



**UNIVERSIDAD  
DEL PACÍFICO**

**Escuela de  
Postgrado**

**“CALIDAD EN EL SERVICIO DEL PROGRAMA DE TAMIZAJE  
NEONATAL UNIVERSAL Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN  
DE LAS MADRES SOBRE EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO”**

**Trabajo de Investigación presentado  
para optar al Grado Académico de  
Magíster en Gestión Pública**

**Presentado por**

**Bryan Adalberto Florentini Carrasco**

**Mariana Andrea Jimenez Jara**

**Kelly Rodas Torres**

**Asesora: Mercedes Rosalba Araoz Fernández**

**[0000-0001-9017-2073](tel:0000-0001-9017-2073)**

**Lima, abril 2024**



## REPORTE DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA ANTIPLAGIO

A través del presente, Juan Carlos Ubillús Ramírez deja constancia que el trabajo de investigación titulado: "CALIDAD EN EL SERVICIO DEL PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL UNIVERSAL Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LAS MADRES SOBRE EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO", presentado por Kelly Rodas Torres, de acuerdo con el D.N.I. N° 40679461, Bryan Adalberto Florenitni Carrasco, de acuerdo con el D.N.I N° 74455536 y Mariana Jimenez Jara, de acuerdo con el D.N.I. N° para optar al Grado de Magíster Gestión Pública Doble Certificación fue sometido al análisis del sistema antiplagio Turnitin del programa Blackboard el 24 de junio de 2024 dando el siguiente resultado.

The screenshot displays the Turnitin plagiarism report interface. On the left, the Universidad del Pacífico logo and the title of the research work are visible. On the right, a summary shows a 19% similarity score. Below this, a table lists 10 sources with their respective similarity percentages.

Rank	Source	Similarity %
1	reporte que está en...	4 %
2	el libro de...	2 %
3	reporte que está en...	1 %
4	reporte a la comisión...	1 %
5	reporte que está en...	<1 %
6	reporte a la comisión...	<1 %
7	reporte que está en...	<1 %
8	reporte que está en...	<1 %
9	reporte que está en...	<1 %
10	reporte que está en...	<1 %

24 de junio de 2024

Juan Carlos Ubillús Ramírez  
Jefe Académico



## Agradecimiento

Es un honor para nosotros expresar nuestro sincero agradecimiento a todos aquellos que han contribuido de manera significativa a la realización de este trabajo de investigación, el cual marca el culmen de nuestro esfuerzo académico en la obtención del grado académico de magíster en gestión pública con doble certificación.

Extendemos nuestro agradecimiento a nuestra asesora Mercedes Araoz Fernández, por su orientación experta, apoyo constante y valiosas sugerencias que fueron fundamentales para dar forma y mejorar nuestra investigación.

No podemos pasar por alto el apoyo recibido de nuestros seres queridos, amigos y familiares, quienes han sido fuentes invaluable de motivación y comprensión durante esta travesía académica.



## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción materna del bienestar del niño en tratamiento. La investigación siguió un diseño observacional, de tipo cuantitativo, transversal y de nivel relacional. La muestra estuvo conformada por 194 madres cuyos hijos fueron diagnosticados con alguna enfermedad en el tamizaje neonatal universal o posterior. Para la recolección de datos, se elaboró y validó un cuestionario para evaluar el bienestar de los menores de edad a partir de la percepción de las madres; asimismo, para evaluar la calidad en el servicio recibido se utilizó el cuestionario SERVPERF, ambos bajo escala de Likert. Los resultados del análisis de correlación de Spearman mostraron que la calidad en el servicio dirigida a la población infantil se relaciona con una mayor percepción de bienestar de los niños diagnosticados. Asimismo, se verificó el efecto positivo del diagnóstico neonatal oportuno y de una adecuada calidad de atención sobre la percepción materna del bienestar durante el proceso asistencial. En conclusión, elevar integralmente los estándares de calidad resulta indispensable para mejorar la adherencia y la calidad de vida de los pacientes pediátricos y sus familias.

**Palabras clave:** calidad en el servicio, bienestar infantil, tamizaje neonatal, salud pública, percepción materna.



### Abstract

The aim of the present study was to determine the relationship between the quality of the universal neonatal screening program and maternal perceptions of the well-being of the child under treatment. The research followed an observational, quantitative, cross-sectional, and relational design. The sample consisted of 194 mothers whose children were diagnosed with a disease during the universal newborn screening or later. For data collection, a questionnaire was developed and validated to evaluate the well-being of the children based on the mothers' perception; likewise, the SERVPERF questionnaire was used to evaluate the quality of the service received, both on a Likert scale. The results of the Spearman correlation analysis showed that the quality of the service provided to the child population was related to a greater perception of the well-being of the children diagnosed. Likewise, the positive effect of timely neonatal diagnosis and adequate quality of care on maternal perceptions of well-being during the care process was verified. In conclusion, it is essential to raise quality standards in order to improve the adherence and quality of life of pediatric patients and their families.

**Keywords:** quality of service, child well-being, neonatal screening, public health, maternal perception.



## Índice de Contenidos

Portada	
Agradecimiento.....	2
Resumen .....	4
Abstract .....	5
Índice de Contenidos.....	6
Índice de Tablas .....	9
Índice de Figuras.....	10
Capítulo I. Introducción .....	11
1.1 Contextualización y Descripción del Problema .....	11
1.2 Justificación.....	18
1.3 Formulación del Problema .....	19
1.3.1 Pregunta de Investigación .....	19
1.3.2 Preguntas Secundarias .....	20
1.4 Objetivos .....	21
1.4.1 Objetivo Principal .....	21
1.4.2 Objetivos Secundarios .....	21
1.5 Revisión de la Literatura .....	22
1.5.1 Bienestar Percibido .....	22
1.5.2 Modelos Teóricos que Explican el Bienestar.....	25
1.5.3 Calidad en el Servicio .....	26
1.5.4 Modelos que Explican la Calidad en el Servicio. ....	29
1.5.5 Estudios sobre la Calidad en el Servicio en los Programas de Tamizaje..	30
1.6 Hipótesis.....	36
1.6.1 Hipótesis Principal .....	36
1.6.2 Hipótesis Secundarias .....	36



Capítulo II. Método.....	38
2.1 Diseño .....	38
2.2 Participantes .....	41
2.3 Mediciones .....	43
2.3.1 Cuestionario sobre la Percepción Materna del Bienestar del Menor en Condición de Tratamiento (PMBM).....	44
2.3.2 Service Performance Scale- SERVPERF .....	47
2.4 Procedimiento .....	48
2.5 Análisis de Datos .....	50
2.6 Aspectos Éticos .....	50
Capítulo III. Resultados .....	52
3.1 Consistencia Interna de los Datos .....	52
3.2 Análisis Descriptivo .....	53
3.2.1 Datos Sociodemográficos y Preguntas de Inicio .....	53
3.2.2 Medidas de Tendencia Central.....	63
3.2.3 Frecuencia por Niveles .....	65
3.3 Análisis Inferencial .....	67
3.3.1 Prueba de Normalidad.....	67
3.3.2 Análisis de Asociación por Niveles y Grupos .....	68
3.3.3 Comprobación de Hipótesis, Análisis de Correlación y de Diferencia de Grupos .....	71
3.3.4 Resultados del Diseño de Investigación .....	82
Capítulo IV. Análisis de Resultados .....	83
4.1 Discusión.....	83
4.2 Limitaciones.....	95
4.3 Implicancias y Estudios Futuros .....	97



Capítulo V. Conclusiones .....	100
Capítulo VI. Recomendaciones .....	106
Referencias.....	110
Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	125
Anexo 2: Matriz de Operacionalización de las Variables.....	127
Anexo 3: Consentimiento Informado.....	128
Anexo 4: Ficha de Datos Sociodemográficos del Menor .....	129
Anexo 5: Ficha de Datos Sociodemográficos de la Madre.....	130
Anexo 6: Consultas de Inicio sobre el Tamizaje y el Servicio de Tratamiento y/o Rehabilitación .....	131
Anexo 7: Cuestionario sobre la Percepción Materna del Bienestar del Menor en Condición de Tratamiento (PMBM).....	132
Anexo 8: Service Performance Scale- SERVPERF.....	133
Anexo 9: Interpretación de los Valores de Confiabilidad del Alfa de Cronbach .....	135
Anexo 10: Interpretación de los Valores del Coeficiente de Correlación .....	136





## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b>	Alfa de Cronbach de las variables y dimensiones .....	52
<b>Tabla 2</b>	Características sociodemográficas del menor de edad .....	53
<b>Tabla 3</b>	Frecuencia de las edades agrupadas de los menores según escolaridad .....	56
<b>Tabla 4</b>	Características sociodemográficas de la madre .....	57
<b>Tabla 5</b>	Tamizaje, tratamiento y rehabilitación .....	59
<b>Tabla 6</b>	Medidas de resumen de las edades de las madres y los menores y los meses de tratamiento .....	63
<b>Tabla 7</b>	Medidas de resumen de los puntajes directos de las variables de estudio.....	64
<b>Tabla 8</b>	Frecuencias y porcentajes de los niveles de las variables y dimensiones (N=194) .....	65
<b>Tabla 9</b>	Prueba de normalidad K-S de los grupos de datos por variables y dimensiones (N=194) .....	67
<b>Tabla 10</b>	Tabla cruzada de sobre la participación en el tamizaje y los niveles de la PMBM .....	68
<b>Tabla 11</b>	Tabla cruzada de los niveles de la calidad en el servicio y de los niveles de la PMBM .....	69
<b>Tabla 12</b>	Asociación de los niveles de la PMBM con el tamizaje y los niveles de calidad en el servicio .....	70
<b>Tabla 13</b>	Rho de Spearman entre la calidad de servicio y la PMBM (N=194) .....	73
<b>Tabla 14</b>	U de Mann-Whitney de los grupos de participación en el tamizaje con la PMBM .....	79
<b>Tabla 15</b>	U de Mann-Whitney de los grupos con niveles alto y bajo en la percepción de calidad en el servicio con la PMBM .....	80



## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b>	Diseño de investigación.....	38
<b>Figura 2</b>	Frecuencia de las edades agrupadas de los menores según sexo.....	54
<b>Figura 3</b>	Frecuencia de la escolaridad de los menores según sexo .....	54
<b>Figura 4</b>	Asistencia a los centros de tratamiento y rehabilitación según participación en el tamizaje .....	60
<b>Figura 5</b>	Frecuencia de los meses de tratamiento del menor según sexo.....	60
<b>Figura 6</b>	Calidad en el servicio y sus dimensiones por niveles.....	66
<b>Figura 7</b>	Percepción materna sobre el bienestar del menor y sus dimensiones por niveles	66
<b>Figura 8</b>	Resultados del diseño de investigación .....	82



## Capítulo I. Introducción

### 1.1 Contextualización y Descripción del Problema

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el derecho a la salud abarca la prestación de servicios de atención sanitaria que sean accesibles, de calidad satisfactoria y que se presten de manera oportuna (World Health Organization, 2022). Por tanto, en respuesta a lo enunciado por la OMS y en línea con la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Perú, desde su Constitución Política, garantiza la prestación de asistencia sanitaria a todos sus ciudadanos, independientemente de cualquier forma de discriminación. Sin embargo, la aplicación efectiva de este derecho se ve obstaculizada por varios factores, como la infraestructura inadecuada, la accesibilidad limitada y la calidad deficiente de los servicios públicos de salud, en particular en las regiones rurales y entre las personas de bajo nivel socioeconómico (Quijano-Caballero & Munares-García, 2016).

Ante este problema, en el año 2020, el Perú impulsó la Política Nacional Multisectorial de Salud que busca, al año 2030, reducir en un 5% los años de vida saludables perdidos por causas que se puedan evitar, y así disminuir la prevalencia de discapacidad y muertes prematuras (Ministerio de Salud, 2020). Entre las acciones propuestas para lograr este objetivo están el brindar un servicio de acercamiento y facilitar el acceso a los servicios de salud para todos, lo cual implica crear actividades que eleven la satisfacción de las personas en los servicios de salud, así como la ejecución de programas que permitan una detección temprana de enfermedades o condiciones que puedan limitar el bienestar y la calidad de vida de las personas. En el caso de los niños, es importante realizar estrategias para enfrentar a la anemia, desnutrición, problemas congénitos, entre otros por ser considerados como los principales problemas de salud pública en esta población (Instituto Nacional de Salud del Niño, 2018).



Debido a este problema en la población infantil, atender oportunamente el problema y desarrollar políticas de prevención en salud es de suma importancia para evitar problemas mayores. Al respecto, la desnutrición y la falta de estimulación temprana en los primeros 1000 días de vida, desde la gestación hasta los dos años, pueden causar daños irreversibles en el desarrollo cerebral y físico de los niños, condenándolos a toda una vida de bajo rendimiento educativo, problemas laborales y de salud, como advierte Roger Thurow en su aclamado libro "Los primeros 1000 días" (Thurow, 2018). Este periodo crítico configura la trayectoria futura del bebé, determinando en gran medida su capacidad para crecer, aprender y ser productivo, con repercusiones intergeneracionales y costes incalculables para las familias y las sociedades.

Según datos de Thurow (2016), la malnutrición en los primeros 1000 días está vinculada a un menor coeficiente intelectual, menos años de escolarización y hasta un 40% menos de ingresos en la edad adulta. A nivel macroeconómico, se asocia a pérdidas del 11% del PIB en países del África subsahariana y Asia meridional. Por ello, el autor aboga por mayores inversiones globales en nutrición materno-infantil, dado su alto retorno social y económico. Una de las intervenciones sugeridas es la aplicación sistemática del cribado neonatal para detectar factores de riesgo nutricional y de estimulación que, de no ser abordados, podrían comprometer irreparablemente el potencial de desarrollo del niño.

El tamizaje neonatal pretende identificar estas alertas tempranas para adoptar medidas preventivas e intervenciones eficaces durante la ventana de oportunidad de los 1000 días, garantizando unos resultados cognitivos, sanitarios y productivos óptimos a largo plazo. Esta revisión analiza las pruebas sobre la utilidad del cribado neonatal como política pública en beneficio del capital humano. Por ello, el Perú inició la carrera del tamizaje neonatal para poder realizar atenciones oportunas a los menores que son diagnosticados con algunos de estos problemas.



Podemos mencionar, como un antecedente, que en el año 1997 el Ministerio de Salud del Perú emitió la resolución 494-97-SA/DM que declaró necesario el uso del “Programa Universal de Tamizaje Neonatal” a nivel nacional, con propósito de identificar las alteraciones en el funcionamiento de determinados procesos bioquímicos en los recién nacidos y así poder disminuir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad infantil (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2023). El tamizaje neonatal metabólico, comúnmente denominado "cribado" o "pesquisa", está específicamente diseñado para identificar enfermedades congénitas en recién nacidos en los siete días iniciales de su vida, como la fibrosis quística, hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, hipoacusia congénita y catarata congénita (Alvarez Cabezas, 2019).

Sin embargo, a pesar de la declaración de esta necesidad en el año 1997, recién en el 2003 se inició el primer programa piloto de tamizaje en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, principalmente para el análisis de hipertiroidismo congénito, el cual se implementó de forma gradual, alcanzando una cobertura del 96,3% de los partos atendidos en el 2007 y un 98,8% para el 2014 (Huerta-Sáenz et al., 2015). Asimismo, el Seguro Social de Salud (EsSalud), en el 2002, implementó un programa completo de tamizaje neonatal para los asegurados en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati y, para el 2012, se implementó en todos los hospitales de EsSalud a nivel nacional alcanzando una cobertura del 100% de los partos atendidos en esa fecha (Galán-Rodas et al., 2013).

Debido a la falta de cobertura del programa a nivel nacional, en el año 2019, el Ministerio de Salud ratificó oficialmente la Norma Técnica Sanitaria N° 154-MINSA/2019/DGIESP, que delimita las personas responsables de la manipulación de las muestras utilizadas en el diagnóstico de los trastornos metabólicos y se establecen directrices técnicas y administrativas integrales para la identificación, detección temprana, diagnóstico y



tratamiento oportuno de estas enfermedades a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2019). Sin embargo, para el 2023, esta nueva iniciativa está limitada por la escasez de recursos puesto que, el Perú, solo cuenta con dos centros del Ministerio de Salud para el procesamiento del cribado neonatal a escala nacional: el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" y el Instituto Nacional Materno Perinatal, ambos en Lima. Estos dos centros se encargan de procesar muestras procedentes de diversas regiones del país, lo que limita la fluidez y el diagnóstico oportuno (Berrocal Godoy, 2021).

El programa de tamizaje es el primer y más importante filtro para detectar oportunamente los casos descritos, sin embargo, la capacidad de respuesta de los centros de salud y la asistencia oportuna a esta evaluación por las madres cuyos hijos no pasaron por el tamizaje por ser dados de alta antes del análisis, han limitado el alcance en la detección de estas enfermedades y han elevado el riesgo en el déficit del bienestar físico y emocional de los menores de edad que probablemente padezcan de alguna de estas enfermedades (Berrocal Godoy, 2021). Así, en el 2021, solo el 51% de los recién nacidos en los hospitales del Ministerio de Salud pasaron por el tamizaje, dejando un amplio margen en la población expuestos a estas enfermedades sin la intervención oportuna (Congreso de la República del Perú, 2023). Asimismo, algunos de los factores que determinan el bajo porcentaje del alcance del tamizaje en los recién nacidos están la desinformación de las madres, la falta de seguimiento de parte de los centros de salud para asegurar la asistencia de las madres al programa de tamizaje neonatal antes de los siete días posteriores al nacimiento, la experiencia negativa de las madres debido a la atención percibida en los tamizajes de sus anteriores hijos y la atención percibida por parte de las madres del personal durante y posterior al parto.

Ahora bien, detectar sin intervenir no tiene impacto en las mejoras de las políticas públicas de salud (Gomes et al., 2011). Por ello, el programa se complementa con la



rehabilitación y un tratamiento según la condición al cual haya salido positivo el bebé. Asimismo, la asistencia a los centros para el tratamiento y la rehabilitación es otro problema a afrontar, puesto que solo un 25% de los menores de edad detectados en el proceso de tamizaje continúan con un tratamiento posterior continuo (Berrocal Godoy, 2021; Carvalho et al., 2020). Para complementar el proceso de rehabilitación, el Ministerio de Educación, a través de la Dirección de Educación Básica Especial (DEBE), promueve la creación de los Programas de Intervención Temprana (PRITE) de inversión pública y privada centrados en la prevención, detección e intervención oportuna de los retrasos del desarrollo en niños menores de tres años con discapacidades o en riesgo de padecerlas (Ministerio de Educación, 2021).

Ahora bien, el proceso de derivación del paciente al centro de salud o tratamiento adecuado para su pronta atención, en función de la anomalía o enfermedad congénita identificada, ha sido establecido por la Ley 31975 (Congreso de la República del Perú, 2024). Esta ley modifica la Ley 29885, que establece los objetivos y alcances del "Programa de Tamizaje Neonatal Universal", el cual incluye la atención oportuna del niño diagnosticado. Por consiguiente, cuando se hace referencia a la participación en el "programa de tamizaje", implícitamente se está aludiendo también, y principalmente, a la fase crítica de manejo terapéutico y rehabilitador de las condiciones diagnosticadas.

Así, tanto el tratamiento médico, físico, psicológico, educativo y de rehabilitación son cruciales en el desarrollo del bienestar de los menores detectados con alguna condición en el Programa de Tamizaje Neonatal Universal (Alvarez Cabezas, 2019). Por ello, un aspecto clave a considerar en la continuidad de los pacientes (y sus madres) es la percepción de la calidad del servicio que se ofrece desde el proceso de tamizaje. Al respecto, Berrocal Godoy (2021), refiere que la percepción de incomodidad, de pérdida de tiempo y el mal clima percibido son factores que generan desánimo en el proceso de tratamiento oportuno. Es decir, el bienestar



psicológico y físico del menor que pasa por el proceso de tamizaje, así como el posterior tratamiento, puede estar asociado a la calidad del servicio percibido por sus madres al recibir este servicio (Ellzey et al., 2015).

Los estudios sobre la calidad del servicio en el sector de la salud se han centrado principalmente en aspectos como la infraestructura hospitalaria, los equipos biomédicos, los medicamentos, la tecnología y las auditorías (Carmo et al., 2013). Sin embargo, la calidad del servicio abarca otros factores como a la forma en que se trata a las personas y la forma en que se presta (o percibe) la atención (Duke, 2018; Friedman et al., 2022). En este sentido, existen numerosas iniciativas que abogan por la mejora de la calidad como medio para reforzar el bienestar de las personas, especialmente de aquellas que recurren a servicios esenciales, como los servicios de salud (Del Carmen Sara, 2019). No obstante, la evidencia empírica sugiere que existen disparidades en términos de acceso, cobertura y calidad de la atención sanitaria tanto en las naciones de renta alta como en las de renta baja (Le et al., 2023).

La regulación de la calidad de los servicios en las instituciones sanitarias es una práctica común en todos los países del mundo, aunque, en Latinoamérica, África y algunos países asiáticos faltan mecanismos de supervisión que garanticen el cumplimiento de las normas de calidad establecidas, por lo que es más probable que existan problemas de calidad en la atención fácilmente detectables por el ciudadano (Beaudin, 2008; Herndon & Ojha, 2022; Herrod & Chang, 2008). Este problema puede tener implicancias en el bienestar de los pacientes, ya que puede desalentar el uso de los servicios médicos e impactar directamente en los resultados de salud al provocar mayor ansiedad y estrés debido a la falta de comprensión sobre la atención adecuada y el proceso de recuperación (Bamber et al., 2023; Bogart et al., 2022). Además, se ha encontrado que los rasgos sociodemográficos, la afiliación institucional, la satisfacción





percibida, la dedicación, la lealtad y varios otros aspectos están relacionados con la calidad del servicio (Servetkiené et al., 2023; While et al., 2017).

Establecer estrategias para desarrollar un ambiente que genere una percepción de calidad en el servicio es importante si se quiere reducir las deserciones en el tratamiento y las ausencias en el programa de rehabilitación; sin embargo, los estudios no son determinantes en dar cuenta de que solo brindar una calidad en el servicio es suficiente para mantener a una población satisfecha. Un aspecto de igual importancia es dar cuenta de que tanto el tamizaje como el tratamiento deben convencer a la familia que impactan en las mejoras y el bienestar de los menores detectados con alguna condición que necesite tratamiento. Toda mejora, física o psicológica, por muy pequeña que sea, genera satisfacción y bienestar, lo que finalmente se traduce en un componente para alcanzar la salud (Donabedian, 2001a; Wennergren et al., 2023). Se observa que los individuos que experimentan bienestar tienden a ser más productivos, tienen mejores interacciones sociales y demuestran mayor capacidad de innovación (Ryan & Deci, 2001). Asimismo, los individuos tienden a imaginar un futuro positivo para sí mismos y una sensación de satisfacción. Además, poseen la capacidad de navegar con eficacia y regular circunstancias potencialmente conflictivas que pueden surgir en contextos familiares, sociales, ocupacionales y educativos (Täljedal et al., 2023).

Por el contrario, los individuos con bajo nivel de bienestar pueden encontrar desafíos en los dominios mencionados debido a la incapacidad para experimentar emociones positivas, lo que puede atribuirse al uso de mecanismos de afrontamiento pobres (Ryan & Deci, 2001). Por tanto, el concepto de bienestar gira en torno al crecimiento personal del individuo y su capacidad para afrontar y superar los problemas de la vida, así como su determinación y valentía para perseguir sus metas (Galarce Muñoz et al., 2020; Jevtic & Visković, 2021). Sin embargo, los estudios sobre el bienestar en los niños han trascendido a la evaluación de las



vivencias de las personas a través de la propia experiencia o el entorno; así, son cada vez más frecuentes los estudios en menores de edad, incluso infantes, cuyas evaluaciones de bienestar están enfocadas en evaluar el bienestar psicológico y físico a través de sus cuidadores (Oyarzún Gómez & Reyes Espejo, 2021; Tonon et al., 2017; Urbina García, 2021).

La descripción del problema y los elementos importantes del estudio se resumen en la matriz de consistencia que se visualiza en el Anexo 1.

## **1.2 Justificación**

Con base al problema descrito, el propósito que persigue este estudio es encontrar asociación entre la calidad en el servicio y la percepción materna del bienestar del menor que ha pasado el proceso de tamizaje y/o sigue un tratamiento. Este estudio es relevante porque contribuirá a la construcción de propuestas que orienten el desarrollo de la calidad en el servicio de salud en general, de manera integral, eficaz, sostenible, basada en evidencias y en particular en el desarrollo infantil temprano a través de una atención oportuna.

La importancia de este estudio radica en el hecho de que el bienestar es una variable fundamental en el desarrollo emocional, físico y social de los niños, y que pueden influir significativamente en su formación y desarrollo. Por ello, el presente estudio busca cubrir las brechas empíricas existentes en la literatura sobre el tema, y aportar nueva información al estado del arte en el campo de la salud y de las políticas públicas referentes.

A nivel práctico, el presente estudio se justifica debido a que el conocimiento adquirido permitirá entender mejor la relación entre la calidad del servicio, el diagnóstico oportuno a través del programa de tamizaje y el bienestar percibido, el cual puede complementarse con otros estudios que evalúen intervenciones efectivas para mejorar la atención en esta población. Se espera que los resultados brinden una mayor comprensión de los factores relacionados al



bienestar de los menores de edad que son atendidos en los servicios de salud pública, a partir de la observación de sus madres. Este conocimiento puede ser utilizado por otros investigadores para diseñar estudios que exploren aún más la relación entre estas variables en diferentes poblaciones y contextos, más allá del sector salud, por ejemplo, en el sector educación.

Además, a nivel social esta investigación también puede estar asociada con problemas tales como la atención en los servicios de salud pública, tanto en el diagnóstico y el tratamiento, así como en la satisfacción de la comunidad frente a las inversiones en políticas públicas en materia de salud. Al abordar estos problemas y alentar mejoras en la calidad del servicio, esta investigación puede ayudar a aumentar la satisfacción y el bienestar percibido de todo poblador que utiliza los servicios públicos de salud, más aún, los que tienen hijos menores que necesitan un tratamiento adecuado para mejorar su calidad de vida. Asimismo, esta investigación puede ayudar a los profesionales de la salud, educación y la salud mental a desarrollar estrategias efectivas para apoyar el bienestar de los niños y promover un ambiente más positivo y seguro en sus procesos de tratamiento. También puede contribuir a la investigación y la comprensión más amplia de la importancia de las variables estudiadas, lo que puede llevar a una mayor conciencia y apoyo a estos temas en la sociedad.

### **1.3 Formulación del Problema**

Por lo expuesto, el presente estudio pretende responder a las siguientes preguntas:

#### ***1.3.1 Pregunta de Investigación***

¿Existe relación entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación?



### 1.3.2 Preguntas Secundarias

Asimismo, se pretende responder a las siguientes preguntas secundarias:

PS1. ¿Existe relación entre la fiabilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación?

PS2. ¿Existe relación entre la empatía de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación?

PS3. ¿Existe relación entre la calidad de respuesta de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación?

PS4. ¿Existe relación entre la tangibilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación?

PS5. ¿Existe relación entre la seguridad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación?

PS6. ¿El diagnóstico temprano en el tamizaje neonatal universal influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación?



PS7. ¿La calidad en el servicio percibido en los centros de tratamiento y rehabilitación influye de forma directa y significativa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo?

## **1.4 Objetivos**

Con base a lo expuesto en el problema, el presente estudio tiene los siguientes objetivos:

### **1.4.1 Objetivo Principal**

Determinar la relación que existe entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.

### **1.4.2 Objetivos Secundarios**

OS1. Determinar la relación que existe entre la fiabilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.

OS2. Determinar la relación que existe entre la empatía de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.

OS3. Determinar la relación que existe entre capacidad de respuesta de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.



OS4. Determinar la relación que existe entre la tangibilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.

OS5. Determinar la relación que existe entre la seguridad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.

OS6. Evidenciar que el diagnóstico temprano en el tamizaje neonatal universal influye en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.

