

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA,
NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA.
UNIDAD DE POSTGRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA MENCION EN
GERENCIA



TESIS DE GRADO

“ELEMENTOS DE LA RELACIÓN MEDICO
PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN
HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL DEL
NIÑO “Dr. OVIDIO ALIAGA U.”

MAESTRANTE: LIC. FÉLIX JHOMAR CABALLERO MANJÓN
TUTOR : DR. JOSE LUIS SAN MIGUEL

La Paz-Bolivia
2010

RESUMEN

FUNDAMENTO: Se describe y relaciona los aspectos de la relación medico paciente y la calidad de atención en hospitalización de niños (a)

METODO: Cuestionario de Percepción del Usuario Pediátrico en Calidad de Atención en Servicios de Hospitalización dirigido a: 90 niños hospitalizados entre 7 y 11 años de edad. Guía de Observación Relación Medico Paciente Pediátrico y Elementos Relacionados a Indicadores de Calidad de Atención en Hospitalización dirigido a: 55 profesionales titulados en Medicina y Enfermería.

RESULTADOS: La percepción de satisfacción en el usuario pediátrico de la atención hospitalaria como factor de calidad de atención y su vinculación directa con la relación médico paciente como elemento esencial en la prestación de servicios pediátricos en salud depende de una serie de circunstancias, la percepción de insatisfacción estuvo relacionada con omisiones en las acciones por inadecuadas relaciones interpersonales.

Los resultados revelan respuestas adversas al análisis de un nivel de satisfacción global del usuario pediátrico, en términos porcentuales, a un 33% de insatisfacción frente a un 67% del total de la población infantil hospitalizada con un nivel de percepción adecuado en cuanto satisfacción y calidad de atención de la relación medico paciente se refiere.

En la aplicación de la Guía de Observación se evidencio elevados porcentajes en criterios de calificación tipo “Adecuado” y “Optimo” que en promedio al total de datos estos corresponden a un 54% del tipo “Adecuado”, un 36% del tipo “Optimo” y tan solo un 10% del tipo “Inadecuado” En la revisión de los datos solo dos ítems muestran un elevado porcentaje en el tipo de criterio de calificación “Inadecuado” correspondientes a los criterios de observación “*Relación familia médico*” y “*Relación familia enfermera*” respectivamente, lo cual muestra un déficit en el trato y atención que otorgan el médico y la enfermera al entorno familiar del niño.

CONCLUSIONES: Los procesos de relación médico-paciente juegan un papel mediador entre los indicadores de calidad de atención en servicios de hospitalización pediátricos. La mejora de la atención y de la relación médico-paciente pediátrico en hospitalización requiere una visión y una actuación multidimensional que va más allá de las intervenciones sobre factores individuales del médico y del paciente pediátrico.

INDICE

INTRODUCCION	No. Pagina
	11

CAPITULO I

DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.	Justificación	13
1.2.	Planteamiento del Problema	14
1.3.	Formulación del Problema	16

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1.	Acerca del niño hospitalizado	17
2.2.	Factores en relación con la respuesta a la enfermedad	18
2.3.	El niño enfermo	20
2.4.	Aspectos principales en la relación entre el medico y el paciente	21
2.4.1.	La acción terapéutica del medico	25
2.4.2.	El efecto placebo	28
2.5.	Sobre las definiciones de Calidad de la Atención en Salud	29
2.5.1.	Doctrina de la Calidad	31
2.5.2.	Definiciones	32
2.5.3.	Otras Definiciones	33
2.6.	Calidad en los Servicios en Salud en Bolivia	34
2.7.	Filosofía de la Calidad Total	36
2.7.1.	Fundamentos	37

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1	Objetivos de la Investigación	39
-----	-------------------------------	----

3.1.1	Objetivo General	39
3.1.2	Objetivos Específicos	39
3.2	Hipótesis	39
3.2.1	Hipótesis de Investigación	39
3.3	Variables	39
3.3.1	Variable Independiente	40
3.3.2	Variable Dependiente	40
3.4	Operalización de Variables	40
3.5	Hipótesis Estadística	41
3.5.1	Hipótesis Estadística de Correlación	41
3.6	Diseño de la Investigación	41
3.7	Alcance de la Investigación	42
3.8	Sujetos de la Investigación	42
3.8.1	Población	42
3.8.2	Muestra	43
3.8.3	Población del Personal Medico	43
3.8.3.1	Criterios de Inclusión	43
3.8.3.2	Criterios de Exclusión	44
3.8.4	Población de Pacientes Pediátricos	45
3.8.4.1	Criterios de Inclusión	45
3.8.4.2	Criterios de Exclusión	45
3.8.5	Calculo del Tamaño Muestral	45
3.9	Instrumentos	47
3.10	Consideraciones ético- administrativas	48
3.11	Presupuesto	48
3.12	Cronograma	49
3.13	Procedimiento	49
3.13.1	Primera fase	49
3.13.2	Segunda fase	50
3.13.3	Tercera fase	50
3.14	Plan de Análisis	50

CAPITULO IV

EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1	Análisis Estadístico Descriptivo	52
4.1.1	Instrumento Aplicado: Cuestionario de Percepción del Usuario Pediátrico en Calidad de Atención en Servicios de Hospitalización.	52
4.1.2	Instrumento Aplicado: Guía de Observación Relación Medico Paciente Pediátrico y Elementos Relacionados a Indicadores de Calidad de Atención en Hospitalización.	58
4.2	Análisis de Frecuencias	64
4.2.1	Cuestionario de Percepción del Usuario Pediátrico en Calidad De Atención en Servicios de Hospitalización.	64
4.2.2	Guía de Observación Relación Medico Paciente Pediátrico y Elementos Relacionados a Indicadores de Calidad de Atención en Hospitalización.	74
4.3	Análisis Estadístico Inferencial	87
4.3.1	Correlación de Pearson	87
4.3.2	Correlación de Pearson Cuestionario de Percepción del Usuario Pediátrico en Calidad de Atención en Servicios de Hospitalización y Guía de Observación Relación Medico Paciente Pediátrico y Elementos Relacionados a Indicadores de Calidad de Atención en Hospitalización.	88
4.3.2.1	Correlación Pregunta No.1 Cuestionario de Percepción; Ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 Guía de Observación	89
4.3.2.2	Correlación Pregunta No.2 Cuestionario de Percepción; Ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 Guía de Observación	92
4.3.2.3	Correlación Pregunta No.3 Cuestionario de Percepción; Ítems 1, 3, 7, 9 Guía de Observación	95
4.3.2.4	Correlación Pregunta No.4 Cuestionario de Percepción; Ítem No. 10 Guía de Observación	97

4.3.2.5	Correlación Pregunta No.5 Cuestionario de Percepción; Ítem No. 11 Guía de Observación	98
4.3.2.6	Correlación Pregunta No.6 Cuestionario de Percepción; Ítems 1, 3, 7, 9 Guía de Observación	99
4.3.2.7	Correlación Pregunta No.7 Cuestionario de Percepción; Ítems 2, 4, 8, 9 Guía de Observación	100
4.3.2.8	Correlación Pregunta No.8 Cuestionario de Percepción; Ítems 1, 3, 5, 7 Guía de Observación	102
4.3.2.9	Correlación Pregunta No.9 Cuestionario de Percepción; Ítems 2, 4, 6, 8 Guía de Observación	103
4.3.3	Prueba de Chi – Cuadrado	105
4.3.4	Prueba de Chi – Cuadrado Cuestionario de Percepción del Usuario Pediátrico en Calidad de Atención en Servicios de Hospitalización y Guía de Observación Relación Medico Paciente Pediátrico y Elementos Relacionados a Indicadores de Calidad de Atención en Hospitalización.	106
4.3.4.1	Pregunta No.1 Cuestionario de Percepción Ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 Guía de Observación	106
4.3.4.2	Pregunta No.2 Cuestionario de Percepción Ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 Guía de Observación	111
4.3.4.3	Pregunta No.3 Cuestionario de Percepción Ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 Guía de Observación	115
4.3.4.4	Pregunta No.4 Cuestionario de Percepción Ítem 10 Guía de Observación	119
4.3.4.5	Pregunta No.5 Cuestionario de Percepción Ítem 11 Guía de Observación	120
4.3.4.6	Pregunta No.6 Cuestionario de Percepción Ítems 1, 3, 7, 9 Guía de Observación	121
4.3.4.7	Pregunta No.7 Cuestionario de Percepción Ítems 2, 4, 8, 9 Guía de Observación	124
4.3.4.8	Pregunta No.8 Cuestionario de Percepción	126

Ítems 1, 3, 5, 7 Guía de Observación	
4.3.4.9 Pregunta No.9 Cuestionario de Percepción	129
Ítems 2, 4, 6, 8 Guía de Observación	

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones y Recomendaciones	133
------------------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y CITADA	144
---	-----

ANEXOS	148
---------------	-----

Instrumento No.1	148
------------------	-----

Instrumento No.2	150
------------------	-----

INDICE DE CUADROS, GRAFICOS Y TABLAS

	No. Pagina
Cuadro No.1 Operacionalización Variable Independiente	40
Cuadro No.2 Operacionalización Variable Dependiente	40
Cuadro No.3 Pacientes Hospitalizados	43
Cuadro No.4 Criterios de exclusión e inclusión	44
Cuadro No.5 Plan de Análisis 1	51
Cuadro No.6 Plan de Análisis 2	51
Grafico No.1 Sala de Hospitalización	53
Grafico No.2 Edad del niño(a)	53
Grafico No.3 Sexo del niño (a)	54
Grafico No.4 Grado Escolar	55
Grafico No.5 Fecha de Aplicación del Cuestionario	56
Grafico No.6 Periodo de Estancia a la fecha de aplicación	57
Grafico No.7 Servicio de Hospitalización	58
Grafico No.8 Sexo del Medico o Enfermera	59
Grafico No.9 Profesión	60
Grafico No.10 Otros Estudios	61

Grafico No.11 Cargo	61
Grafico No.12 Antigüedad	62
Grafico No.13 Pregunta No.1	64
Grafico No.14 Pregunta No.2	65
Grafico No.15 Pregunta No.3	66
Grafico No.16 Pregunta No.4	67
Grafico No.17 Pregunta No.5	68
Grafico No.18 Pregunta No.6	70
Grafico No.19 Pregunta No.7	71
Grafico No.20 Pregunta No.8	72
Grafico No.21 Pregunta No.9	73
Grafico No.22 Ítem No.1	74
Grafico No.23 Ítem No.2	75
Grafico No.24 Ítem No.3	76
Grafico No.25 Ítem No.4	77
Grafico No.26 Ítem No.5	78
Grafico No.27 Ítem No.6	80
Grafico No.28 Ítem No.7	81
Grafico No.29 Ítem No.8	82
Grafico No.30 Ítem No.9	83
Grafico No.31 Ítem No.10	84
Grafico No.32 Ítem No.11	85
Tabla No.1 Correlación de Pearson	89
Tabla No.2 Correlación de Pearson	89
Tabla No.3 Correlación de Pearson	89
Tabla No.4 Correlación de Pearson	90
Tabla No.5 Correlación de Pearson	90
Tabla No.6 Correlación de Pearson	90
Tabla No.7 Correlación de Pearson	91
Tabla No.8 Correlación de Pearson	92
Tabla No.9 Correlación de Pearson	93

Tabla No.10 Correlación de Pearson	93
Tabla No.11 Correlación de Pearson	93
Tabla No.12 Correlación de Pearson	94
Tabla No.13 Correlación de Pearson	94
Tabla No.14 Correlación de Pearson	94
Tabla No.15 Correlación de Pearson	95
Tabla No.16 Correlación de Pearson	96
Tabla No.17 Correlación de Pearson	96
Tabla No.18 Correlación de Pearson	96
Tabla No.19 Correlación de Pearson	97
Tabla No.20 Correlación de Pearson	98
Tabla No.21 Correlación de Pearson	99
Tabla No.22 Correlación de Pearson	99
Tabla No.23 Correlación de Pearson	99
Tabla No.24 Correlación de Pearson	99
Tabla No.25 Correlación de Pearson	100
Tabla No.26 Correlación de Pearson	100
Tabla No.27 Correlación de Pearson	101
Tabla No.28 Correlación de Pearson	101
Tabla No.29 Correlación de Pearson	102
Tabla No.30 Correlación de Pearson	102
Tabla No.31 Correlación de Pearson	102
Tabla No.32 Correlación de Pearson	103
Tabla No.33 Correlación de Pearson	103
Tabla No.34 Correlación de Pearson	104
Tabla No.35 Correlación de Pearson	104
Tabla No.36 Correlación de Pearson	104
Tabla No.37 Prueba de Chi – Cuadrada	107
Tabla No.38 Prueba de Chi – Cuadrada	107
Tabla No.39 Prueba de Chi – Cuadrada	108
Tabla No.40 Prueba de Chi – Cuadrada	108

Tabla No.41 Prueba de Chi – Cuadrada	109
Tabla No.42 Prueba de Chi – Cuadrada	109
Tabla No.43 Prueba de Chi – Cuadrada	110
Tabla No.44 Prueba de Chi – Cuadrada	111
Tabla No.45 Prueba de Chi – Cuadrada	112
Tabla No.46 Prueba de Chi – Cuadrada	112
Tabla No.47 Prueba de Chi – Cuadrada	113
Tabla No.48 Prueba de Chi – Cuadrada	113
Tabla No.49 Prueba de Chi – Cuadrada	114
Tabla No.50 Prueba de Chi – Cuadrada	115
Tabla No.51 Prueba de Chi – Cuadrada	116
Tabla No.52 Prueba de Chi – Cuadrada	116
Tabla No.53 Prueba de Chi – Cuadrada	117
Tabla No.54 Prueba de Chi – Cuadrada	117
Tabla No.55 Prueba de Chi – Cuadrada	118
Tabla No.56 Prueba de Chi – Cuadrada	118
Tabla No.57 Prueba de Chi – Cuadrada	119
Tabla No.58 Prueba de Chi – Cuadrada	120
Tabla No.59 Prueba de Chi – Cuadrada	121
Tabla No.60 Prueba de Chi – Cuadrada	122
Tabla No.61 Prueba de Chi – Cuadrada	122
Tabla No.62 Prueba de Chi – Cuadrada	123
Tabla No.63 Prueba de Chi – Cuadrada	123
Tabla No.64 Prueba de Chi – Cuadrada	124
Tabla No.65 Prueba de Chi – Cuadrada	125
Tabla No.66 Prueba de Chi – Cuadrada	125
Tabla No.67 Prueba de Chi – Cuadrada	126
Tabla No.68 Prueba de Chi – Cuadrada	127
Tabla No.69 Prueba de Chi – Cuadrada	127
Tabla No.70 Prueba de Chi – Cuadrada	128
Tabla No.71 Prueba de Chi – Cuadrada	128

Tabla No.72 Prueba de Chi – Cuadrada	130
Tabla No.73 Prueba de Chi – Cuadrada	130
Tabla No.74 Prueba de Chi – Cuadrada	131
Tabla No.75 Prueba de Chi – Cuadrada	131

DERECHOS RESERVADOS DEL AUTOR¹

¹ Ninguna parte de este documento puede ser reproducida ni transmitida en forma alguna, por ningún medio, sea este manual, mecánico o electrónico, incluida la fotocopia, el grabado y la informática, bajo pena de ley. LEY N° 1322

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende establecer los elementos de la relación médico – paciente que influyen en la calidad de atención en la prestación de servicios de hospitalización pediátrica. Para tal efecto el Hospital pediátrico “Dr. Ovidio Aliaga U.” De la ciudad de La Paz se constituirá en la base muestral para el proceso de investigación. Este Hospital, conocido comúnmente como el Hospital del Niño cuenta con todos los servicios de especialización pediátrica además de ser uno de los pocos centros que presta atención a niños provenientes de familias con escasos recursos económicos.

En cuanto a la relación médico paciente, evidentemente el psicoanálisis produjo investigaciones de relevancia, en especial en el esclarecimiento de los procesos de transferencia y contra transferencia, aspectos que para la investigación no serán tomados en cuenta debido a la delimitación temática centrada en la influencia de los factores en la calidad de prestación de servicios de hospitalización. De igual manera, no se consideraron enfoques cognitivos ni conductuales, por cuanto implican el desarrollo especializado de determinados postulados e instrumentos de investigación que no infieren a la investigación de acuerdo a la delimitación previamente señalada.

Ahora bien, la relación médico-paciente, uno de los aspectos temáticos de la presente propuesta de investigación, dada la trascendencia psicológica del proceso de enfermar físico o mental, es uno de los factores más relevantes a tener en cuenta en el contexto de la atención y asistencia de la atención médica y en concreto en el marco de la entrevista. La entrevista médica es el tipo de encuentro entre un terapeuta y un paciente, en el que existe una especial forma de comunicación, encaminada a conseguir un fin común, el diagnóstico de la dolencia por la que se consultó y, si fuera posible, su curación. Este modo peculiar de relación personal está determinado en su base por la situación vital del paciente, que pide ayuda ante su enfermedad, y del médico que a través de sus capacidades esta dispuesto a prestar esa ayuda que se espera de él.²

² MECHANIC D, VOLKART EH. Stress. Revista Americana de Psicología. No.26:1961 Págs.51-58

A pesar de la progresiva tecnificación de los medios que la ciencia ha puesto en las manos del médico en el último siglo, el elemento principal e imprescindible de la acción terapéutica de éste, continua siendo el contacto que se establece entre el médico y el paciente, ya sea como fuente de información y diagnóstico, o como elemento de curación.

En cuanto a la calidad de atención hay que puntualizar que este está referido a la atención profesional que un servicio de salud puede ofrecer en el marco de una gestión hospitalaria, con fines preventivos y / o curativos, de la misma manera, bajo el enfoque de la presente investigación, está referida a alcanzar una mayor satisfacción de los usuarios vinculado a una atención integral en salud generando a su vez concepciones teóricas que sirvan de apoyo a los gerentes de servicios hospitalarios, así como a los cuadros de mando de servicios de hospitalización interesados en buscar, desarrollar e implementar medidas que mejoren el proceso de atención del usuario.

Cuando estamos hablando de calidad, ciertamente estamos hablando de todo: calidad en el proceso de relación con el médico, el doctor que nos va a atender, calidad en la enfermera, calidad en los uniformes, calidad en la limpieza, calidad en las instalaciones, calidad en los equipos, calidad en el trato, calidad en la amabilidad.

En este sentido para el cumplimiento de los propósitos de la presente investigación se conjuncionan aspectos teóricos, metodológicos y empíricos.

CAPITULO I

DELIMITACION DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Justificación

La salud ha llegado a ocupar un lugar de extraordinaria importancia en la vida personal y social. El cultivo de modos de vida saludables se ha convertido en un objetivo al que muchos individuos consagran gran parte de su tiempo y su energía. Y la sociedad dedica una significativa proporción de sus recursos económicos a los cuidados sanitarios. Aunque desde luego, no siempre ha ocurrido así.

Ahora bien, de que se esta hablando cuando se menciona “salud”, en las últimas décadas ha aparecido estudios que han intentado definir la salud desde diferentes puntos de vista: antropológico, sociológico, médico, histórico y filosófico.³

De manera concreta, en el contexto médico – asistencial predominan los objetivos curativos y pragmáticos. Su paradigma de acción es la asistencia médica individualizada a enfermos que padecen enfermedades reconocibles, con alteraciones corporales evidentes. En este contexto el concepto primario es de enfermedad objetiva, diagnosticable por sus signos anatómicos, físicos o químicos, estas enfermedades son el conjunto de las especies definidas por la ciencia médica; la salud por su parte, tiende a ser concebida negativamente, como mera ausencia de enfermedad, no se la inscribe en el contexto dialéctico del proceso salud – enfermedad.⁴

A veces no se acuerda uno de la salud, más que cuando se la pierde o cuando uno ya está con problemas, cuando bien atendida la salud, de manera preventiva, podemos retrasar o inclusive impedir que llegue la enfermedad. Sin embargo cuando hay enfermedad,

³ SÁNCHEZ-GONZALES, Miguel. El concepto de salud: análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales. Universidad Complutense de Madrid. España. 1999

⁴ SÁNCHEZ-GONZALES, MA. La clasificación de las enfermedades: funcionales actuales y fundamentos históricos. Medicina Clínica, 1991. Pág. 96.

ciertamente queremos acceder a un sistema de salud, que nos reciba con cordialidad, con calidez, con amabilidad, que nos reciba con calidad, que nos dé confianza en que vamos a superar el problema de la salud. Son momentos en que cada persona nos sentimos muy solos, a veces muy tristes, a veces el dolor merma nuestras facultades. Es tan importante la enfermera, es tan importante el doctor, es tan importante el hospital, es tan importante el centro de salud, tan importante la buena medicina, que sin duda la investigación en esta área es una de las grandes prioridades.

En consecuencia, cuando se hospitaliza a un niño, no basta con obtener la cura del mal o patología que posibilitó su internación, también es importante tratar aquellos elementos emergentes de la relación médico – paciente, que generan indicadores desfavorables en el concepto de calidad de atención en la prestación de servicios de hospitalización, haciendo una vez más hincapié en que la calidad de atención conlleva hablar de trato digno en los servicios de salud, que no es otra cosa que el respeto a la población usuaria, en el marco de un trato humanizado, permitiendo lograr empatías entre el personal de salud y el usuario que ya es una fortaleza de la imagen del servicio, permitiendo que éste y sus profesionales generen prestigio local, nacional e incluso internacional.

1.2. Planteamiento del Problema

Cuando un niño es internado a un centro hospitalario, se espera de la institución la mejor atención y la pronta recuperación de la persona enferma. Sin embargo, es probable que el buen trato al niño pueda presentar algunas deficiencias a partir de algunas situaciones específicas y no intencionadas de parte del personal del Hospital, como por ejemplo, la necesidad de atender a muchos niños y no poder disponer de más tiempo para mejorar la relación médico – paciente, factores de personalidad y temperamento, edad o estilo de trabajo, que impiden que el personal médico establezca una relación empática y de calidad con los pacientes; problemas de infraestructura y falta de ambientes equipados y diseñados para la atención pediátrica. No obstante, pese a las deficiencias físicas y de infraestructura que se tenga, el personal médico y paramédico debe tener la capacidad de

desarrollo en su trabajo bajo principios de normatividad en cuanto trato digno que en los servicios de salud no es otra cosa que el respeto a la población usuaria.

Se conoce que el ingreso de un niño en un centro hospitalario tiene sobre él una repercusión específica, la cual, en buena parte podría ser analizada al margen de la enfermedad misma y de los medios terapéuticos aplicados para combatirla.

Ya de por sí, en efecto, la separación del medio familiar que la hospitalización comporta, más o menos prolongada, puede afectar al niño sensiblemente tanto más mientras se encuentre en una edad muy temprana todavía como para haber podido alcanzar suficiente grado de maduración personal, así de la misma manera la respuesta afectiva, al declarar la enfermedad podría compensar o fomentar la inseguridad, originando en el paciente cierto número de modificaciones que se manifiestan a través de cuadros sintomatológicos.

Al margen del conjunto de alteraciones en la esfera psíquica que puede presentar un niño por la serie de elementos estresores que genera el contexto hospitalario, es importante destacar los elementos en la relación médico – paciente que pueden generar estados de tensión en los niños y por ende afectar los niveles de calidad en la atención si no se manejan adecuadamente los instrumentos de comunicación para la valoración, diagnóstico y tratamiento. Así es que, según varios autores. “el etnocentrismo profesional médico, caracterizado por hegemonía, paternalismo y tecno – adicción, que tiene como consecuencia la no- contemplación de los derechos del paciente, tales como su autonomía, derecho a la intimidad y a un consentimiento informado, han ido dando lugar a modelos de relación más simétricos”⁵ . Por otro lado el avance de la aparatología que la moderna tecnología ha incorporado al quehacer médico y el surgimiento de nuevas instituciones burocráticas que se han adueñado del sistema de salud, han alejado en gran medida al médico de su paciente.⁶

⁵ LAPACÓ, M, HERNAN, M y NAVARI, C. El manejo de la información en el paciente pediátrico. Archivo argentino Pediátrico. Argentina 1996. Pág. 94.

