende de una vida anterior. La teoría de la evolución de Darwin (y Wallace) encaja bien con esta visión, pero Pasteur, por convicción religiosa, nunca aceptó que el ser humano fuera parte del reino animal. De todos modos, considerar la transmisión de las enfermedades por microorganismos no es estrictamente contradictorio con la religión y Pasteur utilizó esta idea de forma genial. Aparte de Pasteur, había médicos y científicos que cuestionaban la generación espontánea. Existía una controversia hasta religiosa, porque los partidarios de la generación espontánea sostenían que la vida surgía por generación divina, no por causas puramente naturales. Aparte de Pasteur, había médicos y científicos que cuestionaban la generación espontánea. Existía una controversia hasta religiosa, porque los partidarios de la generación espontánea sostenían que la vida surgía por generación divina, no por causas puramente naturales (Luzuriaga, 2020).

Pasteur era católico practicante, pero la evidencia lo inclinaba a negar la generación espontánea. En contra de los colegas que aconsejaban prudencia, se lanzó de lleno a la controversia. Hizo una serie de experimentos ingeniosos, pero la prueba crucial fue hervir un caldo de nutrientes para matar toda vida presente. Luego, lo mantuvo en un recipiente de vidrio abierto al aire, pero a través de un conducto curvo. El aire entraba o salía, pero el polvo, bacterias, esporas o los microorganismos del aire quedaban acumulados en la parte inferior de la curva. Así, el caldo de cultivo no desarrollaba vida. Pero en cuanto se dejaba que el polvo entrara en el frasco, inclinando el conducto, al poco tiempo se detectaba la descomposición del líquido del recipiente.

La idea tuvo gran importancia médica. Se empezó a insistir en la esterilización de manos e instrumentos quirúrgicos y bajó mucho la mortalidad por infecciones. Toda una revolución científica que instauraba un nuevo paradigma: toda vida descende de una vida anterior. La teoría de la evolución de Darwin (y Wallace) encaja bien con esta visión, pero Pasteur, por convicción religiosa, nunca aceptó que el ser humano fuera parte del reino animal. De todos modos, considerar la transmisión de las enfermedades por microorganismos no es estrictamente contradictorio con la religión y Pasteur utilizó esta idea de forma genial.

Pasteur era católico practicante, pero la evidencia lo inclinaba a negar la generación espontánea. En contra de los colegas que aconsejaban prudencia, se lanzó de lleno a la controversia. Hizo una serie de experimentos ingeniosos, pero la prueba crucial fue hervir un caldo de nutrientes para matar toda vida presente. Luego, lo mantuvo en un recipiente de vidrio abierto al aire, pero a través de un conducto curvo. El aire entraba o salía, pero el polvo, bacterias, esporas o los microorganismos del aire quedaban acumulados en la parte inferior de la curva. Así, el caldo de cultivo no desarrollaba vida. Pero en cuanto se dejaba que el polvo entrara en el frasco, inclinando el conducto, al poco tiempo se detectaba la descomposición del líquido del recipiente (Luzuriaga, 2020).

La idea tuvo gran importancia médica. Se empezó a insistir en la esterilización de manos e instrumentos quirúrgicos y bajó mucho la mortalidad por infecciones. Toda una revolución científica que instauraba un nuevo paradigma: toda vida descende de una vida anterior. La teoría de la evolución de Darwin (y Wallace) encaja bien con esta visión, pero Pasteur, por convicción religiosa, nunca aceptó que el ser humano fuera parte del reino animal. De todos modos, considerar la transmisión de las enfermedades por microorganismos no es estrictamente contradictorio con la religión y Pasteur utilizó esta idea de forma genial.

Primero estudió enfermedades de pollos y ganado, así descubrió que preparados de los agentes patógenos que habían sido debilitados, producían inmunidad frente a la enfermedad. De este modo, produjo vacunas para el ántrax, una enfermedad que hacía estragos en vacas y ovejas.

La rabia o hidrofobia es una enfermedad animal que, a menudo, se transmite por mordeduras de perros infectados que desencadena síntomas muy cruentos en el ser humano, incluso la muerte. Pasteur se puso a estudiar la enfermedad y, después de un trabajo considerable, produjo la primera vacuna contra ella. Un hito sumamente

importante ya que, conocido el mecanismo de transmisión y una estrategia para desarrollar vacunas, desde entonces se produjeron vacunas para muchísimas enfermedades. La viruela fue erradicada definitivamente en 1980 y muchas epidemias que en el pasado eran mortíferas se encuentran controladas (Luzuriaga, 2020).

La salud comprende la necesidad de ampliar la visión más allá del sujeto individual a la sociedad. La prevención es primordial y ha de basarse en la atención integral a nivel individual y colectiva, en el paradigma para la enfermera denominada comunitaria. Prevenir la enfermedad va unido a la promoción de la salud, basándose en la difusión de las estrategias comunitarias para alcanzar el estado de bienestar físico, mental y social del individuo o grupo. La estrategia vacunal será una de las principales para tal fin y el papel de la enfermera como agente de salud es y será decisivo en la actualidad y en el futuro.