OS7. Evidenciar que la calidad en el servicio percibido en los centros de tratamiento y rehabilitación influye de forma directa y significativa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo.

## **1.5 Revisión de la Literatura**

### ***1.5.1 Bienestar Percibido***

El concepto de salud mental incorpora la noción de bienestar, referido al estado de bienestar mental óptimo en el que los individuos son capaces de cultivar su crecimiento personal, afrontar eficazmente los retos de la vida, desempeñar un empleo productivo y hacer contribuciones significativas a sus comunidades (Fernández-López et al., 2010). Del mismo modo, el bienestar abarca a las capacidades individuales en el que los individuos muestran signos de buen funcionamiento físico y psicológico a pesar de las circunstancias difíciles, como los vividos en la pandemia por el COVID-19 (Urbina García, 2021).

En cuanto a su concepto más amplio, Dodge et al. (2012) proponen que el bienestar



engloba una condición de equilibrio y congruencia en todos los ámbitos de la vida personal, social y económico que permite a los individuos dedicarse eficazmente a sus actividades y satisfacer sus deseos de manera favorable. Sin embargo, el concepto de bienestar ha sido estudiado desde la particular de sus distintos tipos, especificándose al bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar subjetivo, bienestar laboral, bienestar social, bienestar económico, entre otros (Fernández-López et al., 2010; Kahneman & Deaton, 2010; Ryff & Keyes, 1995).

Asimismo, el bienestar ha sido asociado con otros constructos tales como la felicidad, la calidad de vida y la satisfacción con la vida, básicamente, desde dos enfoques: hedónico y eudaimónico (Ryan & Deci, 2001). En cuanto al concepto del bienestar hedónico, se basa en la teoría de que los individuos se esfuerzan por optimizar sus experiencias positivas minimizando las negativas en su existencia; en consecuencia, hace hincapié en la búsqueda activa del placer y la evitación deliberada del dolor como elementos fundamentales que contribuyen al estado de felicidad y bienestar general (Disabato et al., 2016). En cuanto al bienestar eudaimónico, se basa en la noción de que el auténtico disfrute se deriva de la actualización de uno mismo y del cultivo de los potenciales y virtudes inherentes (Flores-Kanter et al., 2018).

En cuanto al bienestar en los niños pequeños, los estudios refieren que su desarrollo tiene matices especiales, ya que el bienestar físico, mental y social durante esta etapa crítica sirve de base fundamental para el posterior desarrollo humano (Boehm et al., 2023; Chapman et al., 2023; Lanza et al., 2023). Sin embargo, al considerar a los niños menores de tres años, el concepto de bienestar asume características distintas debido a su continuo crecimiento y maduración física, cognitiva, social y emocional, donde los componentes asociados a la salud y la acción de los padres y el entorno en general es especialmente crucial para promover un bienestar saludable a corto y a largo plazo para el menor (Alfaro et al., 2015; Tonon et al.,



2017).

Al respecto, Britto et al. (2017) refieren que son cuatro los aspectos cruciales que contribuyen al bienestar durante los primeros años: (1) *Salud física*, como el estado nutricional, la capacidad para experimentar un crecimiento sano, la ausencia de enfermedades y el desarrollo de habilidades motoras adecuadas a la edad; (2) *Salud mental*, como la estabilidad de los vínculos afectivos, la capacidad de regular las emociones y una menor exposición al estrés perjudicial; (3) *Entorno familiar propicio*, el cual abarca diversos factores que contribuyen al bienestar y al desarrollo de los infantes dentro de la unidad familiar, tales como la presencia de cuidadores receptivos y atentos a las necesidades de los miembros de la familia, el establecimiento de rutinas y límites claros, y la provisión de oportunidades para el juego y la interacción; y (4) *La prestación de servicios sanitarios oportunos y de alta calidad*, puesto que los infantes son considerados una población vulnerable que necesita un control constante y atención oportuna de los servicios de salud. La convergencia de estas variables permite a los niños pequeños encontrar un estado de bienestar, que se entiende como una percepción de seguridad, serenidad y equilibrio holístico.

Sobre la salud como parte de una dimensión crucial en la bienestar, los estudios concluyen que existe una correlación entre la práctica de actividad física, alimentación, descanso, buen trato y el bienestar psicológico (Boehm et al., 2023; Hou, 2022; Wennergren et al., 2023). Asimismo, el bienestar psicológico sirve como medida de la relación satisfactoria de un individuo consigo mismo (Hernani et al., 2013; Soares et al., 2020). En tal sentido, el bienestar se ha asociado a diversas variables relacionadas a la salud física y psicológica, especialmente en la población infantil.

En cuanto a los estudios clásicos que inician la conceptualización del bienestar, Carol





Ryff define la define como la búsqueda activa del crecimiento y la mejora personales, que abarca la presencia de un propósito vital e implica enfrentarse a los problemas y esforzarse por superarlos (Ryff & Keyes, 1995).

### ***1.5.2 Modelos Teóricos que Explican el Bienestar***

**Teoría del Bienestar basado en la Psicología Positiva o Modelo PERMA de Martin Seligman (2000).** Es un marco conceptual que pretende comprender y explicar las distintas dimensiones y componentes del florecimiento y la felicidad humana. Seligman postula una teoría que dilucida el bienestar como un compuesto de emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logros. Según esta teoría, maximizar estos cinco elementos en su totalidad es crucial para experimentar un mayor bienestar. Las emociones positivas, como la felicidad y el amor, contribuyen a aumentar la positividad. El compromiso o la implicación en actividades conducen a experiencias óptimas y a la mejora de las habilidades frente a retos importantes. Las relaciones positivas abarcan las formas en que los individuos interactúan con los demás. El sentido o significado se refiere a las metas que los individuos establecen y al propósito que subyace a sus acciones. Por último, los logros representan los objetivos que los individuos alcanzan y que les proporcionan significado personal (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

**La Teoría Multidimensional del Bienestar de Carol Ryff (1995).** Es un marco conceptual que explora varias dimensiones del bienestar humano. Ryff elucida el concepto de bienestar centrándose en los factores eudaimónicos, que abarcan aspectos como el crecimiento personal y la dedicación para afrontar los dilemas existenciales que se presentan a lo largo de la vida. Además, la teoría postula seis dimensiones que lo constituyen: (1) *la autoaceptación*, que implica la evaluación de los aspectos positivos y negativos de uno mismo; (2) *las*



*relaciones positivas*, el cual se refiere a la calidad de las conexiones con el entorno inmediato; (3) *la autonomía*, que se refiere al sentido de autodeterminación e independencia; (4) *el dominio del entorno*, el cual denota la capacidad de desenvolverse con eficacia en la propia vida y en el mundo circundante; (5) *el crecimiento personal*, que hace referencia al desarrollo continuo como individuo; y (6) *el propósito en la vida*, que abarca la capacidad de establecer y perseguir objetivos significativos (Ryff & Keyes, 1995).

**Modelo Ecológico del Bienestar Infantil de Bronfenbrenner (1979).** Este marco conceptual, propuesto en 1979, postula que el estado de bienestar infantil depende de la interacción del niño con diversos ámbitos ecológicos, como las esferas familiar, educativa, comunitaria y cultural. El desarrollo del niño depende del calibre de estas interacciones (Bronfenbrenner, 1979).

**La Teoría del Apego de Bowlby (1969).** Afirma que el establecimiento de un vínculo de apego estable entre el niño y sus cuidadores primarios es crucial para fomentar un desarrollo y bienestar psicológico y emocional positivo; además, fomenta una sensación de seguridad y estabilidad, lo que permite al niño adoptar conductas exploratorias y experimentar un desarrollo saludable (Bowlby, 1982).

### **1.5.3 Calidad en el Servicio**

Según Díaz (2005), puede interpretarse como la contribución ventajosa que un individuo puede proporcionar a otro para hacerle sentir bien en una relación interpersonal donde, por lo general, se comparte un bien o un servicio. Asimismo, Fernández-López et al. (2010) han señalado que esta actividad puede considerarse utilitaria, ya que satisface la demanda de una persona que recibe un bien o servicio, el cual devuelve la atención recibida con una preferencia o la divulgación de las bondades del servicio hacia otras personas.



Así también, la calidad del servicio hace referencia al nivel de excelencia elegido que una institución pretende alcanzar para complacer a sus consumidores, clientes o público objetivo (Moreno & Betancurth, 2019). Además, la calidad del servicio denota el grado en que se ha alcanzado ese nivel de excelencia elegido, al respecto, estos clientes son individuos o entidades que dictan el grado de servicio deseado que debe alcanzar una empresa, basándose en sus expectativas y demandas (Denton, 1991).

En la misma línea, las organizaciones han dirigido sus esfuerzos a asegurar el placer del cliente como medio para cultivar su lealtad en respuesta a las presiones competitivas (Fernández Barcala, 2000). Por lo tanto, es esencial comprender la propuesta de valor que ofrece la empresa a sus clientes. Esto se refiere a la discrepancia entre el valor total y el coste total percibidos, evaluados y comparados por los consumidores en relación con los ofrecidos por los competidores (Denton, 1991). Así también, de acuerdo con Gonzalez Ramos et al. (2004), en algunas organizaciones de servicios públicas y privadas, es fundamental tener en cuenta las expectativas de los usuarios respecto a trato que han de recibir, ya que la satisfacción global depende de la evaluación de estas expectativas en relación con la efectividad del servicio recibido, por ejemplo, la asistencia de los pacientes a los servicios en un hospital ya traen consigo una carga negativa debido a malestar que se padece, por lo que recibir un medicamento que le brinde estabilidad es lo esperado para el paciente, por lo que la efectividad de recuperar la salud queda desapercibida si, además, recibe un mal trato por parte del personal de hospital.

La gestión de las organizaciones de todos los sectores reconoce cada vez más que la calidad de los servicios es una preocupación fundamental. En el ámbito de la asistencia sanitaria, la obligación ética de garantizar la prestación de servicios de calidad excepcional es un imperativo moralmente justificable e indispensable para obtener los resultados previstos para los pacientes (Donabedian, 2001b; Zurita Garza, 2014).



En el 2006, la Organización Mundial de la Salud definió a la calidad de la atención sanitaria como la prestación de los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados a cada paciente, con el objetivo de alcanzar resultados de salud óptimos. Esta definición tiene en cuenta diversos factores, como las características individuales del paciente y sus conocimientos médicos, al tiempo que pretende minimizar los riesgos potenciales de efectos iatrogénicos. Además, subraya la importancia de garantizar la máxima satisfacción del paciente a lo largo de todo el proceso de atención sanitaria (Duke, 2018).

Asimismo, Donabedian, en 1980, propuso un marco conceptual que delinea tres componentes distintos relativos a la calidad de la atención: estructura, procesos y resultados. La estructura se refiere a los recursos tangibles e intangibles, tanto materiales como humanos, disponibles en el sistema sanitario. Los procesos engloban las numerosas acciones e intervenciones llevadas a cabo en la prestación de asistencia. Por último, los resultados denotan los cambios en el estado de salud derivados de la prestación de asistencia. Esta técnica permite una perspectiva holística de la calidad dentro de las empresas sanitarias (Donabedian, 2005; Gonzalez Ramos et al., 2004; Müller et al., 2023; Zurita Garza, 1997).

Por lo expuesto, se reconoce que la importancia de la calidad del servicio para las instituciones va más allá de las expectativas de los clientes o usuarios y la capacidad de respuesta de la organización. Es decir, la calidad del servicio en el sector salud y en los programas de prevención y tratamiento como el del tamizaje neonatal, es importante porque impacta directamente, por proyección, en la satisfacción y experiencia de las madres sobre la atención del sector salud en general, influyendo en la adherencia a tratamientos y recomendaciones médicas en beneficio del bienestar de sus hijos. Asimismo, fortalece la imagen y reputación de la institución, generando mayor confianza en la población sobre la atención recibida.



#### 1.5.4 Modelos que Explican la Calidad en el Servicio.

**Modelo de la Calidad en el Servicio SERVQUAL.** Parasuraman et al. (1988) crearon un marco conceptual en el que se describen los factores que influyen en la calidad del servicio y que abarca cinco dimensiones distintas: (1) tangibilidad, (2) fiabilidad, (3) capacidad de respuesta, (5) seguridad y (6) empatía. La utilización de este modelo concreto se ha empleado ampliamente en el sector sanitario para evaluar la calidad desde el punto de vista del usuario (De la Oz, 2010). Este modelo consiste en comparar las expectativas del público con sus percepciones reales, cuantificar la diferencia entre la calidad percibida y las expectativas y examinar las disparidades entre estos dos factores.

La iteración inicial del modelo SERVQUAL comenzó delineando los criterios empleados por los usuarios para evaluar la calidad del servicio. En un principio, el modelo desarrolló un marco teórico compuesto por 10 categorías : (1) *flexibilidad*, que se refiere a la capacidad de mantener un nivel constante de rendimiento; (2) *capacidad de respuesta*, se refiere a la disposición y competencia de los empleados para prestar un servicio de alta calidad; (3) *profesionalidad*; abarca la adquisición y aplicación de las habilidades y la información necesarias para prestar un servicio de alta calidad; (4) *Accesibilidad*, se refiere al nivel de comodidad y accesibilidad que experimentan los clientes cuando intentan ponerse en contacto con una empresa; (5) *cortesía*, se refiere a la muestra de cortesía, respeto, amabilidad y atención exhibida por los empleados del servicio hacia los clientes; (6) *comunicación*, que garantiza un compromiso eficaz con el cliente mediante un lenguaje claro y conciso y escuchando activamente sus necesidades y preocupaciones; (7) *credibilidad*, se refiere a la cualidad de ser digno de confianza, honesto y dar prioridad a los intereses del cliente; (8) *seguridad* se refiere al estado en el que el consumidor está desprovisto de cualquier daño potencial, incertidumbre o peligro; (9) *comprensión*, evaluación de la idoneidad del servicio para satisfacer las



necesidades del cliente, (10) *tangibilidad*, se refiere a los atributos observables y físicos asociados a la prestación de un servicio.

La primera versión de la escala SERVQUAL fue objeto de diversas críticas. Entre ellas, la utilización de una escala Likert de siete puntos, la posible confusión derivada de la duplicación de preguntas relativas tanto a las expectativas como a las percepciones, la incorporación de expresiones de negación, la falta de énfasis en los momentos de verdad y el número limitado de observaciones en las que se basaba la metodología (Díaz, 2005).

### ***1.5.5 Estudios sobre la Calidad en el Servicio en los Programas de Tamizaje***

Los estudios referidos a la evaluación de la calidad de la atención en los programas de tamizaje son pocos tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo, se ha podido rescatar de la literatura, algunas tesis que dan cuenta de la satisfacción de las madres frente al servicio recibido.

Así, en Lima, Chuquitaipe Pachari (2022) desarrolló un estudio que tuvo por objetivo investigar la correlación entre la calidad de atención percibida y la satisfacción de los padres en relación con el tamizaje neonatal en un hospital afiliado a EsSalud del Cono Sur. El estudio incluyó una muestra de 100 padres que participaron activamente en el programa de tamizaje neonatal. Los resultados indicaron una correlación significativa y positiva entre la calidad del servicio y la satisfacción de los padres. Sin embargo, se señala que la relación entre las dimensiones de la calidad percibida de la atención y la satisfacción no presenta un patrón uniforme, puesto que los padres valoraron más la capacidad de respuesta del personal sanitario por sobre las demás dimensiones.

Asimismo, respecto a la confianza en el programa de tamizaje neonatal, la percepción de calidad en el servicio y aceptación al programa, un estudio realizado en Lima por Berrocal



Godoy (2021), tuvo como objetivo determinar los factores asociados al ausentismo de las madres al tamizaje neonatal metabólico en el Hospital San Bartolomé, enero a marzo – 2021. Participaron 95 madres identificadas como ausentes en el programa de tamizaje neonatal metabólico. Se concluyó que de tres factores analizados (socioculturales, conocimiento e institucionales) los más resaltantes para la ausencia al programa fueron la falta de conocimiento del programa y la desconfianza en la institución debido al servicio recibido durante el parto.

En cuanto a los estudios referidos a la calidad del servicio en salud y al bienestar percibido en los infantes y niños, los estudios sí son abundantes.

Al respecto Vera Herera (2021), realizó un estudio para evaluar la calidad percibida del cuidado de enfermería en madres de lactantes menores de un año que participaron en controles de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica de Ilo. Participaron 117 madres con hijos menores de un año. Se evaluó la calidad de los cuidados prestado, la calidad de la comunicación, el nivel de confort y la actitud profesional. En todos los casos, las madres reportaron satisfacción superior al 70%, por lo que se concluyó que la atención brindada a los menores de edad por parte del personal de enfermería era percibida como de calidad.

Asimismo, Vasquez Chachayma (2022) realizó un estudio que tuvo por objetivo evaluar la calidad percibida del cuidado de enfermería en 142 madres de lactantes menores de un año que acudían al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud San Jerónimo de Andahuaylas. Los resultados revelaron que el 76,8% de las participantes percibieron la calidad de la atención como consistentemente satisfactoria en los factores profesionalismo, nivel de comunicación y atención durante sus visitas.

Otro estudio realizado en Perú tuvo como objetivo principal investigar la correlación entre los niveles de satisfacción y la percepción de la calidad de la atención de enfermería entre



un grupo de 172 madres de niños menores de 5 años que reciben tratamiento en la clínica CRED - Hospital Santa Rosa - Madre de Dios. En relación con la satisfacción materna, una minoría de las participantes expresó un grado moderado de satisfacción, mientras que una proporción menor informó de una satisfacción baja. En cuanto a la percepción de la calidad de la atención, el estudio reveló que solo el 50% de las participantes tenían una impresión positiva de la calidad de los cuidados de enfermería. El estudio concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción y la percepción de la calidad.

También en Lima, Ñañez Vidaurre (2019) realizó un estudio para evaluar la perspectiva materna sobre la calidad de la atención brindada por los profesionales de enfermería en la Clínica de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 3 de febrero-Ventanilla, específicamente enfocándose en madres con bebés menores de un año. Los resultados indicaron que el 47,8% de las madres tenían un grado de percepción moderado, mientras que apenas el 28,9% demostró un nivel de percepción alto. Al examinar de la calidad de la atención, se observó que la dimensión ambiente presentó el mayor porcentaje (54,4%) de calidad percibida de la atención. Le siguió la dimensión técnica, que tuvo un nivel medio, con un 47,78%. Por último, la dimensión humana tuvo una baja percepción de la calidad de la atención, representando el 35,56% de las respuestas. Sobre los hallazgos se puede inferir que las madres encuestadas presentan un grado moderado de percepción sobre la calidad de la atención de enfermería en el ámbito de crecimiento y desarrollo en el centro de salud el 3 de febrero.

Asimismo, Ramadan et al., (2023) realizó un estudio en 138 regiones de 12 países de ingresos bajos y medios para medir la calidad y capacidad de atención de los servicios materno infantil basados en la percepción de las madres respecto a las mejoras observadas en sus hijos. Además, el estudio exploró la relación entre la calidad de estos servicios y los resultados sanitarios intermedios, incluidas la cobertura y la accesibilidad de la atención. Las conclusiones





del estudio indican que los resultados de la atención primaria de salud infantil, percibidos por las madres, fueron de mediocres a malos en los 12 países examinados. El examen de la correlación entre la prestación de servicios de atención primaria de salud y los resultados en materia de salud infantil indicó que tanto la supervisión reciente como los comentarios de los supervisores se relacionaban individualmente con una mayor probabilidad de buscar atención primaria de salud infantil.

En Estados Unidos Bogart et al. (2022) realizaron un estudio que evaluó la calidad de vida de los niños (y adultos) con enfermedades raras (ER) respecto al acceso y a la calidad de la atención médica recibida. El estudio abarcó una muestra de 1128 individuos, consistente en adultos diagnosticados con ER, así como padres o cuidadores de niños con ER. Aproximadamente el 33% de los pacientes experimentaron un periodo de espera de cuatro o más años antes de recibir un diagnóstico, y los casos de diagnósticos erróneos eran frecuentes, por lo que la calidad del servicio percibido resultó baja. Asimismo, el bienestar físico y psicológico, así como la esperanza de alcanzar un nivel de calidad de vida, seguían una tendencia negativa. Los hallazgos indican que las personas residentes en Estados Unidos que padecen ER experimentan un descenso significativo en su calidad de vida general relacionada con la salud, acompañado de una notable prevalencia del estigma. Estos factores están asociados con la felicidad y el bienestar del paciente, así como al acceso a la asistencia sanitaria, abarcando cuestiones como los retrasos en el diagnóstico y los casos de diagnósticos erróneos

Igualmente, Moody (2022), analizó la percepción sobre la asistencia sanitaria y la calidad de vida de los pacientes adolescentes y adultos. Si bien no está enfocada en poblaciones infantiles, este estudio es un buen antecedente porque analiza la calidad de vida y el bienestar de los pacientes que tiene una enfermedad especial (anemia de células falciformes). El objetivo de este estudio fue examinar la posible relación entre la utilización de la asistencia sanitaria y



la calidad de vida relacionada con la salud en esta población. Los resultados de esta investigación abarcaron una cohorte de 150 individuos pediátricos, con edades comprendidas entre los 8 y los 17 años, junto con sus respectivas figuras parentales. Los pacientes que tuvieron cuatro o más visitas a urgencias y hospitalizaciones mostraron puntuaciones más bajas en la calidad de vida relacionada con la salud en comparación con los pacientes que tuvieron menos visitas y hospitalizaciones. Además, se observó que un mayor número de visitas a urgencias y de hospitalizaciones se asociaba a puntuaciones más bajas en la calidad de vida relacionada con la salud. La variable edad resultó ser un factor predictivo estadísticamente significativo en ambos modelos de regresión. Específicamente, los resultados indican que los pacientes de mayor edad con enfermedad de células falciformes que tienen un mayor acceso a la asistencia sanitaria tienden a experimentar niveles más bajos de calidad de vida relacionada con la salud. En conclusión, los resultados de este estudio indican que los adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad de células falciformes que necesitan una intervención en urgencias u hospitalización son más susceptibles de experimentar un deterioro de su calidad de vida relacionada con la salud, especialmente a medida que avanzan en edad y la percepción negativa que tengan del servicio recibido. Los resultados indican que es importante dar prioridad a los individuos que requieren una intervención sanitaria más frecuente y de mayor calidad.

Otro estudio interesante, pero con un enfoque distinto, fue realizado en Japón por Matsuzawa et al. (2022) donde da cuenta que la calidad del servicio de centros sanitarios depende de la tecnología y de la calidad de vida de los padres que cumplen el rol de cuidadores de sus hijos con enfermedades que necesitan atención constante. En tal sentido, este estudio no mide directamente la calidad de servicio del centro de salud, sino los recursos tecnológicos que puede facilitar a los padres para que cumplan su rol de cuidadores con éxito. Por tanto, el



objetivo de este estudio fue investigar el consumo de servicios sanitarios entre los niños que dependen de tecnología médica, así como la calidad de vida relacionada con la salud de sus padres. El estudio reveló que los cuidadores de niños con enfermedades crónicas, presentaban un menor bienestar mental y físico. En conclusión, la mejora de los resultados de los padres que cuidan a niños con afecciones médicas crónicas (CMT) requiere la prestación de servicios sanitarios de calidad superior, con especial énfasis en la atención de relevo para los padres, así como una coordinación eficaz de la atención. Si bien este estudio no trata directamente del personal de salud, sí es un ejemplo de lo que sucede con todas las personas que cumplen el rol de cuidadores de niños con enfermedades o condiciones especiales.

Finalmente, se incluye un estudio que explica muy bien la relación entre la calidad del servicio en salud y la percepción del bienestar en los niños producto del servicio recibido. En Senegal, Leslie et al. (2022) realizó una investigación que tuvo por objetivo medir las percepciones de calidad en el servicio de salud materno infantil. Se completaron un total de 628 evaluaciones pareadas a lo largo de seis oleadas consecutivas de encuestas. Las alteraciones a nivel de centro mostraron resultados significativos y con frecuencia favorables, aunque con falta de uniformidad. El estudio concluyó que existía una modesta relación entre la calidad estructural de los centros a lo largo del tiempo de forma positiva, siendo las evaluaciones de calidad percibida más fuertes en los hospitales.

Por lo tanto, con base a la literatura revisada, queda claro la relevancia de estudiar la relación entre las variables calidad en el servicio y la percepción materna del bienestar de los menores que pasaron por el proceso de tamizaje y que llevan tratamiento especializado por la condición diagnosticada. En consecuencia, tanto los modelos teóricos como empíricos nos permiten plantear una hipótesis relacional entre ambas variables. Por ello, esta investigación toma en cuenta los aspectos señalados por los estudios previamente desarrollados y utiliza el



instrumento SERVPERF, una variante de la conocida SERVQUAL, para evaluar la calidad del servicio percibido. Asimismo, se utiliza un instrumento validado para evaluar la *percepción materna sobre el bienestar del menor en condición de tratamiento* que permite medir el bienestar basados en la mejora de los menores de edad atendidos en los servicios de salud y rehabilitación a partir de la observación de sus madres.

## **1.6 Hipótesis**

### **1.6.1 Hipótesis Principal**

Con relación a lo expuesto, el presente estudio busca evaluar la siguiente hipótesis:

H1. Existe relación significativa y positiva entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.

### **1.6.2 Hipótesis Secundarias**

H1a. Existe relación significativa y positiva entre la fiabilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.

H1b. Existe relación significativa y positiva entre la empatía de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.

H1c. Existe relación significativa y positiva entre la calidad de respuesta de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.



H1d. Existe relación significativa y positiva entre la tangibilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.

H1e. Existe relación significativa y positiva entre la seguridad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.

H2. El diagnóstico temprano en el tamizaje neonatal universal influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.

H3. La calidad en el servicio percibido en los centros de tratamiento y rehabilitación influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo.

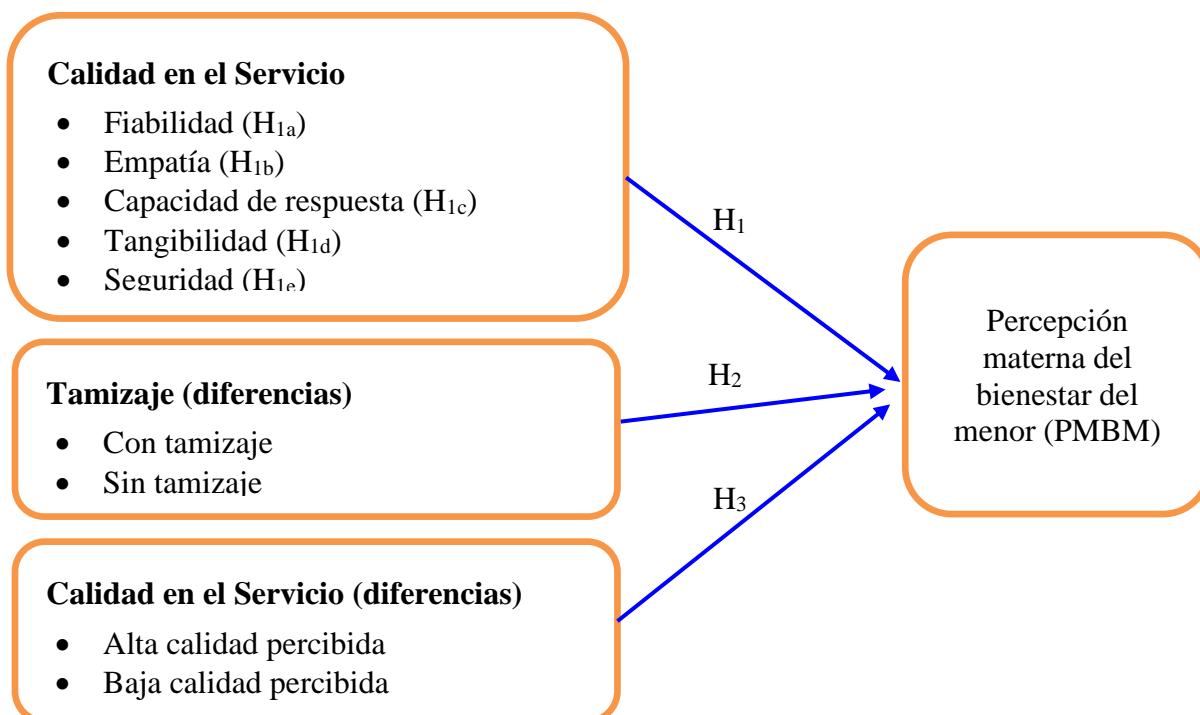
## Capítulo II. Método

### 2.1 Diseño

El presente estudio está basado en los modelos de medición de variables subjetivas, el cual se realiza a través de instrumentos de recolección de datos que permiten hacer análisis estadísticos para obtener resultados (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019; Supo & Zacarías, 2020). Las variables a analizar son la calidad en el servicio y el bienestar percibido, expresados bajo una escala de medición ordinal, cuyos datos fueron obtenidos a través de cuestionarios validados para este fin. Para alcanzar el objetivo, se realizó un análisis de correlación entre las variables puesto que se planeó estimar la asociación entre la calidad en el servicio y el bienestar del menor percibido por su madre, siguiendo el diseño propuesto en la Figura 1 (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019; Manterola & Otzen, 2014).