⁶ LEAL QUEVEDO, F. J y MENDOZA VEGA, J. Hacia una medicina más humana. Bogotá, Ed. Médica Internacional, 1997.

Sin embargo, la entrevista se mantiene como la irremplazable institución básica de su relación, y es en ella donde se establece la sustancia fundamental de tal interrelación. Indudablemente, y como punto de partida inicial para garantizar una relación duradera de confianza mutua, el diálogo amistoso, abierto y cordial entre médico y paciente es indispensable.

En la actualidad la relación médico paciente es una relación no siempre satisfactoria para el niño, debido a las limitaciones del sistema hospitalario en el país y a la formación de los recursos humanos en salud. Siendo uno de los factores más negativos la atención masificada y por consiguiente alejada a una óptima relación medico paciente que se da a los niños, incrementando de esta manera aquellos indicadores desfavorables a una atención de calidad de servicios hospitalarios pediátricos.

Por el contrario, una adecuada relación médico niño debería ser aquella intermediada por el trato personalizado, el seguimiento pormenorizado, de manera que la relación entre el paciente pediátrico y el médico no sea esporádica, sino como una relación cordial, amistosa y a largo plazo, donde el médico llegue a ser considerado como parte del entorno afectivo del niño, fortaleciendo de esta manera la imagen del centro hospitalario y así permitir que éste y sus profesionales ganen prestigio local, nacional e incluso internacional.

1.3. Formulación del Problema.

Planteado el análisis del problema a investigar, la pregunta para el presente trabajo se formula de la siguiente manera:

¿Cuáles serán los elementos de la relación médico-paciente relacionados a indicadores favorables en la calidad de atención en la prestación de servicios médicos de hospitalización en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga U.” en la gestión 2008?

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Acerca del niño hospitalizado.

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

La hospitalización de un niño conlleva siempre y necesariamente la separación de su entorno familiar y el contacto con un ambiente extraño: el hospital. Ambas circunstancias constituyen un posible factor de riesgo para el pequeño paciente. Además, la hospitalización puede suponer la mera privación familiar y afectiva, pero también la privación cultural y escolar, así como la disminución de las relaciones sociales.

Todo ello son los naturales resultados de las restricciones que le son impuestas al niño en su interacción con el medio hospitalario. Es decir, la situación por la que atraviesa un niño hospitalizado está más que cargada de elementos negativos de todo tipo: la enfermedad en sí, el dolor físico y psíquico, la separación de la familia, la ruptura del proceso escolar.

En la hospitalización del niño se produce un temor que hace que se vuelva exigente con sus padres, demandando no sólo su presencia física sino también su constante cariño y aliento. La madre se siente atormentada por su necesidad de permanecer en el hospital con el paciente pediátrico y la de volver a su casa para cumplir con los deberes del hogar. Los cambios en los roles familiares no son nunca fáciles pero sí necesarios, y puede que sea el padre ahora, quien deba asumir mayores responsabilidades en el hogar.

2.2. Factores en relación con la respuesta a la enfermedad.

La percepción de la enfermedad, su valoración, y por lo tanto, la respuesta a ella no es algo fijo en el tiempo sino que varía respondiendo a cambios ambientales y personales.⁷

No puede afirmarse “a priori” que un tipo determinado de respuesta ante la enfermedad sea mejor o peor, sino que será necesario tener en cuenta el contexto, las características del individuo y las interacciones entre éste y el entorno, así como el grado de amenaza que la enfermedad suponga para el sujeto.

El significado subjetivo de enfermedad puede tener las siguientes acepciones ⁸

- Amenaza: caracterizada por la ansiedad anticipatoria ante el daño físico o psíquico
- Pérdida (anatómica o simbólica) o castigo: que constituirá la consecuencia negativa (punitiva) derivada de transgresiones previas.
- Ganancias. Que llevaría consigo las ventajas que el paciente relaciona con la enfermedad.
- Insignificancia. El paciente tendera a minimizar los síntomas o rehusara obtener información sobre ellos.
- Desafío o reto: cuando la enfermedad es considerada como un desafío, el paciente manifestará una conducta racional y activa, buscando la opinión del medico y cumpliendo cuidadosamente el tratamiento.

Engel ⁹ considera tres posibilidades en cuanto al significado de la enfermedad como desafío y al estrés que conllevaría.

⁷ LLOYD GG. Las reacciones psicológicas en los pacientes físicamente enfermos. En: El manual de estudios en Psiquiatría del Hospital General. Judd, Burrows, Lipsitt (Eds.). Elsevier Science Publishers B.V. (División Biomédica); Londres, 1991 Págs. 29-41.

⁸ LIPOWSKY ZJ. Aspectos psicosociales de la enfermedad. Ann. Intern. Med. No.71. 1969. Págs. 1197-1206.

- La pérdida o amenaza ante la pérdida de “objetos” psíquicos, tales como las relaciones personales, las funciones corporales y el rol social.
- Lesiones o amenaza de lesiones del cuerpo, incluyendo el dolor y la mutilación.
- Frustración en cuanto a la satisfacción de impulsos biológicos, especialmente las necesidades de la libido y algunos tipos de descargo de agresividad.

Estas tres categorías pueden superponerse y coexistir, sobre todo en enfermedades de importancia.

En cuanto a factores personales, tanto la edad como las características individuales, desempeñan una función indudable en la determinación de cómo se percibe la enfermedad, siendo definitivo en la evolución de ésta el modo en que el sujeto se enfrenta a ella, personalidad del paciente y sus mecanismos de defensa.

Es de destacar la idea de que el simple hecho de lograr que el paciente participe activamente en el proceso de su adaptación a la situación y se siente ayudado en ello tiende a producir resultados espectaculares en las actividades cotidianas del paciente e incluso en la prolongación de la supervivencia según experiencia obtenida con enfermos de cáncer.¹⁰

Los condicionantes personales que limitan el empleo de los recursos de afrontamiento disponibles incluyen tanto déficit psicológico como valores y creencias culturales interiorizadas, que prohíben ciertas formas de conducta, acciones y sentimientos. Se han asociado factores de personalidad con percepción y

⁹ ENGEL G. La necesidad para un nuevo modelo medico: un desafío para la biomedicina. La ciencia, 196: 1977. Págs. 129-136

¹⁰ ROWLAND JH. Recursos intra personales. En: El cuidado psicológico del paciente con el cáncer. Holanbda JC, Rowland JH (Eds.). Oxford University Press, New York 1991, Págs. 44-57.

quejas sobre el dolor, siendo los individuos con menor capacidad de introspección y tolerancia a la frustración los que más frecuentemente expresan su malestar.

Cuando mayor sea la percepción de amenaza, mayor dificultad habrá en el empleo de los recursos de afrontamiento, con resultados menos eficaces y una posible aparición de conductas primitivas y regresivas.

Además la amenaza también estimula la defensa, lo cual puede producir una evaluación incorrecta de información debido a la hipervigilancia que dicha actitud implica. Todo esto llevará a una disminución del funcionamiento cognitivo, al establecimiento de conclusiones prematuras y, posiblemente, a la aparición de pensamientos de carácter obsesivo.¹¹

En cuanto a la edad, el rango de conductas de afrontamiento que presentan el niño y el adulto es diferente, además los niños tienen un repertorio más limitado de estrategias de afrontamiento.

La conducta regresiva y la proyección son más frecuentes y permisibles en la infancia que en la edad adulta. Por el contrario, las situaciones de confusión se dan más en las personas de edad avanzada. Durante la infancia puede quedar predeterminado un patrón específico de afrontamiento ante futuras enfermedades, en función de cómo un niño experimenta un padecimiento y de la respuesta que su actitud u conducta desencadena en sus familiares. Es de destacar la enorme vulnerabilidad que presentan los niños ante reacciones y conductas de los adultos responsables de sus cuidados.

2.3. El niño enfermo

¹¹ LAZARUS RS, FOLKMAN S. El proceso de afrontamiento. Una alternativa a las formulaciones tradicionales. En: Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martínez Roca S.A. Barcelona, 1986. Págs. 102-164.

Un niño saludable es aquel que ha establecido una relación armónica con su medio, resultado de la interacción de una estructura básica, que es niño-organización de salud – sistema social. Teniendo en cuenta esta concepción se considera fundamental el trinomio formado por el niño enfermo, el médico, junto a la madre del pequeño y su familia. Estos últimos no deberán faltar.¹²

Cuando el paciente es mayor, escolar o adolescente, ya es capaz de relacionarse muy bien, y a pesar de los factores negativos que intervinieron para que se rompiera el equilibrio de su salud, es capaz, y de hecho lo hace, de ofrecer la mayor parte de los datos necesarios. En este punto es vital que el profesional de la salud brinde su máximo apoyo, ya que a esta situación se asocian con frecuencia el dolor, traumas, sangramientos, fiebre alta, y es necesaria la incondicionalidad ante el paciente.

En la realización de examen físico también es compleja la situación médica, si el especialista no ha tomado en consideración aspectos biosociales como el contacto directo de sus manos frías (por el obligatorio lavado antes del reconocimiento), la exploración de regiones del cuerpo no expuestas habitualmente (oro faringe o genitales), palpación de una zona dolorosa como el abdomen en una apendicitis. Tales circunstancias requieren la puesta en práctica de esas dotes en el arte de examinar que deben tener todos los encargados de la salud de los niños.¹³

2.4. Aspectos principales en la relación entre el médico y el paciente.

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, uno, porque es pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica, dos, esta

¹² MAGRANER TARRAU, Maria Esther. El niño enfermo, consideraciones bioéticas. Prensa Latina. La Habana – Cuba 2004. Pág. 3.

¹³ MAGRANER TARRAU, Maria Esther. El niño enfermo, consideraciones bioéticas. Prensa Latina. La Habana – Cuba 2004. Pág. 5.

relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales, y tres, porque las características del médico en esta interrelación las resumió *Hipócrates* hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad.

Estas condiciones quedan bien reflejadas en los tres parámetros establecidos por Pedro Lain Entralgo:¹⁴

- Saber ponerse en el lugar del otro.
- Sentir como el o ella.
- Disponerse a ayudarlo cuando enfrenta dificultades.

En la relación médico- enfermo no pueden ser considerados ambos como situados al mismo nivel. Lo que no quiere decir que uno esté por encima del otro, sino que los dos juegan en esa relación un rol diferente derivado de la posición del sujeto enfermo, el cual presenta unas preocupaciones sobre su salud, y en definitiva sobre su seguridad como propio sujeto, que llevan a buscar consejo en el médico, y éste recibe esa preocupación buscando solucionar, entre ambos, el sufrimiento del paciente.

Ríos Reyes, define al paciente como *“un ser humano que busca ayuda para mejorar su salud o para prevenir enfermedades, y que en la medida de lo posible lleva un grado de temor o ansiedad”*¹⁵

El mismo autor, define al médico como *“aquella persona con amplia capacidad de entrega hacia los demás, con capacidad de liderazgo e inteligente emocionalmente. El médico aparte de estar muy entrenado en su especialidad, debe*

¹⁴ LAIN ENTRALGO P. La Relación Médico Enfermo. Madrid: Revista de Occidente; 1964

¹⁵ RIOS REYES, Amilcar. La relación médico – paciente. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. 2003. Pág.1.

complementarse con una gran capacidad de comunicación. La mayoría de las veces el médico no cura una enfermedad pero si puede aliviarla.

La persona con inteligencia emocional es aquella que tiene capacidad de reconocer sus propios sentimientos y los ajenos, de motivarse y de manejar bien sus emociones, para sí mismo y para sus relaciones”¹⁶

Sin embargo, algunas autores consideran que “los avasallantes adelantos científicos y tecnológicos han llevado a la especialización y súper especialización del médico, incapaz de manejar tan abrumadora información, delimita su accionar en “partes” de ese gran todo que es el hombre, deshumanizando el acto médico”¹⁷

La relación médico paciente es la base del arte médico. A la vez interacción profesional y extra profesional, sus contenidos y características determinan en alto grado el logro del fundamental propósito del accionar médico. La satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente, a través del mantenimiento o la recuperación de su bienestar y de su vida independiente.¹⁸

La RMP pueden ser clasificada de diferentes formas pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas.¹⁹

1. Relación activo-pasiva.
2. Relación de cooperación guiada.
3. Relación de participación mutua.

¹⁶ RIOS. Op. Cit. Pág. 1

¹⁷ FALASCO, Silvia Iris. Relación médico paciente. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Argentina. 2003. Pág. 1

¹⁸ PLATA RUEDA, E., LEAL QUEVEDO, F.J. Hacia una entrevista pediátrica más humana. En: LEAL QUEVEDO, F. J y MENDOZA VEGA, J. Hacia una medicina más humana. Bogotá, Ed. Médica Internacional, 1997.

¹⁹ SOX HC, MORGAN WL, NEUFELD VR, SHELDON GF, Tonesk X. Report of the panel of the general professional education of the physicians. Subgroup report on the clinical skills. J. Med Educ. 1983; 59:139-47.

La relación activo-pasiva es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa, como es el caso del paciente con un edema agudo del pulmón.

La relación cooperativa guiada es la que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas (neumonía, por ejemplo) y crónicas como la hipertensión arterial.

La relación de participación mutua, no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.

Por otra parte, se considera que la relación médico- paciente es una relación interpersonal, de carácter profesional, en la que un hombre dotado de conocimientos presta ayuda a otro hombre, hecho éste que imprime a su labor el carácter de servicio, de calurosa humanidad y que lo liga tan profundamente a la ética.²⁰

Por consiguiente el médico debe estar consciente que su relación profesional interpersonal con el paciente debe estar caracterizada por:

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social.
- La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
- Demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.

²⁰ FALASCO, Silvia Iris. Relación médico paciente. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Argentina. 2003

- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas.²¹

2.4.1 La acción terapéutica del médico.

El médico ejerce su acción terapéutica en el marco de la entrevista, en base no solo a sus conocimientos técnicos, ya supuestos, sino además, a través de su figura como terapeuta y de sus actitudes durante la entrevista. En este sentido es un factor a considerar tanto la personalidad del terapeuta como elemento obstaculizador o favorecedor de esta relación, como el efecto placebo ejercido por el médico.

La acción que el terapeuta realiza a través de la entrevista médica va más allá que alcanzar una meta diagnóstica. Existe ya en ese diálogo que realiza durante el proceso diagnóstico una acción terapéutica, es decir, está curando mientras y a través del diálogo con el paciente.²²

En varias investigaciones realizadas por distintos autores donde se exploran las deficiencias cometidas por médicos residentes y estudiantes de medicina se exponen los múltiples errores que se cometen en los distintos aspectos del interrogatorio.²³

- Examen físico. Si bien el interrogatorio resulta la etapa que requiere mayor tiempo y dedicación, el examen físico resulta también de suma importancia. Debe tener un orden sistemático, en privacidad, respetar el pudor del enfermo y por supuesto, dedicar el mayor tiempo al aparato u órgano que se sospeche sea él más afectado, sin dejar de examinar el resto de los sistemas.
- Investigaciones complementarias. Es deber del médico explicar las investigaciones a realizar y en caso de posibles riesgos pedir su

²¹ GONZÁLEZ MENÉNDEZ R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004.

²² LAIN ENTRALGO p. El estado de enfermedad. Madrid: Moneda y crédito, 1968.

²³ MORENO RODRIGUEZ MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev. Cubana Med. 2000; 39:106-14.

consentimiento. Igualmente al comunicar sus resultados debe cuidar de sus manifestaciones verbales y extra verbales que pueden ocasionar iatrogenia.

- Información final. El ultimo paso, que no por ser el último deja de ser importante, lo constituye la información al final de la consulta en el paciente ambulatorio y la reunión al alta en el caso del ingresado, donde debe explicarse con detalle cual es el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento evolutivo.

Tanto la información insuficiente como su exageración pueden ser causa de iatrogenia. Es importante recordar que uno de los objetivos del paciente es saber que tiene y cual es su pronóstico.

Este es un aspecto muy delicado que el médico tiene que manejar con mucho tacto, teniendo en cuenta el tipo de enfermedad y la personalidad del paciente y hasta donde se puede llegar en la información.

La imagen científica que busca dar la medicina hoy día, deriva directamente y a través de una larga serie de “terapeutas”, de aquellos tiempos en los que se confundía la medicina, la adivinación, la brujería, la magia la religión. Estas imágenes permanecen de algún modo, en cada uno de los enfermos y sostienen la relación entre el médico y el paciente. En esta relación, se le aplica al médico en muchas ocasiones una capacidad de curar que no tiene una relación directa con el conocimiento técnico y científico que posee, sino que está cedida por el propio enfermo y corresponde al deseo humano de protección o de magia.²⁴ Cuando un paciente va a la consulta del médico, las expectativas de resultados desbordan con frecuencia las posibilidades terapéuticas de éste, hipertrofiándose la capacidad semiótica del médico de ver detrás de cada signo una expresión de enfermedad. El paciente espera que con los datos que aporta, el médico no solo sea capaz de descubrir la causa de su mal, sino que espera de él la “formula mágica”, que por

²⁴ ALONSO FERNÁNDEZ F. Psicología Médica y Social (5ta. de.). Barcelona: Salvat, 1989.

supuesto posee, y que le curará, incluso se sorprenderá, o enfadará, si el médico muestra incapacidad para hacerlo así.

Existen pacientes que no refieren síntomas, a veces de forma voluntaria, porque suponen o esperan que su médico los adivine. Tratan de esta manera de comprobar hasta que punto depositan su confianza en el mejor. Esa actitud crítica que en muchas ocasiones se observa en las personas, especialmente hoy día, es abandonada en cuanto se pasa a ser sujeto “paciente”, depositando una confianza “ciega” en su médico. El paciente necesita creer que se encuentra en manos del mejor médico, a pesar de que en muchas ocasiones ni siquiera ha sido elegido por él; esa confianza ciega tiene como base la necesidad de ayuda que siente.

El médico ha de tener siempre conciencia de ser a su vez evaluado, examinado y puntuado de forma permanente por el paciente, que busca confirmar que el depósito de su confianza en él no ha sido erróneo. De hecho, es mucho lo que se juega su salud, su seguridad como individuo, su vida. Así el médico ha de saber aprovechar al máximo sus armas “terapéuticas” con las que se cuenta, y que son la esperanza y la ilusión del paciente que necesita mejorar. No importa lo que el propio médico piense de sí mismo; lo que importa es lo que el paciente y sus familiares esperan ver, porque esa imagen que buscan afectará a la larga la eficacia del tratamiento.²⁵

Si el médico comprende a su paciente a través de la relación que él establece, esta comprensión le da un efecto terapéutico. Por contrario, si existen zonas oscuras, territorios de conflicto en la relación interpersonal, aparecerá un aspecto anti terapéutico.

Y el terapeuta es y debe ser, todo menos un elemento frío en el que rebotan como en una pared los componentes de la relación que el paciente aporta. La

²⁵ MENDEL D. El buen hacer médico. Pamplona: Eunsa, 1991.

separación no puede ser total entre el técnico y el hombre.²⁶ Así es muy posible pensar que la personalidad misma del terapeuta actúe como un factor fundamental en el establecimiento de esta relación con el paciente, bien favoreciendo o bien dificultando la obtención del beneficio que se busca en la misma; esto es especialmente así, cuando ésta relación es de tipo psicoterapéutico.

2.4.2 El efecto placebo

El denominado efecto placebo no es más que la implicación entre la actitud de confianza y esperanza del paciente y una adecuada, no implicada y acogedora actitud médica.²⁷ Otra definición podría ser el atender al enfermo afecto de padecimientos más o menos banales asociados a un gran componente psicológico. La finalidad que siempre busca es beneficiar al paciente.

En el efecto placebo inciden muy diversos factores que hacen que su influencia sea mayor o menor: las características de la enfermedad, la personalidad del paciente, el entorno o ambiente del mismo, las características del medicamento si lo utilizamos, y por supuesto, la relación médico- paciente.

Acerca de la base del efecto placebo existen posturas contrarias. Se puede ver tanto una respuesta terapéutica originada por las expectativas del paciente ante el acto médico, como un fenómeno con bases conductuales y correlatos neurofisiológicos y neuroquímicos posibles de controlar terapéuticamente.²⁸ Aquí sólo se expone el relacionado con la actuación del médico.

Siguiendo a Jeammet²⁹ se pueden establecer cuatro factores de tipo placebo en la relación médico-paciente correspondientes a la figura del terapeuta:

²⁶ JEAMMET H, REYNAUD M, y CONSOLI S. Psicología Médica. Barcelona: Masson. 1989.

²⁷ WULFF J. Psicoterapia Médica. En: ANGUERA I, Editor. Medicina Psicosomática. Barcelona; Doyma, 1988. Págs. 183 -186

²⁸ BURUNATE E, CASTELLANO MA, RODRÍGUEZ M. El efecto placebo: entre la mente y el cerebro. Medina Clínica. No.92. 1989. Págs. 232 – 235.

²⁹ JEAMMET H, REYNAUD M, y CONSOLI S. Psicología médica. Barcelona: Masson. 1989

- Los médicos optimistas obtienen mayores resultados que los pesimistas o escépticos.
- Un médico mostrando una actitud “experimental” será menos eficaz que un médico presentando una actitud “terapéutica”.
- Los enfermos que juzgan al médico como “afectuoso” mejoran antes que los que lo juzgan como “no afectuoso”.
- Distintas explicaciones dadas al enfermo sobre el mismo tratamiento pueden influenciar sensiblemente su efecto.

El médico a la hora de transmitir un efecto positivo sobre la relación con el paciente ha de cuidar no solamente aquellos aspectos que afectan a su propia persona, sino de muchos otros que dependen del resto del personal, la arquitectura del lugar, la consulta, etc., que deberán dar en conjunto al paciente una sensación de eficacia y profesionalidad. El ambiente o “atmósfera” de la consulta u hospital es fácilmente detectable por el paciente, que necesita sentirlo y comprobarlo. La atmósfera es algo difícil de definir porque se compone de decenas de pequeños detalles de autocontrol y servicio por parte de todo el personal de hospital.

2.5. Sobre las definiciones de Calidad de la Atención en Salud

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar

oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales.³⁰ Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.³¹

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian.³² El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.³³

Es este sentido la satisfacción del usuario es el aspecto fundamental de medición de la calidad e implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio y está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria.

³⁰ STRASSER S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1991. Pág. 210.

³¹ DONABEDIAN A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1989.

³² DONABEDIAN A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública. Mex. 1993; 35(3). Pág. 238-247.

³³ DONABEDIAN A. Calidad de la atención médica. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1974.

Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de atención. Esta medición permite tener en cuenta las necesidades y expectativas del usuario a la hora de tomar decisiones clínicas.

2.5.1 Doctrina de la Calidad

La noción de calidad en salud recoge conceptos emanados de los desarrollos en materia de calidad en el sector industrial. La bibliografía sobre los antecedentes que marcan la evolución del concepto de calidad en salud se concentra fundamentalmente en los trabajos hechos en Estados Unidos. A principios del siglo XX, Abraham Flexner, cercano a las ideas de Taylor estableció la normalización de pautas de tratamiento y estrategias de auditoría médica. En 1916 se implementó la evaluación de estándares de calidad en hospitales que dio como resultado que de 692 hospitales de Estados Unidos sólo 90 cumplían con los estándares de calidad propuestos. En 1951 la recién creada Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales generó estándares de calidad para estimular procesos de acreditación.

Posteriormente, en 1966 Avedis Donabedian publica su trabajo sobre la Medición de la calidad de la atención médica en donde propone evaluar la calidad a través del enfoque de estructura, proceso y resultado. En 1986, la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales crea un proceso de monitorización y evaluación de la calidad en hospitales orientado a resultados clínicos con énfasis en el desempeño institucional y los equipos de profesionales; la evaluación se concentra en los eventos clínicos más comunes y que presentan fallas en la atención médica ya sea por responsabilidad institucional o por responsabilidad de los profesionales. Cabe agregar que otros autores han definido el concepto de calidad en salud, como la American Medical Association, en 1984, que la definió como el cuidado que consistentemente contribuye a mejorar o mantener la calidad y/o

duración de la vida. Una definición más reciente, de 1990, desarrollada por el Instituto de Medicina de Estados Unidos señala que la calidad consiste en el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la probabilidad de resultados deseados en salud y es consistente con el conocimiento profesional actual. Se considera que en el campo de la salud resulta difícil establecer un nivel específico de calidad y por esta razón la práctica asistencial se considera de medio y no de resultado y que por lo tanto lo máximo que se puede hacer es mantener o mejorar la calidad asistencial.