Las intervenciones de promoción mitigan los efectos de la crisis priorizando los grupos vulnerables dando protagonismo a las intervenciones comunitarias, Dando por hecho la importancia de nuestro interés en ser parte en este momento de este acontecimiento en el plan de cuidados.

En las últimas décadas, las vacunas se convirtieron en una de las estrategias más útiles para alcanzar reducciones sustanciales en la mortalidad infantil asociada con enfermedades infecciosas susceptibles de prevención. Sin embargo, la disminución de la mortalidad ha sido menor en pacientes que aún no alcanzan la edad para recibir ciertas vacunas. La falta de adiestramiento para aplicar ciertas vacunas a neonatos y lactantes menores deja un margen de baja inmunidad que resulta en mayor proporción de hospitalizaciones y muertes susceptibles de prevención por vacunas en comparación con otros grupos de edad (Macías Parra, Arias de la Garza, Quinto Morales, & Castillo Bejarano, 2018).

Si bien el nivel de calidad de atención al paciente, y de los usos de protocolos de inmunización son categóricos, también lo es en medio de la incertidumbre diaria el conocimiento de quienes están al frente junto a los profesionales de la salud, ante la tarea de administrar dosis para contener esta pandemia es por ello que otro foco de investigación, dentro del área programática conocida es el centro de vacunación de contingencia en la Ciudad de Córdoba Capital de la provincia Córdoba, Argentina. La inmunoprofilaxis del personal sanitario conlleva múltiples propósitos que engloban tanto la protección de los pacientes como de los funcionarios mismos, y redundan en un

claro beneficio para el empleador. En particular, la protección de pacientes inmunocomprometidos y con bajo potencial de desarrollar respuestas vacunales efectivas es de suma importancia. Programas de inmunización sistemática del personal de salud pueden reducir el riesgo de enfermedad, minimizar el impacto de accidentes laborales con materiales infecciosos y mantener la fuerza de trabajo indemne en los centros médicos durante los brotes estacionales de algunas infecciones (Organización Panamericana de Salud, 2020).

El concepto de percepción

Generalmente la percepción es conceptualizada como el conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos o la forma en la que éstos, por medio de sensaciones, generan interpretaciones a través del cerebro para formar una impresión inconsciente o consciente de la realidad física de su entorno.

De acuerdo a Vargas (1994 como se citó en, Vásquez, 2020) una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.

A su vez, Rosales Sánchez (2015) señala:

La percepción como proceso se inicia en una selección, por cuanto de una pluralidad de posibles estímulos se centra en uno o algunos de acuerdo a ciertos intereses y necesidades. No todo lo que nos impacta inicia un proceso de percepción, es decir, no todo impacto sensorial pasa necesariamente a una fase de organización e integración en una trama de relaciones disponibles para el sujeto, y por tanto, los impactos deben ser atendidos para que alcancen un significado. Entonces, la percepción, al propio tiempo de estar condicionada por la experiencia, es en sí misma una fuente de fortalecimiento de ésta (parr. 7).

Según este investigador, toda percepción se basa en un proceso de experiencia y de racionalidad, es decir que toda experiencia es aprendizaje. Cuando se habla de aprendizaje en un sentido muy preciso como la incorporación de conductas adecuadas y regulares ante situaciones similares. Además, las conductas pueden modificarse o perfeccionarse, bien sea por las exigencias del entorno o, en el caso de los seres humanos,

por un impulso de su naturaleza peculiar. La percepción cumple una función de primera línea. Se aprende, básicamente, porque se percibe, el sujeto nota diferencias, discrepancias, entre las acciones y las respuestas que se reciben del entorno. Sin saber qué es aquello que no cuadra o no se ajusta a la conducta habitual, se reconoce que hay algo en el entorno que se resiste a acoplarse, que no responde a los reclamos de la conducta. Este mismo autor, manifiesta:

El ajuste de no pocas conductas de los seres humanos tiene su fuente en la percepción y no en procesos reflexivos o intelectuales. ¿Hay allí racionalidad? Pues sí, en cuanto que racionalidad además de entenderse como una legalidad inherente a una estructura, implica ensayo y error, con las actividades de verificación involucradas. El desarrollo de las capacidades intelectuales de los seres humanos ha contribuido a hacer explícitas las reglas y los procedimientos en la conducta perceptiva de los organismos y si ciertamente es algo admirable, no se debe confundir la potencia con el acto. Muchas cosas se escapan del modo de aproximación intelectual y aun así están presentes en un modo de relación con las cosas específicamente conductual (parr.17).

Cuando las personas acuden a los servicios de salud y se analizan el cuidado recibido, un servicio o atención establecen una apreciación si este es de calidad o no.