#### Figura 1

*Diseño de investigación*



*Nota.* H= Hipótesis de investigación



Así también, por el conocimiento que persigue, la presente investigación es de tipo pura o básica, puesto que brinda información que ayuda a un mayor conocimiento sobre el bienestar percibido y la calidad en el servicio, así como de sus relaciones, en la población de menores de edad que han sido diagnosticados, en el tamizaje neonatal o posterior, con alguna enfermedad o condición especial por el cual requieren tratamiento en los establecimientos de salud afines y en los programas de intervención temprana (PRITE), incrementando la literatura teórica para una posterior intervención en el problema presentado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019).

Asimismo, por la forma de tratamiento y análisis de los datos recogidos, el estudio se desarrolló bajo un enfoque metodológico cuantitativo, es decir, la recolección de datos consideró valores susceptibles de medición que permitieron probar hipótesis a través de la medición numérica y el análisis estadístico, por lo que los valores finales analizados de las variables calidad en el servicio y percepción de bienestar se ubicaron bajo las escalas ordinales y/o numéricas, puesto que este tipo de datos son adecuados para la estimación de magnitudes o frecuencia obtenidas de las variables (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019; Manterola & Otzen, 2014).

Además, el estudio se realizó bajo un diseño observacional, por lo que corresponde a una investigación no experimental, (Supo & Zacarías, 2020). Este tipo de estudio se efectúa sin la intención de manipular las variables, lo que significa que no se realizan alteraciones deliberadas de las variables de análisis para observar sus efecto, de manera que la investigación está orientada a la observación o medición de las variables bienestar y calidad en el servicio tal como se presentan en su contexto real referido por las madres participantes, para posteriormente analizar los datos recogidos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019; Supo & Zacarías, 2020).



A la vez, según el número de mediciones o temporalidad sobre la variable de estudio, la investigación es de tipo transversal, puesto que la recopilación de datos de ambas variables se llevó a cabo en un único instante, con el fin de identificar las respuestas sobre la calidad del servicio y el bienestar percibido en la misma participante, así como evaluar la asociación de las variables involucradas sin que estas se vean afectadas por otras variables contextuales como el tiempo. (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019; Supo & Zacarías, 2020).

Finalmente, el estudio alcanza el nivel relacional, considerando análisis estadísticos de asociación, correlación y comparación. Este tipo de análisis es el idóneo puesto que se planeó estimar la relación entre las variables calidad en el servicio y bienestar percibido, midiendo y cuantificando cada variable para, posteriormente, analizar y determinaron el nivel de asociación existentes entre ellas, sin que esto implique causalidad de una variable a otra (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019; Manterola & Otzen, 2014). Asimismo, el estudio presenta una evidencia de influencia entre la detección temprana en el tamizaje neonatal y la percepción de las madres sobre el bienestar de sus hijos, a través de una medida de diferencia de medias o grupos independientes, donde se ubicó a un grupo de menores que pasaron por el tamizaje neonatal y otro grupo que fueron diagnosticado con posterioridad, con el fin de verificar si la detección temprana se asocia significativamente con una mayor percepción de bienestar de los niños por parte de sus madres, sin llegar a concluir causalidad absoluta. Del mismo modo, se presentó otra comparación de grupos independientes entre las madres que calificaron una alta calidad en el servicio de los centros de tratamiento y rehabilitación, y las madres que calificaron como una calidad en el servicio baja en los mismos centros, asociados al bienestar percibido en sus hijos, con el fin de hallar evidencias de influencia entre estas variables, sin que ello signifique causalidad, puesto que los análisis comparativos sin intervención son insuficientes para demostrar relaciones causa – efecto entre variables.





## 2.2 Participantes

La población de estudio es un conjunto de casos, determinado, reducido y alcanzable, que formará el referente para la elección de una muestra que cumple con una serie de criterios predeterminados conocidos como unidad de estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Asimismo, es el conjunto de todos los casos, dentro de un mismo contexto, considerados para un estudio y que presentan algunos atributos similares transversales (Supo & Zacarías, 2020).

Dado que el programa de tamizaje neonatal universal incluye la derivación a los centros de tratamiento, como criterio de inclusión, la unidad de estudio estuvo caracterizada por un menor de 1 mes a 5 años diagnosticado durante el tamizaje neonatal o posterior con alguna enfermedad o condición especial, metabólico, genético o del desarrollo, que requiere de tratamiento, rehabilitación y/o atención médica por un tiempo prolongado. Puesto que lo que se busca no solo es recibir las percepciones de la atención en la pesquisa, sino también en el servicio de tratamiento y rehabilitación recibido, el cual puede favorecer el bienestar del menor dado el diagnóstico, intervención y atención temprana.

Además, estos menores debían contar con el apoyo de su madre durante el proceso y haber participado del programa de rehabilitación y/o tratamiento con un mínimo de dos semanas en los últimos seis meses al levantamiento de la información. Asimismo, los datos se recolectaron por medio de las madres de familia, quienes fueron la unidad de información y evaluaron tanto la calidad en el servicio recibido y el bienestar percibido de sus menores hijos producto del tratamiento. Asimismo, las madres cuyos hijos pasaron por el tamizaje neonatal brindaron información sobre este servicio, así como la posterior atención recibida en los diversos programas de tratamiento y rehabilitación en que participan sus hijos, el cual siempre fue considerado como parte del programa (hoy formalizado a través de la Ley 31975).



Como criterio de exclusión, no se consideraron en el análisis a los menores cuyas madres hayan alcanzado seis meses o más de abandono del tratamiento o que tengan menos de dos semanas de atención, asimismo, no se está considerando a los menores cuyo tratamiento se realice (o se haya realizado) exclusivamente en instituciones fuera del Sistema Integral de Salud (SIS). No se consideró ningún otro criterio para excluir a un participante o informante.

Respecto a la población de estudio, está conformado por los menores de edad que han sido diagnosticado con algún problema sensorial reportados, especialmente, del Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" y el Instituto Nacional Materno Perinatal. Este diagnóstico pudo haberse realizado en la pesquisa en los días posteriores al nacimiento del bebé, propio del tamizaje neonatal, o posterior a este proceso.

En la actualidad, no se tiene un número definido de esta población a nivel nacional, puesto que, a pesar de que el programa de tamizaje es una política pública que se debe implementar en todo el país, se tiene registro de que solo el 30% de los recién nacidos pasan por este proceso, por lo que conocer un número total de la población infantil con problemas sensoriales y metabólicos es impreciso. Si bien los menores llevan tratamiento de forma personalizada en los centros de salud, así como en otras instituciones de rehabilitación asociados al SIS, la atención que reciben es de forma personalizada y en tiempos diversos, por lo que no es posible encontrar a la población en un conglomerado definido. Además, pertenecen a diversos puntos del Perú y bajo condiciones diversas en espacios sociales, como en pueblos jóvenes, centros poblados, zonas rurales y zonas urbanas. En tal sentido, la ubicación de las madres de familia para una recolección de datos, propio de un estudio transversal, obligó a una estrategia de muestreo no probabilístico, el cual permitió la recolección de datos en el menor tiempo posible.



En cuanto a la muestra, se considera como aquel subconjunto característico de una población específica, donde los elementos que constituyen esta agrupación comparten ciertas peculiaridades entre sí que son propias de la población de estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Por lo tanto, se decidió realizar la selección de la muestra a través de un método no probabilístico por conveniencia, tanto en tamaño como en selección. Se determinó este tipo de muestreo debido a los datos no actualizados sobre la residencia y medio de contacto de las madres, así como a la irregularidad en la asistencia a los tratamientos, entre otras diferencias de población, los cuales imposibilitaron la elección de una muestra probabilística. Cabe dar a conocer que las madres participantes estuvieron residiendo en diversas zonas del país y en el extranjero en el momento del levantamiento de los datos. El número total de participantes en la muestra del presente estudio fue de 194 menores con edades comprendidas entre 1 y 60 meses (Media= 20,03; DS=  $\pm 20,191$ ), cuyas madres informantes tienen edades que se ubican entre los 18 y 43 años (Media= 29,4; DS=  $\pm 6,41$ ).

El muestreo no probabilístico por conveniencia, es una técnica de selección de un grupo de estudio donde los individuos pertenecientes a una población cuentan con la disponibilidad y asequibilidad para ser incluidos en la investigación (Supo & Zacarías, 2020). Asimismo, para alcanzar el mayor número de participantes posibles, se estableció una estrategia de muestreo en red, el cual consiste en buscar participantes o agentes claves que permitan la socialización y el efecto multiplicador de las encuestas a otros integrantes de la unidad de información y con ello llegar a la mayor número posible de participantes (Manterola & Otzen, 2014).

### **2.3 Mediciones**

En el estudio, se empleará la técnica de la encuesta, la cual es un método común en la recolección de datos para estudios observacionales dentro de las ciencias sociales. Conforme a



lo expuesto por Hernández-Sampieri & Mendoza (2019), la encuesta consiste en un proceso sistemático de adquisición de información de un grupo de personas mediante la aplicación de un cuestionario estructurado a partir de la operacionalización de la variable de estudio (ver Anexo 2).

En diversos estudios observacionales, esta técnica demostró ser efectiva para obtener conocimientos precisos y detallados para medir variables de naturaleza cualitativa y que necesitan de la percepción de los implicados en un estudio, manteniéndose el anonimato y la confidencialidad de los participantes. Sin embargo, para dejar constancia de los objetivos de la investigación y brindar información, seguridad y confianza respecto a la forma y propósito del estudio, se presentó un consentimiento informado, asegurando que el estudio guarda la confidencialidad, el respeto, anonimato y libertad de los encuestadas (ver Anexo 3).

Asimismo, para realizar la encuesta, se preparó una ficha para recolectar datos sociodemográficos del menor (ver Anexo 4), de igual forma, se presentó una ficha de datos sobre la madre (ver Anexo 5). Así también, para obtener una mayor información sobre la experiencia en el servicio de tamizaje, tratamiento y/o rehabilitación, se consideró plantear una serie de preguntas de inicio, con el fin de conocer más aún sobre el lugar y el tiempo del uso del servicio (ver Anexo 6).

Así también, para recolectar los datos referidos a las variables y hacer las mediciones respectivas, se determinó el uso de dos cuestionarios, uno para cada variable, los cuales permitieron reunir la información de forma acertada y confiable.

### ***2.3.1 Cuestionario sobre la Percepción Materna del Bienestar del Menor en Condición de Tratamiento (PMBM)***

El cuestionario PMBM (ver Anexo 7) fue estructurado y validado exclusivamente para



la presente investigación y tiene miras de una adaptación a mayor escala dado los resultados de las propiedades métricas obtenidas. Para el proceso de construcción del instrumento, se consideró que el bienestar puede ser medido desde la percepción particular que tienen las personas sobre el estado de su vida, tanto en su salud como en sus recursos, dependiendo el contexto y la particularidad de cada experiencia. Por eso, en este cuestionario, se evalúa el bienestar tomando en cuenta el estado de salud de los niños diagnosticados con algún problema metabólico (genético o congénito), visual o auditivo que hayan sido detectados a través del programa de tamizaje universal o posterior a este análisis, cuyo tratamiento posterior busca mejorar la calidad de vida de las familias que afrontan estos diagnósticos. Por ello, evaluar el bienestar de los menores que reciben tratamiento a través de la percepción de sus madres, es una forma en cómo acercarse a evaluar esta realidad. Para ello, se han determinado solo dos dimensiones tomando como referencia a las teorías descritas y los cuestionarios *Children Psychological Well-being Scale*, la Escala de Bienestar Infantil de Magura y Moses y de la versión española del TAPQOL, referidos a la calidad de vida relacionada con la salud en niños de 3 meses a 5 años (Alpi et al., 2020; Arruabarrena Madariaga & De Paul, 1999; Sardón Prado et al., 2008; Vinaccia-Alpi et al., 2020). En estos instrumentos son frecuentes las preguntas referidas al bienestar físico, emocional, social y del entorno, de los cuales solo se considerarán al bienestar físico y emocional en este caso debido a que lo que se busca es evaluar el bienestar en la salud del menor a partir de la percepción y la experiencia de sus madres.

En cuanto a la evaluación del bienestar infantil, en particular, hay aspectos únicos y especialmente relevantes por considerar, como la familia, la escuela, el juego, el crecimiento, el desarrollo, los amigos y compañeros, y el hecho de que son personas más dependientes y con menor capacidad para modificar su contexto que los adultos. Estas características se reducen más si la edad es menor, debido a las razones físicas, psicológicas, biológicas, etc.



Por ello, para medir esta variable, se ha determinado que la definición operacional será el valor de percepción obtenido por la madre respecto al bienestar de su hijo menor de edad que ha sido diagnosticado con alguna enfermedad o condición especial que requieren atención y supervisión médica por un tiempo prolongado. Esta percepción ha de ser medida por las dimensiones de bienestar psicológico percibido y bienestar físico percibido.

Para la validez de contenido del instrumento, se preparó un cuestionario con 10 preguntas propuestas con base a la teoría, cinco para cada dimensión (psicológico y físico), y con cinco opciones de respuesta en una escala de Likert que van de “Nunca” a “Siempre” valorados de 1 a 5 respectivamente. Estos reactivos fueron evaluados por tres expertos en el tema: (1) Economista Rafael Cortez, docente de la Universidad del Pacífico; (2) Economista Pablo Lavado, docente de la Universidad del Pacífico; y (3) Médico pediatra Abel Salinas Rivas, ex ministro de salud del Perú. Los tres jueces especialistas otorgaron un resultado positivo al 100% en los criterios de pertinencia, relevancia y claridad; sin embargo, otorgaron observaciones respecto a la ubicación de algunos reactivos por dimensión, por lo que sugirieron algunos cambios de forma y la ampliación a otras preguntas sugeridas. En concordancia a estas sugerencias, se preparó un nuevo cuestionario de 12 preguntas que recibieron la aprobación de los jueces iniciales y la aprobación total de otros tres nuevos expertos: (1) Médico pediatra Alexander Robles Pino, docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (2) Doctora Elizabeth García Salirrosas, investigadora principal en distintas universidades y (3) Doctora y psicóloga Ysis Roa Meggo, directora del Instituto de Investigación de la Universidad San Martín de Porres. Con esta nueva aprobación, se contó con un instrumento de 12 preguntas (4 para el factor bienestar psicológico y 8 para el factor bienestar físico).

Posteriormente, se realizó la validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC). Para ello, se aplicó una prueba



piloto a una muestra de 122 madres de familia (superando los 10 participantes por reactivo) cuyos hijos estaban en tratamiento por una condición médica especial. Los resultados del AFE en este piloto alcanzaron una medida de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,797 con un nivel de significancia menor a 0,001 y una varianza total explicada de 61%; sin embargo, la matriz de componentes rotado arrojó resultados negativos para dos ítems por lo que se tomó la decisión de retirarlos de la prueba total. Con esta nueva versión, se procedió a realizar el AFC encontrándose un buen ajuste del modelo para dos factores y 10 reactivos (3 para el factor bienestar psicológico y 7 para el factor bienestar físico).

En cuanto a la consistencia interna de la escala, alcanza un valor de confiabilidad aceptable de 0,81 a través del análisis de Alfa de Cronbach, en la versión piloto.

### **2.3.2 *Service Performance Scale- SERVPERF***

Para evaluar la calidad del servicio se aplicó el modelo SERVPERF (ver Anexo 8), diseñado por Cronin & Taylor (1992), quienes realizaron una adaptación del modelo SERVQUAL con el objetivo de presentar una versión resumida de 22 ítems y de una sola aplicación que permita reconocer la percepción de la calidad del servicio recibido sin la necesidad de comparar la expectativa con la experiencia (De Jesús et al., 2017). Esta versión recibió, a la vez, diversas adaptaciones en distintos ámbitos (De Jesús et al., 2017; De La Cruz-Vargas et al., 2016; Espinoza & Fragoso, 2022; Pinilla Beltrán, 2020; Rojas-Apolinario et al., 2018). Sin embargo, una adaptación aplicada a nuestra realidad y al entorno de salud fue realizado por Izquierdo & Leon (2019) quienes buscaron ajustar el instrumento a la medición de la calidad del servicio recibido en un centro médico. El modelo presenta cinco dimensiones: fiabilidad, tangibilidad, capacidad de respuesta, empatía y seguridad. Las respuestas están distribuidas en una escala de Likert del 1 al 5, el cual es una herramienta que permite medir



actitudes bajo una escala ordinal para conocer el grado de conformidad o inconformidad del encuestado con la información que se le proponga; es decir, permite que el encuestado refleje su actitud positiva o negativa acerca del ítem sobre el que versa la pregunta, siendo las alternativas de respuestas: (1) Totalmente en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Indiferente, (4) De acuerdo, y (5) Totalmente de acuerdo. Los rangos de valoración para el nivel total o general de calidad del servicio son: bajo (22-73); medio (74-91) y alto (92-110); mientras que, para cada una de las dimensiones, es como se muestra: Fiabilidad y Empatía: bajo (5-15); medio (16-20) y alto (21-25); y Capacidad de respuesta, Tangibilidad y Seguridad: bajo (4-12); medio (13-16) y alto (17-20).

El instrumento fue sometido a un proceso de confiabilidad y validez. Como resultado, se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,98 en la escala total. Este resultado denota un nivel de confiabilidad aceptable. En este sentido, se hace necesario aclarar, que se escogió el modelo SERVPERF por las ventajas que presenta en relación a los otros modelos que se utilizan para la medición de la variable objeto de estudio, entre las que se puede mencionar el hecho de tener 22 ítems, que genera una medición con menos variables que contribuye a realizar el estudio en menor tiempo ya que es respondido por el encuestado de manera más rápida y con menos redundancias ya que no se miden las expectativas y las percepciones como el sistema SERVQUAL, sino solo estas últimas, de esa manera se superan las limitaciones de utilizar las expectativas en la medición de la calidad percibida, sin definir concretamente el tipo y el nivel de expectativas a utilizar, más cuando en el presente caso justamente lo que se requiere evaluar es la “percepción” que tiene el usuario de estos centros asistenciales.

## 2.4 Procedimiento

Para la recolección de datos, se presentó un consentimiento informado a las madres de





familia con la finalidad de tener la autorización libre y voluntaria para participar del estudio. Los instrumentos se aplicaron en el mes de junio del 2023, utilizando los medios virtuales para poder llegar a todas las madres que participan o hayan participado en los últimos seis meses en los programas de tratamiento y rehabilitación debido al diagnóstico o condición especial de su hijo que requiere de atención médica por un tiempo prolongado. Para ello, se elaboraron los cuestionarios y el consentimiento informado por medio de la plataforma Google forms. Luego se compartió el enlace a través de los números de celular de las madres de familia con uso de la aplicación WhatsApp, previa coordinación con las autoridades de los centros de rehabilitación donde frecuentan las madres y sus hijos.

Para llegar a la base de datos de las madres, se contactó con el director de la UGEL de Ventanilla, quien facilitó la información de las madres cuyos hijos participan o participaron un mínimo de dos semanas en los últimos seis meses del Programa de Intervención Temprana (PRITE<sup>1</sup>) de su sector. A la vez, el director ayudó en la estrategia de muestreo en red enviando las encuestas a otros directores y personal encargado de la atención y tratamiento de la población de estudio. Además, se obtuvo su consentimiento para realizar la investigación y enviar los cuestionarios a las madres de familia.

Antes de realizar la encuesta, se preparó una lista de datos sociodemográficos que se incluyeron en el cuestionario, que incluyeron datos del menor, datos de la madre y algunas preguntas de inicio sobre la experiencia en el proceso de tamizaje y la atención recibida en los centros de salud y de rehabilitación que asisten. Se llegó a participar de una reunión de madres que participan en el PRITE de Ventanilla a quienes se infirmó directamente sobre el estudio y

---

<sup>1</sup> El PRITE es un programa educativo no escolarizado del Ministerio de Educación centrado en la prevención, detección de los retrasos del desarrollo y atención especializada y oportuna a las niñas y niños menores de tres años con discapacidades o en riesgo de padecerlas (Ministerio de Educación, 2021).



se compartió el enlace de los cuestionarios de forma directa. Durante la recolección de datos, se aseguró la privacidad y confidencialidad de las participantes.

## 2.5 Análisis de Datos

Los datos recaudados de los instrumentos fueron introducidos, tabulados y ordenados en una hoja de cálculo Excel, en el cual se establecieron los encabezados de cada grupo de datos a analizar, incluyendo a las variables de estudio, variables sociodemográficas, preguntas de inicio, valores finales de análisis (puntajes directos y valores ordinales para el análisis de frecuencia por niveles). Esta base de datos fue exportada al software estadístico SPSS Versión 27 para los análisis estadísticos respectivos.

Específicamente, la presentación de los resultados se realizó bajo los procedimientos estadísticos para estudios relacionales y transversales. En cuanto a la estadística descriptiva, se utilizaron tablas de frecuencias y figuras agrupadas para los conteos y porcentajes de los distintos datos, especialmente en la determinación de niveles de las variables y dimensiones. Para el resumen de datos, se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión de los datos numéricos. En cuanto a la estadística inferencia, se utilizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov para determinar la normalidad, las tablas cruzadas con análisis de Chi Cuadrado para las asociaciones de los datos ordinales. Al no encontrar normalidad en el conjunto de datos recogidos, no fue necesario realizar una prueba de homocedasticidad para la comparación de grupos. Por el resultado de normalidad obtenido, se decidió utilizar pruebas no paramétricas, como el Rho de Spearman y el U de Mann Whitney para la comparación de medias.

## 2.6 Aspectos Éticos

El formulario que se presentó contenía el propósito, los objetivos del estudio y una aclaración sobre la confidencialidad de los datos, garantizando una participación voluntaria y



anónima. Además, se compartió el correo de contacto de los investigadores para la recepción de consultas o comentarios sobre la investigación o su procedimiento. Asimismo, se brindó a todos los participantes el consentimiento informado, incluyendo los principios de libertad y autonomía, garantizando el respeto de la información brindada por los participantes y reconociendo las diferencias, ya que cada persona piensa y actúa de acuerdo a sus propias convicciones para responder con total sinceridad. Asimismo, se garantizó que los datos recogidos guardan relación exclusiva con el objetivo de la investigación previamente anunciada, siguiendo las recomendaciones del Código de Núremberg (1947).

En cuanto al proceso ético que siguió el estudio, cumplió con la Declaración de Ética de Helsinki (Asociación Médica Mundial, [AMM], 2017) que hace referencia al respeto que cada uno de los participantes merece durante la participación de toda investigación, así como salvaguardar la confidencialidad y privacidad de quienes participan en ella. Por ser una investigación observacional realizado a personas adultas sin intervención ni invasión que afecte la integridad, los derechos ni la dignidad de los evaluados, no fue necesario la consulta de un comité de ética en especial para el desarrollo de la presente investigación.



### Capítulo III. Resultados

#### 3.1 Consistencia Interna de los Datos

A continuación, se presenta la confiabilidad de los instrumentos con base al conjunto de datos obtenidos a través de cada una de las variables y sus dimensiones. La consistencia interna obtenida con el análisis de alfa de Cronbach, permite asegurar que los instrumentos utilizados, referidos a la calidad en el servicio y la percepción materna sobre bienestar del menor, son confiables para realizar los análisis estadísticos correspondientes.

**Tabla 1**

*Alfa de Cronbach de las variables y dimensiones*

<b>Variables y dimensiones</b>	<b># Preguntas</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b>Interpretación</b>
Calidad en el Servicio	22	0,980	Excelente
Fiabilidad	5	0,909	Excelente
Empatía	5	0,921	Excelente
Capacidad de Respuesta	4	0,884	Bueno
Tangibilidad	4	0,892	Bueno
Seguridad	4	0,903	Excelente
Percepción Materna sobre el Bienestar del Menor	10	0,958	Excelente
Bienestar psicológico	3	0,889	Bueno
Bienestar físico	7	0,942	Excelente

*Nota.*  $\alpha$  = Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de los datos. Se emplea el Alfa de Cronbach por ser variables de tipo ordinal

En la Tabla 1, se observan que los grupos de datos alcanzan niveles excelentes y buenos respecto al cuadro de valoración de Alfa de Cronbach (ver Anexo 9) propuesto por George & Mallery (2019). Por consiguiente, los instrumentos utilizados demuestran ser consistentes por lo que se validan los datos obtenidos para realizar análisis estadísticos.



### 3.2 Análisis Descriptivo

A continuación, se presentan los resultados descriptivos con base a los datos recogidos sobre las variables de estudio y sus dimensiones. Estos resultados permiten responder a las preguntas, objetivos e hipótesis planteadas en la presente investigación.

#### 3.2.1 Datos Sociodemográficos y Preguntas de Inicio

**Tabla 2**

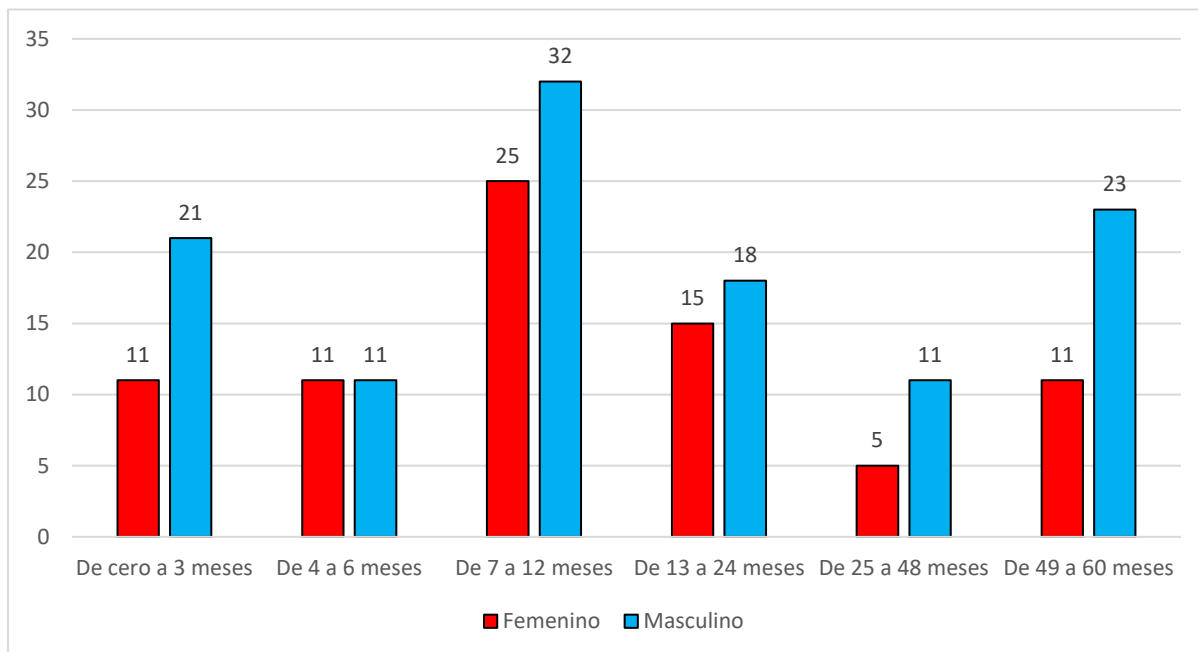
*Características sociodemográficas del menor de edad*

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	78	40,2
	Masculino	116	59,8
Grupo etario (Edad agrupada en meses)	0 – 03 meses	32	16,5
	04 – 06 meses	22	11,3
	07 – 12 meses	57	29,4
	13 – 24 meses	33	17
	25 – 48 meses	16	8,2
	49 – 60 meses	34	17,5
Escolaridad del menor	Estimulación temprana	14	7,2
	Inicial de 2 años	3	1,5
	Inicial de 3 años	4	2,1
	Inicial de 4 años	9	4,6
	Inicial de 5 años	8	4,1
	Guardería	5	2,6
	Educación alternativa	13	6,7
	No inicia escolaridad	138	71,1

*Nota.* Se presenta las características sociodemográficas del menor de edad con base a la información brindada por la madre.