Expuesto lo precedente entendemos a la Calidad en sentido lato como la condición o conjunto de condiciones que permiten hacer bien las cosas, sean estas acciones, servicios o productos, causando satisfacción en quienes los realizan y en quienes los reciben. Ahora bien en el área de la salud, la calidad refleja el grado de satisfacción que causa en los usuarios la recepción de servicios, lo cual hace verificable y medible si estos son buenos, mediocres o malos.

La calidad no solo involucra la gestión, sino el resultado de una acción que se realiza de un servicio que se presta o un producto que se entrega.

Para que la calidad se cumpla como gestión y resultado, es necesario establecer guías que orienten y normas que regulen el proceso, a ser adoptadas uniformemente por todos los gestores y actores involucrados. El solo conocimiento y cumplimiento mecánico y rutinario de guías y normas no garantiza la calidad, si no se acompaña la calidez, que es aquel componente afectivo de compromiso concienzudo que se hace extensivo a personas e instituciones, otorgándoles una atención humanizada con respeto a su dignidad particular y sus derechos, y ante las segundas cumpliendo los deberes con gratitud, fidelidad y compromiso de mejoramiento continuo.³⁴

2.5.2 Definiciones

³⁴ Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud. (PRONACS). Ministerio de Salud y Deportes. Publicación No.56 La Paz – Bolivia 2008

Calidad.- “Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos” Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría MSD.

Gestión de Calidad.- “Proceso mediante el cual una institución logra ofertar permanente calidad en sus servicios, asumiendo su responsabilidad y en observancia de normas y estándares, previamente establecidos y acordados” Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría MSD.

“La gestión de calidad constituye una práctica de gestión o gobierno de sistemas sociales (organizaciones) basada en enfoques de calidad, estos enfoques se proponen asegurar procesos que respondan a criterios de eficiencia, eficacia, de compromiso y participación interna y de consideración y atención a las expectativas de los clientes externos y partes interesadas, todos ellos conducentes a garantizar la producción y entrega de bienes y servicios de calidad”. Gestión de Calidad ISO 9000:2000 en establecimientos de salud MSD/PSRN-GTZ año 2003

“Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico”. Art. 4 de la Ley No.3131 de 8 de agosto de 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico.

2.5.3 Otras Definiciones

Absolutista: Yo quiero lograr lo más posible, en el nivel de la salud de mi paciente. Muchas veces esto implica el indicar muchos estudios, a veces se hace un estudio y no estoy conforme por eso mando hacer otro estudio. Yo quiero hacer todo lo posible por mi paciente, gráficamente es como el practicar una higiene muscular con todo el equipo posible, con toda la tecnología disponible y en un sujeto que esté dispuesto a que yo lo fije, lo

varíe y le haga muchas cosas. Esta es la definición absolutista que está un poco más cercana a la media.

Individualista: El paciente como sujeto es el que sufre, del que tomo muestra de sangre, el que paga por los estudios que yo le pida, y no necesariamente, va ha ser igual su definición de calidad a la que yo tengo como médico, yo como médico si no estoy seguro que mi paciente tenga cáncer, voy a sugerirle: vamos ha realizarle una biopsia, o una intervención quirúrgica; pero el paciente puede decir, bueno y que me ofrece usted a cambio de esta nueva vida, ¿el que usted sepa exactamente si yo tengo cáncer va a prolongar mi vida? y puede ser que la respuesta sea no.

Social: Nosotros tenemos unos bienes comunes y que son los recursos que tiene la sociedad para gastar en la salud de la población, el que yo le dé a un sólo individuo, implica que ya no va a estar disponible para el siguiente paciente que se presente, en una definición social se busca lograr el mayor beneficio, pero ello implica que algunos individuos puedan no llegar a recibir todos los beneficios, esto es un beneficio de la mayoría de la sociedad.³⁵

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD		
ESTRUCTURA Médico Edificio Consultorio Deseable pero no garantiza la calidad.	PROCESO Interacción entre los pacientes y los servicios de salud	RESULTADO Satisfacción o nivel de salud Proveedores del servicio
Más importante es el proceso y los resultados		

2.6. Calidad en los Servicios de Salud en Bolivia

En los últimos años el tema de la calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional.

³⁵ ZURITA GARZA Beatriz. Calidad de la Atención de la Salud. México. 2003

En nuestro país, uno de los principios rectores de la política de salud es la calidad de la atención médica como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios y es utilizado como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios pues proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados.

Los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud en Bolivia se remontan a fines de la década de 1990, abordando la problemática de la atención médica para que sea eficiente, eficaz y equitativa por parte de los sistemas de salud, con una propuesta de transformación, que exigía la necesidad de contemplar los aspectos relacionados con la evaluación y garantía de calidad propuesto en el documento “Guía para una estrategia de Evaluación y Garantía de Calidad de los Sistemas de Atención de Salud”³⁶ de mayo de 1989.

El proceso de acreditación de hospitales como política de la calidad en Bolivia, se inicia en julio de 1992, siguiendo la corriente establecida por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales, mediante reuniones de reflexión sobre la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantía de calidad en la atención de la salud ofrecida por los hospitales, así como definir, las bases del modelo de acreditación, para la evaluación de los establecimientos hospitalarios, independientemente del sector al que pertenezcan.³⁷

En abril de 1994, por Resolución N° 0329 de la Secretaria Nacional de Salud, se aprueba la conformación de la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia, otorgándole la dirección magna para la normatización, ejecución y evaluación del proceso de acreditación de los hospitales en el país.

El año 2003, a través de un convenio interinstitucional establecido por el Ministerio de Salud y Previsión Social, Colegio Médico de Bolivia, Universidad Pública e INASES, se pone en marcha un importante proyecto de capacitación de postgrado en la universidades públicas, realizando el curso de Diplomado y

³⁶ III Conferencia Regional sobre Acreditación de Hospitales – Informes de Bolivia. Washington. 1989

³⁷ III Conferencia Regional sobre Acreditación de Hospitales – Informes de Bolivia. Washington. 1989

Especialidad en Gestión de Calidad de Auditoría Médica en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Sucre que forma alrededor de 150 profesionales con el perfil de Gestores en Auditoría Médica.

El año 2005 la promulgación de la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, reglamentada mediante DS. 28562 constituye un hito histórico importante de la salud en Bolivia, siendo que establece el marco jurídico que institucionaliza la Auditoría Médica en los actos del acto médico y Gestión de la Calidad en los establecimientos de salud³⁸.

Finalmente, la creciente insatisfacción de los usuarios del sistema de salud, expresada en desconfianza y peligroso incremento de los reclamos y demandas judiciales por mala práctica médica, significa un deterioro en las relaciones con la sociedad siendo la mayor prioridad desarrollar un Proyecto de Calidad en Salud. Por lo cual, la actual gestión del Ministerio de Salud y Deportes considera que para el año 2010 el acceso a la salud debe tener un carácter universal, respetando la cultura originaria, cuya medicina tradicional debe ser incluida en un sistema equitativo, solidario y de calidad, conducido por un MSD fortalecido, que se ha fijado como objetivo estratégico, aumentar la satisfacción de los usuarios del sistema de servicios de Salud en un 50 % e implementar la Gestión de Calidad en el 50 % de las redes de Salud.³⁹

2.7. Filosofía de la Calidad Total. ⁴⁰

- La persona que hace el trabajo es la que mejor lo conoce.
- Las personas quieren estar involucradas y hacer bien su trabajo
- Cada persona quiere sentirse con capacidad de contribuir al mejoramiento.

³⁸ Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud. (PRONACS). Ministerio de Salud y Deportes. Publicación No.56 La Paz – Bolivia 2008

³⁹ Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010 “Para que todos vivamos bien”.

⁴⁰ ZURITA GARZA Beatriz. Calidad de la Atención de la Salud. Análisis de Políticas de Salud en FUNSALUD. México. 2003

- Trabajando juntos se logra mejorar más.
- Procesos estructurados de solución de problemas producen mejores resultados.
- Las técnicas gráficas de solución de problemas permiten mejor visualización.
- No se logra mucho buscando culpables. Se logra más analizando el sistema.
- Mejorar calidad al remover causas de problemas en el sistema, inevitablemente conduce hacia una mejoría de la productividad.
- Colaboración es mejor que rivalidad.
- En cada organización hay "piedras preciosas".

2.7.1 Fundamentos

- Identificación de la cadena cliente proveedor.
- La principal fuente de defectos de calidad son problemas en los procesos.
- Extender la variabilidad de los procesos es clave para mejorar la calidad.
- Identificación de procesos vitales
- Estrategias basadas en pensamientos científicos y herramientas estadísticas.
- Involucramiento total de los empleados en todos los niveles.
- La pobre calidad es costosa.

Bajo todas las consideraciones mencionadas esta consensado que una buena comunicación y una adecuada relación entre el médico tratante y el paciente son factores que en diversos estudios se han considerado fundamentales para incrementar los niveles de calidad y calidez de atención y por consiguiente la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud disminuyendo en este sentido

la frecuencia de quejas, pago por daños asociadas a demandas legales y básicamente la percepción de atención médica deficiente o inadecuada.⁴¹

⁴¹ LEVINSON W, GORAWARA-BHAT R, DUECK R, EGENER B, KAO A, KERR C. Resolving disagreements in the patient-physician relationship: Tools for improving communication in managed care. JAMA 1999; 282: 1477-1483

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Objetivos de la Investigación

A continuación se exponen los objetivos de la investigación:

3.1.1 Objetivo general

Determinar los elementos de la relación médico – paciente relacionados a indicadores favorables en la calidad de atención en hospitalización pediátrica en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga U.” gestión 2008.

3.1.2 Objetivos específicos

- Determinar los elementos más influyentes en la relación médico – paciente relacionados a indicadores desfavorables en la calidad de atención en la prestación de servicios médicos en el Hospital del Niño.
- Precisar otros factores relevantes relacionados a estructura, proceso y resultados que generan indicadores favorables en la calidad de atención en la prestación de servicios médicos en el Hospital del Niño.

3.2. HIPÓTESIS.

3.2.1 Hipótesis de Investigación

“Una relación médico – paciente adecuada incrementa los indicadores favorables en la calidad de atención en la prestación de servicios médicos pediátricos de hospitalización en el Hospital del Niño. “Dr. Ovidio Aliaga U.” de la ciudad de La Paz.”

3.3. Variables.

Definición de variables

3.3.1 Variable Independiente

- Relación Médico- Paciente Adecuada

3.3.2 Variable Dependiente

- Calidad de Atención en la prestación de servicios médicos pediátricos de Hospitalización.

3.4. Operacionalización de Variables

**Cuadro No.1
Operacionalización Variable Independiente**

Sub variables	Concepto Operacional	Indicadores	Escala de Medición
Relación médico-paciente	Encuentro, entre un sujeto que demanda y otro que encarna un supuesto saber que posibilitaría al sujeto salir de una situación de padecimiento en relación a su cuerpo.	Lugar y papel de médico Conducta de enfermedad del niño Porcentajes de satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente	Escala de Likert. Guía de Observación - Optimo - Adecuado - Inadecuado

**Cuadro No. 2
Operacionalización Variable Dependiente**

Sub variables	Concepto	Indicadores	Escala de Medición
Calidad de atención	Atención profesional que un servicio de salud puede ofrecer en el marco de una gestión hospitalaria, con fines preventivos y/o curativos en busca de la satisfacción del usuario.	Análisis porcentuales de Evaluaciones periódicas de satisfacción de los usuarios	Escala de Likert evaluación de satisfacción del usuario pediátrico - Buena - Regular - Mala Preguntas cerradas dicotómicas - Si - No

3.5. Hipótesis Estadística

3.5.1 Hipótesis estadística de correlación.

La presente investigación pretende traducir la correlación entre las variables formuladas en términos estadísticos bajo los siguientes indicadores:

- 1.- **Hi:** Hipótesis de investigación
- 2.- **Ho:** Hipótesis nula
- 3.- **X:** Variable independiente (relación médico- paciente adecuada)
- 4.- **Y:** Variable Dependiente (Calidad de atención servicios médicos pediátricos de Hospitalización)
- 5.- **r:** Correlación entre dos variables
- 6.- **+1 a +0.10** Correlación positiva perfecta hasta positiva débil
- 7.- **-1 a -0.10** Correlación negativa perfecta hasta negativa débil
- 8.- **0.00** No existe correlación alguna entre las variables

Hi: $r_{XY} = +1$ ó $+0.10$ La variable independiente y dependiente están correlacionadas.”A mayor X, mayor Y” o “A menor X, menor Y” de manera proporcional

Hi: $r_{XY} = -1$ ó -0.10 La variable independiente y dependiente están correlacionadas.”A mayor X, menor Y” o “A menor X, mayor Y” de manera proporcional.

Ho: $r_{XY} = 0.00$ La variable independiente y dependiente no están correlacionadas.

3.6. Diseño de la Investigación.

La investigación corresponde al diseño observacional o no experimental, en cuanto no se modificará o manipulará ninguna de las variables.

Es un estudio descriptivo transversal ya que se efectuó las mediciones en un solo periodo ⁴²para terminar en un análisis correlacional, con el objetivo de describir la relación entre las variables.

⁴² HERNÁNDEZ SAMPIERI Roberto y otros. Metodología de la Investigación. McGraw – Hill Bogotá. 1998.

3.7. Alcance de la investigación.

La investigación se efectuó en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” de la ciudad de La Paz y se trabajó con el personal médico y niños hospitalizados. El tiempo de investigación correspondió a la gestión 2008.

3.8. Sujetos de la Investigación

3.8.1 Población

Respecto a la población del personal médico, está es reducida ya que comprende a 265 personas con formación superior en el área de salud. Sin embargo, como el personal de salud no se reduce sólo a los profesionales médicos, sino que incluye a las licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, laboratoristas, farmacéuticos, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, radiólogos y fisioterapeutas se considera calcular una muestra de tipo estratificada, a partir de introducir criterios de exclusión e inclusión para determinar la muestra que sea representativa del universo, pero que al mismo tiempo cumpla con ciertos requisitos básicos para la investigación.

En cuanto a la población infantil y en base a datos estadísticos del Hospital del Niño el año 2007 se atendieron 2'528 pacientes en los diferentes servicios de hospitalización, sin embargo la unidad de análisis determinada para la población infantil comprende pacientes pediátricos entre los 7 y 11 años de edad por lo que la muestra es de tipo estratificada. En este sentido el total de la población infantil de 7 a 11 años según datos estadísticos que fueron atendidos en las unidades de hospitalización en el año 2007 es de 1.325 pacientes. (Cuadro No.3)

Cuadro No.3 Pacientes Hospitalizados

UNIDAD	GRUPO ETAREO NIÑOS (as) DE 1 -a- 14 Años de Edad ENERO – DICIEMBRE 2007	GRUPO ETAREO NIÑOS (as) DE 7 -a- 11 Años de Edad ENERO – DICIEMBRE 2007
CIRUGIA	578	311
GASTROENTEROLOGIA	144	68
INFECTOLOGIA	241	132
NEUMOLOGIA	72	27
NEUROLOGIA	234	145
ONCOHEMATOLOGIA	140	71
PEDIATRIA GENERAL	335	200
QUEMADOS	83	50
TRAUMATOLOGIA	587	321
U.T.I	114	80
TOTAL	2528	1325

Fuente: Unidad de Estadística “Hospital del Niño”

Elaboración propia.

3.8.2 Muestra.

Para la determinación de la muestra se aplicarán los siguientes procedimientos

- 1.- Para la población infantil usuaria del Hospital una muestra probabilística de tipo estratificada.
- 2.- Para el personal médico y de enfermería, una muestra probabilística de tipo estratificada

3.8.3 Población del Personal Medico

3.8.3.1 Criterios de Inclusión.

Estos deben estar referidos al nivel de la formación profesional: de licenciatura para arriba. Es decir, se consideran personas aptas para desarrollar la relación médico

paciente dentro del contexto hospitalario a los profesionales con título en Provisión Nacional, por cuanto han cumplido con una serie de requisitos en su capacitación profesional que los habilita para poder trabajar con niños y niñas en el proceso de atención diagnóstico y tratamiento ya sea a través del manejo por consulta externa como de hospitalización, siendo este un elemento muy importante para los resultados del trabajo.

3.8.3.2 Criterios de Exclusión.

En cuanto a los criterios de exclusión, se tiene el marginamiento de la población del personal auxiliar, técnico superior y profesionales que dentro sus funciones y desempeño laboral no participen en la relación médico paciente en los servicios de hospitalización por no cumplir con ciertos requisitos, estrictamente referidos a su capacitación profesional. Una vez aplicados estos criterios se tiene el siguiente cuadro.

Cuadro No.4
Criterios de exclusión e inclusión

Sector	Características de exclusión	Características de Inclusión	Total
Médico		56	56
Médicos Residentes		8	8
Licenciadas en Enfermería		64	64
Auxiliares de Enfermería	100		100
Laboratorio	16		16
Farmacia	7		7
Odontología	2		2
Psicología	2		2
Nutrición	4		4
Fisioterapia	3		3
Radiología	3		3
Total	137	128	265

Fuente: Recursos Humanos Hospital del Niño

El cuadro No.3 Permite observar el proceso de exclusión e inclusión del universo. De esta manera, el universo está constituido por 128 personas del personal médico. A partir de estos datos se podrá calcular probabilísticamente la muestra.

3.8.4 Población de Pacientes Pediátricos

3.8.4.1 Criterios de inclusión.

En cuanto a los niños, se toma en cuenta sólo a aquellos entre 7 y 11 años de edad. De acuerdo a la Psicología Evolutiva de Jean Piaget, los niños y niñas de entre 7 y 11 años de edad están capacitados para realizar operaciones concretas⁴³ de manera tal que no sería pertinente trabajar con niños menores de 7 años. Las ventajas que presentan los niños de esta edad para la investigación se resumen en el hecho de que las operaciones concretas significan el inicio de la lógica, de los sentimientos morales y sociales de cooperación. El niño a partir de los 7 años empieza a liberarse de su egocentrismo social e intelectual y es capaz, por lo tanto, de nuevas coordinaciones que van a tener la mayor importancia tanto para la inteligencia como para la afectividad.⁴⁴

3.8.4.2 Criterios de Exclusión.

En cuanto a los criterios de exclusión, para la muestra probabilística de la población infantil, no se tomo en cuenta aquellos pacientes donde la situación patológica del niño cubra indicadores de extremo manejo que imposibilite la comunicación con el mismo y la aplicación del instrumento de medición.

3.8.5 Calculo del Tamaño Muestral

Para la búsqueda de la proporción en la población médica e infantil, la muestra probabilística se establecerá mediante la siguiente fórmula:⁴⁵

⁴³ FLAVELL J. La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1991.

⁴⁴ PIAGET, Jean. Seis estudios de psicología. Colección labor. Nueva serie 2. Editorial labor. Segunda edición 1992. Pág. 28.

⁴⁵ JANY, José Nicolás. Investigación Integral de Mercados: Un enfoque operativo. McGraw-Hill. 1999. Pág. 69.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{Le^2 (N-1) + z^2 * p * q}$$

Siendo que la fórmula a emplear es para grupos que conforman universos mayores de 30 personas, por lo tanto es aplicable para la actual investigación. Esta fórmula incorpora la probabilidad de éxito y fracaso, el error muestral y un nivel de confianza del 95%.

Componentes de la formula:

n = Tamaño de la muestra

Z = Número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que produce el nivel deseado de confianza.

p = Probabilidad de éxito.

q = Probabilidad de fracaso.

N= Tamaño del Universo de Estudio.

Le= Error Muestral.

Z₂, se establece según tablas como el nivel de confianza del 95%, que representa el valor de 1.96⁴⁶

P, como probabilidad de éxito significa el 50% y tiene un valor de 0.5 respecto a 1 que es el nivel de significancia.⁴⁷

Q, como probabilidad de fracaso significa el 50% y tiene un valor de 0.5 respecto a 1 que es el nivel de significancia.⁴⁸

Le, se establece que el error es de 5% y según tablas tiene un valor de 0.1.

Reemplazando los datos en la fórmula para la población médica se tiene:

⁴⁶ JANY, José Nicolás. Investigación Integral de Mercados: Un enfoque Operativo. McGraw-Hill. 1999. Pág. 70

⁴⁷ HERNÁNDEZ SAMPIERI Roberto y otros. Metodología de la Investigación. McGraw-Hilla. Bogotá. 1991. Pág. 372

⁴⁸ Ídem.

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 128}{(0.1)^2 * (128-1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{122.93}{1.27 + 0.96} = \frac{122.93}{2.23}$$
$$n = 55.12$$

55 personas se constituyen en la muestra de la población médica

En cuanto al cálculo muestral para la población infantil, reemplazando los datos en la fórmula se tiene.

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 1325}{(0.1)^2 * (1325-1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{1272.53}{13.24 + 0.96} = \frac{1272.53}{14.20}$$
$$n = 89.61$$

90 pacientes pediátricos se constituyen en la muestra de la población infantil.

3.9. Instrumentos.

El presente estudio conlleva la utilización de dos instrumentos.

El primer instrumento aplicado es un cuestionario mediante una guía de preguntas cerradas dirigida a establecer la percepción del usuario pediátrico y los niveles de satisfacción de la relación médico- paciente.

El segundo instrumento es una guía de observación o lista de chequeo dirigida a establecer los elementos de la relación médico-paciente.

La forma de validación de estos instrumentos fue lógica o de criterio, según la metodología de Bohrnstedt, que sostiene que la validación de un instrumento se establece comparando si las preguntas de investigación guardan relación con los objetivos planteados en el trabajo, así se establece la validación teórica o lógica del instrumento.⁴⁹

3.10. Consideraciones ético- administrativas

Los servicios hospitalarios tienen por objetivo satisfacer las necesidades en salud que tiene la población en general.

La OPS/OMS definió la salud como no sólo ausencia de la enfermedad sino como el bienestar físico, mental y social de las personas. En este marco es que los servicios de salud deben considerar la atención plena de los usuarios cuando buscan atención médica.

La medición de los elementos de la relación médico- paciente y de la satisfacción del usuario/ a pediátrico permite ver la salud de manera integral, centrandose en la población, como elemento principal, la calidad de atención.

En este sentido, si bien los instrumentos planteados para la investigación no pretenden ser punitivos, el proceso de la aplicación deberá ser administrado por un comité hospitalario que demuestre equidad y rectitud en su comportamiento respecto a lo que se determine en las mediciones de la población muestral.

3.11. Presupuesto

⁴⁹ BOHRNSTEDT, G. W. Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición de actitudes. En G.F Summers. Medición de actitudes. México, Ed. Trillas 103 – 127. Primera edición en español. 1976.

Considerando el diseño de investigación planteado los costos se reducen a proporciones de fácil alcance, sin embargo se deben incluir aspectos relevantes relacionados con:

- a) La accesibilidad, como los costos del material, tiempos y características organizacionales de los servicios (horarios laborales, de visitas médicas, etc.)
- b) La estructura, considerando los indicadores de existencia y atributos de los recursos humanos de apoyo, materiales e insumos de escritorio, etc.
- c) El proceso, tomando en cuenta las acciones del uso de los instrumentos, revisión y análisis de los datos, tiempo destinado al procesamiento de los datos y costos para el apoyo metodológico especializado.

3.12. Cronograma

Siendo una propuesta de estudio transversal no experimental la dimensión temporal esta delimitada por el número de momentos o puntos en el tiempo en los cuales se recolectaron los datos de acuerdo al total de la muestra probabilística de la población infantil lo cual a su vez conlleva determinantes ajenos a un manejo temporal estructurado por no haber contado con la certeza del momento de día y fecha que un paciente entre los 7-11 años de edad sería hospitalizado, más no aplicable a la población medica en estudio.

Por lo tanto el cronograma planteado abarco la cobertura de días laborales del total de la gestión 2008.