La búsqueda de alternativas a la solución de problemas es el reto fundamental de la evaluación como proceso para el mejoramiento de la calidad de la atención. Este paso se considera necesario, dado que la experiencia ha demostrado que las personas no están dispuestas a emprender procesos participativos sino encuentran motivación y justificación para cambiar las prácticas tradicionales y elevar la calidad de la atención.

Como menciona (Zas 2001, como se citó en Berenguer Cobos y Pinedo Bardales, 2016) el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos,

y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad.

La satisfacción puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario (Flores 2008, como se citó en Pashanaste (2016).

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.

Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

Al analizar los antecedentes sobre estudios de satisfacción en Cuba, se encontraron respuestas dadas a toda queja formulada por los pacientes, las cuales han constituido un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud. (Donabedian 1990, como se citó en Gallardo Ferrada, 2014).

Las variables más significativas que inciden en el nivel de satisfacción de la población se encontraban:

1. Problemas en la organización de los servicios institucionales.
2. Problemas relacionados con la información.
3. Problemas éticos.
4. Problemas atribuibles a condiciones materiales.

La satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente y otros); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población; y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de, al menos, cuatro eslabones fundamentales:

1. La variable intrasubjetiva del usuario.
2. La variable intrasubjetiva del proveedor.
3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
4. Las condiciones institucionales.

En consecuencia, al evaluar la satisfacción, antes del intento de conocer y medir el peso específico o la magnitud que determinados factores tienen en este proceso, habrá que tener en cuenta los siguientes objetivos:

1. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud que brinda la institución.
2. Identificar cuáles elementos de la atención determinan la satisfacción o insatisfacción de los usuarios.
3. Evaluar el grado de satisfacción de los proveedores de los servicios de salud con su trabajo.
4. Identificar cuáles elementos de su trabajo afectan su satisfacción laboral.

La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad pone en la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud y ha sido necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios.

La satisfacción de los usuarios de salud no sólo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador de excelencia de la calidad, sólo es posible si se tienen en cuenta:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, entre otros) en la consideración de la satisfacción.
2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Según el servicio andaluz de salud medir la satisfacción de los ciudadanos constituye un objetivo de primer orden porque permite escuchar directamente a las personas acerca de los servicios que reciben y porque consideran que la medida de la satisfacción es una medida de resultado de la atención (Cruz 2009, como se citó en Mendes, 2013).

Una herramienta muy valiosa para dar salida a tal objetivo es el análisis de encuestas porque proporciona información sobre el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto al trato recibido y cómo fijar objetivos a los que llegar con las mejoras llevadas a cabo.

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por *Donabedian 1990* (citado por A Gallardo Ferrada 2014).

Como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.

La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque esta se relaciona significativamente y funcionalmente con conductas de salud específicas (desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad).

Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos.

Por otro lado, se ha planteado el modelo que valora los resultados clínicos, económicos y humanísticos, como una guía para la medición de los resultados en salud.

Desarrollar procedimientos normalizados de trabajo (PNT), incluyendo los instrumentos de registros apropiados, es fundamental para asegurar la provisión de un servicio de calidad. El surgimiento de los servicios de excelencia pone a los involucrados en la necesidad de buscar y adoptar nuevas formas de medir la calidad y evaluar la actuación. La valoración de la satisfacción de los pacientes es una medida para evaluar la atención sanitaria (Armando, 2005).

La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores del ámbito sanitario. Actualmente y desde corrientes cercanas al marketing, surgen propuestas de control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de los usuarios que los utilizan. En esta línea, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud. En estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye y con ello la calidad del servicio recibido.

Según Carey & Lloyd (2001) virtualmente se han escrito toneladas de textos alrededor del concepto de calidad. Aunque en el campo de la salud la discusión y producción ha sido muy fértil, según estos autores los profesionales de la salud entraron tardíamente a esta arena y no es hasta los años 90 que se comienza a generar una “explosión” de reportes, discusiones y estudios dirigidos específicamente al tema de calidad de la atención. Ellos afirman que, en el campo de la salud, históricamente, el concepto de calidad había sido definido por los proveedores de los servicios. Sin embargo, a partir de los años 80 y sobre todo en los 90 ha habido por parte de los clientes o beneficiarios un movimiento para establecer ellos mismos su definición de calidad. Algunos de los primeros debates con relación al término “calidad de la atención” se dieron en programas de planificación familiar y salud reproductiva. Ciertas audiencias involucradas en la ejecución y evaluación de estos programas realizaron un trabajo pionero en cuanto a establecer la necesidad de incluir la voz de la paciente en el proceso de valoración de la calidad en la prestación de servicios. La teoría de género y los enfoques participativos han producido un marco de referencia que cuestiona la relación tradicional médico-paciente y que tiene consecuencias en la definición y componentes de la dimensión calidad de la atención (Bruce, 1990).