**Figura 2**

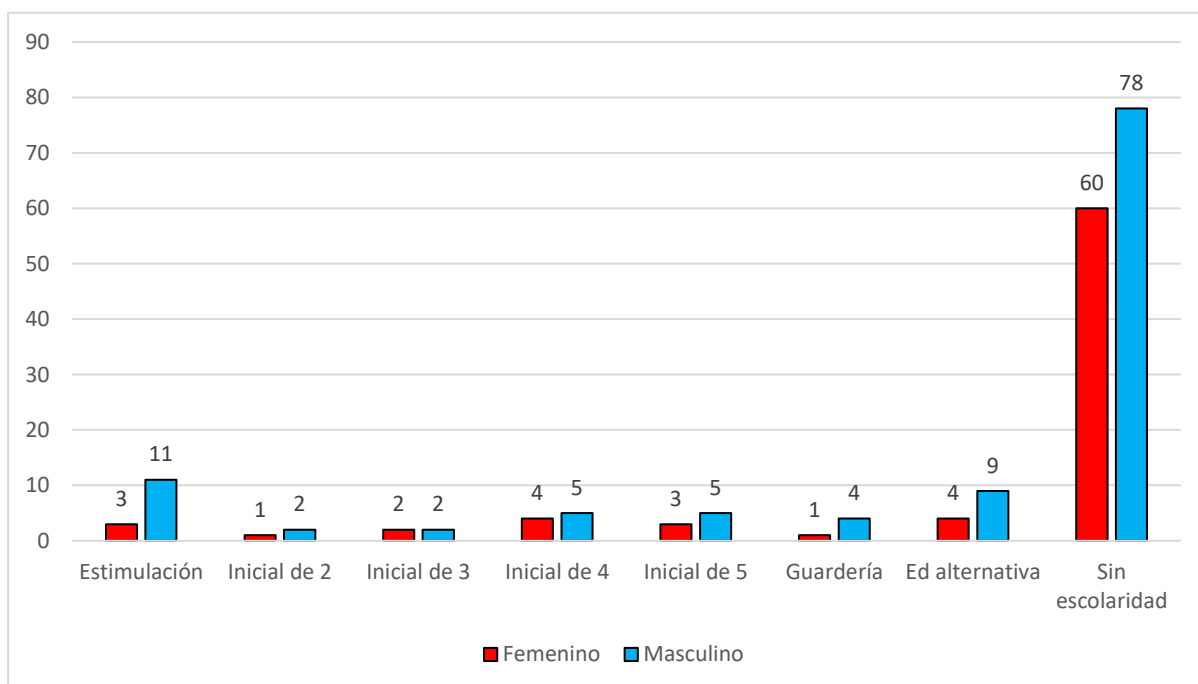
*Frecuencia de las edades agrupadas de los menores según sexo*



*Nota.* La información se obtuvo del cruce de datos de las edades agrupadas y el sexo de los menores por medio del paquete estadístico SPSS v.27

**Figura 3**

*Frecuencia de la escolaridad de los menores según sexo*



*Nota.* La información se obtuvo del cruce de datos de los datos sobre la escolaridad y el sexo de los menores por medio del paquete estadístico SPSS v.27



La Tabla 2, da cuenta de que existe una mayor proporción de varones (59,8%) en comparación a mujeres (40,2%) en la muestra observada; sin embargo, la diferencia no es muy distante, por lo que se puede deducir que los grupos según sexo son similares en cuanto a su tamaño. En cuanto a los grupos etarios, el de mayor frecuencia es el de 7 a 12 meses con un 29,4%, seguido por el de 49 a 60 meses (17,5%) y de 13 a 24 meses (17%). Estos datos permiten caracterizar las edades de la población infantil analizada y determinar las edades con mayor frecuencia en la asistencia a los tratamientos y rehabilitación, observándose que la mayoría asiste con más frecuencia durante el primer año de vida (57,2%). Asimismo, llama la atención que solo un 7,2% recibe estimulación temprana, mientras que la gran mayoría (71,1%) no ha iniciado aún escolaridad formal, esto debido a que el mayor grupo de participantes tiene menos de 24 meses de edad (74,2%) y aún no se encuentran en la edad promedio de inicio de la vida escolar.

Asimismo, en la Figura 2 se observan las frecuencias de los grupos etarios segmentados por sexo, en la cual se evidencia una mayor cantidad de varones en casi todos los rangos, exceptuando el grupo de 4 a 6 meses donde las cantidades son iguales entre varones y mujeres. Ello permite apreciar diferencias en la composición por sexo según las edades, dando mayor cuenta de la mayor presencia de varones, el cual se corresponde a la diferencia de participantes por sexo de la muestra total.

Finalmente, la Figura 3 muestra la información cruzada sobre el tipo de escolaridad que reciben los menores según su sexo. En esta figura se puede apreciar que los varones siguen teniendo mayor presencia en los distintos tipos de educación formal, a excepción del nivel de inicial de 3 años, donde la frecuencia es la misma para ambos grupos. Cabe resaltar una notoria presencia de varones en actividades de estimulación temprana, siendo esta modalidad la de mayor diferencia entre los grupos según sexo.

**Tabla 3***Frecuencia de las edades agrupadas de los menores según escolaridad*

Escolaridad	Edad del menor agrupado en meses						Total
	0 a 3	4 a 6	7 a 12	13 a 24	25 a 48	49 a 60	
Estimulación	0	0	0	8	5	1	14
Inicial de 2	0	0	0	0	3	0	3
Inicial de 3	0	0	0	0	4	0	4
Inicial de 4	0	0	0	0	0	9	9
Inicial de 5	0	0	0	0	0	8	8
Guardería	0	0	0	0	2	3	5
Alternativa	0	0	0	0	0	13	13
No inicia escolaridad	32	22	57	25	2	0	138
<b>Total</b>	32	22	57	33	16	34	194

*Nota.* La información se obtuvo del cruce de datos de los datos sobre la escolaridad y las edades de los menores en meses, por medio del paquete estadístico SPSS v.27

La Tabla 3 muestra que la mayoría de menores entre 0 a 24 meses no han iniciado aún su escolaridad formal, lo cual se corresponde con la edad esperada de inicio a este proceso. Asimismo, en el grupo de 49 a 60 meses, se observa que 34 de los 56 menores de ese rango ya se encuentran cursando estudios de nivel inicial, principalmente en 4 y 5 años. Ello indica que una proporción importante de los preescolares evaluados ya están insertos en la educación formal. Por otro lado, en la categoría de educación alternativa hay una notoria representación de niños entre 49 a 60 meses (13 casos), lo que probablemente refleja necesidades especiales de este grupo etario para inserción en el sistema educativo regular. Finalmente, resalta que solo 14 casos reciben estimulación temprana, evidenciando una baja cobertura de esta modalidad fundamental para la detección e intervención oportuna frente a condiciones congénitas o del neurodesarrollo.



**Tabla 4**
*Características sociodemográficas de la madre*

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Grupo etario (Edad agrupada)	De 18 a 20 años	21	10,9
	De 21 a 25 años	43	22,2
	De 26 a 30 años	42	21,6
	De 31 a 40 años	80	41,2
	De 41 a 50 años	8	4,1
Hijos	1 hijo	106	54,6
	2 hijos	65	33,5
	3 hijos	17	8,8
	4 hijos	6	3,1
Nacionalidad	Peruana	177	91,2
	Extranjera	17	8,8
Residencia	Lima	58	29,9
	Callao	67	34,5
	Provincia- zonas urbanas	50	25,8
	Provincia- zonas rurales	14	7,2
	Extranjero	5	2,6
Estudios	Primaria incompleta	4	2,1
	Primaria completa	3	1,5
	Secundaria incompleta	29	14,9
	Secundaria completa	137	70,6
	Estudios técnicos	10	5,2
	Estudios universitarios	11	5,6
Trabajo	Sin empleo	79	40,7
	Trabajo informal	48	24,7
	Trabajo formal dependiente	49	25,3
	Emprendedora	18	9,3

<b>VARIABLES</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Situación conyugal	Madre soltera	65	33,5
	Casada	51	26,3
	Conviviente	78	40,2
Apoyo	Sin apoyo	46	23,7
	Solo de la pareja	41	21,1
	Solo de familiares o amigos	38	19,6
	Pareja y familiares o amigos	60	30,9
	Con apoyo contratado	9	4,6

*Nota.* Se presenta las características sociodemográficas de la madre del menor con base a la información brindada por las mismas encuestadas.

En la Tabla 4 se observa que la edad de las madres oscila entre los 18 y 43 años, con una media de 29,4 años. El grupo etario más representado es el de 31 a 40 años (41,2%), seguido por el de 21 a 25 años (22,2%). Ello denota que la muestra se compone mayoritariamente de mujeres adultas jóvenes en edad fértil. Asimismo, más de la mitad (54,6%) solo tiene un hijo, mientras que un tercio (33,5%) tiene dos. Esta distribución podría estar influida por la edad de las participantes, muchas de las cuales son madres primerizas o con pocos hijos aún. También destaca que la gran mayoría (91,2%) son de nacionalidad peruana. En cuanto al lugar de residencia, un tercio (34,5%) vive en la provincia del Callao, seguido de un 29,9% en Lima y un 25,8% en provincias en zonas urbanas. Ello indica una procedencia diversa, principalmente de la costa peruana, pero con representación también de otras locaciones. La escolaridad mayoritaria es secundaria completa (70,6%), aunque existe un porcentaje considerable solo con secundaria incompleta (15%). Menos del 12% tiene estudios de nivel superior. Esta variable educativa podría vincularse al grado de conocimientos e información que manejan sobre la condición de salud de sus hijos. En relación al trabajo, la categoría más frecuente es sin empleo (40,7%), seguida de trabajo informal (24,7%) y formal dependiente (25,3%), denotando la vulnerabilidad económica de

un sector importante de madres. Finalmente, sobre la situación conyugal, la mayoría (40,2%) son convivientes con sus parejas, un tercio (33,5%) solteras y un 26,3% son casadas.

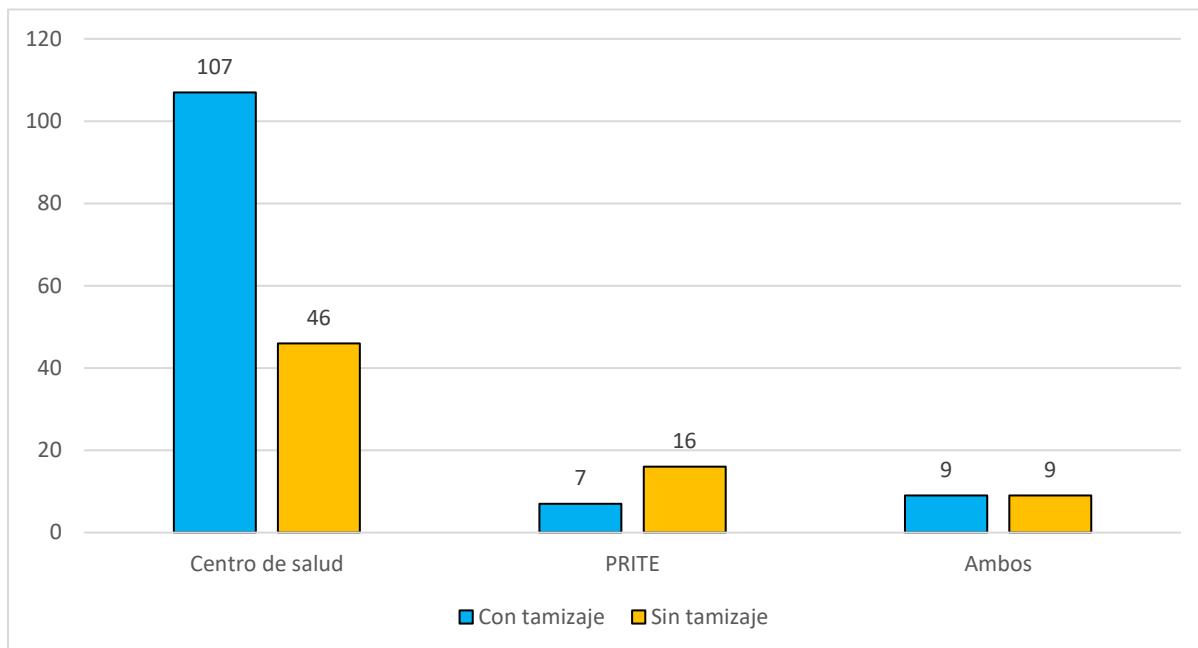
**Tabla 5**
*Tamizaje, tratamiento y rehabilitación*

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Tamizaje	Sí realizó tamizaje	123	63,4
	No realizó tamizaje	71	36,6
Lugar de tratamiento y rehabilitación	En un centro de salud	153	78,9
	En un PRITE	23	11,9
	En un centro de salud y un PRITE	18	9,3
Meses de tratamiento	Menos de 1 mes	13	6,7
	01 – 03 meses	54	27,8
	04 – 06 meses	34	17,5
	07 – 12 meses	55	28,4
	13 – 24 meses	32	16,5
	25 – 36 meses	6	3,1
Calidad del servicio en el tamizaje	No pasó por el tamizaje	71	36,6
	Muy malo	5	2,6
	Malo	21	10,8
	Regular	24	12,4
	Bueno	30	15,5
Calidad del servicio de los centros de tratamiento y rehabilitación	Muy bueno	43	22,2
	Muy malo	17	8,8
	Malo	36	18,6
	Regular	52	26,8
	Bueno	49	25,3
	Muy bueno	40	20,6

*Nota.* La información se obtuvo directamente de las encuestadas a través de consultas previas a la aplicación de los instrumentos.

**Figura 4**

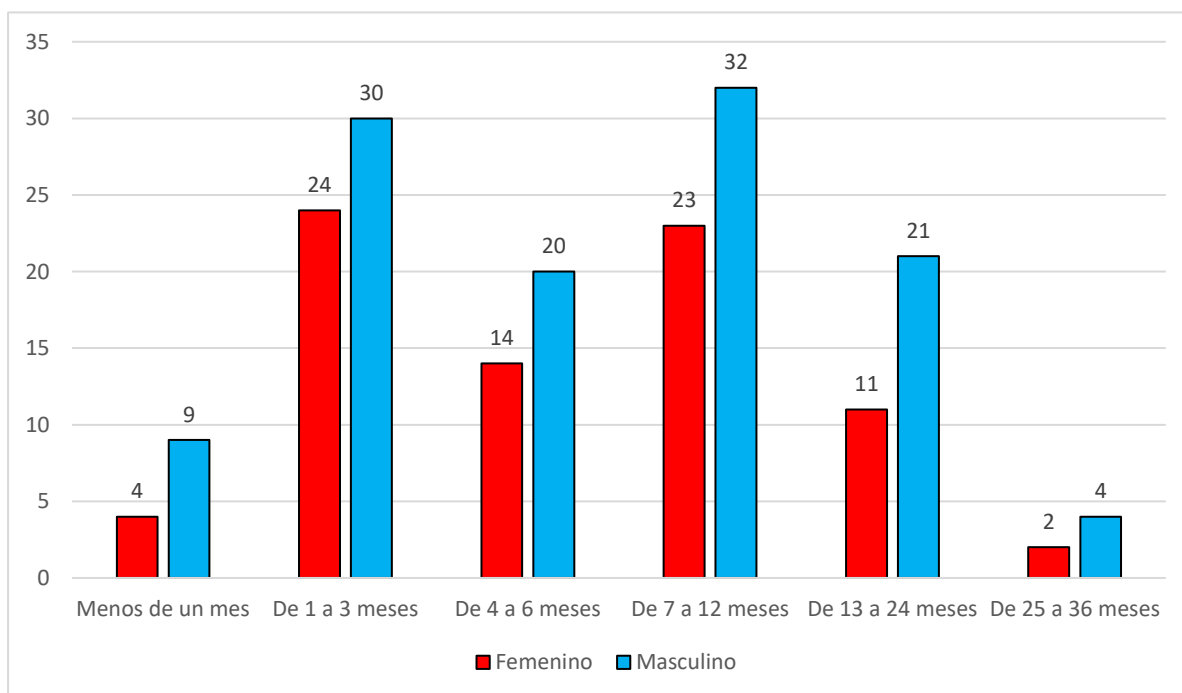
*Asistencia a los centros de tratamiento y rehabilitación según participación en el tamizaje*



*Nota.* La información se obtuvo del cruce de datos de la asistencia a los centros de tratamiento según participación en el tamizaje por medio del paquete estadístico SPSS v.27. N= 194

**Figura 5**

*Frecuencia de los meses de tratamiento del menor según sexo*



*Nota.* La información se obtuvo del cruce de datos de los meses de tratamiento del menor según sexo por medio del paquete estadístico SPSS v.27. N= 194



La Tabla 5 muestra datos relevantes respecto a la participación de los menores en el tamizaje neonatal y su posterior proceso de tratamiento y rehabilitación. Se observa que el 63,4% de la muestra sí realizó el tamizaje, mientras que el 36,6% no lo realizó. Esta proporción evidencia que más de un tercio de los casos evaluados no fueron detectados tempranamente. En cuanto al lugar de tratamiento y rehabilitación, la mayoría (78,9%) asiste solo a un centro de salud, seguido de un 11,9% que acude a un PRITE (Programa de Intervención Temprana) y un 9,3% que utiliza ambos servicios. Esto denota el rol preponderante del sistema de salud público para la atención de esta población. Sobre el tiempo en tratamiento, se aprecian duraciones variables que oscilan entre menos de 1 mes (6,7%) hasta 36 meses (3,1%). No obstante, los períodos más frecuentes son de 1 a 3 meses (27,8%) y de 7 a 12 meses (28,4%). Ello probablemente refleja distintas etapas del proceso asistencial (diagnóstico inicial, intervención temprana, seguimiento de mediano plazo, alta del caso). En cuanto a la calidad del servicio, en el caso de los que pasaron tamizaje casi la mitad tuvo una valoración positiva (bueno o muy bueno), pero en los centros de tratamiento este porcentaje fue menor (46%). Ello evidencia brechas en la calidad percibida que podrían influir en la adherencia a los procesos de atención.

Asimismo, la Figura 4 muestra información cruzada entre haber pasado por el tamizaje neonatal y el lugar donde actualmente reciben tratamiento los menores evaluados. Se distingue que del total de niños que sí se realizó el tamizaje (123 casos), la gran mayoría (80,5%) asiste solo a un centro de salud para su atención y seguimiento. En contraste, aquellos que no pasaron por el tamizaje (71 casos) tienen una distribución más heterogénea, observándose que un 46,5% va a un centro de salud, un 36,6% a un PRITE y un 18,3% usa ambos servicios. Estos datos reflejan que realizarse el tamizaje neonatal parece facilitar el acceso posterior a los establecimientos de salud pública para la confirmación diagnóstica y el tratamiento oportuno.



En cambio, en los niños no tamizados, al no haber un encauzamiento temprano hacia el sistema de salud formal probablemente por desconocimiento de la condición de base, se requiere después recurrir a otras instancias como los PRITE que brindan atención complementaria temprana especializada. En resumen, la figura destaca el valor del tamizaje neonatal para orientar a los pacientes pediátricos y sus familias hacia los servicios de salud que brindarán el manejo adecuado según su condición específica, lo que a mediano plazo podría repercutir favorablemente en su bienestar.

De igual forma, la Figura 5 muestra la distribución de frecuencias del tiempo en tratamiento de la muestra pediátrica segmentado por sexo. Llama la atención que en casi todos los rangos evaluados hay una mayor cantidad de varones en seguimiento que de mujeres. Así, por ejemplo, en la categoría de 1 a 3 meses de tratamiento hay una proporción de aproximadamente 70% niños versus 30% niñas. Esta tendencia predominante masculina es consistente con la disparidad en la conformación de la muestra total según sexo, tal como se evidenció en análisis previos. No obstante, en el grupo de menor tiempo de tratamiento (menos de 1 mes) la relación es prácticamente equitativa, lo que podría deberse a que todos los infantes requieren una evaluación diagnóstica inicial complementaria antes de determinar conductas terapéuticas específicas. Por otro lado, en el rango de 25 a 36 meses en manejo destaca también una predominancia femenina (66,7% vs 33,3% en varones). Si bien la frecuencia absoluta es baja, este hallazgo podría vincularse a necesidad de seguimiento más prolongado en las niñas debido a la naturaleza de ciertos padecimientos crónicos. Finalmente, la figura permite apreciar diferencias en el tiempo en tratamiento según sexo, lo que probablemente refleja distintos perfiles de morbilidad entre niños y niñas detectados en el tamizaje neonatal.

### 3.2.2 Medidas de Tendencia Central

**Tabla 6**

*Medidas de resumen de las edades de las madres y los menores y los meses de tratamiento*

	<b>Rango</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
<b>Edad del menor <sup>a</sup></b>	59	1	60	20,03	20,191
<b>Meses de tratamiento</b>	36	0	36	8,02	7,353
<b>Edad de la madre <sup>b</sup></b>	25	18	43	29,4	6,41

*Nota.* DS= Desviación estándar; a= edad del menor en meses; b= edad de la madre en años.

La Tabla 6 muestra estadísticos descriptivos relevantes sobre la distribución de las variables edad de los menores, meses en tratamiento y edad de las madres. Se aprecia que la edad de los niños tiene un rango amplio entre 1 y 60 meses, con una media de 20,03 meses. Ello ratifica la presencia de diversos grupos etarios, desde lactantes hasta preescolares, en la muestra evaluada. Asimismo, la desviación estándar elevada (20,191 meses) evidencia una dispersión importante de las edades con respecto al promedio. En cuanto al tiempo en tratamiento, con un máximo de 36 meses, la media es de 8 meses y también se observa alta variabilidad (desviación estándar de 7,353 meses). Esta heterogeneidad era esperable dado los distintos perfiles de morbilidad y severidad de las enfermedades detectadas vía tamizaje. Por último, la edad materna, con una media de 29,4 años y rango entre 18 a 43 años, presenta menor dispersión (desviación estándar de 6,41 años) lo que es consistente con la distribución antes descrita donde predominan madres adultas jóvenes en edad fértil. En conclusión, la Tabla 6 cuantifica mediante estadística descriptiva los amplios rangos y variabilidad de las principales variables demográficas evaluadas, proveyendo medidas resumen útiles para caracterizar a la población de estudio.

**Tabla 7***Medidas de resumen de los puntajes directos de las variables de estudio*

<b>VARIABLES Y DIMENSIONES</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Rango</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Valores Posibles</b>
Calidad servicio	73,31	17,768	71	39	110	22 - 110
Fiabilidad	17,01	4,074	16	9	25	5 - 25
Empatía	16,43	4,292	17	8	25	5 - 55
Capacidad de respuesta	13,26	3,274	13	7	20	4 - 20
Tangibilidad	13,22	3,338	14	6	20	4 - 20
Seguridad	13,40	3,330	13	7	20	4 - 20
PMBM	27,45	8,763	32	13	45	10 - 50
Bienestar psicológico	7,98	2,905	12	3	15	3 - 15
Bienestar físico	19,47	6,088	22	9	31	7 - 35

*Nota.* PMBM= Percepción materna sobre el bienestar del menor

En la Tabla 7, se observa que la percepción de bienestar del menor tuvo una puntuación promedio de 27,45 con desviación estándar de 8,763, sobre un rango de 32 puntos (puntaje mínimo 13 y máximo 45). Sus dimensiones bienestar psicológico y físico tuvieron distribuciones similares. En cuanto a la calidad del servicio, la media fue 73,31 con alta dispersión (desviación 17,768) dentro del rango potencial de puntuaciones entre 22 a 110. Este amplio rango probablemente refleja la heterogeneidad de experiencias y valoraciones individuales. A nivel de dimensiones, empatía y fiabilidad presentaron las medias más altas (superiores a 16 puntos sobre 25), mientras que capacidad de respuesta, tangibilidad y seguridad oscilaron alrededor de 13 puntos (de un máximo de 20). Nuevamente se evidencia una dispersión importante, que será mejor caracterizada en análisis posteriores de frecuencias.



### 3.2.3 Frecuencia por Niveles

**Tabla 8**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de las variables y dimensiones (N=194)*

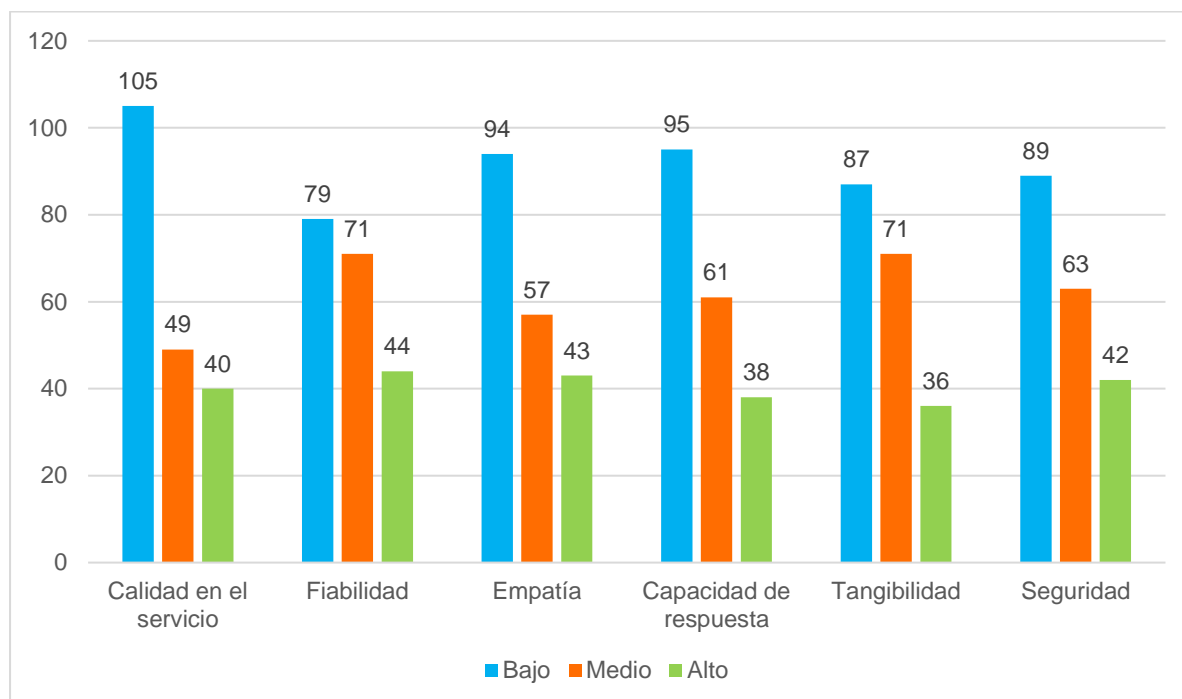
Variables y Dimensiones	Bajo		Medio		Alto	
	f	%	f	%	f	%
Calidad servicio	105	54,1	49	25,3	40	20,6
Fiabilidad	79	40,7	71	36,6	44	22,7
Empatía	94	48,5	57	29,4	43	22,2
Capacidad de respuesta	95	49,0	61	31,4	38	19,6
Tangibilidad	87	44,8	71	36,6	36	18,6
Seguridad	89	45,9	63	32,5	42	21,6
PMBM	105	54,1	49	25,3	40	20,6
Bienestar psicológico	110	56,7	46	23,7	38	19,6
Bienestar físico	98	50,5	54	27,8	42	21,6

*Nota.* f= Frecuencias; %= Porcentajes; PMBM= Percepción materna sobre el bienestar del menor

En la Tabla 8 y las Figuras 6 y 7, se muestran las frecuencias y porcentajes correspondientes a la categorización de las puntuaciones de las variables en tres niveles: bajo, medio y alto. Se observa que más de la mitad de la muestra (54,1%) percibió como baja la calidad del servicio y la percepción de bienestar. Este porcentaje es aún mayor para la dimensión bienestar psicológico (56,7%) y muy cercano al bienestar físico (50,5%). Incluso, en todas las dimensiones de calidad en el servicio, el nivel bajo supera el 40%. Los niveles altos se encuentran entre el 18,6% y 22,7%, siendo los valores menores a los del nivel medio. En conclusión, la mayoría de madres tienen una visión crítica tanto de la calidad de la atención recibida como del bienestar integral de sus hijos.