3.13. Procedimiento

3.13.1 Primera fase.

La primera fase tiene su inicio en la elaboración de los instrumentos y su posterior validación según la metodología de Bohrnstedt. Para la construcción de los instrumentos se vio la necesidad de utilizar el uso de dos herramientas, una teórica y la otra metodológica:

- Por una parte, la revisión bibliográfica sobre el tema proporcionó orientaciones acerca de la forma y contenido que deberían tener los instrumentos.
- Por otro lado, la operacionalización de las variables y los objetivos específicos, permitieron precisar los límites temáticos de dichos instrumentos.

3.13.2 Segunda fase.

La segunda fase consiste en la recopilación de información mediante los instrumentos previamente validados.

El uso de la guía de observación para la relación medico-paciente se aplicó en las diferentes salas de hospitalización en horarios definidos como la visita médica diaria. El cuestionario de percepción de satisfacción del usuario pediátrico se aplicó una vez realizada la guía de observación en sala.

3.13.3 Tercera fase.

La tercera fase corresponde al análisis e interpretación de la información obtenida. Para tal efecto se trabajó con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 15.0 propuesto en el Plan de Análisis.

3.14. Plan de Análisis.

Para el análisis e interpretación de la información obtenida, se trabajó con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 15.0 que genera informes descriptivos, paramétricos y no paramétricos, análisis de datos tabulares, gráficos y diagramas de las distribuciones y de las tendencias, logrando de esta manera cuadros de frecuencias y gráficos que permitan un cruce de variables y el respectivo análisis estadístico sobre la base de los datos obtenidos.

Cuadro No.5
Plan de Análisis 1

TIPO DE ESTADISTICA	VARIABLE INDEPENDIENTE Relación médico – paciente inadecuada	VARIABLE DEPENDIENTE Calidad de atención servicios médicos de hospitalización pediátrica
ESTADISTICA DESCRIPTIVA	-Distribución de frecuencias absolutas, relativas y acumuladas	-Distribución de frecuencias absolutas, relativas y acumuladas
	-Histogramas de frecuencias	-Histogramas de frecuencias
	- Medidas de variabilidad: rango, desviación estándar	- Medidas de variabilidad: rango, desviación estándar

Cuadro No.6
Plan de Análisis 2

TIPO DE ESTADISTICA	VARIABLE INDEPENDIENTE Relación médico – paciente adecuada	VARIABLE DEPENDIENTE Calidad de atención servicios médicos de hospitalización pediátrica
ESTADISTICA INFERENCIAL ANÁLISIS PARAMETRICO	-r: coeficiente de correlación de Pearson, correlación positiva o negativa y magnitud de la correlación, significancia. - Hipótesis a probar: Hipótesis estadística correlacional	
ESTADISTICA INFERENCIAL ANÁLISIS NO PARAMETRICO	- Chi cuadrada (Ji cuadrada o X ²), Tablas de Contingencia, tablas de frecuencias observadas, tablas de frecuencias esperadas, estadísticos de contraste - Hipótesis a probar: Hipótesis correlacional	

CAPITULO IV

EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La exposición y análisis de los resultados se efectúa mediante el siguiente procedimiento: en una primera parte se exponen y analizan los resultados encontrados por ambos instrumentos aplicados relacionados a las variables sociodemográficas, en una segunda parte se procede a exponer y analizar los resultados obtenidos respecto a las variables de contenido por cada instrumento aplicado, ambas partes bajo la perspectiva de un análisis estadístico descriptivo, finalmente en una tercera parte se procede a exponer y analizar los datos obtenidos de ambos instrumentos desde la perspectiva de un análisis estadístico inferencial.

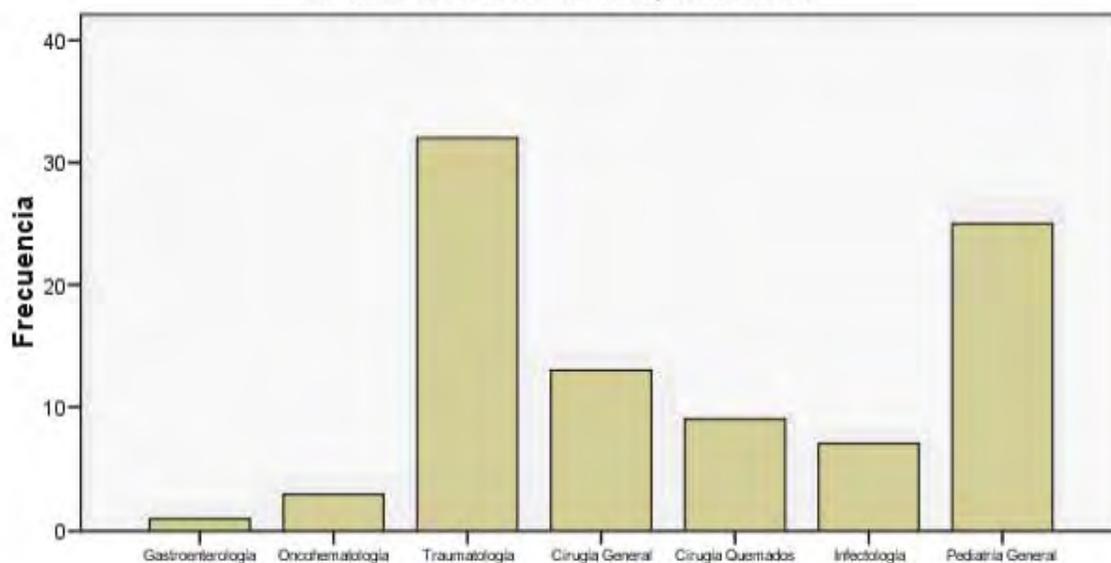
4.1. ANÁLISIS ESTADISTICO DESCRIPTIVO

4.1.1 INSTRUMENTO APLICADO: CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL USUARIO PEDIÁTRICO EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

Sala de Hospitalización

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Gastroenterología	1	1.1
Oncohematología	3	3.3
Traumatología	32	35.6
Cirugía General	13	14.4
Cirugía Quemados	9	10.0
Infectología	7	7.8
Pediatría General	25	27.8
Total	90	100.0

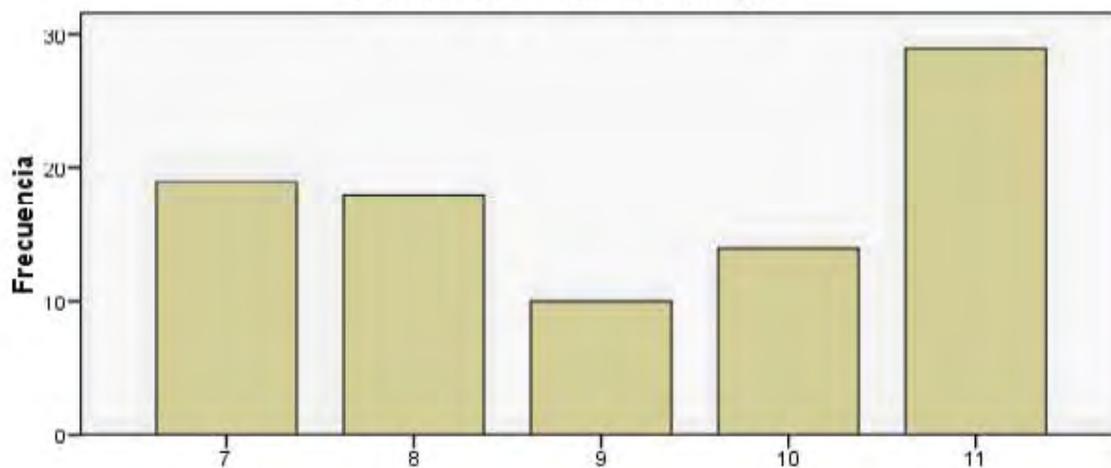
Gráfico No.1 Sala de Hospitalización



Edad del niño (a)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	7	19	21.1
	8	18	20.0
	9	10	11.1
	10	14	15.6
	11	29	32.2
Total		90	100.0

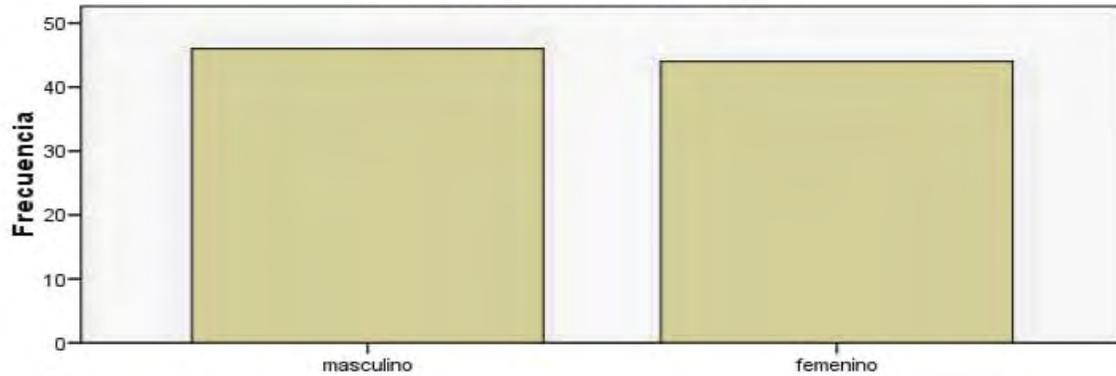
Gráfico No.2 Edad del niño (a)



Sexo del niño (a)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	masculino	46	51.1
	femenino	44	48.9
	Total	90	100.0

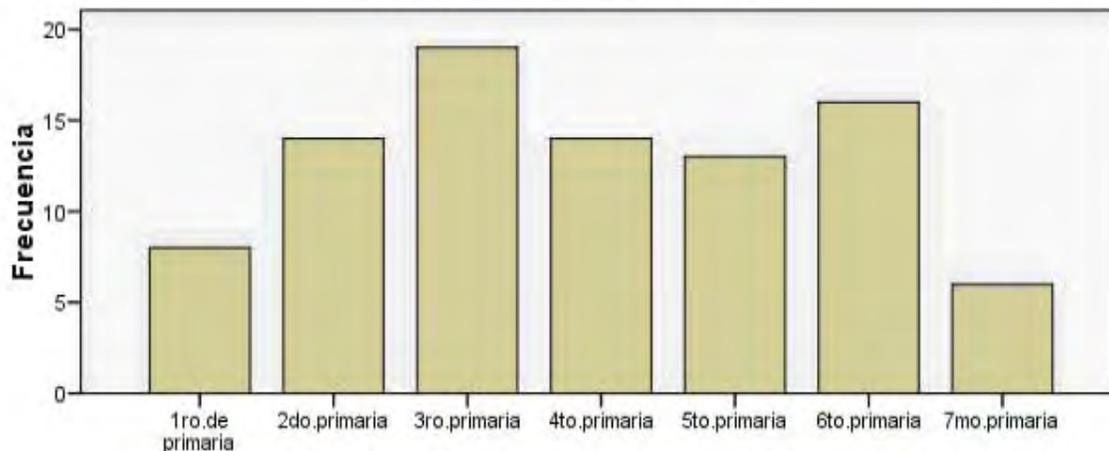
Gráfico No.3 Sexo del niño (a)



Grado Escolar

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1ro.de primaria	8	8.9
	2do.primaria	14	15.6
	3ro.primaria	19	21.1
	4to.primaria	14	15.6
	5to.primaria	13	14.4
	6to.primaria	16	17.8
	7mo.primaria	6	6.7
	Total	90	100.0

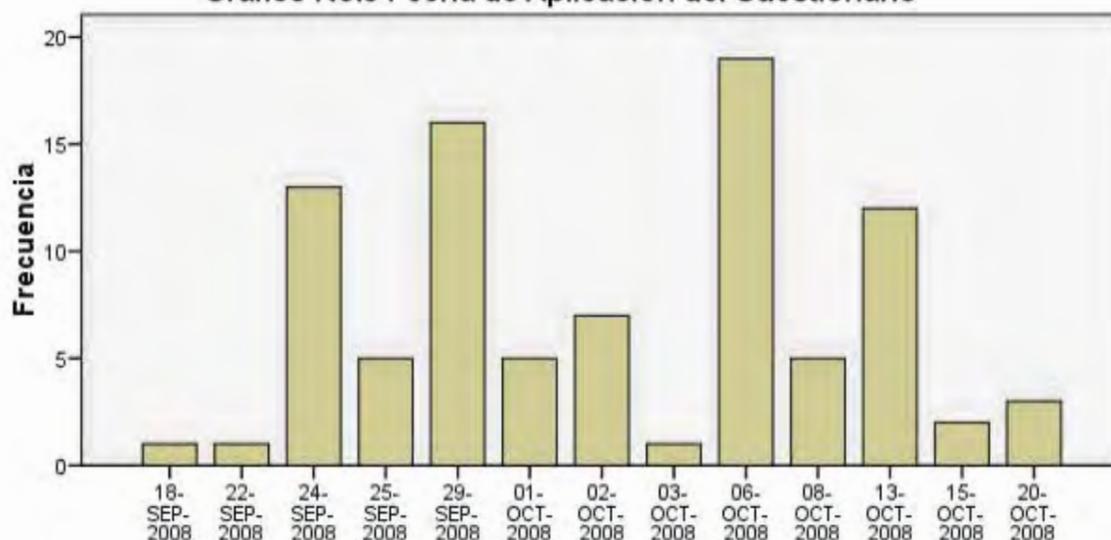
Grafico No.4 Grado Escolar



Fecha de Aplicación del Cuestionario

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	18-SEP-2008	1	1.1
	22-SEP-2008	1	1.1
	24-SEP-2008	13	14.4
	25-SEP-2008	5	5.6
	29-SEP-2008	16	17.8
	01-OCT-2008	5	5.6
	02-OCT-2008	7	7.8
	03-OCT-2008	1	1.1
	06-OCT-2008	19	21.1
	08-OCT-2008	5	5.6
	13-OCT-2008	12	13.3
	15-OCT-2008	2	2.2
	20-OCT-2008	3	3.3
	Total	90	100.0

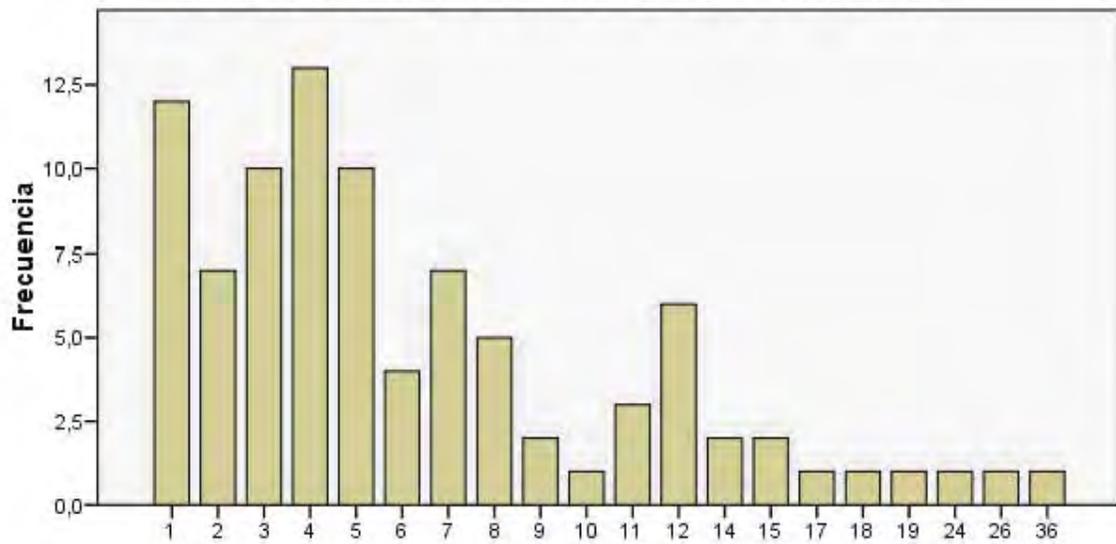
Gráfico No.5 Fecha de Aplicación del Cuestionario



Periodo de Estancia a la fecha de aplicación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	12	13.3
	2	7	7.8
	3	10	11.1
	4	13	14.4
	5	10	11.1
	6	4	4.4
	7	7	7.8
	8	5	5.6
	9	2	2.2
	10	1	1.1
	11	3	3.3
	12	6	6.7
	14	2	2.2
	15	2	2.2
	17	1	1.1
	18	1	1.1
	19	1	1.1
	24	1	1.1
	26	1	1.1
	36	1	1.1
Total		90	100.0

Grafico No.6 Periodo de Estancia a la fecha de aplicación



El 35 % en la aplicación del instrumento corresponde a la sala de traumatología. En esta sala la mayor frecuencia de atención del paciente pediátrico pertenece a grupos etareos mayor de los 7 años.

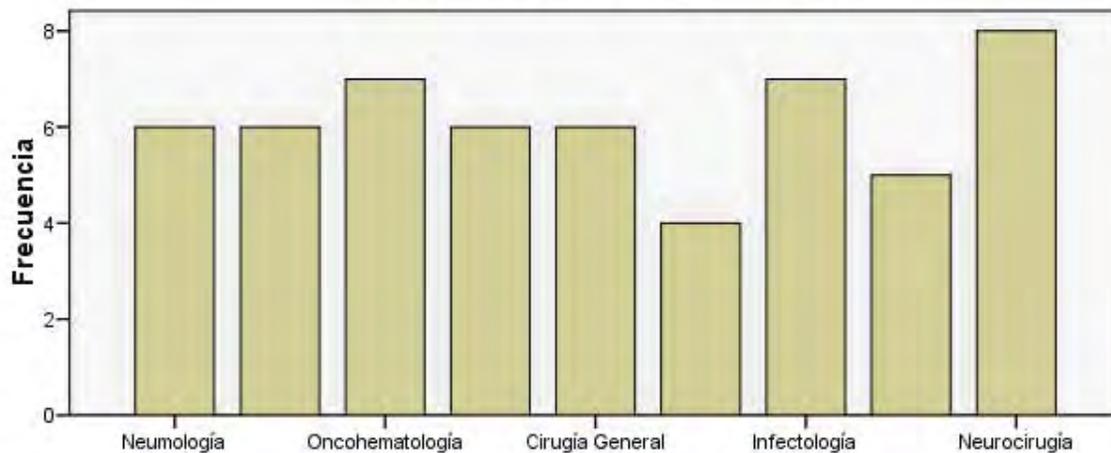
Se observa que la edad cronológica con mayor porcentaje entre la población infantil evaluada fue la de 11 años de edad con un porcentaje del 32% sobre el 100% de la muestra. Entre el 13% y 14% de la población tienen un periodo de estancia entre los 12 y 13 días lo cual da un valor significativo a la validez de contenido del instrumento.

4.1.2 INSTRUMENTO APLICADO: GUIA DE OBSERVACIÓN RELACION MEDICO PACIENTE PEDIÁTRICO Y ELEMENTOS RELACIONADOS A INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

Servicio de Hospitalización

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Neumología	6	10,9
	Gastroenterología	6	10,9
	Oncohematología	7	12,7
	Traumatología	6	10,9
	Cirugía General	6	10,9
	Cirugía Quemados	4	7,3
	Infectología	7	12,7
	Pediatría General	5	9,1
	Neurocirugía	8	14,5
	Total	55	100,0

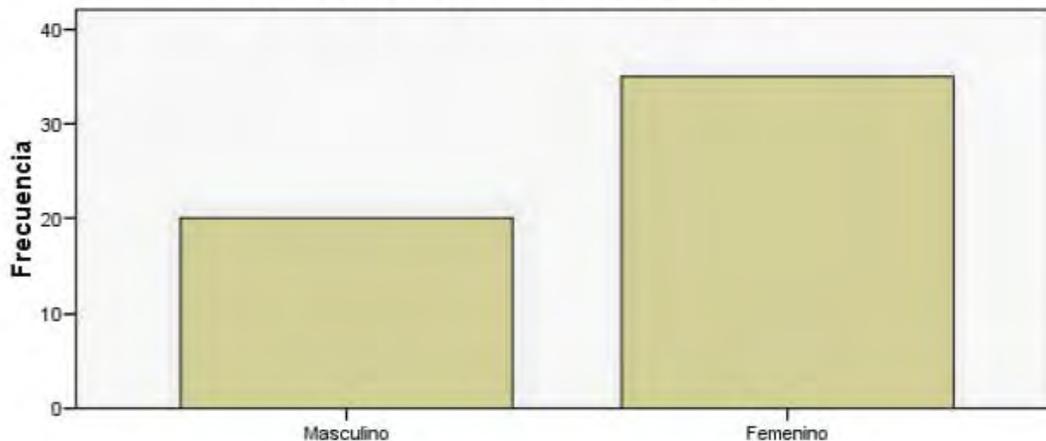
Grafico No.7 Servicio de Hospitalización



Sexo del Medico o Enfermera

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Masculino	20	36,4
	Femenino	35	63,6
	Total	55	100,0

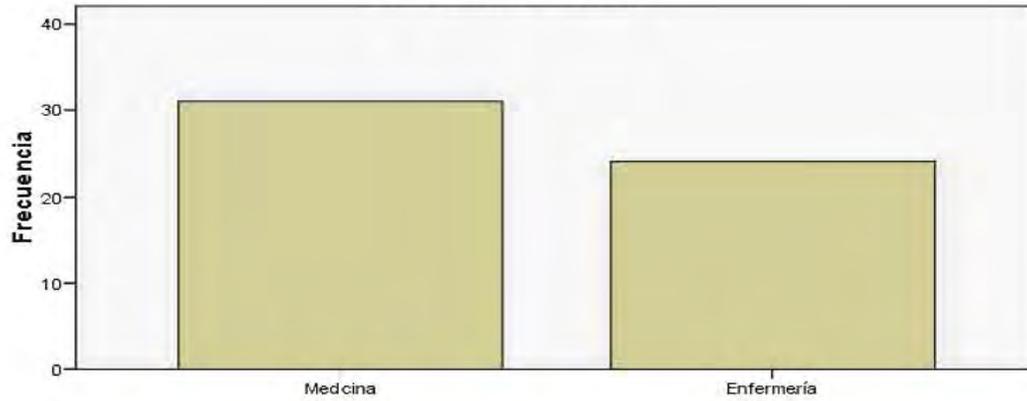
Grafico No.8 Sexo del Medico o Enfermera



Profesión

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Medicina	31	56,4
	Enfermería	24	43,6
	Total	55	100,0

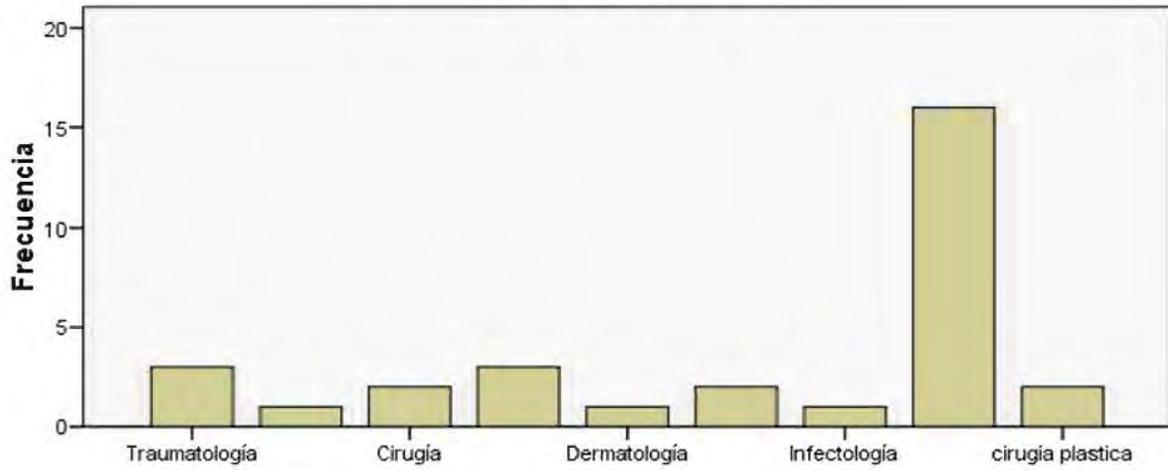
Grafico No.9 Profesión



Otros Estudios

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Traumatología	3	5,5
	Neurología	1	1,8
	Cirugía	2	3,6
	Neurocirugía	3	5,5
	Dermatología	1	1,8
	Otorrinolaringología	2	3,6
	Infectología	1	1,8
	Pediatría	16	29,1
	cirugía plástica	2	3,6
	Total	31	56,4
	Perdidos	Sistema	24
Total		55	100,0