Según Aday et al. (1998) “*calidad es un atributo del proceso de salud que tiene que ver con estar haciendo lo apropiado, lo correcto y estarlo haciendo bien*”. La Agency for Healthcare Research and Quality de los Estados Unidos (2001) presenta una definición muy similar de calidad de la atención pues afirma que Marco conceptual para la evaluación de programas de salud 251 significa hacer lo correcto, en el momento correcto, en la forma correcta, por el personal correcto y teniendo los mejores resultados posibles. Según esta agencia hay dos tipos básicos de medidas de calidad: las que incluyen

la valoración de los consumidores (clientes o pacientes) y las que involucran indicadores del desempeño clínico, también llamados medidas de calidad técnica. Ambos tipos de medidas están basadas en lo que se denomina “outcomesresearch” (investigación de resultados). Desde nuestra perspectiva, las medidas de resultado deben incluir indicadores de satisfacción y calidad de vida en sus diferentes aspectos, es decir no solo deben considerarse los indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad. Para el desempeño clínico se pueden mencionar las dimensiones de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y medicación apropiados, así como la capacidad de prevenir antes que curar.

Según Donabedian, 1990 (citado por Gallardo Ferrada, 2014) se propuso una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: *"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"* e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro.

- La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros.
- Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención.
- Los resultados representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

Los estándares de calidad en salud son requerimientos indispensables que debe cumplir un establecimiento de salud para garantizar una adecuada calidad en la prestación de salud, que deben ser sometidos a revisiones periódicas para su actualización en base a los logros obtenidos y a los avances científicos y tecnológicos en salud (Hidalgo Jara, 2002).

Es importante resaltar que los estándares cuentan con una particularidad en común:

El Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso, parte desde la planeación, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades, propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, elementos que permiten que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en soportes técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrolle mecanismos de evidencia y soporte que permita a todos los actores sociales constatar su compromiso con la gestión de calidad en Salud.

Se debe tener presente, que la calidad no se construye solo a expensas de la voluntad del recurso humano, sino que lo organizacional, institucional, edilicio, los recursos y accesibilidad son piezas claves de un servicio de calidad.

El individuo puede estar suficientemente motivado y comprometer todo su esfuerzo individual o el de su equipo; para que su actitud no resulte estéril, se requiere de toda una estructura que debe ser diseñada desde niveles de conducción, con la debida planeación, con el fortalecimiento de las áreas críticas, con el flujo permanente de todo tipo de facilidad, sobre todo con la preparación y motivación adecuadas del personal, al que fundamentalmente se le debe introducir dentro del necesario esquema de la educación continua hacia la calidad, sin discriminaciones de clase o de nivel.

Según Malagón (2006) citado en (Economía 2020) el aseguramiento de calidad es la disposición y utilización adecuada de actividades planificadas, recursos económicos, materiales y humanos, procesos, documentaciones; de todos los elementos necesarios para que las tareas y operaciones se desarrollen, asegurando calidad en los resultados, minimizando al máximo las fuentes de error.

La atención brindada debe procurar que el usuario salga satisfecho de sus necesidades de salud, reciba un trato digno, amable y respetuoso; con personal suficiente y preparado para otorgar la atención que requiere, que se disponga de los recursos suficientes para lograr que la atención se otorgue en un ambiente adecuado.

El usuario espera que la atención no sea interrumpida, que el trato sea personalizado, amable, con un mobiliario cómodo. La evaluación de la calidad de la atención se centra no solo en la información ofrecida, también es importante la disponibilidad y capacidad profesional o técnica del personal de salud, congruente con un trato social y humanitario, así como del adecuado balance que debe existir entre la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, ya que los recursos no son ilimitados y sus costos son cada vez mayores (Aguirre Gas, 1990 como citó Salto Mariño 2014).

Definición Conceptual de la Variable

En base al marco teórico expuesto, los autores del proyecto se posicionan en las teorías de los autores Vargas (1998), citado por Vargas Guzmán C (2012) Y Donabedian (1990) citado por A Gallardo Ferrada, 2014.

Quienes refieren que, *“La percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos”* (Vargas, 1998, pág. 134) citado por Vargas Guzmán C (2012)

A través de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad.

Explicitando lo expuesto por Donabedian 1990, citado por A Gallardo Ferrada, 2014 donde se afirma que la *“Calidad de la atención es la 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*

En base a los autores citados se establecen las siguientes dimensiones e indicadores:

➤ **Estructura:** se refiere a la organización del AUTOVAC y a las características de sus recursos humanos y físicos.

1- Organizacional: referida a la habilidad y cuidado para brindar el servicio con eficiencia, eficacia, efectividad, por lo tanto, se indagará sobre la percepción con respecto a:

- Orientación que recibe sobre la modalidad de atención del programa.
- Disponibilidad continua de un profesional para la orientación.
- Programación de los turnos.