**Figura 6**

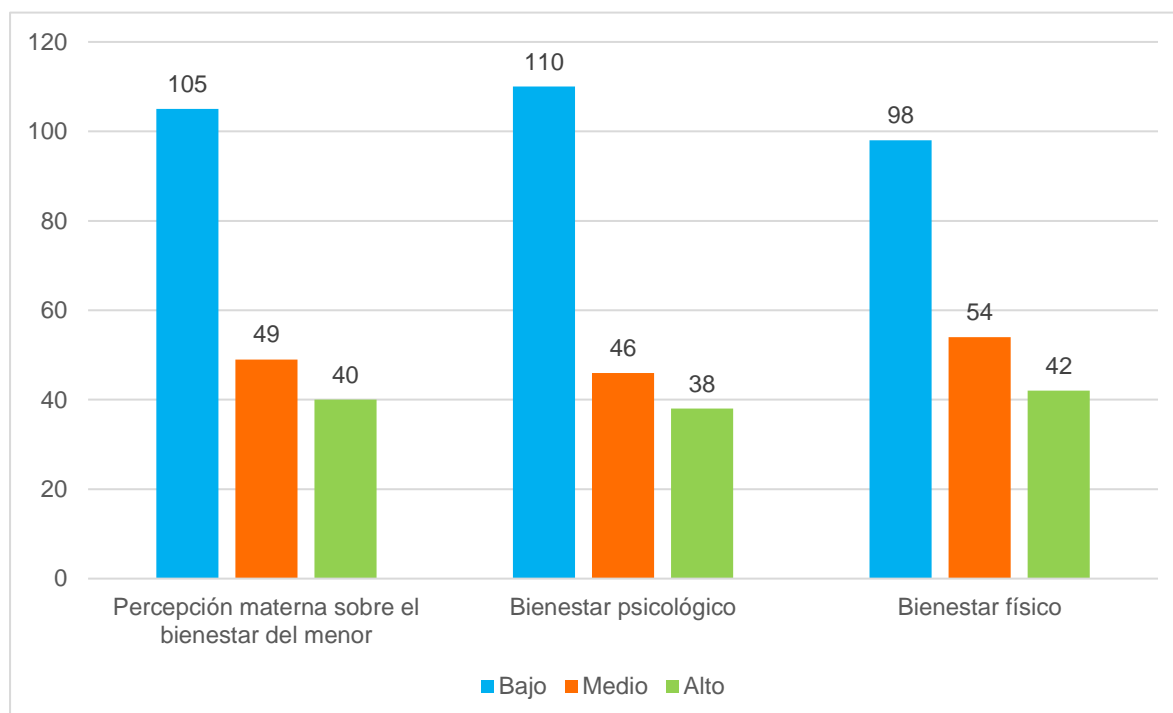
*Calidad en el servicio y sus dimensiones por niveles*



*Nota.* Los resultados se obtuvieron por medio del paquete estadístico SPSS v.27

**Figura 7**

*Percepción materna sobre el bienestar del menor y sus dimensiones por niveles*



*Nota.* Los resultados se obtuvieron por medio del paquete estadístico SPSS v.27



### 3.3 Análisis Inferencial

A continuación, se presenta los resultados de la prueba de normalidad, las tablas cruzadas para evaluar la asociación entre variables, la prueba de correlación y la comparación de grupos independientes para determinar evidencias de causalidad.

#### 3.3.1 Prueba de Normalidad

**Tabla 9**

*Prueba de normalidad K-S de los grupos de datos por variables y dimensiones (N=194)*

<b>VARIABLES Y DIMENSIONES</b>	<b>K-S<sup>a</sup></b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Calidad servicio	,113	194	0,00
Fiabilidad	,119	194	0,00
Empatía	,117	194	0,00
Capacidad de respuesta	,139	194	0,00
Tangibilidad	,118	194	0,00
Seguridad	,122	194	0,00
Percepción materna sobre el bienestar	,249	194	0,00
Bienestar psicológico	,206	194	0,00
Bienestar físico	,221	194	0,00

*Nota.* N= total de encuestados; K-S = Kolmogorov-Smirnov; a. corrección de significación de Lilliefors; gl = Grados de libertad; Sig. = Significancia estadística.

La Tabla 9 muestra los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para el análisis de los datos (N= 194 > 50). Además, se optó por un nivel de significancia del 5% ( $\alpha=0,05$ ) para aceptar la hipótesis nula ( $p\text{-valor}\geq 0,05$ ) o para rechazarla ( $p\text{-valor}<0,05$ ).

#### Prueba de hipótesis para la normalidad K-S

H<sub>0</sub>: Los datos de cada grupo no es distinta a la distribución normal

H<sub>a</sub>: Los datos de cada grupo es distinta a la distribución normal

Se observa que todos los grupos de datos obtuvieron valores  $p$  menores a 0,05, indicando que las distribuciones difieren significativamente de una curva normal. Este hallazgo era esperable dada la naturaleza de las variables analizadas, las cuales reflejan percepciones, experiencias subjetivas y puntajes de escalas ordinales. La falta de normalidad comprobada descarta el uso de estadística paramétrica, validando la elección de pruebas no paramétricas posteriores para el abordaje inferencial. Por ende, la Tabla 9 sustenta el enfoque metodológico empleado centrado en técnicas como Rho de Spearman, U de Mann-Whitney y tablas de contingencia con Chi cuadrado. Es decir, se corrobora el incumplimiento del supuesto de normalidad a través de evidencia estadísticamente significativa, lo que respalda el uso de pruebas no paramétricas apropiadas para las características de los datos durante la interpretación inferencial.

### 3.3.2 *Análisis de Asociación por Niveles y Grupos*

**Tabla 10**

*Tabla cruzada de sobre la participación en el tamizaje y los niveles de la PMBM*

	PMBA	Tamizaje		Total
		Con tamizaje	Sin Tamizaje	
<b>Bajo</b>	<b>Recuento</b>	49	56	105
	<b>% del total</b>	39,8%	78,9%	54,1%
<b>Medio</b>	<b>Recuento</b>	43	6	49
	<b>% del total</b>	35,0%	8,5%	25,3%
<b>Alto</b>	<b>Recuento</b>	31	9	40
	<b>% del total</b>	25,2%	12,7%	20,6%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	123	71	194
	<b>% del total</b>	100,0%	100,0%	100,0%



*Nota.* PMBM= Percepción materna sobre el bienestar del menor; % = Porcentaje

La Tabla 10 muestra los resultados del cruce entre haber participado en el tamizaje neonatal y la categorización en 3 niveles de la percepción materna sobre el bienestar del menor. Se observa que del grupo de niños que sí pasó por tamizaje (123 casos), la mitad se ubica en los niveles bajo de bienestar según su madre. En contraste, en aquellos sin tamizaje (71 casos), esta proporción negativa asciende a casi el 80%. Asimismo, la percepción de bienestar alto es más de dos veces más frecuente en el primer grupo (25,2% vs 12,7%). Esta tendencia se ratifica al obtenerse una asociación estadísticamente significativa entre las variables contrastando con Chi cuadrado ( $p < 0,05$ ). En conclusión, los análisis reflejan que la realización del tamizaje neonatal parece vinculado a una perspectiva materna más positiva respecto al bienestar integral del niño. Ello probablemente refleja el impacto de la detección precoz de condiciones de salud para acceso oportuno al tratamiento.

**Tabla 11**

*Tabla cruzada de los niveles de la calidad en el servicio y de los niveles de la PMBM*

PMBM		Calidad en el Servicio			Total
		Bajo	Medio	Alto	
<b>Bajo</b>	<b>Recuento</b>	105	0	0	105
	<b>% del total</b>	54,1%	0,0%	0,0%	54,1%
<b>Medio</b>	<b>Recuento</b>	0	49	0	49
	<b>% del total</b>	0,0%	25,3%	0,0%	25,3%
<b>Alto</b>	<b>Recuento</b>	0	0	40	40
	<b>% del total</b>	0,0%	0,0%	20,6%	20,6%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	105	49	40	194
	<b>% del total</b>	54,1%	25,3%	20,6%	100,0%



Nota. PMBM= Percepción materna sobre el bienestar del menor; % = Porcentaje

La Tabla 11 muestra la tabulación cruzada entre los niveles alto, medio y bajo de calidad del servicio y la percepción materna sobre el bienestar del menor. Se evidencia que el 100% de casos con valoración alta de la calidad también tienen puntajes altos de bienestar infantil según la madre. Asimismo, del grupo de nivel medio de calidad, la totalidad exhibe un nivel medio en la variable bienestar. Finalmente, quienes calificaron como baja la calidad, el 100% se categoriza también con bienestar bajo del menor. Esta correspondencia absoluta entra las variables se corrobora al obtenerse una asociación estadísticamente significativa entre ambas (Chi cuadrado  $p < 0,05$ ). Ello pone de manifiesto que la experiencia materna respecto a la calidad de la atención en los servicios de salud es un determinante crucial de su perspectiva sobre el bienestar integral de los niños. En conclusión, se evidencia que la calidad del servicio percibida se relaciona fuertemente con la valoración que realizan las madres sobre múltiples aspectos vinculados al bienestar y calidad de vida de sus hijos durante el proceso de atención y tratamiento.

**Tabla 12**

*Asociación de los niveles de la PMBM con el tamizaje y los niveles de calidad en el servicio*

		<b>Tamizaje</b>	<b>Calidad en el Servicio</b>
<b>PMBM</b>	Chi-Cuadrado (X <sup>2</sup> )	28,624 <sup>a</sup>	388 <sup>a</sup>
	p-valor	0,00	0,00

Nota. PMBM= Percepción materna sobre el bienestar del menor; a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,64 en la asociación con tamizaje y 8,25 con calidad en el servicio; p-valor= Significancia bilateral.

**Prueba de hipótesis para la asociación de las variables a través del X<sup>2</sup>**



H<sub>0</sub>: La participación en el tamizaje y el nivel en la calidad en el servicio no están asociados con la percepción materna sobre el bienestar del menor

H<sub>a</sub>: La participación en el tamizaje y el nivel en la calidad en el servicio están asociados con la percepción materna sobre el bienestar del menor

La Tabla 12 compara los valores de Chi cuadrado y nivel de significancia estadística obtenidos al evaluar la relación de la variable percepción materna de bienestar del menor con el antecedente de tamizaje neonatal y los puntajes de calidad del servicio. Se observan asociaciones altamente significativas ( $p < 0,05$ ) en ambos casos, corroborando que existe vinculación entre estas variables. Específicamente, la realización del tamizaje y una mejor calidad percibida en la atención se relacionan con puntuaciones más altas de bienestar del niño bajo la óptica materna. Comparando los coeficientes de contingencia de ambos cruces, se aprecia una mayor fuerza de asociación con la calidad del servicio ( $X^2=388$ ) versus el antecedente de tamizaje ( $X^2=28,624$ ). Ello pone de manifiesto el rol crucial que juega la calidad percibida de la atención sobre la perspectiva del bienestar infantil. En síntesis, los análisis realizados permiten confirmar las hipótesis planteadas respecto a la asociación tanto del diagnóstico temprano vía tamizaje como de la calidad asistencial sobre el bienestar de los niños según sus madres.

### ***3.3.3 Comprobación de Hipótesis, Análisis de Correlación y de Diferencia de Grupos***

Los siguientes resultados están orientados a presentar las pruebas realizadas a cada hipótesis planteada en el presente estudio. Para ello, se utilizó la prueba no paramétrica Coeficiente Rho de Spearman para evaluar las correlacionales entre las variables Bienestar percibido y Calidad en el servicio y sus dimensiones. Asimismo, se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney para la comparación de grupos con el fin de determinar las diferencias entre las



muestras independientes basadas en las variables participación en el tamizaje y percepción del bienestar del menor a partir de la observación de sus madres.

Los datos analizados para la prueba de correlación, se obtuvieron de las puntuaciones directas recibidas de los instrumentos. Asimismo, para el análisis de diferencia de grupos, se utilizaron los valores de agrupamiento sobre la participación en el tamizaje y la percepción alta y baja de la calidad en el servicio (variables independientes) y los puntajes directos obtenidos sobre la percepción de bienestar del menor.

Como en cualquier prueba de hipótesis, se emplea el ritual de la significancia estadística con el fin de determinar si se aceptan o rechazan las hipótesis presentadas. Para verificar la validez de las hipótesis del estudio, se ha establecido un nivel de significación del 5% ( $\alpha=0,05$ ), estableciéndose el siguiente criterio para aprobar o rechazar la hipótesis de investigación:

- Si el valor p es inferior al nivel de significación  $\alpha$  (0,05), se acepta la hipótesis de estudio.
- Si el valor p es mayor o igual que el nivel de significación  $\alpha$  (0,05), se rechaza la hipótesis de estudio.

Para determinar la fuerza de correlación, se tomó en cuenta los niveles del coeficiente Rho de Spearman y se optó por seguir las recomendaciones de Hernández-Sampieri & Mendoza (2019), quienes proponen una serie de rangos con una interpretación por cada nivel (ver Anexo 10). De igual forma, para medir el tamaño del efecto de la prueba de U de Mann-Whitney, se determinó seguir la propuesta de Acuña & Bruschi (2013), quienes dan a conocer las categorías del tamaño del efecto de la prueba de Correlación Biserial de Rangos ( $r_{bis}$ ), los cuales se determinan por los siguientes valores:





- $> 0,1$  le corresponde un tamaño del efecto pequeño
- $> 0,3$  le corresponde un tamaño del efecto mediano
- $> 0,5$  le corresponde un tamaño del efecto grande

**Tabla 13***Rho de Spearman entre la calidad de servicio y la PMBM (N=194)*

		Calidad Servicio	Fiabilidad	Empatía	Capacidad de respuesta	Tangibilidad	Seguridad
<b>PMBM</b>	Rho	0,851**	0,837**	0,827**	0,837**	0,835**	0,837**
	p	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Bienestar Psicológico</b>	Rho	0,784**	0,787**	0,765**	0,760**	0,772**	0,773**
	p	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Bienestar físico</b>	Rho	0,860**	0,836**	0,841**	0,847**	0,847**	0,843**
	p	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

*Nota.* N= Total de encuestados; PMBM= Percepción materna sobre el bienestar del menor; Rho= Coeficiente de correlación de Spearman; p= Significancia bilateral; \*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

### Hipótesis Principal

*H1. Existe relación significativa y positiva entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.*

La Tabla 13 muestra un p-valor= 0,00 en la puntuación presentada entre la calidad en el servicio y la percepción materna sobre el bienestar del menor. Este resultado indica que el nivel del p-valor es inferior al  $\alpha= 0,05$  por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación planteada para el presente estudio (H1). En tal sentido, se demuestra



que existe una relación significativa entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal (incluye al servicio de tratamiento y rehabilitación) y la percepción materna sobre el bienestar del menor diagnosticado con alguna enfermedad o condición especial que requieren atención y supervisión médica por un tiempo prolongado.

Además, se encontró un coeficiente de correlación positivo ( $\rho = 0,851$ ) entre las variables calidad en el servicio y percepción materna sobre el bienestar del menor. Este resultado indica que entre las variables analizadas existe una correlación directa y de magnitud considerable (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Es decir, el resultado demuestra que las mejoras en la percepción de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal (incluye al servicio de tratamiento y rehabilitación) se relacionan con los altos índices de percepción materna sobre el bienestar del menor diagnosticado con alguna enfermedad o condición especial que requieren atención y supervisión médica por un tiempo prolongado.

Finalmente, se concluye que existe relación significativa, positiva y considerable entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.

### **Hipótesis Secundarias**

*H1a. Existe relación significativa y positiva entre la fiabilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.*

Asimismo, los resultados exhibidos en la Tabla 13 señalan la presencia de una correlación estadísticamente significativa ( $p\text{-valor} < 0,05$ ) entre la dimensión fiabilidad de la calidad del servicio y la variable percepción materna de bienestar del menor. Por ende, se



rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis planteada en la investigación (H1a), demostrándose así la existencia de una vinculación entre ambos conceptos.

Más aún, el análisis arrojó un coeficiente de Spearman positivo ( $\rho = 0,837$ ) entre las variables contrastadas, el cual permite categorizar esta asociación como directa y de grado considerable de acuerdo a las convenciones de interpretación de la correlación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Es decir, se manifiesta que la mejora en la consistencia y confiabilidad de los procesos involucrados en la atención pediátrica se conecta con valoraciones maternas más favorables del bienestar multidimensional del niño.

En suma, existe evidencia empírica suficiente para validar la hipótesis específica planteada (H1a) respecto a la influencia de la fiabilidad percibida sobre la apreciación del estado general de salud basado en el bienestar del menor por parte de su madre.

*H1b. Existe relación significativa y positiva entre la empatía de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.*

De igual forma, la Tabla 13 proporciona evidencia estadística sobre la presencia de una asociación positiva significativa ( $p < 0,05$ ) entre la dimensión empatía de la calidad en el servicio y la percepción materna del bienestar del menor. Por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se corrobora la hipótesis planteada (H1b) acerca de la vinculación entre la capacidad de conectar empáticamente con pacientes pediátricos y sus madres, y las valoraciones integrales de estas últimas sobre el bienestar físico y psicológico de los niños.

Más específicamente, el análisis correlacional arrojó un coeficiente de Spearman ( $\rho$ ) de 0,827 entre ambos conceptos, correspondiente a una asociación directa y de magnitud considerable según las convenciones interpretativas de este coeficiente (Hernández-Sampieri



& Mendoza, 2019). Ello indica que los incrementos en la comprensión empática durante la atención se relacionan con mejoras en el bienestar percibido en esta vulnerable población.

En resumen, los hallazgos analizados brindan soporte empírico a la hipótesis secundaria planteada (H1b) respecto al impacto de las habilidades de empatía del personal de salud sobre las apreciaciones maternas de la integridad y el bienestar físico y psicológico de sus hijos.

*H1c. Existe relación significativa y positiva entre la calidad de respuesta de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.*

Así también, los resultados plasmados en la Tabla 13 proveen sustento estadístico para afirmar la existencia de una correlación positiva significativa (valor  $p < 0,05$ ) entre la dimensión capacidad de respuesta de la calidad asistencial y la variable percepción materna del bienestar del menor. Ello permite refutar la hipótesis nula, y demostrar el supuesto planteado (H1c) sobre la asociación entre la agilidad de reacción ante necesidades en la atención pediátrica, y las valoraciones maternas de la salud integral y calidad de vida del niño.

Puntualmente, el análisis correlacional reveló una rho de Spearman de 0,837 entre los conceptos explorados, correspondiente a una relación directa y de grado considerable según los estándares de interpretación de este coeficiente (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Es decir, se manifiesta que los incrementos en la capacidad de respuesta ágil a las necesidades particulares de esta población vulnerable están vinculados a mejoras en su bienestar desde la perspectiva de sus madres.

En conclusión, la evidencia analizada brinda sustento empírico firme para considerar válida la hipótesis secundaria planteada (H1c), resaltando a la capacidad de respuesta diligente



del personal sanitario como un determinante significativo sobre las valoraciones maternas de la salud integral y el bienestar de los niños bajo tratamiento.

*H1d. Existe relación significativa y positiva entre la tangibilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.*

Igualmente, la Tabla 13 proporciona soporte estadístico para afirmar la presencia de una correlación positiva significativa ( $p < 0,05$ ) entre la dimensión tangibilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje (incluye tratamiento y rehabilitación) y la medición de la percepción materna del bienestar del menor. Ello posibilita refutar la hipótesis nula, y demostrar la conjetura planteada (H1d) sobre la asociación entre los elementos tangibles y la apariencia física de las instalaciones y personal sanitario, y las valoraciones maternas del bienestar físico y psicológico del niño.

Específicamente, el análisis correlacional arrojó un coeficiente rho de Spearman de 0,835 entre las variables examinadas, equivalente a una vinculación directa y calificable como considerable en términos de la fuerza de asociación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Dicho de otro modo, se constata que las mejoras en la calidad tangible y las condiciones físicas de la atención pediátrica y de los centros de rehabilitación exhiben una conexión significativa con evaluaciones más positivas del bienestar infantil desde la óptica materna.

En síntesis, la evidencia empírica analizada brinda sustento firme para considerar válida la hipótesis secundaria planteada (H1d), resaltando a los aspectos tangibles de la prestación sanitaria como un elemento relevante vinculado a las percepciones maternas del bienestar físico y psicológico de sus hijos durante el proceso asistencial.



*H1e. Existe relación significativa y positiva entre la seguridad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.*

Asimismo, la Tabla 13 suministra evidencia estadística para afirmar la existencia de una correlación positiva significativa (valor  $p < 0,05$ ) entre la dimensión seguridad de la calidad asistencial y la medición de la percepción materna del bienestar del menor. Ello permite desestimar la hipótesis nula, y validar la conjetura planteada (H1e) sobre la asociación entre la confianza y libre de riesgos percibida durante la atención pediátrica, y las valoraciones maternas sobre el bienestar del niño.

Puntualmente, el análisis correlacional halló un coeficiente rho de Spearman de 0,837 entre los conceptos examinados, equivalente a un grado de correlación catalogable como directo y de magnitud considerable según las normas de interpretación de este estadístico (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Es decir, se constata que el refuerzo de la seguridad y confianza percibidas en el sistema asistencial pediátrico se conecta con evaluaciones maternas más favorables del bienestar multidimensional de los infantes.

En conclusión, la evidencia analizada provee sustento firme para considerar confirmada la hipótesis secundaria planteada (H1e), resaltando a la seguridad percibida de los procesos de atención de salud como un elemento significativamente vinculado a las valoraciones maternas sobre el bienestar físico y psicológico de sus hijos durante el tratamiento y la rehabilitación.

**Tabla 14***U de Mann-Whitney de los grupos de participación en el tamizaje con la PMBM*

		Participación en el Tamizaje	
		Sí	No
	N	123	71
	Mediana	31	21
	Rango	32	28
<b>PMBM</b>	U Mann-Whitney		2597
	p-valor		0,00
	Tamaño del efecto ( $r_{bis}$ )		0,405

*Nota.* N= número de participantes; PMBM= Percepción materna sobre el bienestar del menor; p-valor= Nivel de significancia;  $r_{bis}$ = Correlación biserial de rangos

*H2. El diagnóstico temprano en el tamizaje neonatal universal influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo en tratamiento o rehabilitación*

La Tabla 14 muestra la comparación entre los grupos que participaron y aquellos que no participaron en el tamizaje neonatal respecto a la variable dependiente percepción materna del bienestar del menor (PMBM). Se evidencian diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las puntuaciones de PMBM según la condición de tamizaje.

Específicamente, en el grupo con tamizaje la mediana de la PMBM es 31 versus 21 en el grupo sin tamizaje. Asimismo, el rango (diferencia entre el máximo y mínimo dato) es menor en el primer grupo. Ello indica una mayor variabilidad de las valoraciones maternas sobre el bienestar infantil cuando no se ha realizado la detección temprana.



Respecto al tamaño del efecto, se obtuvo un valor  $r_{bis}$  de 0,405, correspondiente a una magnitud mediana según los criterios propuestos por Acuña & Bruschi (2013). Ello permite afirmar que el diagnóstico precoz mediante tamizaje neonatal ejerce un efecto positivo moderado sobre las evaluaciones integrales de salud y calidad de vida que realizan las madres de sus hijos durante el proceso asistencial.

En conclusión, los análisis comparativos permiten validar la Hipótesis 2 y, debido a que ya se probó la asociación entre ambas variables (ver Tabla 12), se encuentra evidencia sobre la influencia significativa y moderada de la detección temprana de condiciones pediátricas mediante tamizaje para mejorar la percepción materna sobre el bienestar del menor en situación de tratamiento, constituyendo un factor protector relevante.

**Tabla 15**

*U de Mann-Whitney de los grupos con niveles alto y bajo en la percepción de calidad en el servicio con la PMBM*

	Percepción de Calidad en el Servicio	
	Alto	Bajo
N	40	105
Mediana	41	21
Rango	7	10
<b>PMBM</b>		
U Mann-Whitney		0,00
p-valor		0,00
Tamaño del efecto ( $r_{bis}$ )		1

*Nota.* N= número de participantes; PMBM= Percepción materna sobre el bienestar del menor; p-valor= Nivel de significancia;  $r_{bis}$ = Correlación biserial de rangos





*H3. La calidad en el servicio percibido en los centros de tratamiento y rehabilitación influye de forma directa y significativa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.*

La Tabla 15 presenta la comparación entre los grupos con alta y baja percepción de la calidad del servicio respecto a la variable dependiente percepción materna del bienestar del menor (PMBM). Se evidencian diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) en las valoraciones de la PMBM según los niveles de calidad asistencial percibidos.

Específicamente, en la categoría de alta calidad percibida la mediana es 41 versus 21 cuando se reporta una baja calidad. Además, la amplitud en las puntuaciones dada por el rango es muy reducida en el primer grupo. Ello señala una muy alta consistencia en las apreciaciones positivas de bienestar cuando se experimenta una buena calidad, versus mayor variabilidad cuando ésta es deficiente.

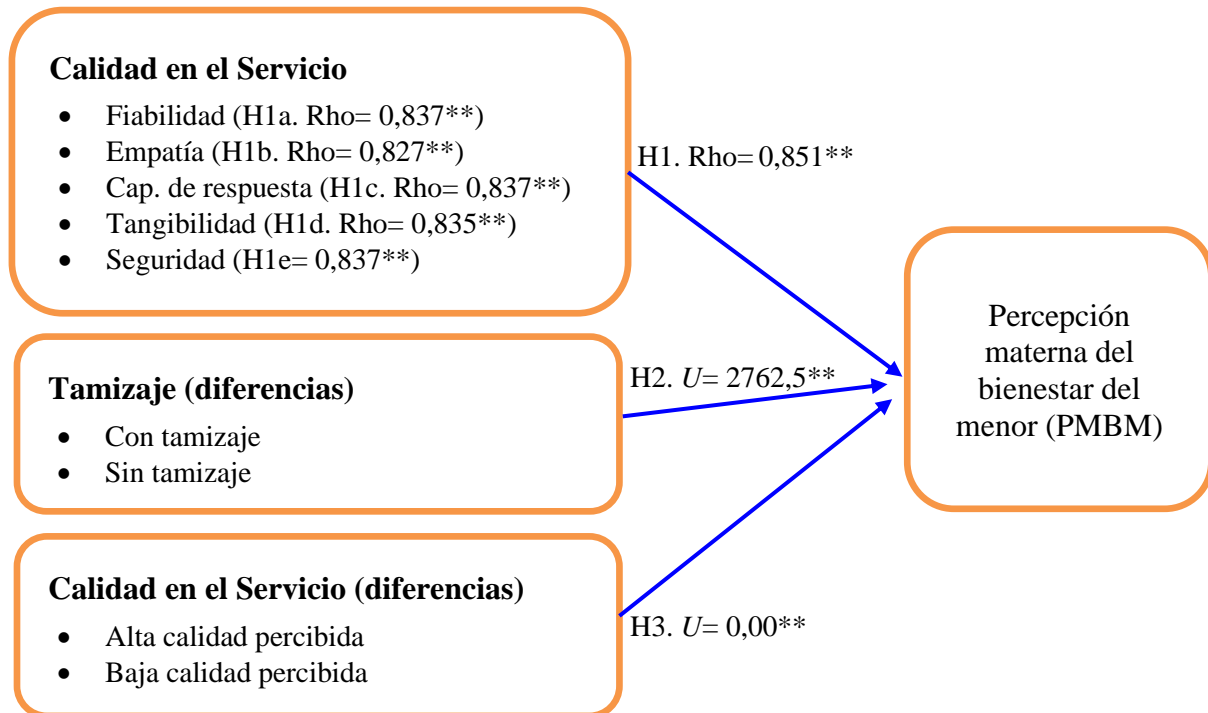
En relación al tamaño del efecto, se obtuvo un valor excepcional de  $r_{bis} = 1$ , correspondiente a una magnitud grande según Acuña & Bruschi (2013). Esta influencia superlativa de la calidad asistencial sobre la perspectiva materna resulta lógica dado que sus experiencias determinan en alto grado las evaluaciones subjetivas del bienestar de sus hijos.