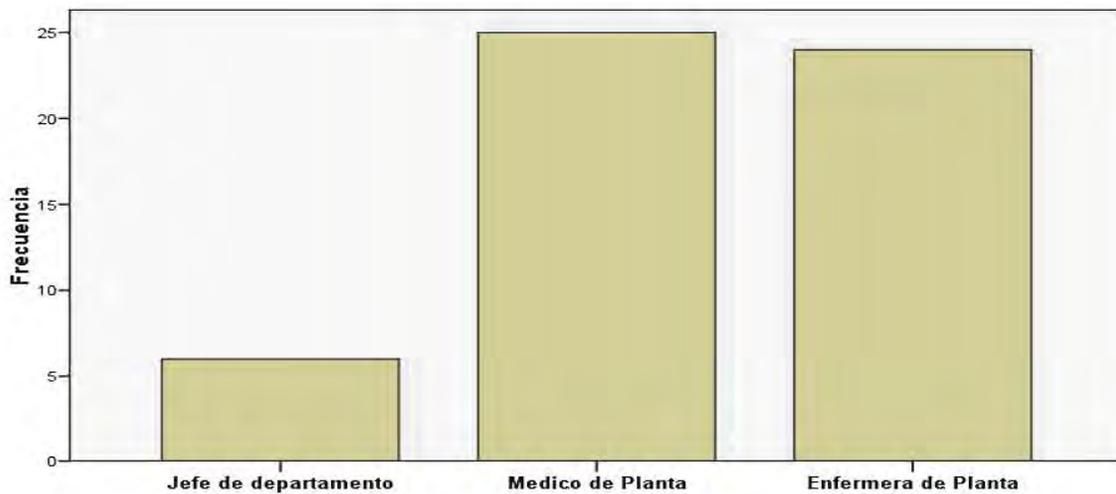
Grafico No.10 Otros Estudios



Cargo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Jefe de departamento	6	10,9
	Medico de Planta	25	45,5
	Enfermera de Planta	24	43,6
	Total	55	100,0

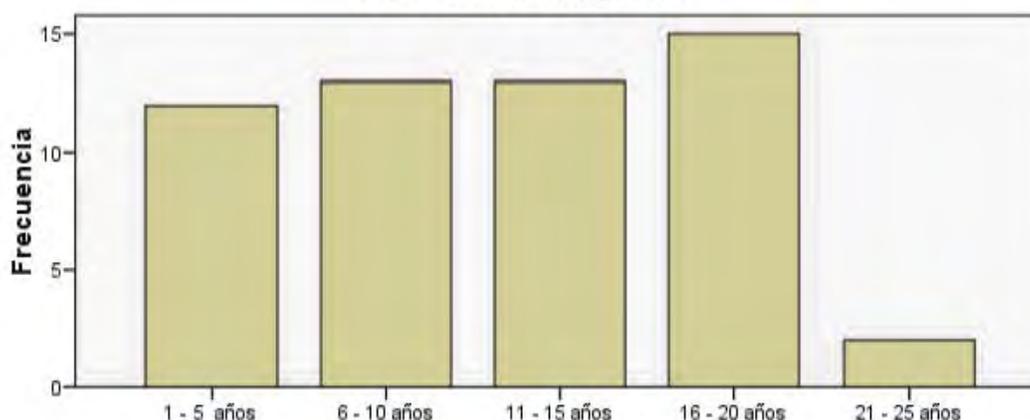
Grafico No.11 Cargo



Antigüedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 - 5 años	12	21,8	21,8	21,8
	6 - 10 años	13	23,6	23,6	45,5
	11 - 15 años	13	23,6	23,6	69,1
	16 - 20 años	15	27,3	27,3	96,4
	21 - 25 años	2	3,6	3,6	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Grafico No.12 Antigüedad



En cuanto al personal profesional del área médica que fueron sujetos a la aplicación del instrumento No.2 (Guía de Observación) y en función a los resultados obtenidos, se evidencia que el 64 % corresponde a población femenina frente a un 36 % de población masculina, esta diferencia responde al hecho de que en la aplicación de la guía de observación y dentro los criterios de inclusión de la investigación se considero al personal profesional del área de enfermería que en más de un 90% pertenecen al sexo femenino. Sin embargo, al observar la tabla de frecuencias sobre los datos de la profesión se evidencia que el 56% de la población evaluada pertenece al área médica lo cual nos induce que del 64% de la población femenina un gran porcentaje pertenece al área de formación médica.

El cuadro respecto a “Otros Estudios” muestra con claridad que del 56 % vinculada a la formación profesional médica, el 29% tiene la formación en pediatría, dato significativo en consideración a la investigación en un Hospital de población pediátrica.

Los datos de porcentaje acumulado que nos muestra el cuadro “Antigüedad” hacen referencia al tiempo prolongado de experiencia laboral en el área de pediatría tanto del personal médico como del personal de enfermería, de estos datos se infiere que el 69% del personal tiene una antigüedad entre 1 y 15 años de actividad laboral en el ambiente hospitalario.

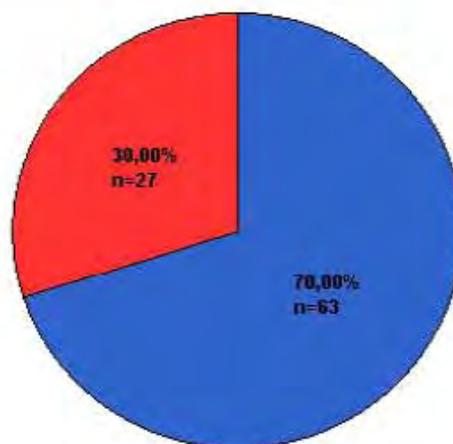
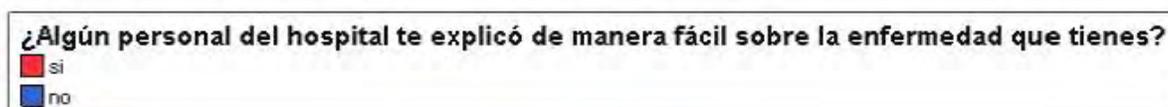
4.2. ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

4.2.1 CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL USUARIO PEDIÁTRICO EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Pregunta No.1 ¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	27	30.0	30.0	30.0
	no	63	70.0	70.0	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

GRAFICO No.13



Los resultados de la pregunta no.1 (grafico no.13) nos permite observar una diferencia significativa en cuanto al porcentaje de ambas respuestas. El 70% del total de

niños que fueron sometidos al cuestionario de percepción en calidad de atención afirman no haber recibido ninguna explicación sobre la patología motivo de su internación u hospitalización. Este indicador es representativo para el posterior análisis sobre la eficiente relación médico paciente que en pediatría debe existir a diferencia de la relación médico paciente en adultos

Pregunta No.2 ¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?

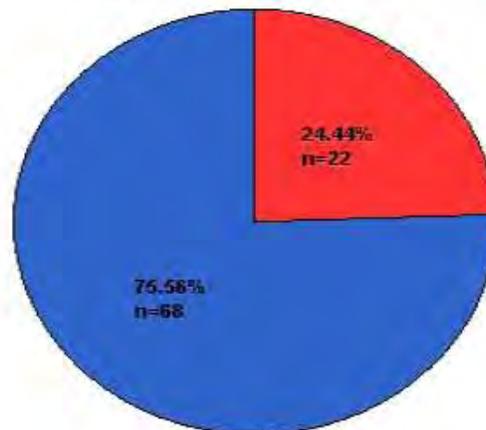
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	22	24.4	24.4	24.4
	no	68	75.6	75.6	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

GRAFICO NO.14

¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?

■ si
■ no

Los sectores muestran frecuencias



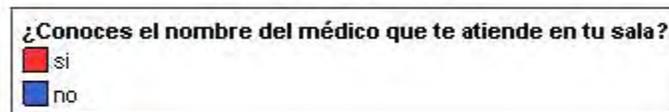
Los resultados en la pregunta No.2 (grafico No.14) corroboran los resultados de la pregunta No.1 en este caso el 75% de la población en estudio afirma no haber recibido

ninguna información sobre el tratamiento a recibir por algún miembro del personal de salud. La diferencia del 5% en relación a la pregunta No.1 nos permite interpretar que del 30% de la población médica, que según afirman los niños fueron debidamente informados sobre sus patologías, solo un 25% de los médicos explicaron de forma conjunta el tratamiento a recibir.

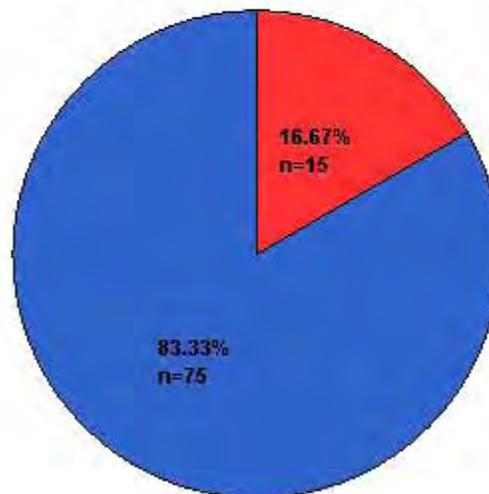
Pregunta No. 3 ¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	16.7	16.7	16.7
	no	75	83.3	83.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

GRAFICO NO.15



Los sectores muestran frecuencias



El análisis de la pregunta No.3 (grafico No.15) en cuanto a sus resultados muestra con claridad el muy poco contacto que tiene el personal de salud (medico y/o enfermeras) con el paciente pediátrico. En este caso el 83% de los niños que fueron sujetos de la

investigación no saben el nombre del médico que atiende en su sala, el 17 % restante es muy probable que conozcan el nombre de los médicos y/o enfermeras por lectura e identificación de los membretes en el mandil más no por la presentación del medico ante su paciente como parte del protocolo en la relación medico paciente

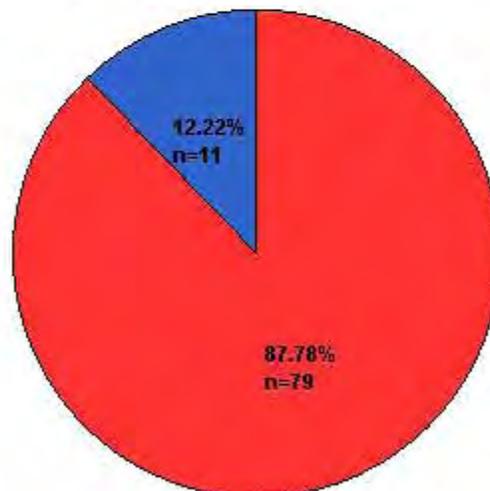
Pregunta No.4 ¿Te gusta el color de pintura de las paredes de tu sala?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	79	87.8	87.8	87.8
no	11	12.2	12.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

GRAFICO NO.16



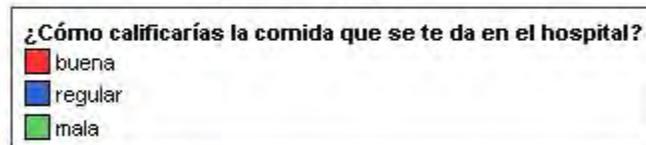
Los sectores muestran frecuencias



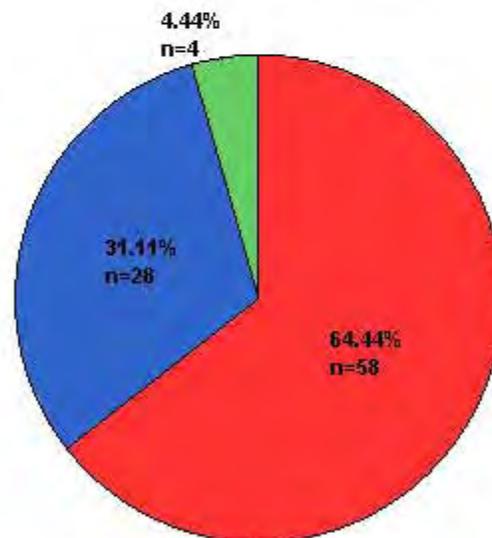
Pregunta No. 5 ¿Cómo calificarías la comida que se te da en el hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	buena	58	64.4	64.4	64.4
	regular	28	31.1	31.1	95.6
	mala	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

GRAFICO NO.17



Los sectores muestran frecuencias



Las preguntas No.4 y No.5 tienen como finalidad medir la percepción de calidad del paciente pediátrico en cuanto elementos de la estructura hospitalaria se refiere, si bien

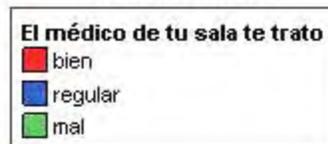
para una medición más precisa de los elementos de estructura bajo la concepción de calidad se requiere de instrumentos de mayor complejidad, estas dos preguntas pretenden dar un acercamiento a la percepción del niño sobre el ambiente hospitalario y su estadía al margen de su objetivo principal como es la recuperación de su estado de salud.

En la pregunta No.4 (grafico No.16) el 88% de los niños manifestaron su satisfacción por el color de la pintura sobre las paredes de su sala. En cuanto a la satisfacción por la comida hospitalaria los resultados de la pregunta No.5 (grafico No.17) muestra a un 64% de la población que la califica como buena, sin embargo el 31 % de la misma la califica como regular, este porcentaje en respuestas neutras se asocia a las condiciones de la patología en curso de cada niño que en muchas ocasiones requiere de dieta especial, blanda o carente de aditivos.

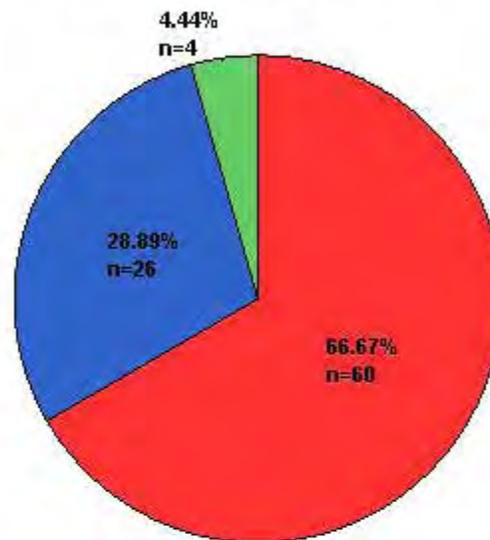
Pregunta No.6 El médico de tu sala te trato

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos bien	60	66.7	66.7	66.7
regular	26	28.9	28.9	95.6
mal	4	4.4	4.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

GRAFICO NO.18



Los sectores muestran frecuencias

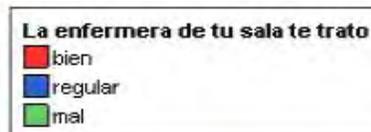


El cuadro de resultados de la pregunta No.6 (grafico No.18) en relación a la percepción que tiene el niño respecto al tipo de trato que recibe del medico durante la hospitalización nos muestra un 66% de respuestas interpretadas como favorables que conduce a afirmar una percepción de satisfacción por parte de los niños en cuanto al trato que reciben. El 29% que considera haber recibido un trato regular por parte de su medico, si bien no expresa su total inconformidad o insatisfacción por el trato recibido como se evidencia en el grupo del 4% de niños que afirman haber recibido un mal trato del medico tratante, tampoco le otorga una ponderación favorable al trato medico direccionándose más estos resultados a un análisis de insatisfacción que a una probable satisfacción en cuanto calidad de atención.

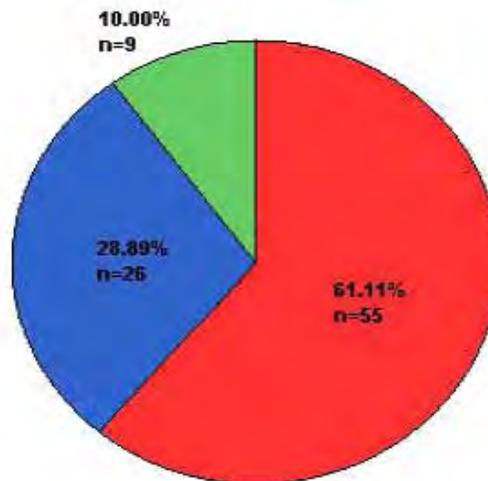
Pregunta No.7 La enfermera de tu sala te trato

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien	55	61.1	61.1	61.1
	regular	26	28.9	28.9	90.0
	mal	9	10.0	10.0	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

GRAFICO NO.19



Los sectores muestran frecuencias

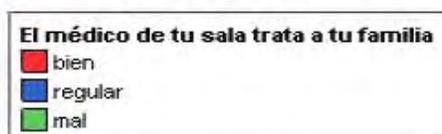


La pregunta No.7 (grafico No.19) presenta resultados próximos y similares al conjunto de respuestas de la pregunta No.6 en cuanto percepción del niño a trato regular por parte de las enfermeras en sala (29%), sin embargo en este cuadro observamos que la percepción de mal trato por el personal de enfermería tiene un porcentaje mayor (10%) que la percepción de mal trato por el personal médico (4%) y que sumado al 29% de respuestas regulares incrementa la percepción de insatisfacción en la calidad de atención.

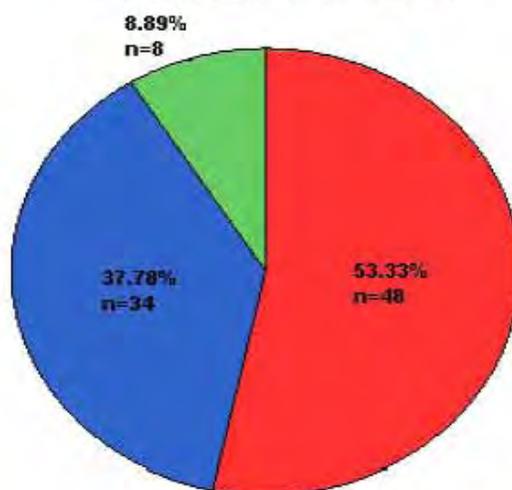
Pregunta No.8 El médico de tu sala trata a tu familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien	48	53.3	53.3	53.3
	regular	34	37.8	37.8	91.1
	mal	8	8.9	8.9	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

GRAFICO NO.20



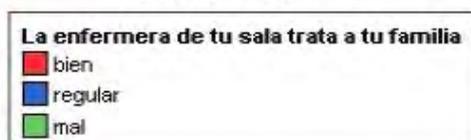
Los sectores muestran frecuencias



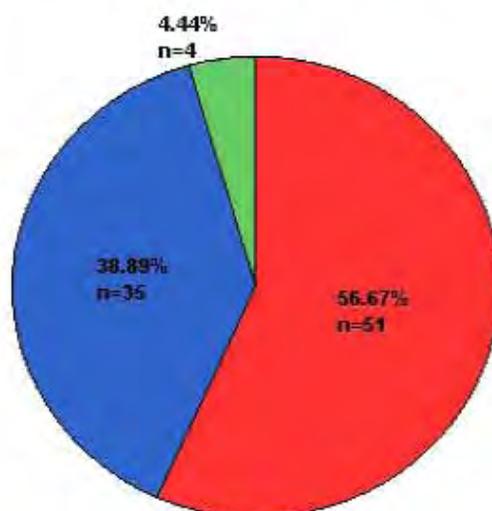
Pregunta No.9 La enfermera de tu sala trata a tu familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien	51	56.7	56.7	56.7
	regular	35	38.9	38.9	95.6
	mal	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

GRAFICO NO.21



Los sectores muestran frecuencias



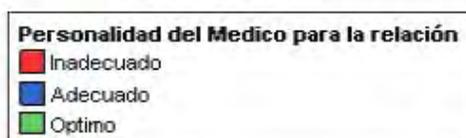
Los gráficos de resultados No.20 y 21 de las preguntas No.8 y 9 en relación a la percepción que el niño tiene acerca del trato a su familia por parte del personal medico y de enfermería en sala presenta un incremento de un 8% a 9 % en el conjunto de respuestas de trato regular respecto a los porcentajes de las preguntas 6 y 7 lo cual a su vez evidencia una disminución de los porcentajes favorables de percepción del niño en cuanto trato del personal medico y de enfermería se refiere al entorno familiar, por consiguiente los indicadores de satisfacción de calidad de atención en los servicios de hospitalización desde la perspectiva de la relación medico paciente pediátrico tienden a disminuir en datos porcentuales.

4.2.2 GUIA DE OBSERVACIÓN RELACIÓN MEDICO PACIENTE PEDIÁTRICO Y ELEMENTOS RELACIONADOS A INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

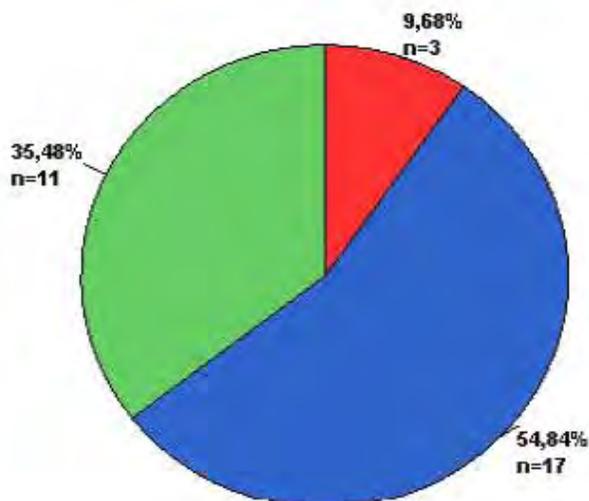
Ítem No.1 Personalidad del Medico para la relación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inadecuado	3	5,5	9,7	9,7
	Adecuado	17	30,9	54,8	64,5
	Optimo	11	20,0	35,5	100,0
	Total	31	56,4	100,0	
Perdidos	Sistema	24	43,6		
Total		55	100,0		

GRAFICO No.22



Los sectores muestran frecuencias



Los resultados de la aplicación del instrumento No.2 Guía de Observación de la relación médico paciente pediátrico y los factores asociados a indicadores de calidad de atención en hospitalización según el calculo muestral abarcan a una población total de 55

profesionales sujetos de la investigación entre los cuales el 56% tienen el título profesional en medicina y el 44% cuentan con el título profesional en enfermería.

El grafico No.22 Ítem No.1 Nos muestra como dato relevante un porcentaje valido del 55% del tipo de calificación "adecuado" respecto a la personalidad del medico para la relación seguido de un 35 % del tipo de calificación "optimo". Recordemos que ambos tipos de calificación son indicadores significativos en el análisis de la calidad de atención hospitalaria y su correlación con la relación medico paciente pediátrico.

Ítem No.2 Personalidad de la enfermera para la relación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inadecuado	1	1,8	4,2	4,2
	Adecuado	15	27,3	62,5	66,7
	Optimo	8	14,5	33,3	100,0
	Total	24	43,6	100,0	
Perdidos	Sistema	31	56,4		
Total		55	100,0		

GRAFICO No.23



Respecto al Ítem No.2 Personalidad de la enfermera para la relación (grafico No.23) se evidencia una diferencia del 7% en relación a los resultados porcentuales del Ítem No.1 Personalidad del médico para la relación en el tipo de criterio de calificación "adecuado" del instrumento de aplicación (Ítem No.1- 55%, Ítem No.2- 62%) lo cual nos muestra, dentro el grupo de profesionales de enfermería una mayor tendencia al tipo de personalidad seria, comunicativa pero formal respecto al grupo de profesionales médicos en los que se demuestra en menor porcentaje este tipo de personalidad para la relación y en un mayor porcentaje una personalidad amable, comunicativa, empática y jovial (Optimo, 35%)

Ítem No.3 Trato del Medico para la relación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inadecuado	2	3,6	6,5	6,5
	Adecuado	19	34,5	61,3	67,7
	Optimo	10	18,2	32,3	100,0
	Total	31	56,4	100,0	
Perdidos	Sistema	24	43,6		
Total		55	100,0		

GRAFICO No.24



Los resultados del Ítem No.3 (grafico No.24) en cuanto al trato del medico para la relación no muestra mayores modificaciones que los ítems precedentes respecto a los criterios de calificación "adecuado" y "optimo", (61% adecuado y 32% optimo). Si bien el criterio de calificación "adecuado" hace referencia a la relación médico paciente como un indicador favorable, no deja de ser una ponderación neutra del concepto de relación medico paciente pediátrico al cual apunta la presente investigación.