2- Aspectos físicos: destacada por los sujetos que perciben para y durante la atención en relación a la apariencia de las instalaciones físicas, equipos y material de comunicación y limpieza. Por ende, se destacará la percepción correspondiente a:

- Señalización (carteles, letreros y flechas).
- Equipos y materiales para su atención.
- Espacio físico para proveer privacidad al usuario.
- Higiene y confort de las instalaciones.

➤ **Procesos:** corresponden al contenido de la percepción de la atención y a la forma como es ejecutada la misma por lo cual sus dimensiones son:

1- Empatía, capacidad de ser sociable, de establecer buenas relaciones interpersonales, disposición y buena voluntad para atender a los usuarios y dar un pronto servicio se refiere a cortesía y habilidad para transmitir confianza, confidencia y buen trato. Por lo tanto, se indagará sobre la percepción con respecto a:

- Trato (amabilidad, respeto y paciencia).
- Interés demostrado en la consulta por parte del profesional de salud.
- Lenguaje utilizado por los profesionales de salud.
- Predisposición para la atención.

2- Accesibilidad del servicio mediante la cual se agiliza la atención.

Por lo tanto, se indagará sobre la percepción con respecto a:

- Respeto de la programación y el orden de llegada para recibir la atención.
- Documentación disponible.
- Horario de atención conveniente.

➤ **Resultados:** representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

1- Capacidad de Respuesta que tiene que ver con la disposición y buena voluntad para atender a los usuarios y dar un pronto servicio. Por lo tanto, se indagará sobre la percepción de calidad de atención con respecto a:

- Tiempo de espera para la atención.
- Consejería.
- Resolución de problema

Objetivos

Objetivo general

Establecer la Percepción de la Calidad de Atención recibida en la Campaña de vacunación Covid, de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. Septiembre 2021.

Objetivos específicos

- Determinar la percepción de la Calidad de Atención recibida, en relación al marco de la estructura del AUTOVAC que incluye lo organizacional y aspectos físicos.
- Describir la percepción Atención recibida respecto a la empatía y accesibilidad del servicio.
- Destacar la percepción de la Calidad de Atención recibida en cuanto a los resultados producto de la capacidad de respuesta y resolución de problemas.

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio: Se realizará un estudio descriptivo, de corte transversal.

- **Descriptivo:** por que buscará describir la percepción sobre la Atención recibida en la Campaña de vacunación Covid, de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES).
- **Transversal:** porque el estudio de la variable se realizará en un momento dado, haciendo una sola medición en el tiempo, Septiembre 2021.

Operacionalización de la Variable

De acuerdo al marco teórico en donde se definió conceptualmente la variable del estudio, se expresará la misma a través de un cuadro, incluyendo sus dimensiones, subdimensiones e indicadores para que pueda ser cuantificada.

Variable: Percepción de la Atención recibida en la Campaña de vacunación Covid, de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba.

Tabla 1.
Operacionalización de la variable.

Variable	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Escala (1-2-3 pto) De 0 al 51
Percepción de la Calidad de Atención recibida en la Campaña de vacunación Covid, de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES) .Ciudad de Córdoba.	Estructura	Organizacional	Orientación	De 0 a 17 Desfavorable De 18 a 34 MDE De 34 a 51 Favorable
			Profesionales presentes	
			Programación de los turnos	
		Aspectos Físicos	Señalización	De 0 a 17 Desfavorable De 18 a 34 MDE De 34 a 51 Favorable
			Equipos y materiales	
			Higiene y confort	
	Proceso	Empatía	Trato	De 0 a 17 Desfavorable De 18 a 34 MDE De 34 a 51 Favorable
			Interés	
			Lenguaje	
			Predisposición	
		Accesibilidad	Respetado al orden de llegada	De 0 a 17 Desfavorable De 18 a 34 Medianamente desfavorable De 34 a 51 Favorable
			Documentación y registro de seguimiento	
	Horario de atención conveniente			
Resultado	Capacidad de Respuesta	Tiempo de espera	De 0 a 17 Desfavorable De 18 a 34 Medianamente desfavorable De 34 a 51 Favorable	
		Consejería		
		Resolución de problemas		

Universo y Muestra: El universo del estudio estará conformado por las/os usuarios que asisten por la Campaña de vacunación Covid, al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. El número estimado es de 1200 por día, por 6 días constituyendo una cifra total del 7200 por semana. Con la finalidad de que esta sea representativa, se utilizará la siguiente fórmula para establecer la cantidad representativa de la población en estudio.

La muestra fue calculada en función de la siguiente fórmula. En donde $n = 500$ son los usuarios seleccionados.

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

N: 2400 - **k:** 1,96 (95%) - **e:** 5% - **p:** 0,5 - **q:** 0,5

Tamaño de muestra: 365 Usuarios del programa de SSyPR.

Al tratarse de una población ubicada en una amplia área de estudio y en función de la objetividad del trabajo y los datos a recolectar se deberá trabajar el tipo de muestreo.