En suma, los análisis comparativos permiten constatar firmemente la Hipótesis 3 acerca de la influencia crítica de una calidad positiva de los servicios de tratamiento y rehabilitación sobre las apreciaciones maternas del bienestar físico y psicológico de sus hijos durante dicho proceso asistencial. Esta evidencia de causalidad se sostiene con la correlación considerable hallada entre ambas variables que fueron expuestas en la Tabla 13.

### 3.3.4 Resultados del Diseño de Investigación

**Figura 8**

Resultados del diseño de investigación



*Nota.* H= Hipótesis de investigación. \*\*La correlación (H1) o diferencia (H2, H3) es significativa en el nivel 0,01

La Figura 8 sintetiza mediante un diagrama los hallazgos del análisis correlacional entre la variable calidad del servicio y la percepción materna del bienestar del menor. Se grafica la existencia de una correlación positiva significativa entre ambos conceptos. Asimismo, se encuentra evidencia de la influencia de las variables tamizaje y de la calidad en el servicio en el bienestar del menor a partir de la percepción de sus madres. Finalmente, el diseño del estudio provee evidencias empíricas sobre los determinantes analizados referidos a un adecuado estado de salud física y mental del paciente pediátrico, destacando su calidad de vida durante la atención de enfermedades crónicas.



## Capítulo IV. Análisis de Resultados

### 4.1 Discusión

El objetivo principal de este estudio fue determinar la relación entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de sus hijos en tratamiento. En cuanto a los resultados sobre sociodemográficos, se encontró una ligera mayor proporción de varones (59,8%) en la muestra, lo cual concuerda con lo reportado por Berrocal Godoy (2021), quien también halló una mayor presencia de niños en su estudio sobre ausentismo al tamizaje neonatal, por lo que es posible que exista una mayor frecuencia de varones detectados con alguna enfermedad o condición que amerita tratamiento prolongado y/o sea el sexo un factor de riesgo. Asimismo, la edad promedio de 20,03 meses se corresponde con el rango etario objetivo del programa de tamizaje. Respecto a la escolaridad, la baja cobertura de estimulación temprana (solo 7,2%) ratifica los hallazgos de Britto et al. (2017) y Thurow (2018) sobre las limitadas inversiones globales en intervenciones tempranas pese a su comprobado alto retorno.

Sobre las madres, predominaron las adultas jóvenes en edad fértil, mayormente de Lima y Callao, con secundaria completa, sin empleo y en unión convivencial. Este perfil sociodemográfico vulnerable probablemente influya en el acceso a información y servicios de salud pediátricos de calidad, tal como advierten Quijano-Caballero y Munares-García (2016). Respecto al tamizaje neonatal, más de un tercio de la muestra no se realizó esta detección temprana, lo que se condice con las bajas coberturas reportadas por Huerta-Sáenz et al. (2015) y Galán-Rodas et al. (2013). Quienes sí recibieron tamizaje evidenciaron mayor adherencia al sistema público de salud y a programas complementarios (PRITE), resaltando así el valor de esta intervención, como destaca la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (Ministerio de Salud, 2020).



Así también, aproximadamente la mitad de participantes valoró como regular o deficiente la calidad del servicio tanto en el tamizaje como en los centros de tratamiento. Considerando la influencia que ejerce la calidad percibida sobre la experiencia materna y la adherencia terapéutica del paciente pediátrico, según Bogart et al. (2022) y Moody (2022), estos hallazgos probablemente reflejen brechas en la provisión de una atención oportuna, efectiva y humanizada.

Los resultados hallados en las consultas sociodemográficas evidencian retos significativos respecto a la cobertura, integración y calidad de los servicios de salud materno-infantil que repercuten en el bienestar de esta población vulnerable. Se requieren mayores inversiones y mejoras sustanciales para garantizar una detección neonatal universal, intervenciones tempranas efectivas, acceso equitativo a tratamientos especializados, y una atención de excelencia centrada en el paciente, tal como recomiendan Britto et al. (2017) y Leslie et al. (2022). Solo así podrá impactarse positivamente en el desarrollo y calidad de vida de estos niños.

En relación a las medidas de tendencia central, se halló que la edad promedio de los niños fue de 20,03 meses, evidenciando alta variabilidad con una desviación estándar de 20,191 meses. Ello probablemente refleja la heterogeneidad de perfiles de morbilidad y severidad de las enfermedades detectadas vía tamizaje, tal como explican Carvalho et al. (2020). Respecto al tiempo en tratamiento, la media fue de 8 meses, nuevamente con alta dispersión (desviación estándar de 7,353 meses). Esta amplitud esperable responde a necesidades terapéuticas diversas según cada caso pediátrico (Matsuzawa et al., 2022).

En cuanto a la edad materna, se obtuvo un promedio de 29,4 años con menor variabilidad (desviación de 6,41 años), predominando madres adultas jóvenes en periodo fértil.



Este hallazgo concuerda con el perfil sociodemográfico descrito previamente. En síntesis, los amplios rangos y dispersión de las variables demográficas analizadas probablemente reflejen tanto diferencias individuales como distintas etapas del proceso asistencial (diagnóstico inicial, tratamiento temprano, seguimiento prolongado).

Considerando los vínculos reportados entre variables sociodemográficas de vulnerabilidad (edad materna, situación laboral, entre otros) y resultados sanitarios desfavorables en población pediátrica (Bamber et al., 2023; Friedman et al., 2022), se requieren intervenciones focalizadas y ajustadas caso por caso. Asimismo, la heterogeneidad hallada respalda un abordaje personalizado de la atención, contemplando necesidades particulares en función del perfil de cada niño y su familia. Solo así podrán obtenerse mejoras efectivas y sostenidas en su bienestar.

Asimismo, sobre los resultados de frecuencias por niveles, más de la mitad de la muestra (54,1%) percibió como baja tanto la calidad del servicio como la percepción de bienestar, alcanzando porcentajes aún mayores en las dimensiones bienestar psicológico (56,7%) y bienestar físico (50,5%). Esta visión predominantemente negativa concuerda con los hallazgos de Chuquitaipe Pachari (2022) y Ñañez Vidaurre (2019) sobre limitaciones en la calidad percibida de los servicios materno-infantiles. Considerando la influencia que ejerce la valoración materna de la atención sanitaria sobre la adherencia y resultados terapéuticos (Bogart et al., 2022; Moody, 2022), estos bajos niveles de satisfacción probablemente repercutan en el bienestar multidimensional del niño. Por otro lado, el reducido porcentaje de madres que calificó positivamente la calidad (20,6%) y el bienestar (también 20,6%), denota una minoría que logra acceder a una atención efectiva e integrada entre el tamizaje, tratamiento y rehabilitación. En esta línea, Gomes et al. (2011) enfatizan que la detección sin intervención oportuna no tiene impacto.



Estos resultados ponen en evidencia que la disparidad entre quienes experimentan una atención satisfactoria que favorece el bienestar infantil, y la notoria mayoría que percibe servicios deficitarios y limitaciones en la calidad de vida de sus hijos, pone de relieve significativas brechas en equidad y calidad de la provisión sanitaria materno-infantil. Se requiere un sistema integrado que garantice accesibilidad, efectividad, seguridad, comprensión y respuesta ágil a esta población vulnerable, tal como prescriben los modelos de Donabedian (2005) y Parasuraman et al. (1988).

Respecto a los análisis de asociación, se halló que el tamizaje neonatal se relaciona con una perspectiva materna más positiva sobre el bienestar integral del niño (Tabla 10). Así, la percepción de bienestar alto fue más del doble en el grupo tamizado (25,2% vs 12,7%). Este vínculo ratifica los planteamientos de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (Ministerio de Salud, 2020) respecto al valor del diagnóstico precoz. Además, en los no tamizados se requiere después recurrir a otras instancias como los PRITE (Figura 4), denotando limitaciones en la integración eficiente con el sistema de salud que repercute en el bienestar percibido. En esta línea, Thurow (2018) enfatiza la necesidad de intervenciones sistemáticas tras la detección.

Por otro lado, se evidenció una asociación absoluta entre los niveles de calidad de la atención y de bienestar del menor (Tabla 11). Es decir, a mejor calidad percibida, se tienen evaluaciones más positivas de la salud integral infantil. Este hallazgo corrobora el rol crucial que juega la valoración materna de los servicios sobre la perspectiva del bienestar del niño. Ahora, considerando la relación estrecha entre ambos conceptos, los incrementos en la calidad de la atención durante el tamizaje, tratamiento y rehabilitación podrían traducirse en mejoras significativas del bienestar multidimensional de estos pacientes desde el punto de vista de sus madres. Así lo sustentan también las teorías de Bowlby (1982), Bronfenbrenner (1979) y Britto



et al. (2017) sobre los vínculos del infante con sus cuidadores y entornos próximos. En conclusión, los análisis de asociación permiten confirmar la vinculación del diagnóstico neonatal oportuno y, especialmente, de una atención percibida como satisfactoria, con valoraciones más positivas del bienestar físico, mental y social de los niños por parte de sus madres durante dicho proceso asistencial.

En cuanto a la hipótesis principal (H1), se planteó que existe relación significativa y positiva entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación. Los análisis correlacionales permitieron confirmar esta relación al obtenerse una asociación estadísticamente significativa y un coeficiente de correlación de Spearman positivo ( $\rho=0,851$ ) entre ambos conceptos, correspondiente a un grado de asociación considerable según las pautas de interpretación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Este hallazgo concuerda con las premisas del modelo SERVQUAL de Parasuraman et al. (1988) que enfatiza el impacto de la calidad de servicio sobre la satisfacción del usuario. Asimismo, es consistente con los reportes de Ellzey et al. (2015) y Leslie et al. (2022) sobre la influencia de la calidad percibida en los servicios pediátricos en la satisfacción parental y la adherencia terapéutica. También guarda concordancia con el modelo de Donabedian (2005) que destaca la relevancia de la calidad de atención sobre los desenlaces en salud. Si bien existen antecedentes coincidentes, Ramadan et al. (2023) hallaron una calidad percibida de mediocre a mala en 12 países de ingresos bajos y medios. Considerando esto, probablemente la correlación considerable hallada refleje especificidades del contexto sociosanitario peruano, donde persisten brechas en el acceso a servicios integrales y de excelencia según reportes de Huerta-Sáenz et al. (2015) y Galán-Rodas et al. (2013). La magnitud de esta correlación implica que las mejoras en la calidad podrían traducirse en incrementos importantes del bienestar infantil



bajo la óptica materna. Así, Moody (2022) y Bogart et al. (2022) vinculan la insatisfacción con los servicios y la consiguiente percepción negativa de bienestar entre pacientes pediátricos con enfermedades crónicas y sus familias. Cabe mencionar que Müller et al. (2023) priorizan la calidad de procesos sobre resultados en pediatría. No obstante, para madres cuidadoras la experiencia relacional resulta crucial, considerando la vulnerabilidad e indefensión de sus hijos. En esta línea, Del Carmen Sara (2019) y Duke (2018) enfatizan la necesidad de servicios accesibles, efectivos y humanizados. Por tanto, probablemente la correlación hallada refleje que, al mejorar la calidad relacional y la capacidad de respuesta a las necesidades particulares de cada caso pediátrico, las madres experimentan mayor comprensión y seguridad, influyendo positivamente sus percepciones sobre la salud integral y el bienestar de los niños. En conclusión, la hipótesis principal queda validada al hallarse una asociación significativa, positiva y de magnitud importante entre la calidad del servicio (incluyendo tamizaje, tratamiento y rehabilitación) y la percepción materna sobre el bienestar multidimensional del menor en condición de atención prolongada. Este vínculo crucial debe motivar mejoras integrales en la calidad que impacten la satisfacción familiar y la calidad de vida de estos pacientes.

Asimismo, la primera hipótesis secundaria (H1a) planteó que existe relación significativa y positiva entre la fiabilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación. Los análisis correlacionales permitieron confirmar esta relación al obtenerse una asociación significativa y un coeficiente de Spearman positivo ( $\rho=0,837$ ) entre ambos conceptos, correspondiente a un grado considerable de correlación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Este hallazgo es consistente con Izquierdo & Leon (2019) quienes en su adaptación del modelo SERVPERF también hallaron correlaciones fuertes de la fiabilidad





con la satisfacción del usuario en servicios de salud. Asimismo, concuerda con la premisa de Parasuraman et al. (1988) sobre la fiabilidad como un driver crítico de la calidad desde la perspectiva del cliente. Cabe mencionar que no se hallaron antecedentes que contrasten este resultado. No obstante, Parasuraman et al. (1988) inicialmente ubicaban la fiabilidad distante de factores interpersonales como la empatía. Pero para madres que observan el sufrimiento de sus hijos, la consistencia y confiabilidad probablemente sean vitales, considerando la vulnerabilidad e indefensión de los infantes. Quizás por ello la magnitud de esta correlación fue similar a la hallada para la empatía ( $\rho=0,827$ ) en este estudio focalizado en lo materno-infantil. En conclusión, la hipótesis 1a resultó corroborada al encontrarse una asociación relevante entre la fiabilidad percibida y las valoraciones maternas del bienestar. Este vínculo obliga a garantizar consistencia y confiabilidad en los procesos asistenciales pediátricos para mejorar la experiencia familiar y los resultados sanitarios.

De igual modo, la segunda hipótesis secundaria (H1b) planteó que existe relación significativa y positiva entre la empatía de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación. Los análisis correlacionales permitieron confirmar esta relación al obtenerse una asociación significativa y un coeficiente de Spearman de  $\rho=0,827$ . Si bien este hallazgo concuerda con el modelo SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988), estudios previos como el de Chuquitaipe Pachari (2022) encontraron que otras dimensiones como la capacidad de respuesta eran más valoradas que la empatía por padres de niños tamizados. Quizás esto se deba a que la muestra de dicho estudio procedía de un hospital de alta complejidad, donde predominan aspectos técnicos. En contraste, Ñañez Vidaurre (2019) halló falencias en la calidad relacional de la atención pediátrica en un centro de primer nivel, lo que probablemente también afecte la percepción de bienestar. Considerando este



antecedente, es probable que la magnitud considerable de la correlación en este estudio ( $\rho=0,827$ ) refleje brechas sustanciales en la empatía del personal sanitario hacia niños con enfermedades crónicas y sus madres, cuya percepción de bienestar depende en gran medida de esta conexión emocional de acuerdo con Bowlby (1982). Cabe mencionar que, si bien Parasuraman et al. (1988) distinguían inicialmente la empatía de drivers técnicos; para cuidadoras en contextos complejos con alta incertidumbre, la comprensión empática resulta vital. Por tanto, la correlación hallada probablemente refleje que las mejoras en este factor se traducirían en evaluaciones maternas más favorables de la salud integral y calidad de vida del pequeño paciente. En conclusión, la hipótesis 1b resultó corroborada, destacando la necesidad urgente de garantizar calidez humana y comprensión empática en la provisión pediátrica y en todos los centros donde se atienden los menores para poder impactar la experiencia y las valoraciones de bienestar de madres en rol de cuidadoras.

En cuanto a la tercera hipótesis secundaria (H1c), se planteó que existe relación significativa y positiva entre la calidad de respuesta de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación. Los análisis correlacionales confirmaron esta relación al obtenerse un coeficiente de Spearman significativo ( $\rho=0,837$ ), indicando una asociación directa y de magnitud importante (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Los resultados son concordantes con el modelo conceptual de Parasuraman et al. (1988); además, estudios previos como los de Chuquitaipe Pachari (2022) y Vasquez Chachayma (2022) encontraron que la capacidad de respuesta era la dimensión más valorada por las madres de niños en tratamiento pediátrico. Esta preeminencia probablemente refleje las altas expectativas maternas sobre la agilidad de reacción ante las necesidades de sus pequeños, especialmente frente a cuadros complejos o crónicos. Cabe resaltar que Parasuraman et al. (1988) inicialmente



distinguían este factor de aspectos interpersonales como la empatía. Sin embargo, para cuidadoras en contextos de extrema vulnerabilidad e incertidumbre, la capacidad de respuesta diligente ante urgencias resulta vital, tal como plantea Britto et al. (2017) sobre los pilares del bienestar infantil. Quizás por ello la magnitud de esta correlación fue igual de relevante que la hallada para empatía ( $\rho=0,827$ ) en este estudio enfocado en lo materno-infantil. En conclusión, la hipótesis 1c resultó corroborada, resaltando la capacidad de reacción ágil a necesidades pediátricas como un elemento crítico desde la perspectiva de madres cuidadoras, cuyas valoraciones del bienestar infantil están estrechamente ligadas a la experiencia de atención oportuna e integral.

A la vez, se planteó una cuarta hipótesis secundaria (H1d) asegurando que existe relación significativa y positiva entre la tangibilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación. Al respecto, los análisis correlacionales confirmaron esta relación al obtenerse una asociación significativa y un coeficiente de Spearman de  $\rho=0,835$ , correspondiente a un grado considerable de asociación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Este hallazgo concuerda con la premisa de Parasuraman et al. (1988) sobre el rol de la tangibilidad en la conceptualización de la calidad desde la perspectiva del usuario. Asimismo, es consistente con Bogart et al. (2022) y Friedman et al. (2022) quienes vinculan limitaciones en la infraestructura y los recursos sanitarios con una peor experiencia y percepción de bienestar en pacientes con enfermedades crónicas. Cabe mencionar que, si bien Parasuraman et al. (1988) inicialmente distinguían la tangibilidad de factores interpersonales; para madres cuidadoras en contextos de extremo estrés, la calidad de las instalaciones resulta vital. Quizás por ello la magnitud de esta correlación fue comparable a la hallada para factores centrales como empatía ( $\rho=0,827$ ) y capacidad de respuesta ( $\rho=0,837$ ) en este estudio



materno-infantil. En síntesis, la hipótesis 1d resultó corroborada, resaltando la relevancia de la calidad tangible y las condiciones físicas de la atención sobre las apreciaciones maternas de bienestar, especialmente en servicios pediátricos de alta complejidad. Se requieren entornos seguros, limpios y con equipamiento óptimo para mejorar la experiencia de cuidadoras en crisis.

De igual manera, la quinta hipótesis secundaria (H1e) planteó que existe relación significativa y positiva entre la seguridad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación. Los análisis correlacionales confirmaron esta relación al obtenerse una asociación significativa y un coeficiente de Spearman de  $\rho=0.837$ , correspondiente a un grado considerable de asociación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Este hallazgo es consistente con el modelo SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988) y los planteamientos de Donabedian (2005) que enfatizan el rol de la seguridad para la calidad asistencial. Asimismo, concuerda con Moody (2022) y Bogart et al. (2022) quienes vinculan falencias en la seguridad clínica con peores experiencias y percepción de bienestar en pacientes pediátricos con enfermedades complejas y sus familias. Cabe resaltar que, si bien Parasuraman et al. (1988) inicialmente distinguían la seguridad de drivers interpersonales; para madres en contextos amenazantes, la confianza en la competencia profesional resulta indispensable. Quizás por ello la magnitud de esta correlación fue igual de relevante que la hallada para factores centrales como empatía ( $\rho=0.827$ ) y capacidad de respuesta ( $\rho=0.837$ ) en este estudio materno-infantil. En conclusión, la hipótesis 1e resultó corroborada, destacando la necesidad de reforzar la seguridad y confianza en los procesos asistenciales pediátricos para impactar positivamente en las experiencias maternas y sus apreciaciones sobre el bienestar de sus hijos durante dicho proceso.



Así también, la hipótesis 2 (H2) planteó que el diagnóstico temprano en el tamizaje neonatal universal influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación. Los análisis comparativos entre grupos confirmaron esta relación al obtenerse diferencias significativas en la percepción del bienestar entre las madres de los niños que participaron en el tamizaje y las que no participaron. Si bien este hallazgo concuerda con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (Ministerio de Salud, 2020), el estudio de Berrocal Godoy (2021) en Lima halló que la desconfianza en el servicio durante el parto desalentaba la realización del tamizaje. Considerando esto bajo el enfoque de la teoría de Bowlby (1982), es probable que la seguridad en la vinculación temprana con el equipo perinatal sea un factor clave que impacte la confianza para acceder luego al tamizaje neonatal. Asimismo, el efecto positivo moderado evidenciado ( $r_{bis}=0,405$ ) podría reflejar limitaciones en la integración eficiente entre el diagnóstico neonatal y los servicios pediátricos subsecuentes, dificultando la continuidad de cuidados que según Britto et al. (2017) es fundamental para el bienestar infantil temprano. Cabe resaltar las restricciones operativas del programa de tamizaje del MINSA a solo dos hospitales en Lima para procesamiento nacional del tamizaje (Congreso de la República, 2023), lo cual puede retrasar los resultados y no ajustarse al diagnóstico temprano, el cual incrementa la posibilidad de un impacto negativo en la percepción de la calidad en el servicio y una baja percepción de bienestar por parte de las madres. La concentración para el análisis y emisión de resultados genera demoras y pérdida de oportunidades de intervención temprana con alto impacto (Thurow, 2018), repercutiendo en las valoraciones maternas de bienestar. En efecto, en esta muestra algunos de los no tamizados debieron recurrir más a programas complementarios (PRITE), denotando obstáculos de acceso oportuno. En conclusión, la Hipótesis 2 resultó corroborada al comprobarse el efecto positivo del diagnóstico neonatal, pero se requiere potenciar la seguridad vincular temprana y mejorar la integración, descentralización y



eficiencia de todo el circuito asistencial posterior para optimizar las percepciones y la calidad de vida materno-infantil.

Finalmente, la hipótesis 3 (H3) planteó que la calidad en el servicio percibido en los centros de tratamiento y rehabilitación influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo. Los análisis comparativos corroboraron esta relación al obtenerse diferencias altamente significativas, donde el grupo de alta calidad percibida presentó una mediana de 41 puntos en la variable bienestar versus 21 cuando se reportaba una calidad baja. Considerando los planteamientos de Donabedian (2005), esto podría deberse a que una provisión terapéutica oportuna, segura y humanizada se traduce en mejoras efectivas de salud, las cuales son percibidas por las madres como sinónimo de bienestar. Asimismo, bajo la óptica de Bowlby (1982), una atención empática y resolutiva probablemente fortalece el vínculo de confianza entre la díada madre-hijo y el equipo sanitario, potenciando dicha mejoría. Cabe mencionar que Berrocal Godoy (2021) reporta que la desconfianza en los servicios por maltrato en la atención del parto desalienta la realización del tamizaje neonatal. Del mismo modo, Bogart et al. (2022) advierten que una mala calidad percibida podría socavar la adherencia a los tratamientos prolongados. Cabe resaltar que muchas de estas madres probablemente deban trasladarse largas distancias con sus hijos que presentan problemas sensoriales o motrices lo que incrementa la carga y el estrés, elevando sus expectativas sobre la atención recibida tras dicho sacrificio. Asimismo, la escasez de equipos e infraestructura especializada denunciada por Berrocal Godoy (2021), sumada a la sobrecarga emocional del personal, podrían impactar negativamente sus valoraciones del servicio y el bienestar percibido. Quizás por ello, cuando las madres valoraron negativamente la calidad en este estudio, la amplitud en las puntuaciones de bienestar fue muy variable (rango: 10) versus alta consistencia (rango: 7) cuando hubo satisfacción. En definitiva, la provisión de entornos



terapéuticos resolutivos, seguros y humanizados resulta indispensable para las madres en situación de vulnerabilidad, de modo que se mitigue su carga y se optimicen sus percepciones sobre la salud integral y calidad de vida del niño. Los retos logísticos y emocionales que enfrentan obligan a estándares más elevados de comprensión y apoyo efectivo desde el sistema de salud. Por consiguiente, en consonancia con las premisas de Parasuraman et al. (1998), se requiere garantizar la provisión de entornos terapéuticos resolutivos, seguros y humanizados durante todo el ciclo de atención materno-infantil, de modo que se optimicen los resultados clínicos y la calidad de vida desde una etapa crucial del desarrollo.

#### 4.2 Limitaciones

Si bien esta investigación arroja resultados relevantes, también presenta algunas limitaciones que conviene mencionar. En cuanto a aspectos teóricos, el estudio primó un abordaje cuantitativo focalizado en la medición de las variables de interés, sin profundizar en perspectivas psicológicas o antropológicas que hubieran enriquecido la comprensión del fenómeno del cuidado materno-infantil desde dimensiones subjetivas y socioculturales a través de métodos de entrevistas personalizadas o *focus group*.

Asimismo, desde el punto de vista metodológico, el reciente desarrollo del instrumento PMBM, elaborado exclusivamente para este estudio, implica la necesidad de mayor validación antes de su aplicación a gran escala, por lo que puede tener un sesgo de exactitud al no haber pasado por una validación comparativa con un instrumento *gold standard*. Asimismo, la naturaleza transversal y el muestreo no probabilístico por conveniencia restringen la posibilidad de hacer inferencias poblacionales y abren la posibilidad de sesgos.

Cabe añadir que la dispersión geográfica de las participantes dificultó el control de las condiciones de administración de las encuestas, así como la verificación in situ de los registros



pediátricos institucionales. Precisamente las limitaciones contextuales como la imposibilidad de convocar a las madres en un punto único de evaluación y las restricciones de desplazamiento del equipo investigador también influyeron en el alcance del estudio, por lo que la recolección de datos por medio de un formulario de Google y compartido vía WhatsApp fue la salida más acorde; sin embargo, este método imposibilita dar respuestas inmediatas a las madres que hubiesen tenido consultas.

Así también, se reporta un posible sesgo de selección debido al uso de la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. Si bien el estudio no ha sido exclusivo en madres que actualmente llevan a sus hijos a tratamiento, es posible que se haya sobrerrepresentado a usuarias con percepciones más favorables a los programas de tratamiento y rehabilitación, restando representación a aquellas que descontinuaron la atención por experiencias negativas. Esto limitaría una inferencia de los resultados a la población de estudios, puesto que es posible que no estén representadas en tamaño o características. Sin embargo, dada la complejidad de acceso a las participantes (madres), se optó por este método puesto que permite reconocer percepciones particulares respecto al programa de un grupo de usuarias activas y no activas, el cual puede ser complementado con los resultados que se pueda obtener en otros estudios similares realizados con métodos distintos y que complementen los resultados actuales para que alcancen validez externa en caso se encuentre correspondencia entre los distintos hallazgos que se puedan obtener.

Una última limitación está referido al mismo diseño de estudio abordado. El diseño transversal y el análisis de correlación del estudio restringen la posibilidad de establecer relaciones causales definitivas entre las variables analizadas. Si bien los hallazgos correlacionales y las comparaciones intergrupales proveen evidencia sugestiva sobre





potenciales vínculos causales, se requieren abordajes metodológicos más rigurosos para confirmar la direccionalidad de estas asociaciones.