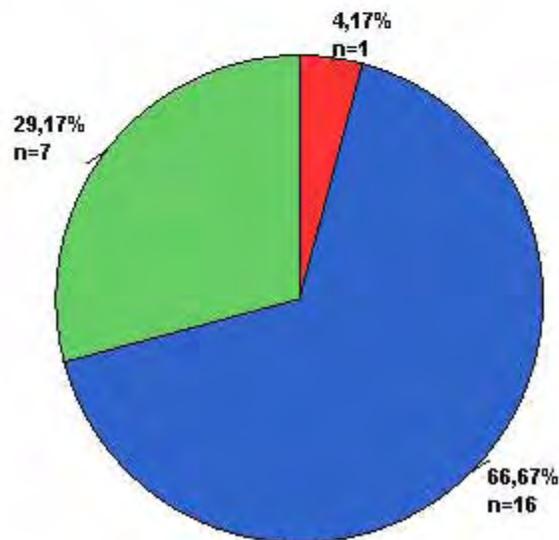
Ítem No.4 Trato de la Enfermera para la relación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inadecuado	1	1,8	4,2	4,2
	Adecuado	16	29,1	66,7	70,8
	Optimo	7	12,7	29,2	100,0
	Total	24	43,6	100,0	
Perdidos	Sistema	31	56,4		
Total		55	100,0		

GRAFICO No.25



Los sectores muestran frecuencias



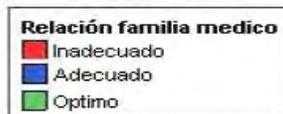
El Trato de la enfermera para la relación tiene un incremento mayor en el criterio de calificación "adecuado" 67% (Ítem No.4, grafico No.25) respecto a los resultados del ítem No.3 Trato del médico para la relación 61%, y una vez más se evidencia un menor porcentaje obtenido en el criterio "optimo" 29% frente al 32% del ítem No.3.

Estos resultados validan el trato y atención distante, superficial y ligera, con escasa comunicación hacia el niño y con preguntas directas y enfáticas que en el personal de profesionales en enfermería se da en mayor frecuencia en relación al personal médico tomando en cuenta que el personal de enfermería dispone de mayor tiempo de permanencia en sala.

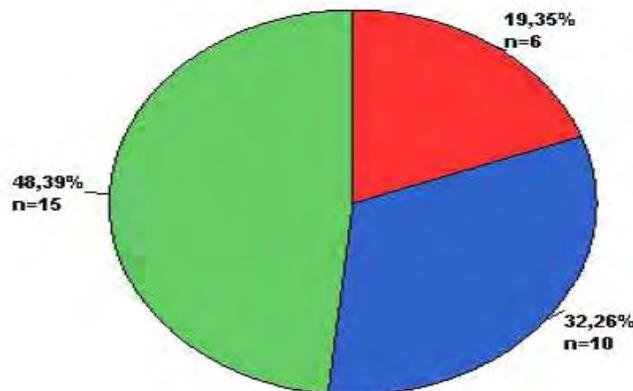
Ítem No.5 Relación familia medico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inadecuado	6	10,9	19,4	19,4
	Adecuado	10	18,2	32,3	51,6
	Optimo	15	27,3	48,4	100,0
	Total	31	56,4	100,0	
Perdidos	Sistema	24	43,6		
Total		55	100,0		

GRAFICO No.26



Los sectores muestran frecuencias



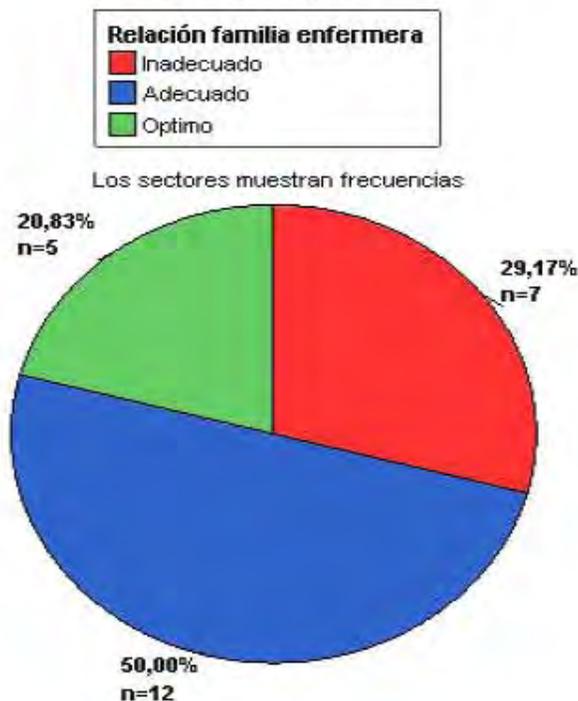
En este ítem (ítem No.5, grafico No.26) los resultados en porcentajes muestran una modificación significativa respecto a los criterios “adecuado y optimo”. En este ítem, que hace referencia a la relación familia médico, el criterio de “optimo” alcanza un porcentaje válido de 48% seguido de un 32% del criterio de “adecuado” lo cual representa un dato altamente significativo en la valoración de la relación medico paciente y su relación con la calidad de atención en la prestación de servicios de salud en hospitalización.

Recordemos que este 48 % como optimo en la relación familia medico implica una comunicación horizontal con la familia, explicación en detalle con un lenguaje claro y sencillo del problema de salud del niño, con la finalidad de que se comprenda el cuadro de la patología y su tratamiento, buscando involucrar a la familia en el mismo mediante su participación en la procura de medicamentación, atención y afecto de la familia con el niño.

Ítem No.6 Relación familia enfermera

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inadecuado	7	12,7	29,2	29,2
	Adecuado	12	21,8	50,0	79,2
	Optimo	5	9,1	20,8	100,0
	Total	24	43,6	100,0	
Perdidos	Sistema	31	56,4		
Total		55	100,0		

GRAFICO No.27



Los Resultados del Ítem No.6 grafico No.27 muestran un incremento porcentual significativo en relación al criterio de “inadecuado” (29%) que en el análisis de resultados del ítem se sitúa en el segundo porcentaje más alto (“Adecuado” 50%; “Inadecuado” 29%) lo cual conlleva a determinar la relación enfermera y familia del paciente pediátrico como una relación superficial, cumpliendo con esta relación por cumplir, sin interesar mucho si la familia participa del tratamiento, y en algunos casos según muestra la tendencia de los resultados una comunicación vertical con la familia del niño o incluso la ausencia de la misma.

Ítem No.7 Relación afectiva del medico para la relación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inadecuado	2	3,6	6,5	6,5
	Adecuado	19	34,5	61,3	67,7
	Optimo	10	18,2	32,3	100,0
	Total	31	56,4	100,0	
Perdidos	Sistema	24	43,6		
Total		55	100,0		

GRAFICO No.28



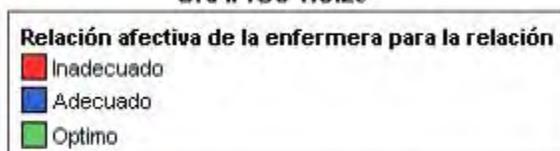
Respecto al ítem No.7 grafico No.28 relación afectiva del médico para la relación el 62% del total de la muestra médica expresa sentimientos y actitudes superficiales de solidaridad y afecto con el niño, con preguntas comunes y elaboradas. Por otra parte un

32% de la misma población tiende a expresar sentimientos y actitudes de afecto, solidaridad, respeto e incluso cariño con el niño.

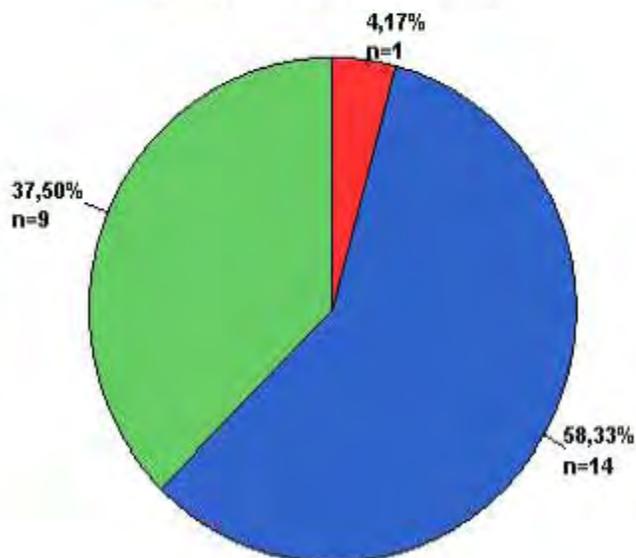
Ítem No.8 Relación afectiva de la enfermera para la relación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inadecuado	1	1,8	4,2	4,2
	Adecuado	14	25,5	58,3	62,5
	Optimo	9	16,4	37,5	100,0
	Total	24	43,6	100,0	
Perdidos	Sistema	31	56,4		
Total		55	100,0		

GRAFICO No.29



Los sectores muestran frecuencias



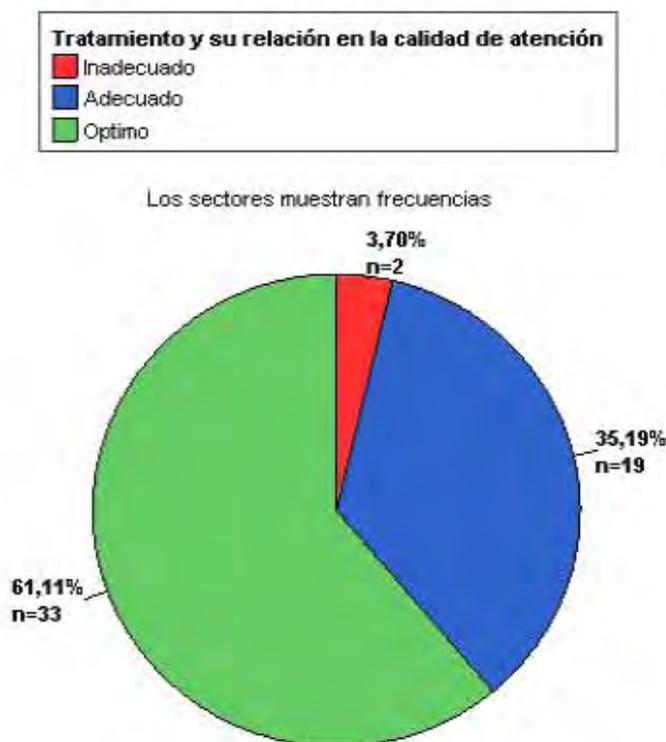
En cuanto a la relación afectiva de la enfermera para la relación ítem No.8 grafico No.29 los resultados porcentuales evidencian una disminución del criterio "adecuado" 58%

respecto a los porcentajes en la población médica 61% y un incremento del criterio "óptimo" 37% en relación a la misma población lo cual nos muestra indicadores más favorables para la relación afectiva con el paciente pediátrico por parte del personal de enfermería que del personal médico.

Ítem No.9 Tratamiento y su relación en la calidad de atención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inadecuado	2	3,6	3,7	3,7
	Adecuado	19	34,5	35,2	38,9
	Optimo	33	60,0	61,1	100,0
	Total	54	98,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,8		
Total		55	100,0		

GRAFICO No.30

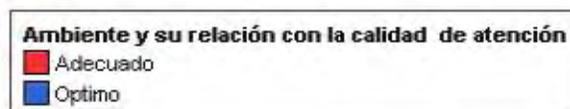


Los resultados del ítem No.9 gráfico No.30 permiten observar que en cuanto al tratamiento y su relación en la calidad de atención tanto el médico como la enfermera se interesan por el tipo de tratamiento del niño hospitalizado, conducta y actitud que se manifiesta por la preocupación e interés que le hacen conocer al niño (a) eliminando de esta manera los niveles de estrés que genera las formas de tratamiento en los mismos, este porcentaje del 61% es un indicador significativo en relación al porcentaje del 35% conformado en el criterio de "adecuado" en el cual y según los criterios de puntuación de la guía de observación el médico o la enfermera muestran un interés superfluo en el contacto con el niño por el tipo de tratamiento a recibir.

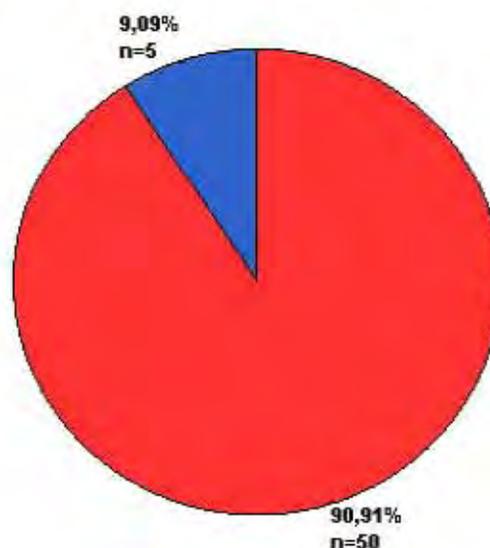
Ítem No.10 Ambiente y su relación con la calidad de atención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Adecuado	50	90,9	90,9	90,9
	Optimo	5	9,1	9,1	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

GRAFICO No.31



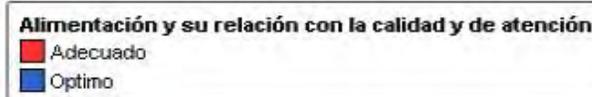
Los sectores muestran frecuencias



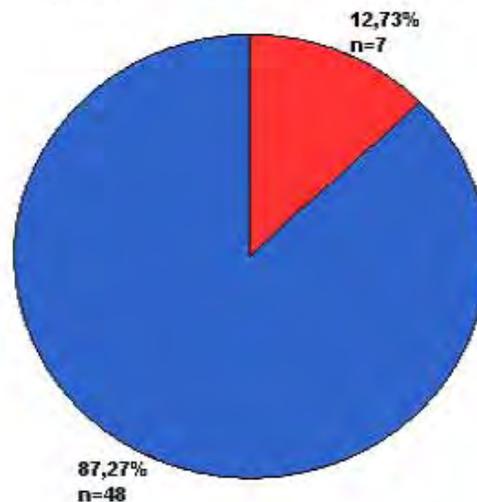
Ítem No.11 Alimentación y su relación con la calidad de atención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Adecuado	7	12,7	12,7	12,7
	Optimo	48	87,3	87,3	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

GRAFICO No.32



Los sectores muestran frecuencias



Los resultados de los ítems No.10 y 11 gráficos No.31 y 32 hacen referencia al contexto hospitalario que en tanto validación de resultados son variables que deberán correlacionarse con los mismos indicadores del instrumento No.1 (Cuestionario de Percepción del Usuario Pediátrico en Calidad de Atención en Servicios de Hospitalización).

El 91% del gráfico No.31 como criterio de calificación “adecuado” nos muestra que el textuado de las salas no es de las más adecuadas, los colores son fríos, hay poco material visual que estimula y favorece las esferas emotivas para un paciente pediátrico. Por último el ítem No.11 evidencia con mayor claridad la adecuación y satisfacción que tiene el usuario pediátrico en relación a la alimentación hospitalaria (87%) y por consiguiente el incremento de los indicadores favorables respecto a la calidad de atención en los servicios de hospitalización.

4.3. ANALISIS ESTADISTICO INFERENCIAL

Concluido el Análisis en la descripción respecto a la distribución de las variables de ambos instrumentos, como propósito de la investigación, se pretende generalizar los resultados obtenidos en la muestra a la población o universo inferidos del cálculo de los estadígrafos descriptivos con fines de consolidar y probar la hipótesis planteada.

Para el análisis estadístico inferencial se utilizo las pruebas paramétricas de Coeficiente de correlación de Pearson y no paramétrica de Chi - Cuadrada

4.3.1 CORRELACION DE PEARSON

Definición: Prueba estadística para analizar entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón.

Hipótesis a probar: El tipo de hipótesis a probar es el Correlacional del tipo de “A mayor X, mayor Y”, “A mayor X, menor Y”, “Altos valores en X están asociados con altos valores en Y”, “Altos valores en X se asocian con bajos valores en Y”

Variables involucradas: Las variables involucradas son dos, esta prueba no considera a una como independiente y a la otra como dependiente, ya que no se trata de una prueba que evalúa la causalidad. La noción de causa – efecto (independiente-dependiente) se puede establecer teóricamente, pero la prueba no considera dicha causalidad.

El coeficiente de correlación de Pearson se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables. Se relacionan las puntuaciones obtenidas de una variable con las puntuaciones obtenidas de otra variable.

Interpretación: El coeficiente de correlación de Pearson puede variar de -1.00 a +1.00 donde se determina que:

- 1.00 = Correlación negativa perfecta (“A mayor X, menor Y” de manera proporcional. Es decir, cada vez que X aumenta una unidad, Y disminuye siempre una cantidad constante). Esto también se aplica a “a menor X, mayor Y”.

- 0.90 = Correlación negativa muy fuerte

- 0.75 = Correlación negativa considerable

- 0.50 = Correlación negativa media

- 0.10 = Correlación negativa débil

0.00 = No existe correlación alguna entre las variables

+ 0.10 = Correlación positiva débil

+ 0.50 = Correlación positiva media

+ 0.75 = Correlación positiva considerable

+ 0.90 = Correlación positiva muy fuerte

+ 1.00 = Correlación positiva perfecta (“A mayor X, mayor Y” o “a menor X, menor Y” de manera proporcional. Cada vez que X aumenta, Y aumenta siempre una cantidad constante)

El programa SPSS versión 15.0 reporta si el coeficiente es o no significativo, de la siguiente manera: Si “sig.” es menor del valor 0.05 se dice que el coeficiente es significativo al nivel del 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error).⁵⁰

4.3.2 CORRELACION DE PEARSON CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL USUARIO PEDIÁTRICO EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

GUIA DE OBSERVACIÓN RELACIÓN MEDICO PACIENTE PEDIÁTRICO Y ELEMENTOS RELACIONADOS A INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

⁵⁰ HERNÁNDEZ SAMPIERI, R, y otros. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. Bogotá. 1998.

4.3.2.1 Correlación Pregunta No.1 Cuestionario de Percepción; Ítems 1,2,3,4,7,8,9 Guía de Observación

Tabla No.1

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Personalidad del Medico para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Correlación de Pearson	1	,364(*)
	Sig. (bilateral)		,044
	N	90	31
Personalidad del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,364(*)	1
	Sig. (bilateral)	,044	
	N	31	31

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla No.2

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Personalidad de la Enfermera para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Correlación de Pearson	1	,007
	Sig. (bilateral)		,974
	N	90	24
Personalidad de la Enfermera para la relación	Correlación de Pearson	,007	1
	Sig. (bilateral)	,974	
	N	24	24

Tabla No.3

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Trato del Medico para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Correlación de Pearson	1	,269
	Sig. (bilateral)		,144
	N	90	31
Trato del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,269	1
	Sig. (bilateral)	,144	
	N	31	31

Tabla No.4

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Trato de la Enfermera para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	-,044 24
Trato de la Enfermera para la relación	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,044 ,838 24	1 24

Tabla No.5

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Relación afectiva del medico para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	,269 31
Relación afectiva del medico para la relación	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,269 ,144 31	1 31

Tabla No.6

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Relación afectiva de la enfermera para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	-,276 24
Relación afectiva de la enfermera para la relación	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,276 ,191 24	1 24

Tabla No.7

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Correlación de Pearson	1	,125
	Sig. (bilateral)		,362
	N	90	55
Tratamiento y su relación en la calidad de atención	Correlación de Pearson	,125	1
	Sig. (bilateral)	,362	
	N	55	55

El análisis de Correlación de Pearson que nos muestra las tablas No.1,3,5,6,7 en relación a la pregunta No.1 del Instrumento No.1 (Cuestionario de Percepción del Usuario Pediátrico en Calidad de Atención en servicios de Hospitalización) y los ítems 1,3,7,8,9 del Instrumento No.2 (Guía de Observación Relación Medico Paciente Pediátrico y los Factores Asociados a Indicadores de Calidad de Atención en Hospitalización) evidencian la ausencia de una correlación positiva o negativa significativa y considerable de la pregunta No.1 *¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?*, con un porcentaje del 70% de respuestas negativas y un 30% de respuestas positivas (Análisis Descriptivo) y los Ítems No.1 *Personalidad del Medico para la relación*, validado con un 55% como adecuado, 36% como optimo y 10% como inadecuado, No.3 *Trato del Medico para la relación*, validado con un 61% como adecuado, 32% como optimo y 7% como inadecuado, No.7 *Relación afectiva del medico para la relación*, validado con un 61% como adecuado, 32% como optimo y 7% como inadecuado, No.8 *Relación afectiva de la enfermera para la relación*, validado con un 58% como adecuado, 38% como optimo y 4% como inadecuado, No.9 *Tratamiento y su relación en la calidad de atención*, validado con un 35% como adecuado, 61% como optimo y 4% como inadecuado (Porcentajes del Análisis Descriptivo). Por consiguiente no existe correlación alguna de la pregunta No.1 y los Ítems mencionados.

En cuanto a la Tabla No.2 el valor de correlación al 0.007 entre la pregunta No.1 *¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?*, con un porcentaje del 30% de respuestas positivas y el ítem No.2 *Personalidad de la Enfermera para la relación*, validado con un 63% como adecuado y 33% como optimo (% del análisis descriptivo) establece un nivel de correlación positivo significativo interpretado como a mayor incremento de las respuestas positivas en la pregunta No.1 mayor incremento en los porcentajes de adecuado y optimo del ítem No.2. La Tabla No.4 muestra un valor de correlación de -0.044 respecto a la pregunta No.1 y el ítem No.4 *Trato de la Enfermera para la relación*, validado con un 67% como adecuado y 29% como optimo, lo cual se interpreta como un nivel de correlación negativo significativo entre ambas variables, es decir a mayor porcentaje de respuestas negativas en la pregunta No.1 menor porcentaje de validación positiva en el ítem No.4.

4.3.2.2 Correlación Pregunta No.2 Cuestionario de Percepción; Ítems 1,2,3,4,7,8,9 Guía de Observación

Tabla No.8

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Personalidad del Medico para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Correlación de Pearson	1	,037
	Sig. (bilateral)		,844
	N	90	31
Personalidad del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,037	1
	Sig. (bilateral)	,844	
	N	31	31

Tabla No.9

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Personalidad de la Enfermera para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Correlación de Pearson	1	-,220
	Sig. (bilateral)		,302
	N	90	24
Personalidad de la Enfermera para la relación	Correlación de Pearson	-,220	1
	Sig. (bilateral)	,302	
	N	24	24

Tabla No.10

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Trato del Medico para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Correlación de Pearson	1	,040
	Sig. (bilateral)		,829
	N	90	31
Trato del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,040	1
	Sig. (bilateral)	,829	
	N	31	31

Tabla No.11

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Trato de la Enfermera para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Correlación de Pearson	1	-,124
	Sig. (bilateral)		,564
	N	90	24
Trato de la Enfermera para la relación	Correlación de Pearson	-,124	1
	Sig. (bilateral)	,564	
	N	24	24

Tabla No.12

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Relación afectiva del medico para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	-,085 31
Relación afectiva del medico para la relación	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,085 ,649 31	1 31

Tabla No.13

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Relación afectiva de la enfermera para la relación
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	-,311 24
Relación afectiva de la enfermera para la relación	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,311 ,139 24	1 24

Tabla No.14

		¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	-,036 55
Tratamiento y su relación en la calidad de atención	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,036 ,792 55	1 55

Las Tablas No.9, 11, 12, 13 respecto a la correlación entre las variables pregunta No.2 del instrumento No.1 y los ítems No.2,4,7,8 del instrumento No.2 no tienen un valor significativo al valor de 0.05 como probabilidad de error, por tanto no existe un nivel de confianza de que la correlación sea verdadera.