Tipo de Muestreo

El muestreo será aleatorio, probabilístico.

Que se tomarán según se presenten al AUTOVAC, y se ajusten a los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión.

- Que sean Mayores de 18 años.
- Que puedan expresar su opinión.

Criterios de Exclusión

- Que posean impedimentos mentales para brindar su respuesta al cuestionario
- Que no brinden su consentimiento informado

Fuente, Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Fuente: Para la recolección de datos se empleará una fuente primaria ya que la información se obtendrá directamente de la población en estudio.

Técnica: Se utilizará para la recolección de datos una entrevista.

Instrumento: el instrumento será una cédula de entrevista, diseñada por los investigadores. Para su construcción se tuvieron en cuenta los objetivos, la variable en estudio, con sus respectivas dimensiones, sub-dimensiones y escala diseñada.

Planes

I. Recolección de Datos

De acuerdo al flujo de atenciones por día en el AUTOVAC, se considera la realización de 365 entrevistas en total, siendo por día un total de 20 entrevistas en el lapso de 20 días, asegurando así la comodidad y privacidad para el participante y la confiabilidad de los datos.

Previa a recolectar la información:

- Se presentará la nota de autorización dirigida a la Encargada del vacunatorio Enf. González, Rosa Estefanía (Anexo I).
- Se le entregará a cada uno de los entrevistadores un consentimiento informado de manera escrita (Anexo II), especificando el que, el por qué y él para que dé la realización del estudio
- Una vez firmado dicho consentimiento, podrán realizar la entrevista (ver Anexo III), de preguntas semi-estructuradas y abiertas, otorgándole el tiempo que se necesario a cada participante para que responda la totalidad de preguntas, de la manera más completa posible. Se estima un aproximado de 30 minutos para la realización.
- La recolección de datos se realizará de lunes a viernes, entre las 9 hs. y las 19 hs, previamente habiendo estipulado con los usuarios.

II. Procesamiento de datos

Una vez que se hayan recogido la información, los datos serán procesados a través del siguiente procedimiento:

- Se ordenarán los datos en tablas matriz, según las dimensiones de estructura, proceso y dimensiones, con los indicadores correspondientes, para establecer con qué frecuencia y porcentaje se manifiestan por similitud de expresión entre los participantes.

- Según el análisis descriptivo de las respuestas, se codificarán y caracterizarán en la siguiente escala, diseñada por los autores que permitirá establecer la percepción de los usuarios a la calidad de atención percibida.

Se puntuarán las respuestas otorgadas como:

- 1- (desfavorable).
- 2- (medianamente favorable).
- 3- (favorable).

Partiendo de esto, la escala tendrá como constante la cantidad de preguntas establecidas en el instrumento.

Tabla 2.
Escala de puntuación

Puntaje	Constante	Puntaje Mayor	Escala	Percepción
1	17	17	0 a 17	Desfavorable
2	17	34	18 a 34	Medianamente Favorable
3	17	51	35 a 51	Favorable

Fuente. Elaboración propia.

En el caso de las respuestas binominales y abiertas, se categorizarán por similitud de respuestas.

III. Presentación de los datos

Se emplearán tablas para la presentación de los datos personales y demográficos de las personas encuestadas, para conocer la población en estudio; y una tabla por cada dimensión y/o sub dimensión, para plasmar las respuestas según la categorización anteriormente estipulada, permitiendo relacionar las frecuencias y porcentajes de cada una de las dimensiones en estudio.

También se elaborará un cuadro de contenido para la presentación de las preguntas abiertas, donde se tabularán los datos por similitud de respuestas.

Se exponen a continuación algunas tablas a modo de ejemplo, que serán construidas cuando el proyecto sea ejecutado, una vez obtenidos los datos.

Tablas y Gráficos Ejemplos

TABLA 1: Distribución de frecuencia según Sexo de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. Septiembre 2021.

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino		
Femenino		
Total		100%

Fuente: Cedula de Entrevista.

TABLA 2: Distribución de frecuencia Percepción de la Atención recibida según Organización, personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. Septiembre 2021.

Percepción de la Atención recibida según Organización	1	2	3	Total
Orientación				
Profesionales presentes				
Programación de los turnos				
Total				

Fuente. Cedula de Entrevista.

Tabla 3: Distribución de frecuencia Percepción de la Calidad de Atención recibida según Aspectos Físicos, personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. Septiembre 2021.

Percepción de la Atención recibida según Aspectos físicos	1	2	3	Total
Señalización				
Elementos de barrera y protección				
Higiene y Confort				
Total				

Fuente. Cedula de Entrevista.

Tabla 4: Distribución de frecuencia Percepción de la **Calidad de Atención recibida** según la ESTRUCTURA de las personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. Septiembre 2021.

Percepción de la Atención recibida	Desfavorable	Medianamente favorable	Favorable	TOTAL
Organización				
Aspectos Físicos				
Total				

Fuente. Cedula de Entrevista.