### **4.3 Implicancias y Estudios Futuros**

Los resultados de este estudio poseen implicancias relevantes para la investigación y las políticas de salud materno-infantil. En el plano teórico, los hallazgos encontrados permiten validar la utilidad del modelo SERVPERF y las teorías sobre el bienestar infantil, para comprender los vínculos entre la calidad asistencial, la satisfacción familiar y el bienestar multidimensional del paciente pediátrico. Asimismo, ratifican postulados de las teorías del apego, desarrollo ecológico y bienestar infantil sobre la crucial influencia de los cuidadores, los servicios recibidos y el entorno cercano. En conjunto, se refuerzan las bases conceptuales para diseñar y evaluar intervenciones focales en esta población vulnerable.

A nivel práctico, al corroborarse la existencia de brechas importantes en el acceso a servicios integrales y de excelencia, se sustenta la necesidad de mayores inversiones y reformas amplias que optimicen la capacidad resolutoria, la seguridad clínica, la calidez interpersonal y las condiciones físicas de la red asistencial, implementando iniciativas de calidad total bajo un enfoque madre-hijo. Ello mejorará la adherencia, reducirá la inequidad y propiciará ganancias tempranas en el desarrollo infantil.

Además, entre las recomendaciones para próximos estudios destaca la conveniencia de abordajes mixtos con técnicas cualitativas que exploren en profundidad las subjetividades maternas respecto a sus demandas, expectativas y valoraciones de la atención pediátrica desde una perspectiva intercultural. Asimismo, investigar intervenciones concretas para fortalecer sus capacidades como madres cuidadoras frente a escenarios de alta complejidad médica. Estas futuras investigaciones deberán contemplar diseños cualitativos, muestreos probabilísticos y



estrategias presenciales que permitan una inserción más directa en los escenarios asistenciales, subsanando así los principales retos metodológicos y contextuales enfrentados. En concreto, los estudios futuros pueden bordear los siguientes enunciados:

- Relación entre la carga materna de cuidado y la percepción de bienestar infantil en enfermedades crónicas pediátricas.
- Aplicación de un programa psicoeducativos sobre competencias de cuidado en madres para incrementar la adherencia y los resultados terapéuticos infantiles.
- Inclusión de la telemedicina en el seguimiento pediátrico para mejorar la percepción materna del bienestar en regiones alejadas.
- Evaluación de las diferencias culturales sobre las expectativas maternas respecto a la atención de salud para sus hijos.

Abordar estos estudios, con distintos diseños, permitirá comprender más a fondo las subjetividades familiares e interculturales, así como evaluar soluciones innovadoras para apoyar y empoderar a las madres de niños con enfermedades crónicas.

Además, para abordar el sesgo de selección producto del método no probabilístico por conveniencia, se propone realizar futuros estudios que complementen la actual muestra con un grupo más representativo de madres que hayan asistido al tamizaje neonatal o a tratamientos y/o rehabilitaciones iniciales, pero luego interrumpieron los controles por motivos diversos. Esto permitiría capturar perspectivas de usuarias insatisfechas que podrían mostrar un resultado más preciso en la relación entre las variables analizadas, balanceando los resultados. Operativamente, con la experiencia que se ha obtenido en este estudio, se sabe que se puede identificar estos casos mediante registros institucionales de abandono al tratamiento o a través de un screening a madres captadas en la comunidad hasta alcanzar una cuota representativa de



muestra, acción que no se realizó en el presente estudio por cuestiones logísticas y de recursos.

Durante el análisis, se realizarían comparaciones más precisas entre ambos grupos para detectar posibles patrones diferenciales.

Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones adopten diseños experimentales o longitudinales para dilucidar las relaciones causales entre el tamizaje neonatal, la calidad del servicio y el bienestar infantil percibido por las madres. Los estudios experimentales permitirían manipular las variables independientes (por ejemplo, asignando aleatoriamente a los participantes a distintas condiciones de tamizaje o calidad asistencial) y medir su efecto sobre el bienestar percibido, controlando variables extrañas. Por otro lado, los estudios longitudinales, como las cohortes prospectivas, posibilitarían el seguimiento de los participantes a lo largo del tiempo, evaluando la evolución del bienestar infantil en función de la exposición previa al tamizaje y la calidad del servicio. Estos diseños proporcionarían evidencia más sólida sobre la precedencia temporal y la posible causalidad entre las variables.



## Capítulo V. Conclusiones

1. El objetivo principal planteó la relación que existe entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación. Los análisis correlacionales permitieron confirmar que existe una asociación positiva significativa y de magnitud importante entre ambos conceptos. En consecuencia, elevando los estándares de calidad en dimensiones tan diversas como la fiabilidad de procesos, la comprensión empática al usuario, la agilidad de respuesta ante necesidades particulares, las condiciones físicas y ambientales, y la seguridad clínica, podría mejorarse sustancialmente el bienestar percibido de niños con enfermedades crónicas bajo el cuidado materno durante su proceso asistencial, impactando así en su calidad de vida presente y futura. Por tanto, la efectiva implementación de un enfoque centrado en la calidad resulta indispensable en el contexto de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, demandando intervenciones amplias y focalizadas para reformar la capacidad resolutive de las redes integradas de salud en beneficio de esta población vulnerable.
2. De igual forma, el primer objetivo secundario planteó determinar la relación que existe entre la fiabilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación. Los análisis corroboraron que existe una asociación significativa positiva entre ambos conceptos. En consecuencia, la consistencia y confiabilidad en los procesos resultan vitales para el adecuado funcionamiento de los servicios sanitarios. Considerando las restricciones operativas que actualmente enfrenta el programa de tamizaje neonatal del MINSA, cuyo análisis y diagnóstico está



centralizado en solo dos hospitales a nivel nacional, se requiere con urgencia la asignación de mayores recursos humanos y tecnológicos que permitan descentralizar la implementación de esta política pública tan sensible. Así, garantizando la eficiencia en la logística de captación, transporte y procesamiento de muestras a nivel nacional, podrá impactarse en la valoración materna del bienestar de los infantes detectados oportunamente.

3. A la vez, el segundo objetivo secundario planteó determinar la relación que existe entre la empatía de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación. Los análisis revelaron la presencia de una asociación significativa entre ambos conceptos. En consecuencia, la comprensión empática y la conexión emocional resultan vitales para satisfacer expectativas de cuidadoras en situación de extrema vulnerabilidad. Considerando las limitaciones estructurales y déficit de personal especializado en los establecimientos pediátricos reportados en la literatura nacional, se recomienda priorizar intervenciones para reforzar habilidades blandas durante la formación de los profesionales sanitarios. Asimismo, diseñar protocolos de humanización que enfatizan la escucha activa, la comunicación clara y el apoyo socioemocional dentro de las consultas. De este modo podrá mejorarse la experiencia de las madres y los niños, así como se incrementará la adherencia al tratamiento.
4. Asimismo, el tercer objetivo secundario planteó determinar la relación que existe entre capacidad de respuesta de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación. Los análisis verificaron la existencia de una correlación positiva significativa entre ambos factores. En consecuencia, la agilidad de reacción



ante necesidades particulares constituye un aspecto altamente valorado por las madres que cumplen un rol de cuidadoras de infantes con enfermedades crónicas. Considerando la escasez de equipamiento especializado y las limitaciones estructurales de varios establecimientos pediátricos en el país, se recomienda desarrollar programas público-privados que permitan dotar de mayor infraestructura y recursos humanos a esta red asistencial, garantizando así intervenciones rápidas y efectivas frente a cuadros complejos, lo que a su vez mejorará la confianza de las familias y promoverá ganancias tempranas en la calidad de vida de los pacientes.

5. Así también, el cuarto objetivo secundario planteó determinar la relación que existe entre la tangibilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación. Los resultados confirmaron la presencia de una asociación significativa entre ambos conceptos. En consecuencia, la calidad tangible de las instalaciones resulta un aspecto vital para los cuidadores familiares que atraviesan situaciones estresantes. Considerando las restricciones presupuestales que atraviesa el sector salud, se recomienda fomentar la responsabilidad social empresarial mediante la creación de un fondo solidario con aportes voluntarios del sector privado, para así financiar mejoras en la infraestructura y el equipamiento de establecimientos pediátricos públicos, garantizando entornos más confortables y seguros que reduzcan la percepción de estrés y optimicen las valoraciones de bienestar durante la atención especializada.
6. En línea con lo anterior, el quinto objetivo secundario planteó determinar la relación que existe entre la seguridad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el



período de tratamiento o rehabilitación. Los análisis corroboraron la presencia de una correlación significativa entre ambos conceptos. Considerando los riesgos de la propagación de infecciones intrahospitalarias, se requiere una implementación más rigurosa de los protocolos de control y prevención de eventos adversos en los nosocomios pediátricos, así como una supervisión efectiva de su cumplimiento. Asimismo, tomando en cuenta los reportes sobre déficit en la comunicación de riesgos y en el soporte socioemocional a familias de pacientes, se recomienda institucionalizar intervenciones multidisciplinarias de apoyo psicosocial desde el momento del ingreso. De este modo se mitigarán aprehensiones y se propiciará una sensación holística de cuidado, potenciando la confianza en la recuperación del menor y mejorando el bienestar percibido durante los procesos terapéuticos.

7. Asimismo, el sexto objetivo secundario planteó evidenciar que el diagnóstico temprano en el tamizaje neonatal universal influye en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo en tratamiento o rehabilitación. Los análisis comparativos corroboraron un impacto positivo moderado del tamizaje temprano en esta variable. No obstante, considerando los obstáculos operativos que actualmente enfrenta su implementación a escala nacional, es urgente el fortalecimiento de la coordinación intersectorial y la asignación de mayores recursos financieros para la ampliación de la cobertura efectiva de esta política pública. Ello implica descentralizar la capacidad diagnóstica del tamizaje hacia varias regiones, permitiendo agilizar la confirmación de casos y su conexión inmediata con los servicios de atención pediátrica especializada en cada jurisdicción territorial. Este abordaje sistémico potenciará los beneficios del screening neonatal, mejorando la detección, la oportunidad de las intervenciones



tempranas y las valoraciones maternas del bienestar, con lo cual se impulsarán los objetivos sanitarios planteados en la Política Multisectorial al 2030.

8. De igual forma, el séptimo objetivo secundario planteó evidenciar que la calidad en el servicio percibido en los centros de tratamiento y rehabilitación influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo. Los análisis comparativos revelaron un efecto positivo de magnitud grande de esta variable, constituyendo un determinante crítico de las evaluaciones integrales de las cuidadoras. Considerando la relevancia de fortalecer la calidad en todas sus dimensiones, se recomienda implementar un sistema de gestión por procesos en los centros pediátricos de mayor complejidad, definiendo estándares, mapeando procedimientos internos, identificando cuellos de botella mediante análisis causa-raíz, optimizando la provisión de servicios auxiliares, monitoreando rigurosamente indicadores trazadores vinculados a resultados en salud, y empoderando al personal. Este abordaje transformacional - ampliamente validado en organizaciones de alto desempeño- sentará las bases para una mejora radical, progresiva y sostenible de la calidad, impactando así en la experiencia de las familias y en las valoraciones maternas del bienestar como criterio proximal del éxito terapéutico.
9. Finalmente, los hallazgos de este estudio aportan evidencia relevante para orientar iniciativas que mejoren la calidad de la atención en los centros de salud pública, con énfasis en la comunicación efectiva, la calidez en el trato y el profesionalismo del personal. Del mismo modo, resaltan la necesidad de diseñar estrategias para apoyar y empoderar a las madres de familias de escasos recursos durante el proceso de tamizaje y rehabilitación de sus hijos, garantizando no solo el acceso, sino una experiencia de servicio satisfactoria. En síntesis, la investigación destaca que la calidad en la prestación





de los programas públicos de salud infantil es un determinante clave del bienestar percibido, con implicaciones positivas sobre la adhesión terapéutica y los resultados sanitarios.



## Capítulo VI. Recomendaciones

1. Considerando que el presente estudio reveló una asociación significativa entre la calidad del servicio y la percepción de bienestar infantil, se recomienda priorizar el diseño e implementación de una política institucional orientada específicamente a mejorar la calidad de la atención en los programas públicos de tamizaje neonatal y rehabilitación pediátrica. Esta política debe establecer estándares de calidad técnica con enfoque humano centrados en el paciente, definiendo procesos, infraestructura, equipamiento, perfiles de personal, protocolos de atención y mecanismos de monitoreo y mejora continua. Asimismo, es clave institucionalizar canales de escucha activa a las madres para comprender sus expectativas y necesidades, y utilizar esta retroalimentación para el rediseño de los servicios. En tal sentido, la participación de la ciudadanía (en este caso, las madres de familia) es fundamental para diseñar políticas de salud infantil que respondan a sus demandas y percepciones.
2. Asimismo, considerando que en los resultados de la encuesta se evidencia que aspectos como la empatía, la comunicación efectiva y la capacidad de respuesta del personal están fuertemente vinculados a la percepción de bienestar de los infantes por parte de sus madres, se recomienda que los programas de capacitación al personal se enfoquen en desarrollar competencias para la atención asertiva y cálida al paciente. Específicamente, se sugiere diseñar talleres y seminarios prácticos orientados a mejorar las habilidades blandas del personal en temas como: escucha activa y asertiva, lenguaje claro y accesible, manejo de objeciones, resolución de conflictos, control del estrés, entre otros. El propósito es brindar al personal herramientas concretas para conectar de forma empática, brindar información completa y oportuna, y responder diligentemente a las necesidades de los pacientes, en especial de las madres de familia. De esta forma,



la capacitación estará alineada a los factores que, según la evidencia recabada, más impactan en la valoración de las madres sobre la calidad del servicio y el bienestar de sus hijos. Fortalecer estas competencias blandas contribuirá a mejorar la experiencia de servicio y adherencia a los programas de tamizaje y rehabilitación infantil.

3. En línea con lo anterior, considerando la necesidad de fortalecer la empatía y la conexión emocional en los servicios de tamizaje neonatal y atención pediátrica, se plantean las siguientes recomendaciones: (1) A nivel de gestión pública, el Ministerio de Salud debe institucionalizar la evaluación mensual de la calidez interpersonal exhibida por el personal hacia usuarios en todos los establecimientos de salud materno-infantil, retroalimentando brechas y buenas prácticas, de modo que puedan corregirse fallas relacionales y replicarse intervenciones efectivas entre pares mediante un *benchmark* interno; (2) Asimismo, organismos rectores como la Superintendencia Nacional de Salud y el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades deben incorporar estándares de calidad vinculados a satisfacción del usuario dentro de sus sistemas regulatorios, realizando supervisiones inopinadas y aplicando sanciones ante hallazgos que evidencien trato impersonal, frío o irrespetuoso por parte de profesionales sanitarios; (3) Finalmente, cada Director de Salud de la Macro Región debe liderar Comités Calidad integrados por servidores especialistas y representantes de asociaciones de pacientes para monitorear avances, proponer ajustes y garantizar mejoras sostenibles en este factor crítico.
4. Así también, considerando la necesidad crítica de mejorar la calidad del servicio del programa de tamizaje neonatal para impactar el bienestar materno-infantil, se plantean las siguientes recomendaciones: (1) A nivel de gestión pública, se requiere mayor sensibilización de tomadores de decisión sobre la urgencia de este problema de salud



pública, de modo que pueda garantizarse un financiamiento adecuado para la provisión de recursos humanos capacitados, equipos de alta performance, sistemas de información integrados, y vehículos para optimizar la logística de captación y transporte de muestras a nivel nacional; (2) Asimismo, conviene descentralizar y ampliar la actual capacidad diagnóstica del tamizaje más allá de Lima, estableciendo nuevos laboratorios en regiones clave, con personal competente y tecnología de punta que acelere la confirmación de casos pediátricos para su rápida conexión con los servicios especializados jurisdiccionales correspondientes; (3) Finalmente, es esencial reconfigurar los procesos mediante una gestión por resultados, monitoreando rigurosamente indicadores vinculados a mejoras en el bienestar materno-infantil e implementando planes de contingencia ante desviaciones, de modo que pueda ajustarse dinámicamente la operación de esta política pública tan sensible.

5. Finalmente, para garantizar la calidad continua en el servicio, se recomienda implementar un sistema de supervisión y monitoreo permanente a través de diversas estrategias complementarias: (1) encuestas de satisfacción aplicadas a las madres atendidas, en el mismo momento de la consulta para obtener retroalimentación instantánea; (2) llamadas telefónicas o mensajes de texto posterior a la consulta para indagar sobre la percepción del servicio; (3) buzones de sugerencias físicos y virtuales para recabar quejas, reclamos o reconocimientos; (4) *focus groups* y entrevistas cualitativas periódicas para explorar a profundidad la experiencia de servicio; (5) auditorías internas y externas que evalúen integralmente la calidad de los procesos; (6) reuniones periódicas de retroalimentación con el personal, para analizar resultados y proponer mejoras. De esta manera, a través de controles cruzados y estrategias tanto cuantitativas como cualitativas, se puede monitorear en todo momento la calidad



percibida y detectar oportunamente cualquier brecha en el servicio al paciente, tomando acciones preventivas y correctivas según corresponda.

6. En síntesis, las recomendaciones enfatizan la necesidad de una política integral que aborde todos los determinantes de la calidad del servicio y su impacto en el bienestar de los pacientes pediátricos. Las mejoras en calidad deben estar respaldadas desde el más alto nivel institucional para asegurar los recursos y el compromiso sostenido de todos los actores del sistema. Con base en los hallazgos del presente estudio y en línea con la teoría sobre gestión de calidad en el servicio (Zeithaml et al., 1993), se recomienda implementar un sistema de orientación permanente a los servidores públicos que atienden al ciudadano, es decir, la calidad en el servicio no se logra directamente con acciones de control y fiscalización, sino con incentivar habilidades emocionales que permitan a los colaboradores conexiones más sanas y empáticas entre compañeros y con la población. Si bien la calidad humana de la atención no ha sido medida directamente en este estudio, nuestra experiencia administrativa en el sector salud público permite inferir que las brechas en el trato digno y respetuoso hacia los pacientes son una de las principales causas de insatisfacción y sensación de malestar. Asimismo, partir de un enfoque de calidad total en la gestión pública, se deben monitorear continuamente todos los procesos críticos que impactan en la satisfacción del usuario, entre ellos la adherencia a los protocolos de tamizaje neonatal. De esta manera, además de la verificación técnica, se pone énfasis en la dimensión humana y en la necesidad de una supervisión orientada a garantizar un servicio público de excelencia en todos sus ámbitos. En concordancia con los hallazgos del estudio, una supervisión efectiva y continua puede incidir positivamente en la percepción de las madres sobre la calidad y, por ende, sobre el bienestar de sus hijos.



## Referencias

Acuña, S., & Bruschi, M. de la P. (2013). *Relación entre síndrome de burnout, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Mar del Plata].

<http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/47/079.pdf?sequence=1>

Alfaro, J., Casas, F., & López, V. (2015). Bienestar en la infancia y adolescencia.

*Psicoperspectivas*, 14(1), 1–5.

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242015000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242015000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Alpi, S. V., Gómez-Acosta, A., Raleigh, R., Urzúa, A., Ortega, A., Viera, A., Díaz, A.,

González, A., Jiménez, Y., Pico, L., & Vinasco, B. (2020). Psychometric Properties of the tapqol 2 to Measure of Quality of Life in Colombian Preschool Children. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 16(1), 13–24.

<https://www.redalyc.org/journal/679/67963183001/html/>

Alvarez Cabezas, E. P. (2019). *Evaluación del tamizaje neonatal en el Hospital Nacional*

*Guillermo Almenara Irigoyen de enero a marzo del 2017* [Tesis de Titulación, Universidad Nacional Federico Villarreal].

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5597>

Arruabarrena Madariaga, M., & De Paul, J. (1999). Escalas de bienestar infantil de Magura y

Moses. Un primer estudio para la validación de la versión española. *Psychosocial*

*Intervention*, 8(1), 89–108. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2011783>

Bamber, M. D., Solatikia, F., Gaillard, P., & Spratling, R. (2023). The Impact of Caregiving



for Children with Special Healthcare Needs on Negative Affect, Quality of Life, and Trait Mindfulness. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.

<https://doi.org/10.1007/s10862-023-10081-5>

Beaudin, C. L. (2008). Quality healthcare for America's children. *Journal for Healthcare Quality : Official Publication of the National Association for Healthcare Quality*, 30(3),

2. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2008.tb01135.x>

Berrocal Godoy, M. (2021). *Factores asociados al ausentismo de las madres al tamizaje neonatal metabólico en el Hospital San Bartolomé, enero a marzo – 2021* [Tesis de especialidad, Universidad Norbert Wiener].

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/4682>

Boehm, J. K., Qureshi, F., & Kubzansky, L. D. (2023). Child Psychological Well-Being and Adult Health Behavior and Body Mass Index. *Health Psychology*, 42(2), 73 – 81.

<https://doi.org/10.1037/hea0001261>

Bogart, K., Hemmesch, A., Barnes, E., Blissenbach, T., Beisang, A., Engel, P., Tolar, J., Schacker, T., Schimmenti, L., Brown, N., Morrison, K., Albright, T., Klein, M.,

Coleman, J., Nelsen, K., Blaylark, R., LaFond, K., Berkowitz, S., Schultz, K. A., ...

Foster, J. (2022). Healthcare access, satisfaction, and health-related quality of life among children and adults with rare diseases. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 17(1).

<https://doi.org/10.1186/s13023-022-02343-4>

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and Prospect. *American Orthopsychiatric Association*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>

Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-



- Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., & Bhutta, Z. A. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844–850. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.844>
- Carmo, A. de F. S., Filho, F. A. R. de G., Vidal, S. A., Salun, R. D. L., da Silva, R. A. R., & dos Santos, A. D. B. (2013). Quality assessment of mother and child intensive healthcare services. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(2), 251 – 268. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20134009>
- Carvalho, B. M., Tavares, W. R., Vicente, J. B., Sanguino, G. Z., Leite, A. M., & Furtado, M. C. de C. (2020). Early access to biological neonatal screening: Coordination among child care action programs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–7. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2938.3266>
- Chapman, A. R., Brunelli, L., Forman, L., & Kaempf, J. (2023). Promoting children’s rights to health and well-being in the United States. *Lancet Regional Health - Americas*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100577>
- Chuquitaipe Pachari, D. (2022). *Calidad de atención y satisfacción de los padres respecto al tamizaje neonatal en un hospital EsSalud del Cono Sur – 2022* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/94834>
- Congreso de la República del Perú. (2023). *Ley busca garantizar que todo recién nacido acceda al tamizaje neonatal para detectar a tiempo enfermedades congénitas graves*.





Comunicaciones Congreso. <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/damos-cuenta/ley-busca-garantizar-que-todo-recien-nacido-acceda-al-tamizaje-neonatal-para-detectar-a-tiempo-enfermedades-congenitas-graves/#:~:text=En Perú al 2021%2C el,fibrosis quística y entre otras.>

Congreso de la República del Perú. (2024). Ley 31975 que modifica la Ley 29885, ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal. In *El Peruano* (No. 31975). Congreso de la República. <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2251967-1>

Cronin, J., & Taylor, S. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *American Marketing Association*, 56(3), 55–68. <https://doi.org/10.2307/1252296>

De Jesús, A., Del Pilar, V., Vargar, J., & Guaytan, J. (2017). SERVPERF: Medición de la satisfacción del servicio en un hospital público. *Política Macroeconómica Para El Fortalecimiento de La Competitividad, January*, pp.264-281. [https://www.researchgate.net/publication/319880589\\_SERVPERF\\_Medicion\\_de\\_la\\_satisfaccion\\_del\\_servicio\\_en\\_un\\_hospital\\_publico](https://www.researchgate.net/publication/319880589_SERVPERF_Medicion_de_la_satisfaccion_del_servicio_en_un_hospital_publico)

De La Cruz-Vargas, J. A., Rodríguez-Chávez, S., Roldan-Arbieto, L., Medina-Vilca, A., Huamán-Guerrero, M., & Perez, M. (2016). Validación de un instrumento para medir el nivel de satisfacción de mujeres embarazadas durante el parto. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 16(3), 30–37. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v16.n3.650>

De la Oz, A. (2010). Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. *CES Salud Pública*, 5(2), 107–116. [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4974882%0Ahttp://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/view/3077](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4974882%0Ahttp://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3077)



- Del Carmen Sara, J. C. (2019). Guidelines and strategies to improve the quality of care in health services. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 288–295. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>
- Denton, D. K. (1991). *Calidad en el servicio a los clientes*. Diaz de Santos.
- Díaz, R. (2005). La calidad percibida en la sanidad pública. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(1), 35–42. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)74716-x](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)74716-x)
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2016). Different Types of Well-Being? A Cross-Cultural Examination of Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Psychological Assessment*, 27(5), 1–12. *Psychological Assessment*, 27(5), 1–12.
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>
- Donabedian, A. (2001a). Calidad de la atención médica. *Revista Calidad Asistencial*, 16, 29–38. [https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La\\_Calidad\\_de\\_la\\_Atencion\\_Medica\\_Donabedian.pdf](https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf)
- Donabedian, A. (2001b). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista Calidad Asistencial*, 16, S11–S27.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Duke, T. (2018). New WHO standards for improving the quality of healthcare for children



and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 103(7), 625 – 627.

<https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315423>

Ellzey, A., Valentine, K. J., Hagedorn, C., & Murphy, N. A. (2015). Parent perceptions of quality of life and healthcare satisfaction for children with medical complexity. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 8(2), 97 – 104. <https://doi.org/10.3233/PRM-150323>

Espinoza, I. L., & Frago, J. T. (2022). Analysis of the quality of public health services with the SERVPERF model: A case in the Isthmus of Tehuantepec. *Contaduría y Administración*, 67(1), 90–118. <https://doi.org/10.22201/fca.24488410e.2022.2956>

Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169–184. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272010000200005>

Fernández Barcala, M. (2000). Validación de Servqual como instrumento de medida de la calidad del servicio bancario. *Revista Europea de Dirección y Economía de La Empresa*, 9(1), 57–70.

Flores-Kanter, P. E., Muñoz-Navarro, R., & Medrano, L. A. (2018). Concepciones de la Felicidad y su relación con el Bienestar Subjetivo: un estudio mediante Redes Semánticas Naturales. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 24(1), 115–130. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n1.08>

Friedman, W., Keats, A., & Mutua, M. K. (2022). Disruptions to healthcare quality and early child health outcomes: Evidence from health-worker strikes in Kenya. *Journal of Health*



*Economics*, 86. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102694>

Galán-Rodas, E., Dueñas, M., Obando, S., & Saborio, M. (2013). Tamizaje Neonatal en el

Perú: ¿Hacia dónde vamos? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud*

*Pública*, 30(4), 724–725. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a35v30n4.pdf>

Galarce Muñoz, M. I., Pérez-Salas, C. P., & Sirlopú, D. (2020). Análisis Comparativo de la

Participación Escolar y Bienestar Subjetivo en Estudiantes con y sin Discapacidad en

Chile. *Psykhé (Santiago)*, 29(2), 1–16. <https://doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1444>

George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 25 Step by Step. A simple guide and*

*reference*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781351033909>

Gomes, L. M. X., Reis, T. C., Vieira, M. M., de Andrade-Barbosa, T. L., & Caldeira, A. P.

(2011). Quality of assistance provided to children with sickle cell disease by primary

healthcare services. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 33(4), 277 –

282. <https://doi.org/10.5581/1516-8484.20110077>

Gonzalez Ramos, R. M., Fernández Pratts, M., Gonzalez Longoria, M. de la C., Castro

Bernal, C., Vaillard Jiménez, E., Lezama Flores, G., & Carrasco Gutierrez, R. (2004).

Calidad de la atención de salud. *La Habana*, 1–20.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2019). *Metodología de la investigación: Las rutas*

*cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.