Las Tablas de resultados No. 8,10,14 con los valores de 0.037, 0.040, -0.036 respectivamente nos permite observar un nivel de significancia positivo y negativo en cuanto a la correlación de variables interpretado de la siguiente manera: A mayor porcentaje de las respuestas negativas en la pregunta No.2 *¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?* con un porcentaje del 76% de respuestas negativas (Análisis Descriptivo) mayor porcentaje en la validación negativa de lo ítems No. 1 *Personalidad del Medico para la relación*, validado con un 10% como inadecuado, No.3 *Trato del Medico para la relación*, validado con un 7% como inadecuado. (Análisis Descriptivo). Respecto a la Tabla No.14, a menor porcentaje de las respuestas positivas en la pregunta No.2 (24%) mayor incremento constante en el porcentaje de validación negativa o inadecuado en el ítem No.9 (4%)

4.3.2.3 Correlación Pregunta No.3 Cuestionario de Percepción; Ítems 1,3,7,9 Guía de Observación

Tabla No.15

		¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Personalidad del Medico para la relación
¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Correlación de Pearson	1	,008
	Sig. (bilateral)		,967
	N	90	31
Personalidad del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,008	1
	Sig. (bilateral)	,967	
	N	31	31

Tabla No.16

		¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Trato del Medico para la relación
¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Correlación de Pearson	1	,008
	Sig. (bilateral)		,964
	N	90	31
Trato del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,008	1
	Sig. (bilateral)	,964	
	N	31	31

Tabla No.17

		¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Relación afectiva del medico para la relación
¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Correlación de Pearson	1	,008
	Sig. (bilateral)		,964
	N	90	31
Relación afectiva del medico para la relación	Correlación de Pearson	,008	1
	Sig. (bilateral)	,964	
	N	31	31

Tabla No.18

		¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Correlación de Pearson	1	-,001
	Sig. (bilateral)		,992
	N	90	55
Tratamiento y su relación en la calidad de atención	Correlación de Pearson	-,001	1
	Sig. (bilateral)	,992	
	N	55	55

Las Tablas No.15, 16, 17 y los niveles de correlación de la pregunta No.3 *¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?* (Instrumento No.1) con un porcentaje del 17% en las respuestas afirmativas y un 83% en las respuestas negativas (Análisis Descriptivo) y los ítems No.1 *Personalidad del Medico para la relación*, validado con un 55% como adecuado, 36% como optimo y 10% como inadecuado, No.3 *Trato del Medico para la relación*, validado con un 61% como adecuado, 32% como optimo y 7% como inadecuado, No.7 *Relación afectiva del medico para la relación*, validado con un 61%

como adecuado, 32% como optimo y 7% como inadecuado, (Porcentajes del Análisis Descriptivo) evidencian un nivel de correlación significativo tipo positivo entre las variables a mención, lo cual es interpretado como a mayor o menor porcentaje en los resultados de la pregunta No.3 (Instrumento No.1), mayor o menor porcentaje en la validación de resultados de los ítems No.1, 3, 7 (Instrumento No.2)

La Tabla No.18 nos muestra un nivel de correlación significativa tipo negativa en relación a las variables pregunta No.3 *¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?* (Instrumento No.1) con un porcentaje del 17% en las respuestas afirmativas y un 83% en las respuestas negativas e ítem No.9 *Tratamiento y su relación en la calidad de atención*, validado con un 35% como adecuado, 61% como optimo y 4% como inadecuado (Instrumento No.2), lo cual es interpretado como a menor porcentaje en las respuestas negativas de la pregunta No.3, mayor porcentaje de manera proporcional en la validación del ítem No.9

4.3.2.4 Correlación Pregunta No.4 Cuestionario de Percepción; Ítem No. 10 Guía de Observación

Tabla No.19

		¿Te gusta el color de pintura de las paredes de tu sala?	Ambiente y su relación con la calidad de atención
¿Te gusta el color de pintura de las paredes de tu sala?	Correlación de Pearson	1	,000
	Sig. (bilateral)		1,000
	N	90	55
Ambiente y su relación con la calidad de atención	Correlación de Pearson	,000	1
	Sig. (bilateral)	1,000	
	N	55	55

4.3.2.5 Correlación Pregunta No.5 Cuestionario de Percepción; Ítem No. 11 Guía de Observación

Tabla No.20

		¿Cómo calificarías la comida que se te da en el hospital?	Alimentación y su relación con la calidad y de atención
¿Cómo calificarías la comida que se te da en el hospital?	Correlación de Pearson	1	-,051
	Sig. (bilateral)		,710
	N	90	55
Alimentación y su relación con la calidad y de atención	Correlación de Pearson	-,051	1
	Sig. (bilateral)	,710	
	N	55	55

Las Tablas No.19 y 20 hacen referencia al análisis de correlación entre variables simples del contexto hospitalario como son el textuado de los ambientes o salas de hospitalización, la alimentación y su relación con la calidad de atención en los servicios de hospitalización medida a través de la percepción de satisfacción del usuario pediátrico.

Según la Tabla No.19 no existe correlación alguna entre la pregunta No.4 del Cuestionario de Percepción con un porcentaje valido del 88% en respuestas afirmativas y 12% en respuestas negativas y el Ítem No. 10 de la Guía de Observación con un porcentaje valido del 91% como adecuado y 9 como optimo.

En la Tabla No.20 el nivel de correlación si es significativo del tipo negativo entre las variables de ambos instrumentos relacionadas a la alimentación, pregunta No.5 *¿Cómo calificarías la comida que se te da en el hospital?* Cuestionario de Percepción y el ítem No.11 *Alimentación y su relación con la calidad y de atención* Guía de Observación, entendido como a menor porcentaje de respuestas calificadas como malas 4% de la pregunta No.5 (Análisis descriptivo) mayor incremento proporcional del porcentaje validado como optimo 87% del ítem No.11.

4.3.2.6 Correlación Pregunta No.6 Cuestionario de Percepción; Ítems 1,3,7,9 Guía de Observación

Tabla No.21

		El médico de tu sala te trato	Personalidad del Medico para la relación
El médico de tu sala te trato	Correlación de Pearson	1	,126
	Sig. (bilateral)		,499
	N	90	31
Personalidad del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,126	1
	Sig. (bilateral)	,499	
	N	31	31

Tabla No.22

		El médico de tu sala te trato	Trato del Medico para la relación
El médico de tu sala te trato	Correlación de Pearson	1	,138
	Sig. (bilateral)		,458
	N	90	31
Trato del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,138	1
	Sig. (bilateral)	,458	
	N	31	31

Tabla No.23

		El médico de tu sala te trato	Relación afectiva del medico para la relación
El médico de tu sala te trato	Correlación de Pearson	1	,138
	Sig. (bilateral)		,458
	N	90	31
Relación afectiva del medico para la relación	Correlación de Pearson	,138	1
	Sig. (bilateral)	,458	
	N	31	31

Tabla No.24

		El médico de tu sala te trato	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
El médico de tu sala te trato	Correlación de Pearson	1	,096
	Sig. (bilateral)		,484
	N	90	55
Tratamiento y su relación en la calidad de atención	Correlación de Pearson	,096	1
	Sig. (bilateral)	,484	
	N	55	55

El análisis de resultados respecto a la correlación de variables que nos muestra la Tabla No.21, 22 y 23 pregunta No.6 *El médico de tu sala te trato* (Instrumento No.1), ítems No.1 *Personalidad del Medico para la relación*, No.3 *Trato del Medico para la relación* y No.7 *Relación afectiva del medico para la relación* (Instrumento No.2), no evidencia un coeficiente de correlación significativo entre las variables mencionadas.

Por otra parte en la Tabla No.24 si es posible observar un nivel de correlación significativo, tipo positivo muy fuerte, entre ambas variables, pregunta No.6 *El médico de tu sala te trato* (Instrumento No.1) y el ítem No.9 *Tratamiento y su relación en la calidad de atención* (Instrumento No.2). Por tanto la interpretación de esta correlación se adecua a mayor o menor porcentaje proporcional en la pregunta No.6 con un 67% de respuestas “bien”, 29% de respuestas “regular”, 4% de respuestas “mal” y mayor o menor porcentaje proporcional del ítem No.9 con un 61% validado como “optimo”, 35% validado como “adecuado” y 4% validado como “inadecuado”

4.3.2.7 Correlación Pregunta No.7 Cuestionario de Percepción; Ítems 2,4,8,9 Guía de Observación

Tabla No.25

		La enfermera de tu sala te trato	Personalidad de la Enfermera para la relación
La enfermera de tu sala te trato	Correlación de Pearson	1	,051
	Sig. (bilateral)		,811
	N	90	24
Personalidad de la Enfermera para la relación	Correlación de Pearson	,051	1
	Sig. (bilateral)	,811	
	N	24	24

Tabla No.26

		La enfermera de tu sala te trato	Trato de la Enfermera para la relación
La enfermera de tu sala te trato	Correlación de Pearson	1	-,036
	Sig. (bilateral)		,869
	N	90	24
Trato de la Enfermera para la relación	Correlación de Pearson	-,036	1
	Sig. (bilateral)	,869	
	N	24	24

Tabla No.27

		La enfermera de tu sala te trato	Relación afectiva de la enfermera para la relación
La enfermera de tu sala te trato	Correlación de Pearson	1	-,134
	Sig. (bilateral)		,533
	N	90	24
Relación afectiva de la enfermera para la relación	Correlación de Pearson	-,134	1
	Sig. (bilateral)	,533	
	N	24	24

Tabla No.28

		La enfermera de tu sala te trato	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
La enfermera de tu sala te trato	Correlación de Pearson	1	,155
	Sig. (bilateral)		,258
	N	90	55
Tratamiento y su relación en la calidad de atención	Correlación de Pearson	,155	1
	Sig. (bilateral)	,258	
	N	55	55

El análisis de las Tablas No.25 al 27 hace referencia a variables que se aplicaron a la muestra de profesionales en enfermería (Instrumento No.2) y su correlación a la variable “La enfermera de tu sala te trato” (pregunta No.7, Instrumento No.1). De las tablas a mención se observa que la Tabla No.25 presenta un nivel de correlación significativo tipo positivo entre las variables pregunta No.7 “La enfermera de tu sala te trato” y el ítem No.2 “Personalidad de la enfermera para la relación” lo cual es interpretado como a mayor porcentaje proporcional en la pregunta No.7 con un valor de respuestas de: 61% bien; 29% regular; 10% mal, mayor porcentaje proporcional en el ítem No.2 validado con un 63% como adecuado y 33% como optimo y 4% como inadecuado.

De la misma manera la Tabla No.26 nos permite observar un nivel de correlación negativa de débil a media interpretada como a mayor o menor porcentaje proporcional en los resultados de la pregunta No.7 “La enfermera de tu sala te trato” menor o mayor

porcentaje proporcional en los resultados del ítem No.2 “Personalidad de la enfermera para la relación”

En las tablas No.27 y 28 no se evidencia correlación significativa entre las variables pregunta No.7 “La enfermera de tu sala te trato” (Instrumento No.1) y los ítems No.8 “Relación afectiva de la enfermera para la relación” y No.9 “Tratamiento y su relación en la calidad de atención”

4.3.2.8 Correlación Pregunta No.8 Cuestionario de Percepción; Ítems 1,3,5,7 Guía de Observación

Tabla No.29

		El médico de tu sala trata a tu familia	Personalidad del Medico para la relación
El médico de tu sala trata a tu familia	Correlación de Pearson	1	,077
	Sig. (bilateral)		,680
	N	90	31
Personalidad del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,077	1
	Sig. (bilateral)	,680	
	N	31	31

Tabla No.30

		El médico de tu sala trata a tu familia	Trato del Medico para la relación
El médico de tu sala trata a tu familia	Correlación de Pearson	1	,005
	Sig. (bilateral)		,978
	N	90	31
Trato del Medico para la relación	Correlación de Pearson	,005	1
	Sig. (bilateral)	,978	
	N	31	31

Tabla No.31

		El médico de tu sala trata a tu familia	Relación familia medico
El médico de tu sala trata a tu familia	Correlación de Pearson	1	,194
	Sig. (bilateral)		,295
	N	90	31
Relación familia medico	Correlación de Pearson	,194	1
	Sig. (bilateral)	,295	
	N	31	31

Tabla No.32

		El médico de tu sala trata a tu familia	Relación afectiva del medico para la relación
El médico de tu sala trata a tu familia	Correlación de Pearson	1	,323
	Sig. (bilateral)		,076
	N	90	31
Relación afectiva del medico para la relación	Correlación de Pearson	,323	1
	Sig. (bilateral)	,076	
	N	31	31

Respecto al coeficiente de correlación entre las variables pregunta No.8 “El médico de tu sala trata a tu familia” Cuestionario de Percepción (Instrumento No.1) y los ítems No. 1 Personalidad del Medico para la relación, No.3 Trato del Medico para la relación, No.5 Relación familia medico, No.7 Relación afectiva del medico para la relación Guía de Observación (Instrumento No.2) Tablas No.29 al 32, las variables de la pregunta No.8 e ítems No.5 y 7 no tienen un coeficiente de correlación significativo. Por su parte la correlación entre las variables pregunta No.8 e ítems No.1, 3 guardan un tipo de correlación significativa tipo positivo por cuanto se interpreta que a mayor o menor porcentaje obtenido en la pregunta No.8 con un 53% como “bien”, 38% como “regular” y 9% como “mal”, mayor o menor porcentaje de manera proporcional en los ítem No.1 validado con un 55% como “adecuado”, 36% como “optimo” y 10% como “inadecuado” e ítem No.3 validado con un 61% como “adecuado”, 32% como “optimo” y 7% como “inadecuado”

4.3.2.9 Correlación Pregunta No.9 Cuestionario de Percepción; Ítems 2,4,6,8 Guía de Observación

Tabla No.33

		La enfermera de tu sala trata a tu familia	Personalidad de la Enfermera para la relación
La enfermera de tu sala trata a tu familia	Correlación de Pearson	1	,028
	Sig. (bilateral)		,897
	N	90	24
Personalidad de la Enfermera para la relación	Correlación de Pearson	,028	1
	Sig. (bilateral)	,897	
	N	24	24

Tabla No.34

		La enfermera de tu sala trata a tu familia	Trato de la Enfermera para la relación
La enfermera de tu sala trata a tu familia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	-,035 24
Trato de la Enfermera para la relación	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,035 24	1 24

Tabla No.35

		La enfermera de tu sala trata a tu familia	Relación familia enfermera
La enfermera de tu sala trata a tu familia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	,009 24
Relación familia enfermera	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,009 24	1 24

Tabla No.36

		La enfermera de tu sala trata a tu familia	Relación afectiva de la enfermera para la relación
La enfermera de tu sala trata a tu familia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	-,175 24
Relación afectiva de la enfermera para la relación	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,175 24	1 24

Finalmente el análisis de resultados sobre el coeficiente de correlación entre las variables del Instrumento No.1 y el Instrumento No.2 aplicados en la investigación que nos presenta las Tablas No. 33 al 36 en relación a la pregunta No.9 (Instrumento No.1) e ítems No. 2,4,6 y 8 (Instrumento No.2) nos muestra el siguiente nivel de correlación entre las mismas: Correlación significativa tipo positiva entre las variables pregunta No.9 “La

enfermera de tu sala trata a tu familia” y los ítems No.2 *“Personalidad de la enfermera para la relación”* (Nivel de significancia 0.028); No.4 *“Relación familia enfermera”* (Nivel de significancia 0.009) lo cual es interpretado como a mayor o menor incremento porcentual en los resultados de la pregunta No.9 (Porcentaje valido 57% “bien”, 39% “regular”, 4% “mal”) mayor o menor incremento proporcional en los porcentajes de los resultados del ítem No.2 (Porcentaje valido 63% “adecuado”, 33% “optimo”, 4% “inadecuado”), ítem No.4 (Porcentaje valido 50% “adecuado”, 21% “optimo”, 29% “inadecuado”) Análisis descriptivo.

La Tabla No.34 muestra un nivel de correlación significativo tipo negativo entre las variables pregunta No.9 *“La enfermera de tu sala trata a tu familia”* y el ítem No.4 *“Trato de la enfermera para la relación”* con un nivel de correlación de -0.035 que se interpreta como a mayor o menor porcentaje de resultados de la pregunta No.9 (Porcentaje valido 57% “bien”, 39% “regular”, 4% “mal”) menor o mayor porcentaje proporcional de resultados en el ítem No.4 (Porcentaje valido 67% “adecuado”, 29% “optimo”, 4% “inadecuado”) Análisis descriptivo.

La Tabla No.36 respecto a la pregunta No.9 *“La enfermera de tu sala trata a tu familia”* (Instrumento No.1) y el ítem No.8 *“Relación afectiva de la enfermera para la relación”* (Instrumento No.2) ambas variables no presentan un nivel significativo de correlación.

4.3.3 PRUEBA DE CHI-CUADRADO

Definición: La prueba de Chi- Cuadrado es una prueba estadística que sirve para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

Hipótesis a probar: Correlacionales

Variables involucradas: Las variables involucradas son dos, es importante mencionar que la prueba de Chi- Cuadrado no considera relaciones causales

Nivel de medición de las variables: Nominal u ordinal (o intervalos o razón reducidas a ordinales)

Procedimiento: La Chi – Cuadrada se calcula a través de una tabla de contingencia o tabulación cruzada la cual es una tabla de dos dimensiones, cada dimensión contiene una variable. A su vez cada variable se subdivide en dos o más categorías⁵¹

4.3.4 PRUEBA DE CHI- CUADRADO CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL USUARIO PEDIÁTRICO EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

GUIA DE OBSERVACIÓN RELACIÓN MEDICO PACIENTE PEDIÁTRICO Y ELEMENTOS RELACIONADOS A INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

4.3.4.1 Pregunta No.1 Cuestionario de Percepción Ítems 1,2,3,4,7,8,9 Guía de Observación

Frecuencias

¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?

	N observado	N esperado	Residual
si	27	45,0	-18,0
no	63	45,0	18,0
Total	90		

Personalidad del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	3	10,3	-7,3
Adecuado	17	10,3	6,7
Optimo	11	10,3	,7
Total	31		

⁵¹ HERNÁNDEZ SAMPIERI, R, y otros. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. Bogotá. 1998.

Estadísticos de contraste
Tabla No.37

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Personalidad del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	14,400	9,548
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,008

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

B 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Personalidad de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	15	8,0	7,0
Optimo	8	8,0	,0
Total	24		

Estadísticos de contraste
Tabla No.38

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Personalidad de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	14,400	12,250
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,002

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Trato del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

Estadísticos de contraste
Tabla No.39

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Trato del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	14,400	14,000
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

B 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Trato de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	16	8,0	8,0
Optimo	7	8,0	-1,0
Total	24		

Estadísticos de contraste
Tabla No.40

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Trato de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	14,400	14,250
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

B 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Relación afectiva del medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

Estadísticos de contraste
Tabla No.41

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Relación afectiva del medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	14,400	14,000
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

B 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Relación afectiva de la enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	14	8,0	6,0
Optimo	9	8,0	1,0
Total	24		

Estadísticos de contraste
Tabla No.42

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Relación afectiva de la enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	14,400	10,750
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,005

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

B 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Tratamiento y su relación en la calidad de atención

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	18,3	-16,3
Adecuado	19	18,3	,7
Optimo	34	18,3	15,7
Total	55		

Estadísticos de contraste
Tabla No.43

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
Chi-cuadrado(a,b)	14,400	27,964
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,000

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

B 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 18,3.

Recordemos que la prueba de Chi – Cuadrada es una prueba que parte del supuesto de “no relación entre variables” por lo que se debe analizar si las frecuencias observadas son diferentes a las que pudiera esperarse en caso de ausencia de correlación, en este sentido si hay relación, la tabla que debemos obtener como resultado en la investigación debe ser muy diferente respecto a la tabla de frecuencias esperadas.

Respecto a la correlación por medio de la prueba de Chi – Cuadrada entre las variables del Instrumento No.1 (Cuestionario de Percepción) Pregunta No. 1 *¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?* e Instrumento No.2 (Guía de Observación) Ítems No.1 *Personalidad del Medico para la relación; No. 2 Personalidad de la Enfermera para la relación; No.3 Trato del Medico para la relación; No.4 Trato de la Enfermera para la relación; No.7 Relación afectiva del medico para la relación; No.8 Relación afectiva de la enfermera para la relación; No.9 Tratamiento y su relación en la calidad de atención* (Tablas No.37 al 43) los niveles de significancia se encuentran dentro el parámetro del 0.05 como nivel de confianza aceptado para la validación de la correlación, por consiguiente se acepta la correlación entre la variable del Instrumento No.1 (Pregunta No.1) y las variables del Instrumento No.2 (Ítems No.1,2,3,4,7,8,9)

4.3.4.2 Pregunta No.2 Cuestionario de Percepción
Ítems 1,2,3,4,7,8,9 Guía de Observación

Frecuencias

¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?

	N observado	N esperado	Residual
si	22	45,0	-23,0
no	68	45,0	23,0
Total	90		

Personalidad del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	3	10,3	-7,3
Adecuado	17	10,3	6,7
Optimo	11	10,3	,7
Total	31		

Estadísticos de contraste

Tabla No.44

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Personalidad del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	23,511	9,548
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,008

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

B 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Personalidad de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	15	8,0	7,0
Optimo	8	8,0	,0
Total	24		

Estadísticos de contraste
Tabla No.45

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Personalidad de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	23,511	12,250
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,002

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Trato del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

Estadísticos de contraste
Tabla No.46

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Trato del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	23,511	14,000
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Trato de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	16	8,0	8,0
Optimo	7	8,0	-1,0
Total	24		

Estadísticos de contraste

Tabla No.47

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Trato de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	23,511	14,250
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Relación afectiva del medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

Estadísticos de contraste

Tabla No.48

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Relación afectiva del medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	23,511	14,000
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es

45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Relación afectiva de la enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	14	8,0	6,0
Optimo	9	8,0	1,0
Total	24		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.49**

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Relación afectiva de la enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	23,511	10,750
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,005

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Tratamiento y su relación en la calidad de atención

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	18,3	-16,3
Adecuado	19	18,3	,7
Optimo	34	18,3	15,7
Total	55		

Estadísticos de contraste
Tabla No.50

	¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
Chi-cuadrado(a,b)	23,511	27,964
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,000

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 18,3.

Los resultados de las Tablas No.44 al 50 nos permiten observar el nivel de significancia menor al 0.05 lo cual nos da un valor de confianza adecuado para aceptar la correlación a través de la prueba de Chi – Cuadrada entre la variable Pregunta No.2 *¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?* (Instrumento No.1) y las variables Ítem No.1 *Personalidad del médico para la relación*, No.2 *Personalidad de la enfermera para la relación*, No.3 *Trato del médico para la relación*, No.4 *Trato de la enfermera para la relación*, No.7 *relación afectiva del médico para la relación*, No.8 *Relación afectiva de la enfermera para la relación*, No.9 *Tratamiento y su relación en la calidad de atención* (Instrumento No.2) lo cual a su vez nos lleva a confirmar por medio de la correlación de estas variables la hipótesis planteada o de investigación respecto a que una relación médico – paciente adecuada incrementa los indicadores favorables en la calidad de atención en la prestación de servicios médicos pediátricos de hospitalización.

4.3.4.3 Pregunta No.3 Cuestionario de Percepción Ítems 1,2,3,4,7,8,9 Guía de Observación

Frecuencias

¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?