Cronograma de Actividades

Las actividades se planean realizar según el siguiente cronograma:

Tabla 3.
Diagrama de Gantt

	Tiempo Programa																							
	Julio				Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión del Proyecto	■	■	■	■																				
Recolección de Datos					■	■	■	■	■															
Procesamiento de Datos									■	■	■	■												
Análisis de Resultados													■	■	■	■								
Conclusiones																	■	■						
Elaboración del informa																			■	■	■	■	■	■
Publicación																								■

Fuente. Elaboración propia.

Para la realización del trabajo se calculó un presupuesto estimado, según lo expone la tabla 4:

Tabla 4.
Presupuesto

Recurso		Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Humano	Investigador	1	\$ 0,00	\$ 0,00
Materiales	Librería varios	1	\$ 600,00	\$ 600,00
	Impresiones	5	\$ 40,00	\$ 200,00
	Fotocopias (365 x2)	730	\$ 1,50	\$ 1.095,00
Gastos varios	Movilidad y viáticos	1	\$ 1.200,00	\$ 1.200,00
	Imprevistos	5	\$ 100,00	\$ 500,00
Total, de Gastos				\$ 3.595,00

Fuente. Elaboración propia.

Referencias Bibliográficas

- Begoña de Andrés G., Solís Muñoz M., Revuelta Zamorano M., Sánchez Herrero M. y De Santano Magariño A., Grupo de Cuidados COVID-19 HUPHM (2021). *Cuidado enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19*. Madrid, España
- Castrillón, F. y Montoya, A. (2020). *SARS-CoV2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia*. Revista: Medicina & Laboratorio. Vol. 24 N^o 3: 183-205. Colombia.
- Del Salto Mariño E. (2014). *Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del instituto nacional mejía en el periodo 2012*. Universidad Central del Ecuador facultad de ciencias médicas maestría de gestión en salud. QUITO.
- Díaz, A. y Ferrante, D. *Trends in prevalence of hypertension in Argentina in the last 25 years: a systematic review of observational studies*. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(6):496–503.
- Gallardo Ferrada, A (2014). Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. *Enfermería Global*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hui D y Zumla A. (2019). *Síndrome respiratorio agudo severo: características históricas, epidemiológicas y clínicas*. Infectar Dis Clin North Am. Obtenido el 08 de agosto de 2021 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31668196/>
- Lizuaraga J. (09 de agosto de 2021) De la viruela al coronavirus. *Breve historia de las vacunas*. Obtenido el 08 de Agosto de 2021 de <https://www.pagina12.com.ar/283396-breve-historia-de-las-vacunas?gclid=CjwKCAjwpMOIBhBAEiwAy5M6YKgUFsKnRNOfskF2fSusbm58XnF1H1BhtTEHAa9XOSi41khTXEumh>
- Mendes E. (2013). *Las redes de atención de salud - ed. en español*. Organización Panamericana de la Salud. Brasilia
- Organización Panamericana de Salud (2017). *Inmunización*. Obtenido el 08 de agosto de 2021 de <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>.
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2015). *Los recursos humanos de salud en Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.

- Organización Mundial de la Salud (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report*, 70.
- Organización Mundial de la Salud, (2020). Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 16 de marzo de 2020. Obtenido el 8 de agosto de 2021 de <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-themedia-briefing-on-covid-19---16-march-2020>
- Pashanaste Cobos D. y Pinedo Bardales L. (2016). *Tiempo de espera y satisfacción de usuarios en consulta externa del centro de salud moronacocha, Iquitos 2015*. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. IQUITOS PERÚ.
- Ríos Caceres A. y Barreto Galeano A. (2016). *Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, de los hospitales San Antonio de Chia y Santa Rosa de Tenjo*. Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A. Facultad de Ciencias de la Salud, programa de medicina humana. Bogota.
- Rosales Sanchez J. (2015). *Percepción y Experiencia*. Escuela de Ciencias Sociales y Emprendimiento Universidad de Investigación de Tecnología Experimenta Yachay. EPISTEME vol.35 no.2. Caracas.
- Sancho J. Romero García M., Delgado Hito P., De la Cueva Ariza L., SolàSolé N., Acosta Mejuto B., Ricart Basagaña M., Solà Ribó M. y JuandóPrats C. (2015). *Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: Convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico*. Obtenido el 23 de Julio de 2021 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65733/1/646159.pdf>.
- Vallejo Montaguano J. y Jimenez E. (2021). *Percepción del profesional de enfermería sobre los cuidados aplicados al paciente en posición de decubito prono asociado al COVID-19*. Enfermería Investiga, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 36 - 42, abr. 2021. ISSN 2550-6692. Obtenido el 23 de Julio de 2021 de <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/986>.
- Zas Ros B. (2004). *El hospital para nosotros. Propuesta de un manual para los usuarios hospitalizados en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"*. Rev Cubana Psicología.