Hernani, L., Aquino, A., & Araujo, E. (2013). Relación entre el bienestar autopercebido ,

autoestima , inteligencia emocional , personalidad y razonamiento abstracto en un grupo

de estudiantes universitarios. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2, 49–



62. <http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/56/68>

Herndon, J. B., & Ojha, D. (2022). Racial and ethnic disparities in oral healthcare quality among children enrolled in Medicaid and CHIP. *Journal of Public Health Dentistry*, 82(S1), 89 – 102. <https://doi.org/10.1111/jphd.12522>

Herrod, H. G., & Chang, C. F. (2008). Potentially avoidable pediatric hospitalizations as defined by the agency for healthcare research and quality: What do they tell us about disparities in child health? *Clinical Pediatrics*, 47(2), 128 – 136.

<https://doi.org/10.1177/0009922807306166>

Hou, Q. (2022). Influences Analysis of Physical Exercise on College Students' Satisfaction and Its Psychological Mechanism. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 29(spe1), 1–4. [https://doi.org/10.1590/1517-8692202329012022\\_0188](https://doi.org/10.1590/1517-8692202329012022_0188)

Huerta-Sáenz, L., Águila, C. Del, Espinoza, O., Falen-Boggio, J., & Mitre, N. (2015). National congenital hypothyroidism screening in Peru: A broken program. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(3), 579–585.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1695>

Instituto Nacional de Salud del Niño. (2018). *Situación de salud de la población pediátrica en el Perú*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4812.pdf>

Instituto Nacional Materno Perinatal. (2023). *Tamizaje Neonatal en el INMP*. Instituto Nacional Materno Perinatal.

<https://www.inmp.gob.pe/servicios/presentacion/1427208528>

Izquierdo, T., & Leon, K. (2019). *Nivel de calidad del servicio del centro médico CITAMEDIC, Cajamarca 2019 según modelo SERVPERF* [Tesis de titulación,



Universidad Privada del Norte]. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/23852>

- Jevtic, A. V., & Visković, I. (2021). What about Us?-Children's Perspectives on their Wellbeing Perspectivas de los niños y niñas sobre su bienestar Perspectiva das crianças sobre o proprio bem-estar. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(1), 57–78.
- Kahneman, D., & Deaton, A. (2010). High Income Improves Evaluation of Life But Not Emotional Well-Being. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, 16489–16493. <https://doi.org/10.1073/pnas.1011492107>
- Lanza, K., Hunt, E. T., Mantey, D. S., Omega-Njemnobi, O., Cristol, B., & Kelder, S. H. (2023). Volunteering, Health, and Well-being of Children and Adolescents in the United States. *JAMA Network Open*, 6(5), e2315980. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.15980>
- Le, H. N. D., Mensah, F., Lange, K., Kerr, J. A., Edwards, B., Wang, Y., Dwyer, T., Wake, M., & Gold, L. (2023). Association between children's health-related quality of life, healthcare costs and socioeconomic position: Results from a longitudinal Australian-based study. *Social Sciences and Humanities Open*, 8(1). <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100547>
- Leslie, H. H., Hategeka, C., Ndour, P. I., Nimako, K., Dieng, M., Diallo, A., & Ndiaye, Y. (2022). Stability of healthcare quality measures for maternal and child services: Analysis of the continuous service provision assessment of health facilities in Senegal, 2012–2018. *Tropical Medicine and International Health*, 27(1), 68 – 80. <https://doi.org/10.1111/tmi.13701>
- Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Estudios observacionales. Los diseños utilizados con



mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634–645. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>

Matsuzawa, A., Arai, J., Shiroki, Y., & Hirasawa, A. (2022). Healthcare for children depend on medical technology and parental quality of life in Japan. *Pediatrics International*, 64(1). <https://doi.org/10.1111/ped.15006>

Ministerio de Educación. (2021). *Guía para la creación de un PRITE*.

<https://www.minedu.gob.pe/educacionbasicaespecial/pdf/guia-para-la-creacion-de-un-prite.pdf>

Ministerio de Salud. (2019). *Norma técnica de salud para el tamizaje neonatal de hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, fibrosis quística, hipoacusia congénita y catarata congénita*.

Ministerio de Salud. (2020). Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. In *Minsa* (pp. 1–243). <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.pdf>

Moody, K. L. (2022). Healthcare utilization and the quality of life of children and adolescents with sickle cell disease. *Pediatric Blood and Cancer*, 69(8). <https://doi.org/10.1002/pbc.29685>

Moreno, L., & Betancurth, Y. (2019). Evaluación de la Calidad de Servicio al Cliente de la Universidad de los Llanos. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Müller, T., Mehl, C., Nau, T., Bachmann, C., & Geraedts, M. (2023). Process over outcome quality in paediatrics? An analysis of outpatient healthcare quality indicators for seven



common diseases. *BMJ Open Quality*, 12(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002125>

Ñañez Vidaurre, Y. E. (2019). *Percepción de las madres de niños menores de un año sobre la calidad de cuidado del profesional de enfermería en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del C.S 3 de Febrero, Pachacútec - Ventanilla 2019.*

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40123>

Oyarzún Gómez, D., & Reyes Espejo, M. I. (2021). Bienestar y tiempo libre de niños y niñas a través de un mapeo fotográfico participativo. *Revista de Psicología*, 30(2), 1–15.

<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2021.65689>

Parasuraman, A. P., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*.

Pinilla Beltrán, A. J. (2020). *Aplicación del Modelo SERVPERF para la medición de la percepción de los pacientes o acompañantes sobre la calidad del servicio de la Clínica de Optometría de la Universidad de La Salle.*

<https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=2875&context=optometria>

Quijano-Caballero, Ó., & Munares-García, Ó. (2016). Protection of health rights in peru: Supervisory experiences from the viewpoint of the national health authority. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 529–534.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2303>

Ramadan, M., Gutierrez, J. C., Feil, C., Bolongaita, S., Bernal, O., & Villar Uribe, M. (2023). Capacity and quality of maternal and child health services delivery at the subnational primary healthcare level in relation to intermediate health outputs: a cross-sectional





study of 12 low-income and middle-income countries. *BMJ Open*, 13(1).

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065223>

Rojas-Apolinario, E., Roldan-Arbieto, L., & De La Cruz-Vargas, J. (2018). Validación de un instrumento para medir el nivel de satisfacción de pacientes hospitalizados con respecto al servicio de nutrición. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 18(4), 65–73.

<https://doi.org/10.25176/rfmh.v18.n4.1733>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(February), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Sardón Prado, O., Morera, G., Herdman, M., Moreno Galdó, A., Pérez-Yarza, E. G., Detmar, S., Fekkes, M., & Rajmil, L. (2008). Versión española del TAPQOL: Calidad de vida relacionada con la salud en niños de 3 meses a 5 años. *Anales de Pediatría*, 68(5), 420–424. <https://doi.org/10.1157/13120037>

Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

Servetkienė, V., Purnaitė, R., Mockevičienė, B., Ažukaitis, K., & Jankauskienė, D. (2023). Determinants of Patient-Perceived Primary Healthcare Quality in Lithuania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6).

<https://doi.org/10.3390/ijerph20064720>



- Soares, P. R., da Silva, C. R. L., & Louro, T. Q. (2020). Comfort of the child in intensive pediatric therapy: perception of nursing professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1–6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0922>
- Supo, J. A., & Zacarías, H. R. (2020). *Metodología de la Investigación Científica*. Bioestadístico EEDU. <https://bioestadistico.com/>
- Täljedal, T., Granlund, M., Almqvist, L., Osman, F., Selinus, E. N., & Fängström, K. (2023). Patterns of mental health problems and well-being in children with disabilities in Sweden: A cross-sectional survey and cluster analysis. *PLoS ONE*, 18(7 JULY). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288815>
- Thurow, R. (2016). The First 1,000 Days: A Crucial Time for Mothers and Children - And the World. *Breastfeeding Medicine*, 11(8), 416–418. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0114>
- Thurow, R. (2018). *Los Primeros 1000 Días: Un momento crucial para las madres y los niños, y el mundo*. Publicaffairs.
- Tonon, G. H., Benatuil, D., & Laurito, M. J. (2017). Las dimensiones del bienestar de niños y niñas que viven en Buenos Aires, Argentina. *Sociedad e Infancias*, 1, 165–183. <https://doi.org/10.5209/soci.55330>
- Urbina García, M. Á. (2021). El bienestar de los niños: El aislamiento social durante el confinamiento por el COVID-19 y estrategias efectivas. *Diálogos Sobre Educación*, 22(12), 1–16. <http://dialogossobreeducacion.cucsh.udg.mx/index.php/DSE/article/view/781>
- Vasquez Chachayma, R. (2022). “Calidad de atención en enfermería en la percepción de



*madres de niños menores a 1 año que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2022.* Tesis de titulación, Universidad Tecnológica de los Andes.

Vera Herrera, M. (2021). Calidad de atención del profesional de enfermería según la percepción de madres de niños menores de un año en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica en Ilo. *Revista Médica Del Hospital Hipólito Unanue de Tacna*, 1(1), 1–24. <http://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/163>

Vinaccia-Alpi, S., Abed, N., Ortega-Bechara, A., Raleigh, R., Gómez-Acosta, C. A., Vieira, M. A., Jiménez, Y., López-Pico, L., & Vinasco, B. (2020). Propiedades psicométricas del Children Psychological Well-being Scale en población colombiana. *Psicología y Salud*, 30(2), 265–273. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2660>

Wennergren, M., Berg, K., Frisk Cavefors, A.-S., Edin, H., Ekholm, L., Gelerander, L., Golsäter, M., Hedman, J., Holmgren, A., Karlsson Videhult, F., Levin, A., Silfverdal, S. A., Wallby, T., & Fäldt, A. E. (2023). Swedish Child Health Services Register: A quality register for child health services and children's well-being. *BMJ Paediatrics Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001805>

While, A. E., Heery, E., Sheehan, A. M., & Coyne, I. (2017). Health-related quality of life of young people with long-term illnesses before and after transfer from child to adult healthcare. *Child: Care, Health and Development*, 43(1), 144 – 151. <https://doi.org/10.1111/cch.12410>

World Health Organization. (2022). *Human rights and health*. Newsroom WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>



Zurita Garza, B. (1997). Calidad de la Atención de la Salud. *Anales de La Facultad de Medicina*, 58(1), 9–13. <https://doi.org/10.15381/anales.v58i1.5128>

Zurita Garza, B. (2014). Calidad de la Atención de la Salud. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 58, Issue 1, p. 9). <https://doi.org/10.15381/anales.v58i1.5128>

## Anexo 1: Matriz de Consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Método
<p><b>Descripción del Problema</b></p> <p>En el Perú, el derecho a la salud enfrenta desafíos como infraestructura inadecuada, acceso limitado y calidad deficiente de servicios públicos, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables. Ante esto, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 busca reducir discapacidades y muertes prematuras, priorizando estrategias preventivas como el tamizaje neonatal universal para detectar enfermedades congénitas y brindar tratamiento oportuno.</p> <p>Sin embargo, el programa de tamizaje presenta brechas en cobertura, oportunidad diagnóstica y seguimiento especializado, lo cual compromete el bienestar físico y emocional de los niños afectados. Factores como desinformación materna, falta de monitoreo y experiencias negativas en la atención limitan la adherencia al tamizaje y tratamiento. Asimismo, la calidad percibida del servicio influye en la confianza y satisfacción de las madres, con implicancias para el bienestar infantil.</p> <p>Por ende, este estudio se justifica por su relevancia para orientar mejoras integrales en la calidad del tamizaje neonatal y la atención pediátrica especializada. Los resultados pueden guiar el diseño</p>	<p><b>Objetivo Principal</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.</p> <p><b>Objetivos Secundarios</b></p> <p>OS1. Determinar la relación que existe entre la fiabilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.</p> <p>OS2. Determinar la relación que existe entre la empatía de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.</p> <p>OS3. Determinar la relación que existe entre capacidad de respuesta de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.</p>	<p><b>Hipótesis</b></p> <p>H1. Existe relación significativa y positiva entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.</p> <p>H1a. Existe relación significativa y positiva entre la fiabilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.</p> <p>H1b. Existe relación significativa y positiva entre la empatía de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.</p> <p>H1c. Existe relación significativa y positiva entre la calidad de respuesta de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.</p> <p>H1d. Existe relación significativa y positiva entre la tangibilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>Calidad en el servicio</p> <p><b>Dimensiones V1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiabilidad</li> <li>• Empatía</li> <li>• Capacidad de respuesta</li> <li>• Tangibilidad</li> <li>• Seguridad</li> </ul> <p><b>Variable 2</b></p> <p>Percepción materna del bienestar del menor</p> <p><b>Dimensiones de la V2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar físico percibido</li> <li>• Bienestar psicológico percibido</li> </ul>	<p><b>Diseño</b></p> <p>Tipo: Cuantitativo Nivel: Relacional Diseño: Observacional Temporalidad: Transversal</p> <p><b>Participantes</b></p> <p>Menores de 1 mes a 5 años diagnosticado durante el tamizaje neonatal o posterior con alguna enfermedad o condición especial, metabólico, genético o del desarrollo, que requiere de tratamiento, rehabilitación y/o atención médica por un tiempo prolongado. Como grupo informante, se requirió la participación de sus madres. Participaron 194 madres en un muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p><b>Mediciones</b></p> <p>Técnica: Encuesta Instrumentos: Cuestionarios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario sobre la Percepción Materna del Bienestar del Menor en Condición de Tratamiento (PMBM)</li> <li>• Service Performance Scale-SERVPERF</li> </ul> <p>Cuestionario con validez de contenido y constructo para medir variables subjetivas.</p>

<p>de estrategias efectivas para optimizar la adherencia, responder a las expectativas maternas y promover el desarrollo saludable de niños con condiciones congénitas, fortaleciendo así la implementación de las políticas públicas en salud infantil.</p> <p><b>Enunciado Interrogativo</b></p> <p>¿Existe relación entre la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación?</p>	<p>OS4. Determinar la relación que existe entre la tangibilidad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.</p> <p>OS5. Determinar la relación que existe entre la seguridad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.</p> <p>OS6. Evidenciar que el diagnóstico temprano en el tamizaje neonatal universal influye en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.</p> <p>OS7. Evidenciar que la calidad en el servicio percibido en los centros de tratamiento y rehabilitación influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo.</p>	<p>percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.</p> <p>H1e. Existe relación significativa y positiva entre la seguridad de la calidad en el servicio del programa de tamizaje neonatal universal y la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento y/o rehabilitación.</p> <p>H2. El diagnóstico temprano en el tamizaje neonatal universal influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo durante el período de tratamiento o rehabilitación.</p> <p>H3. La calidad en el servicio percibido en los centros de tratamiento y rehabilitación influye de forma directa y significa en la percepción de las madres sobre el bienestar de su hijo.</p>	<p><b>Procedimiento</b></p> <p>Procedimiento de recolección de datos: por medios virtuales, a través de Google Forms y enviados a través de enlaces en mensajerías instantáneas (WhatsApp). Se brindó información presencial a un grupo de madres para motivar la participación. Se usó una base de datos gracias al apoyo de un director de UGEL y sus colegas, sobre las madres participantes y derivadas a los centros de salud y PRITE por el diagnóstico en el tamizaje neonatal o posterior.</p> <p><b>Técnica de procesamiento y análisis de datos</b></p> <p>Microsoft Excel para el ordenamiento de datos y el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales versión 27 (SPSS Statistics v.27) para el análisis estadístico.</p> <p>Análisis descriptivo e inferencial para la prueba de hipótesis. Análisis de correlación de Spearman y análisis de diferencia de grupos U de Mann-Whitney.</p> <p><b>Aspectos éticos</b></p> <p>Consentimiento informado, anónimo, voluntario, confidencial y con respeto a los códigos de ética y a la dignidad humana.</p>
--	---	--	---

## Anexo 2: Matriz de Operacionalización de las Variables

Variable y Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de Respuesta	Valor Final	Tipo de Variable
<p><b>Percepción materna sobre bienestar del menor (PMBM)</b></p> <p>El bienestar es la percepción particular que tienen las personas sobre el estado de su vida, tanto en su salud como en sus recursos, dependiendo el contexto y la particularidad de cada experiencia (Ryff, 1993). Por tanto, la PMBM toma en cuenta el estado de salud físico y psicológico del menor en tratamiento a partir de la percepción de sus madres.</p>	<p>Es la medición numérica y categórica del valor de percepción obtenido de la madre respecto al bienestar de su hijo menor de edad a través del "Cuestionario sobre la Percepción Materna del Bienestar del Menor en Condición de Tratamiento"</p>	Bienestar Psicológico	Suma total de los ítems 1 al 3	<p><b>Likert:</b></p> <p>1= Nunca 2= Casi nunca 3= A veces 4= Casi siempre 5= Siempre</p>	<p><b>1. Niveles:</b> Bajo=1 Medio=2 Alto=3</p>	<p><b>Variable ordinal:</b></p> <p>Para los valores expresados en niveles.</p>
		Bienestar físico	Suma total de los ítems 4 al 10			
<p><b>Calidad en el Servicio</b></p> <p>La calidad del servicio hace referencia al nivel de excelencia elegido que una institución pretende alcanzar para complacer a sus consumidores, clientes o público objetivo (Moreno &amp; Betancurth, 2019).</p>	<p>Es la medición numérica y categórica del valor de percepción de calidad en el servicio obtenido a través del "Service Performance Scale-SERVPERF" (Cronin &amp; Taylor, 1992).</p>	Fiabilidad	Suma total de los ítems 1 al 5	<p><b>Likert:</b></p> <p>1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Indiferente 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo</p>	<p><b>2. Puntajes directos:</b> Suma total de los puntajes de todas las preguntas y de cada dimensión.</p>	<p><b>Variable numérica:</b></p> <p>Para los puntajes directos.</p>
		Empatía	Suma total de los ítems 6 al 10			
		Capacidad de respuesta	Suma total de los ítems 11 al 14			
		Tangibilidad	Suma total de los ítems 15 al 18			
		Seguridad	Suma total de los ítems 19 al 22			

### **Anexo 3: Consentimiento Informado**

Estimada mamita, el presente cuestionario pretende recoger información sobre la percepción que usted tiene respecto al bienestar relacionado a la salud de su hijo(a) que ha sido diagnosticado(a) con alguna enfermedad o condición especial metabólica, genética o del desarrollo, durante el tamizaje neonatal o posterior por el cual requiere tratamiento y/o rehabilitación por un tiempo prolongado.

No se preocupe si las preguntas le hacen pensar que necesita información profesional, puesto que el objetivo de este cuestionario no es verificar sus conocimientos en salud, sino conocer sus valoraciones respecto al bienestar de su hijo(a) producto del diagnóstico oportuno, tratamiento y/o rehabilitación que recibe o ha recibido en los centros de salud y los Programas de Intervención Temprana (PRITE).

Además, le agradeceremos pueda contestar algunas consultas sobre la calidad del servicio recibido tanto en el proceso de atención y diagnóstico en el tamizaje neonatal, así como en el proceso de atención y rehabilitación que ha seguido.

Por favor, le rogamos pueda contestar estas preguntas de forma sincera, teniendo en cuenta de que puede abandonar la secuencia del cuestionario en cualquier momento.

Los investigadores informan que la participación en la presente encuesta es libre y voluntaria, por lo que las participantes no están obligadas a iniciar o culminar su desarrollo. Además, los investigadores garantizan que la información recibida será utilizada estrictamente para los fines de la investigación, garantizando la confidencialidad, anonimato, voluntariedad y respeto en todo el proceso. La continuidad en el desarrollo del cuestionario es respuesta afirmativa del consentimiento.



**Anexo 4: Ficha de Datos Sociodemográficos del Menor**

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>
Sexo	Femenino
	Masculino
Grupo etario (Edad agrupada en meses)	0 – 03 meses
	04 – 06 meses
	07 – 12 meses
	13 – 24 meses
	25 – 48 meses
	49 – 60 meses
Escolaridad del menor	Estimulación temprana
	Inicial de 2 años
	Inicial de 3 años
	Inicial de 4 años
	Inicial de 5 años
	Guardería
	Educación alternativa
	No inicia escolaridad

### Anexo 5: Ficha de Datos Sociodemográficos de la Madre

Variables	Categorías
Grupo etario (Edad agrupada)	De 18 a 20 años
	De 21 a 25 años
	De 26 a 30 años
	De 31 a 40 años
	De 41 a 50 años
Hijos	1 hijo
	2 hijos
	3 hijos
	4 hijos
Nacionalidad	Peruana
	Extranjera
Residencia	Lima
	Callao
	Provincia- zonas urbanas
	Provincia- zonas rurales
	Extranjero
Estudios	Primaria incompleta
	Primaria completa
	Secundaria incompleta
	Secundaria completa
	Estudios técnicos
	Estudios universitarios
Trabajo	Sin empleo
	Trabajo informal
	Trabajo formal dependiente
	Emprendedora
Situación conyugal	Madre soltera
	Casada
	Conviviente
Apoyo	Sin apoyo
	Solo de la pareja
	Solo de familiares o amigos
	Pareja y familiares o amigos
	Con apoyo contratado

**Anexo 6: Consultas de Inicio sobre el Tamizaje y el Servicio de Tratamiento y/o****Rehabilitación**

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>
Tamizaje	Sí realizó tamizaje
	No realizó tamizaje
Lugar de tratamiento y rehabilitación	En un centro de salud
	En un PRITE
	En un centro de salud y un PRITE
Meses de tratamiento	Menos de 1 mes
	01 – 03 meses
	04 – 06 meses
	07 – 12 meses
	13 – 24 meses
	25 – 36 meses
Calidad del servicio en el tamizaje	No pasó por el tamizaje
	Muy malo
	Malo
	Regular
	Bueno
	Muy bueno
Calidad del servicio de los centros de tratamiento y rehabilitación	Muy malo
	Malo
	Regular
	Bueno
	Muy bueno

**Anexo 7: Cuestionario sobre la Percepción Materna del Bienestar del Menor en  
Condición de Tratamiento (PMBM)**

A continuación, se presentan 12 afirmaciones que usted deberá valorar en un rango de 1 al 5, considerando los siguientes valores:

**1. Nunca    2. Casi nunca    3. A veces    4. Casi siempre    5. Siempre**

Recuerde que la respuesta es sobre cómo usted valora o percibe el bienestar de su menor hijo en su proceso de su tratamiento. En caso de no continuar con el tratamiento, considere responder tomando en cuenta el tiempo cuando su hijo recibía atención en este servicio.

**Cuando mi hijo(a) lleva o llevaba su tratamiento yo...:**

	<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>AV</b>	<b>S</b>	<b>CS</b>
1. Percibo que mi hijo(a) se irrita menos y/o con menos frecuencia.	1	2	3	4	5
2. Percibo que la intensidad de los llantos de mi hijo(a) es menor.	1	2	3	4	5
3. Percibo que me está costando menos calmar los llantos de mi hijo(a).	1	2	3	4	5
4. Percibo que mi hijo(a) duerme plácidamente en sus descansos del día.	1	2	3	4	5
5. Percibo que la demanda de alimento de mi hijo(a) es cada vez mejor.	1	2	3	4	5
6. Percibo que mi hijo(a) está creciendo y ganando peso cada vez mejor.	1	2	3	4	5
7. Percibo que mi hijo(a) responde mejor a mi estímulo materno (voz o canciones o cariño, etc.)	1	2	3	4	5
8. Percibo que mi hijo(a) responde mucho mejor a los objetos lúdicos (sonajas, juguetes de tacto o de sonido)	1	2	3	4	5
9. Percibo que mi hijo(a) está más activo, juega y tiene más energía.	1	2	3	4	5

10. Percibo una evolución positiva en la salud de mi hijo(a) respecto a su diagnóstico.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

### Anexo 8: Service Performance Scale- SERVPERF

A continuación, se le solicita evaluar la calidad del servicio que usted y su menor hijo(a) han recibido en el proceso de tamizaje y/o en el centro de rehabilitación. Se presentan 22 afirmaciones que usted deberá calificar considerando los siguientes valores que van desde el menos favorable hasta el más favorable:

- 1. Totalmente en desacuerdo      2. En desacuerdo      3. Indiferente**  
**4. De acuerdo                      5. Totalmente de acuerdo**

Recuerda que la evaluación es sobre el momento en que recibieron el servicio, ya sea del tamizaje o de la rehabilitación (o ambos), por ello, se recomienda evocar la experiencia que ha pasado en estos servicios.

	<b>TD</b>	<b>ED</b>	<b>I</b>	<b>DA</b>	<b>TA</b>
P1_Fia ¿El personal está bien uniformado y con apariencia cuidada?	1	2	3	4	5
P2_Fia ¿El personal demuestra igualdad en el trato para todos los pacientes?	1	2	3	4	5
P3_Fia ¿El personal demuestra estar capacitado para prestar el servicio?	1	2	3	4	5
P4_Fia ¿El personal cuenta con el conocimiento adecuado al realizar su trabajo?	1	2	3	4	5
P5_Fia ¿El personal inspira confianza y seguridad?	1	2	3	4	5
P6_Emp ¿El personal demuestra una actitud positiva hacia la atención de los pacientes?	1	2	3	4	5
P7_Emp ¿Cuándo usted tiene un problema, el personal demuestra interés en solucionarlo?	1	2	3	4	5

P8_Emp ¿El centro de salud y/o de rehabilitación ofrece horarios convenientes para todos los pacientes?	1	2	3	4	5
P9_Emp ¿El personal entiende las necesidades específicas de los pacientes?	1	2	3	4	5
P10_Emp ¿El personal es comunicativo y asertivo en el servicio que brindan?	1	2	3	4	5
P11_CR ¿Está conforme con el tiempo en que el servicio es brindado?	1	2	3	4	5
P12_CR Cuando el personal promete hacer algo en cierto tiempo, ¿lo cumple?	1	2	3	4	5
P13_CR ¿El personal demuestra buena disposición ante cualquier inconveniente?	1	2	3	4	5
P14_CR ¿El personal siempre está dispuesto a ayudar a los pacientes y familiares?	1	2	3	4	5
P15_Tang ¿Los folletos, banners, cartelera, decoración y similares del centro de salud y/o de rehabilitación son visualmente atractivos y claros?	1	2	3	4	5
P_16 Tang ¿Existen materiales suficientes para la presentación y prestación del servicio?	1	2	3	4	5
P17_Tang ¿Las instalaciones del centro de salud y/o rehabilitación son limpias, cuidadas y aptas para uso del paciente?	1	2	3	4	5
P18_Tang ¿El centro de salud y/o rehabilitación tiene equipos y tecnología actualizada para brindar un mejor servicio?	1	2	3	4	5
P19_Seg ¿El comportamiento del personal le transmite confianza?	1	2	3	4	5
P20_Seg ¿Siente congruencia del servicio brindado con el que pensaba recibir?	1	2	3	4	5
P21_Seg ¿El personal demuestra capacidad de organización del servicio?	1	2	3	4	5
P22_Seg ¿El personal demuestra el correcto manejo de	1	2	3	4	5

sus equipos?					
--------------	--	--	--	--	--

### Anexo 9: Interpretación de los Valores de Confiabilidad del Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Interpretación
Coeficiente alfa > 0,9	Confiabilidad Excelente
Coeficiente alfa > 0,8	Confiabilidad Buena
Coeficiente alfa > 0,7	Confiabilidad Aceptable
Coeficiente alfa > 0,6	Confiabilidad Cuestionable
Coeficiente alfa > 0,5	Confiabilidad Pobre
Coeficiente alfa < 0,5	Confiabilidad Inaceptable

*Nota.* Copyright: SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference (George & Mallery, 2019, p. 244)

### Anexo 10: Interpretación de los Valores del Coeficiente de Correlación

Coeficiente	Interpretación
-1	Correlación negativa perfecta
-0,9	Correlación negativa muy fuerte
-0,75	Correlación negativa considerable
-0,5	Correlación negativa media
-0,25	Correlación negativa débil
-0,1	Correlación negativa muy débil
0	No existe correlación
+0,1	Correlación positiva muy débil
+0,25	Correlación positiva débil
+0,5	Correlación positiva media
+0,75	Correlación positiva considerable
+0,9	Correlación positiva muy fuerte
+1	Correlación positiva perfecta

*Nota.* Copyright: Metodología de la investigación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019).