ANEXOS

Anexo I. Nota de autorización a la institución

Córdoba, agosto del 2021

A la Sra. Jefa del VACUNATORIO AUTOVAC KEMPES

Enf. GONZALEZ, Rosa Estefanía

S_____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de solicitar su colaboración, permitiendo el acceso al AUTOVAC para la recolección de los datos necesarios, para el trabajo de investigación titulado “. Cuyo objetivo es Establecer la Percepción de la Atención recibida en la Campaña de vacunación Covid, de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. Septiembre 2021

Por tal motivo se pretende obtener información directamente de los usuarios que acceden al AUTOVAC posterior a su de su atención.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saludamos atte.

SARMIENTO LILIANA

Anexo II. Consentimiento Informado.

Percepción de la Atención recibida en la Campaña de vacunación Covid, de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. Septiembre 2021

Investigadora: Sarmiento Liliana

Este estudio pretende ser beneficioso para el plantel de profesionales que interviene en el AUTOVAC en el marco de la vacunación por Covid 19 y para mejorar la calidad de atención brindada por todo el personal de salud interviniente, exponiendo de manera categórica las posibles falencias que se identifican en la actualidad.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas apropiadas y los consejos de revisión de la Universidad Nacional de Córdoba y la cátedra de Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba, implica que no habrá daños previsibles e incluye responder la cedula de entrevista para la recolección de los datos necesarios.

Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste, teniendo en cuenta que su participación en el estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho a abandonar el estudio cuando quiera y su relación laboral con su institución no se verá en absoluto afectados.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez haya sido publicado, será recompilada por las investigadoras, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso y se mantendrá en secreto estadístico.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

Firma del sujeto

Fecha

Rep. Legal.Fecha. He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del Investigador

Fecha

Anexo III. Instrumento de recolección de datos.

Soy estudiante del 5to año de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. Y estoy realizando un estudio descriptivo, cuyo propósito es reunir información referente a la Percepción de la Atención recibida en la Campaña de vacunación Covid, de personas que asisten al (AUTOVAC, KEMPES). Ciudad de Córdoba. Septiembre 2021

Por este motivo, le solicitamos que acceda a responder la siguiente encuesta la cual aportará los datos que permitan conocer sobre el tema en cuestión.

Esta entrevista es de carácter libre y anónimo.

¡Gracias por tu participación!

CARACTERISTICAS DEL USUARIO

- Edad:
- Sexo: Masculino. Femenino: Otro:
- Estado civil: Soltera/oDe unión Estable: Casada/o Divorciada/o Viuda/o

Complete la línea punteada según su percepción en relación a cada pregunta y amplíe cuanto Ud. considere necesario.

PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION

Marque con una X las características asistenciales del CAPS Hernán Miranda según su percepción **D** (desfavorable). **MF** (medianamente favorable) **F** (favorable) y amplíe brevemente su respuesta en las observaciones.

Nº	Pregunta	D 1	MF 2	F 3	Observaciones		
					¿Mejoraría?		¿De qué manera?
					SI	NO	
1	¿La orientación o explicación sobre los requisitos o forma de atención que le fueran brindados cómo le pareció...?						
2	¿La presencia de los profesionales para su atención durante fue, según su criterio...?						
2	¿La modalidad de entrega de turno, considera es...?						
3	¿La continuidad de la entrega de los Anticonceptivos, durante los últimos meses fue...?						
4	¿Los Horarios de atención del AUTO-VAC son, según su opinión...?						
5	¿La identificación de la cantidad de turno, horarios de atención, consultorios y profesionales en el AUTO-VAC son para la comunidad...?						
6	¿Cuándo fue es atendido, el equipamiento y los materiales utilizados para la asistencia en la carpa considera Ud. son...?						

7	¿La higiene y el confort que Ud. percibe en las carpas son...?						
8	¿En relación al trato que le brinda el profesional de salud para Ud. fue...?						
9	¿El interés que demostró el personal que lo atendió, para que Ud. se sintiera bien atendidos, cree que fue...?						
10	¿El lenguaje que han utilizado los profesionales cuando le brindaron información como lo definiría...?						
11	¿Cuándo Ud. asiste al AUTO-VAC , la predisposición de los profesionales que lo atienden es comúnmente...?						
12	¿El profesional de salud que atiende en el el AUTO-VAC respeta la programación de los turnos y el orden de llegada de los usuarios de manera...?						
13	¿Los registros y documentación (Carnet y otros turnos) son según UD...?						
14	¿La organización de los horarios del servicio para la atención le pareció...?						
15	¿El tiempo de espera para la atención le parece a Ud. es...?						
16	¿La capacidad de respuesta que le brinda a sus necesidades y/o de los otros usuarios cómo Ud. le parece que es...?						
17	¿Cuándo se le presentó algún inconveniente con la atención, los turnos u otra situación problemática, la forma de resolverla por parte del personal del AUTO-VAC fue para Ud....?						