	N observado	N esperado	Residual
si	15	45,0	-30,0
no	75	45,0	30,0
Total	90		

Personalidad del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	3	10,3	-7,3
Adecuado	17	10,3	6,7
Optimo	11	10,3	,7
Total	31		

Estadísticos de contraste

Tabla No.51

	¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Personalidad del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	40,000	9,548
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,008

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Personalidad de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	15	8,0	7,0
Optimo	8	8,0	,0
Total	24		

Estadísticos de contraste

Tabla No.52

	¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Personalidad de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	40,000	12,250
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,002

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es

45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Trato del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.53**

	¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Trato del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	40,000	14,000
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Trato de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	16	8,0	8,0
Optimo	7	8,0	-1,0
Total	24		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.54**

	¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Trato de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	40,000	14,250
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Relación afectiva del medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.55**

	¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Relación afectiva del medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	40,000	14,000
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Relación afectiva de la enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	14	8,0	6,0
Optimo	9	8,0	1,0
Total	24		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.56**

	¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Relación afectiva de la enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	40,000	10,750
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,005

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Tratamiento y su relación en la calidad de atención

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	18,3	-16,3
Adecuado	19	18,3	,7
Optimo	34	18,3	15,7
Total	55		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.57**

	¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
Chi-cuadrado(a,b)	40,000	27,964
gl	1	2
Sig. asintót.	,000	,000

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 18,3.

El análisis de correlación con la prueba del Chi- Cuadrado entre las variables Pregunta No.3 *¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?* (Instrumento No.1) e ítems No.1 *Personalidad del médico para la relación*, No.2 *Personalidad de la enfermera para la relación*, No.3 *Trato del médico para la relación*, No.4 *Trato de la enfermera para la relación*, No.7 *relación afectiva del médico para la relación*, No.8 *Relación afectiva de la enfermera para la relación*, No.9 *Tratamiento y su relación en la calidad de atención* (Instrumento No.2) nos vuelve a evidenciar niveles de significancia menores al valor 0.05 (Estadísticos de Contraste Tablas No.51 al 57) lo cual hace aceptable la hipótesis de investigación tomando en cuenta que para el análisis de correlación entre ambos instrumentos aplicados se necesita verificar la existencia de correlación entre sus variables.

**4.3.4.4 Pregunta No.4 Cuestionario de Percepción
Ítem 10 Guía de Observación**

Frecuencias

¿Te gusta el color de pintura de las paredes de tu sala?

	N observado	N esperado	Residual
si	79	45,0	34,0
no	11	45,0	-34,0
Total	90		

Ambiente y su relación con la calidad de atención

	N observado	N esperado	Residual
Adecuado	50	27,5	22,5
Optimo	5	27,5	-22,5
Total	55		

Estadísticos de contraste

Tabla No.58

	¿Te gusta el color de pintura de las paredes de tu sala?	Ambiente y su relación con la calidad de atención
Chi-cuadrado(a,b)	51,378	36,818
gl	1	1
Sig. asintót.	,000	,000

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 45,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 27,5.

4.3.4.5 Pregunta No.5 Cuestionario de Percepción

Ítem 11 Guía de Observación

Frecuencias

¿Cómo calificarías la comida que se te da en el hospital?

	N observado	N esperado	Residual
buena	58	30,0	28,0
regular	28	30,0	-2,0
mala	4	30,0	-26,0
Total	90		

Alimentación y su relación con la calidad y de atención

	N observado	N esperado	Residual
Adecuado	7	27,5	-20,5
Optimo	48	27,5	20,5
Total	55		

Estadísticos de contraste

Tabla No.59

	¿Cómo calificarías la comida que se te da en el hospital?	Alimentación y su relación con la calidad y de atención
Chi-cuadrado(a,b)	48,800	30,564
gl	2	1
Sig. asintót.	,000	,000

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 27,5.

Al igual que los análisis estadísticos previos las variables Pregunta No.4 y 5 *¿Te gusta el color de pintura de las paredes de tu sala? Y ¿Cómo calificarías la comida que se da en el hospital?* Respectivamente (Instrumento No.1) y las variables Ítem No.10 y 11 *Ambiente y su relación con la calidad de atención y Alimentación y su relación con la calidad de atención* (Instrumento No.2) si bien no están asociadas a la relación médico paciente pediátrico, nos brindan un mejor análisis en la percepción de la calidad de atención por parte del usuario pediátrico, importante para posteriores investigaciones en cuanto a indicadores de medición dirigidos a la satisfacción del usuario en salud y por consiguiente un mejor concepto de calidad de atención.

Como se puede observar en los resultados de medición existe un nivel de correlación significativo y aceptado entre las variables de ambos instrumentos a mención en base a la prueba de Chi – Cuadrado

**4.3.4.6 Pregunta No.6 Cuestionario de Percepción
Ítems 1,3,7,9 Guía de Observación**

Frecuencias

El médico de tu sala te trato

	N observado	N esperado	Residual
bien	60	30,0	30,0
regular	26	30,0	-4,0
mal	4	30,0	-26,0
Total	90		

Personalidad del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	3	10,3	-7,3
Adecuado	17	10,3	6,7
Optimo	11	10,3	,7
Total	31		

Estadísticos de contraste

Tabla No.60

	El médico de tu sala te trato	Personalidad del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	53,067	9,548
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,008

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Trato del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

Estadísticos de contraste

Tabla No.61

	El médico de tu sala te trato	Trato del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	53,067	14,000
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Relación afectiva del medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.62**

	El médico de tu sala te trato	Relación afectiva del medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	53,067	14,000
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Tratamiento y su relación en la calidad de atención

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	18,3	-16,3
Adecuado	19	18,3	,7
Optimo	34	18,3	15,7
Total	55		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.63**

	El médico de tu sala te trato	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
Chi-cuadrado(a,b)	53,067	27,964
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,000

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 18,3.

El análisis de estadísticos de contraste respecto a las Tablas No.60 al 63 nos permite observar en todos los casos un patrón de significancia menor al 0.05 que implica el nivel

de confianza aceptado para la prueba de chi- cuadrado, por consiguiente la relación entre las variables Pregunta No.6 “El medico de tu sala de trato” (Instrumento No.1 de aplicación) y los Ítems No.1 “Personalidad del medico para la relación”, No.3 “Trato del medico para la relación”, No.7 “Relación afectiva del medico para la relación” y No.9 “Tratamiento y su relación en la calidad de atención” (Instrumento No.2 de aplicación) sugiere un nivel de correlación aceptado de la hipótesis de investigación en cuanto a la relación medico paciente pediátrico y su implicancia en la calidad de atención.

4.3.4.7 Pregunta No.7 Cuestionario de Percepción Ítems 2,4,8,9 Guía de Observación

Frecuencias

La enfermera de tu sala te trato

	N observado	N esperado	Residual
bien	55	30,0	25,0
regular	26	30,0	-4,0
mal	9	30,0	-21,0
Total	90		

Personalidad de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	15	8,0	7,0
Optimo	8	8,0	,0
Total	24		

Estadísticos de contraste

Tabla No.64

	La enfermera de tu sala te trato	Personalidad de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	36,067	12,250
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,002

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Trato de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	16	8,0	8,0
Optimo	7	8,0	-1,0
Total	24		

Estadísticos de contraste

Tabla No.65

	La enfermera de tu sala te trato	Trato de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	36,067	14,250
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Relación afectiva de la enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	14	8,0	6,0
Optimo	9	8,0	1,0
Total	24		

Estadísticos de contraste

Tabla No.66

	La enfermera de tu sala te trato	Relación afectiva de la enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	36,067	10,750
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,005

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Tratamiento y su relación en la calidad de atención

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	18,3	-16,3
Adecuado	19	18,3	,7
Optimo	34	18,3	15,7
Total	55		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.67**

	La enfermera de tu sala te trato	Tratamiento y su relación en la calidad de atención
Chi-cuadrado(a,b)	36,067	27,964
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,000

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 18,3.

Las Tablas No.64 al 67 nos permite observar la importancia de relación entre variables en ambos instrumentos respecto a las profesionales de Enfermería y su relación con el paciente pediátrico, recordemos que este grupo de población tiene un rol de trabajo mancomunado con el personal medico motivo por el cual fue incorporado al universo muestral de la investigación, es así que podemos evidenciar un nivel de correlación, por medio de la prueba de chi-cuadrado, significativo de las variables Pregunta No.7 “*La enfermera de tu sala te trato*” (Instrumento No.1 Cuestionario de Percepción) e Ítems No.2 “*Personalidad de la enfermera para la relación*”, No.4 “*Trato de la enfermera para la relación*”, No.8 “*Relación afectiva de la enfermera para la relación*” y No.9 “*Tratamiento y su relación en la calidad de atención*” (Instrumento No.2 Guía de Observación) lo cual nos da por aceptada la hipótesis de investigación en cuanto estas variables se refiere.

**4.3.4.8 Pregunta No.8 Cuestionario de Percepción
Ítems 1,3,5,7 Guía de Observación**

Frecuencias

El médico de tu sala trata a tu familia

	N observado	N esperado	Residual
bien	48	30,0	18,0
regular	34	30,0	4,0
mal	8	30,0	-22,0
Total	90		

Personalidad del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	3	10,3	-7,3
Adecuado	17	10,3	6,7
Optimo	11	10,3	,7
Total	31		

Estadísticos de contraste

Tabla No.68

	El médico de tu sala trata a tu familia	Personalidad del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	27,467	9,548
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,008

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Trato del Medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

Estadísticos de contraste

Tabla No.69

	El médico de tu sala trata a tu familia	Trato del Medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	27,467	14,000
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Relación familia medico

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	6	10,3	-4,3
Adecuado	10	10,3	-,3
Optimo	15	10,3	4,7
Total	31		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.70**

	El médico de tu sala trata a tu familia	Relación familia medico
Chi-cuadrado(a,b)	27,467	3,935
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,140

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

Relación afectiva del medico para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	2	10,3	-8,3
Adecuado	19	10,3	8,7
Optimo	10	10,3	-,3
Total	31		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.71**

	El médico de tu sala trata a tu familia	Relación afectiva del medico para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	27,467	14,000
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,3.

El análisis de los estadísticos de contraste como resultados de la prueba no paramétrica de chi-cuadrado (Tablas No.68,69 y 71) hace evidencia de un nivel de correlación, entre las variables Pregunta No.8 “El medico de tu sala trata a tu familia” (Instrumento

No.1) e Ítems No.1 “*Personalidad del medico para la relación*”, No.3 “*Trato del medico para la relación*” y No.7 “*Relación afectiva del medico para la relación*” (Instrumento No.2), significativo tomando en cuenta que la variable del Instrumento No.1 esta enfocada a medir la percepción del niño respecto al trato del medico que brinda a su familia y a la conexión con las variables del Instrumento No.2 respecto a la relación medico paciente propiamente dicha, sin embargo en la Tabla No.70 (Estadísticos de contraste) observamos que el nivel de significancia (0.14) es mayor al 0.05 como nivel de confianza aceptado por lo que las variables Pregunta No.8 “*El medico de tu sala trata a tu familia*” e Ítem No.5 “*Relación familia medico*” no están relacionadas o no se consideran variables de correlación significativa para efectos de la hipótesis de investigación.

**4.3.4.9 Pregunta No.9 Cuestionario de Percepción
Ítems 2,4,6,8 Guía de Observación**

Frecuencias

La enfermera de tu sala trata a tu familia

	N observado	N esperado	Residual
bien	51	30,0	21,0
regular	35	30,0	5,0
mal	4	30,0	-26,0
Total	90		

Personalidad de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	15	8,0	7,0
Optimo	8	8,0	,0
Total	24		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.72**

	La enfermera de tu sala trata a tu familia	Personalidad de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	38,067	12,250
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,002

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Trato de la Enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	16	8,0	8,0
Optimo	7	8,0	-1,0
Total	24		

**Estadísticos de contraste
Tabla No.73**

	La enfermera de tu sala trata a tu familia	Trato de la Enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	38,067	14,250
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,001

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Relación familia enfermera

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	7	8,0	-1,0
Adecuado	12	8,0	4,0
Optimo	5	8,0	-3,0
Total	24		

Estadísticos de contraste
Tabla No.74

	La enfermera de tu sala trata a tu familia	Relación familia enfermera
Chi-cuadrado(a,b)	38,067	3,250
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,197

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Relación afectiva de la enfermera para la relación

	N observado	N esperado	Residual
Inadecuado	1	8,0	-7,0
Adecuado	14	8,0	6,0
Optimo	9	8,0	1,0
Total	24		

Estadísticos de contraste
Tabla No.75

	La enfermera de tu sala trata a tu familia	Relación afectiva de la enfermera para la relación
Chi-cuadrado(a,b)	38,067	10,750
gl	2	2
Sig. asintót.	,000	,005

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,0.

Finalmente y al igual que el análisis de las Tablas 68, 69 y 71 precedentes, el análisis de los estadísticos en contraste en relación a las variables Pregunta No.9 “La enfermera de tu sala trata a tu familia” (Instrumento No.1 Cuestionario de Percepción) e Ítems No.2 “Personalidad de la enfermera para la relación”, No.4 “Trato de la enfermera para la relación” y No.8 “Relación afectiva de la enfermera para la relación” (Instrumento No.2 Guía de Observación) (Tablas No.72,73,75) muestran un grado de significancia menor al 0.05 como nivel de confianza aceptado para la prueba de chi-

cuadrado lo cual evidencia una correlación de variables adecuada para el planteamiento de la hipótesis de investigación. Sin embargo en el análisis de correlación de la variable “*La enfermera de tu sala trata a tu familia*” (Instrumento No.1) y las variables de asociación a esta del Instrumento No.2 se observa la ausencia de correlación (Tabla No.74 nivel de significancia $0.197 > 0.05$) entre la variable a mención del Instrumento No.1 y la variable del Instrumento No.2 (Ítem no.6 “*Relación familia enfermera*”) por lo que estas dos variables no contribuyen a dar por aceptado la hipótesis de investigación planteada.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones y Recomendaciones

El trabajo realizado ha pretendido poner de manifiesto el interés que tiene estudiar la relación entre la calidad de atención y su percepción de satisfacción a los usuarios pediátricos y los principales actores en el mismo como lo es el personal medico y de enfermería articulados en la visión de la relación medico – paciente en un centro hospitalario de 3er. nivel para este fin como lo es el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga U.” de la ciudad de La Paz. Para ello se aporó primero una revisión de la investigación precedente que pone de manifiesto la inexistencia sobre la medición de variables de percepción de satisfacción relacionadas a la variable de relación medico paciente y más aun el estudio de estas variables en la población infantil en el ámbito de servicios de salud pública.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario pediátrico, como por ejemplo midiendo la satisfacción de éste en cuanto a la relación medico paciente , es poco común, a partir de ello y del interés que centro el presente estudio, fue posible obtener del paciente pediátrico entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes en relación con la atención recibida, con los cuales se adquirió información que beneficia de forma directa a la institución hospitalaria como centro otorgante de servicios en salud pediátrica, a los prestadores directos (personal de salud) y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario pediátrico para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención en su relación medico paciente.

Los resultados de este estudio muestran que la percepción de satisfacción en el usuario pediátrico de la atención hospitalaria como factor de calidad de atención y su vinculación directa con la relación médico paciente como elemento esencial en la prestación de servicios pediátricos en salud depende de una serie de circunstancias y que la

percepción de insatisfacción estuvo relacionada con omisiones en las acciones por inadecuadas relaciones interpersonales.

Es importante mencionar que en la evaluación correspondiente a la percepción general de la calidad del paciente pediátrico y los elementos de la relación medico paciente el levantamiento de datos por medio de ambos instrumentos se llevó a cabo, en el caso de los niños, post visita medica diaria en sala considerando como prioridad la ausencia de algún miembro de la familia que genere sesgos de medición en las respuestas reales de su percepción por la presencia de los mismos. Por otro lado se seleccionó de manera aleatoria al paciente pediátrico previa aplicación de los criterios de inclusión y exclusión del calculo muestral de la unidad de estudio con el mismo fin de evitar los sesgos de medición. En cuanto a la obtención de los datos a la población medica y paramédica esta necesariamente tuvo que llevarse a cabo durante la visita medica diaria previa autorización por consentimiento informado global otorgado por el Departamento de Enseñanza e Investigación de la Institución con el objetivo de no modificar la conducta real del personal en el acto de la relación medico paciente por conocimiento de ser sujetos de medición en observación y de esta manera generar verdaderos sesgos en la validez de los datos obtenidos.

Una vez obtenidos y procesados los datos al analizar las variables socio-demográficas del Cuestionario de Percepción del Usuario Pediátrico en Calidad de Atención en Servicios de Hospitalización (En adelante Instrumento No.1) como edad, escolaridad y periodo de estancia a la fecha de aplicación como las más significativas se encontró que el mayor porcentaje, 32% de los niños evaluados, pertenecen al grupo etareo de los 11 años de edad lo que equivale a una mayor validez del cuestionario por el mejor desarrollo cognitivo con el que cuenta un niño de esta edad, sin embargo solo un 18% de este grupo cursa el 6to grado de primaria en escolaridad lo cual nos muestra que no todos los niños evaluados tienen el nivel académico adecuado en relación a su edad cronológica. Esto podría ser interpretado en base a los aportes de diversos autores que han encontrado asociación entre el nivel de escolaridad y la satisfacción, es decir, a menor grado de instrucción el usuario tiende a emitir menos juicios de valor en cuanto a sus criterios de percepción y a ser más condescendiente con el servicio que se le presta. En cuanto al

periodo de estancia a la fecha de aplicación del cuestionario el 14% tuvo un periodo de estancia de 4 días, esto como mayor porcentaje, dato que revela la cantidad de tiempo que estos pacientes tuvieron contacto con el personal medico y paramédico y por consiguiente su percepción de una relación medico paciente pediátrico favorable o no favorable.

Con respecto al análisis de las variables socio-demográficas de la Guía de Observación Relación Medico Paciente Pediátrico y Elementos Relacionados a Indicadores de Calidad de Atención en Hospitalización (En adelante Instrumento No.2) como sexo, profesión, especialidad y antigüedad entre las más significativas, los resultados muestran que un 64% del personal corresponde al sexo femenino frente a un 36% del sexo masculino, este mayor porcentaje del personal medico y de enfermería se explica precisamente por el gran porcentaje de mujeres que tiene la rama de enfermería, sin embargo el 56% de la población evaluada cuenta con el grado de formación superior en medicina ante un 44% de formación superior en enfermería, de estos datos hay que destacar que el 51% del personal médico evaluado tienen la especialidad de pediatría como variable significativa para la investigación. Otro indicador relevante a observar es la antigüedad en cuanto años de servicio o ejercicio profesional del personal evaluado el cual nos muestra un 27%, como mayor porcentaje, correspondiente al intervalo de 16 a 20 años de antigüedad que presupone una vasta experiencia en los elementos propios de la relación medico paciente pediátrico.

Para fines consiguientes de la investigación fue necesario medir la percepción de satisfacción del usuario pediátrico como variable vinculada a la calidad de atención en servicios de hospitalización por cuanto las expectativas, consideradas como ideas que el paciente pediátrico tiene sobre el servicio que va a recibir, constituyen elementos sustantivos en la identificación de la calidad de atención que no pueden ser pasados por alto. En este sentido la revisión del contenido de dicha variable aplicada en el Instrumento No.1 fija su atención a factores de la relación medico paciente como segunda variable relevante consignada en la investigación. Al respecto tras el análisis estadístico descriptivo de los datos levantados en la aplicación del Instrumento No.1 nos es posible evidenciar y concluir lo siguiente:

Al análisis de las Preguntas 1, 2, 3 *¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?, ¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir? y ¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?* respectivamente, los resultados revelan respuestas adversas al análisis de un nivel de satisfacción global del usuario pediátrico (Ver gráficos 13, 14, 15) lo cual corresponde, en términos porcentuales, a un 33% de insatisfacción del total de variables o preguntas que contiene el Cuestionario, entendiendo de esta manera, que un 67% del total de la población infantil hospitalizada, considerada en el estudio, manifiestan un nivel de percepción adecuado en cuanto satisfacción y calidad de atención de la relación medico paciente se refiere, recordemos que el usuario está satisfecho cuando los servicios que recibe cubren o exceden sus expectativas, esto aplicado al paciente pediátrico se enmarca en el contacto y trato recibido por el personal de salud como factor esencial en su percepción de satisfacción y como se puede apreciar en los resultados de las 3 preguntas a mención el contacto del personal medico y de enfermería no es de lo más adecuado tomando en cuenta que el paciente niño no es participe en el conocimiento básico de su patología en curso, de los medios y formas que se requieren para retomar su estado de bienestar, y mucho más aun, los limites y alcance del tratamiento medico, todo esto sin considerar la importancia que conlleva para el paciente pediátrico conocer quien es su medico y enfermera tratante, generando de esta manera la reducción porcentual hacia una mejor calidad de atención, sin embargo y como ya se hizo mención, las 6 preguntas restantes del Instrumento (Ver gráficos 16 al 21) engloban en el conjunto de respuestas, frecuencias favorables hacia la interpretación de satisfacción del usuario pediátrico relacionado a los elementos propios de la relación medico paciente. Ahora bien de estas 6 preguntas mencionadas la Pregunta No.4 *¿Te gusta el color de pintura de las paredes de tu sala?* y No.5 *¿Cómo calificarías la comida que se te da en el Hospital?* no corresponden al análisis de la calidad de atención y su vinculación con la relación medico paciente, no obstante, tal como se planteo dentro los objetivos específicos del estudio, su fin se encauzo a medir otros factores relacionados al concepto global de calidad de atención en servicios de hospitalización ajenos al proceso mismo de la atención medica, en este sentido los resultados de estas dos preguntas nos permite apreciar una percepción favorable del niño hospitalizado respecto al ambiente físico de las salas que por corresponder a un centro de

tercer nivel en salud pediátrica necesita hacer énfasis en ciertas connotaciones específicas, en relación a la percepción favorable por la comida del hospital esto podría entenderse con mejor precisión tomando en cuenta las bajas condiciones socioeconómicas del núcleo familiar de estos niños que por lo general se constituye en el grueso de la población que acude a este centro hospitalario y que por ende muchos de estos niños durante su estadía hospitalaria tienen acceso a alimentos muchas veces ausentes en su dieta cotidiana.

Una vez analizado los resultados del Instrumento No.1 y habiendo constatado un nivel de satisfacción del usuario pediátrico con un 67% del total de la muestra tomada e interpretada como calidad de atención favorable en la relación medico paciente, como objetivos de la investigación se pretendió determinar cuales son aquellos factores de la relación medico paciente pediátrico, favorables o desfavorables, relacionados a la calidad de atención en los servicios de hospitalización, en este sentido y para este cometido se procedió a aplicar el segundo Instrumento de medición mediante el cual, tras el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, nos es posible determinar lo siguiente:

Los Ítems No.1 hasta el No.9 (Ver Anexos, Instrumento No.2) dirigen su exclusiva atención a los principales factores que conlleva la relación medico paciente pediátrico y su directa acción con la percepción de satisfacción del paciente niño en relación al trato y atención recibida por el personal de salud durante el proceso de hospitalización, que como ya se observo en el análisis e interpretación del Instrumento No.1 este alcanza un promedio del 67% que denota el grado favorable de satisfacción del niño por el trato recibido.

Ahora bien, esto conduce a corroborar los datos obtenidos en la aplicación del Instrumento No.2 que determinaran la validez o no de la hipótesis de investigación planteada. En este sentido fue posible evidenciar que los datos encontrados por este instrumento fueron favorables, entendido básicamente, como factores favorables en la relación medico paciente pediátrico y por consiguiente su relación con la calidad de atención en servicios de hospitalización, esto se fundamenta por los elevados porcentajes en criterios de calificación tipo “Adecuado” y “Óptimo” que cada ítem a mención presenta (Ver gráficos No.22 al 30) que en promedio al total de datos estas se adecuan a un 54% del tipo “Adecuado”, un 36% del tipo “Óptimo” y tan solo un 10% del tipo “Inadecuado” el

cual se constituye en un dato significativo que nos permite identificar que factores de la relación medico paciente merecen ser trabajados y mejorados con el fin de incrementar los porcentajes de una relación medico paciente adecuada y en lo posible optima, y eliminar el factor desfavorable entre las variables correlacionadas del estudio. En la revisión de los datos solo dos ítems muestran un elevado porcentaje en el tipo de criterio de calificación “Inadecuado” en relación al conjunto de datos de este tipo de criterio, el ítem No.5 con un 19% y el No.6 con un 29% ambos correspondientes al criterio de observación “*Relación familia médico*” y “*Relación familia enfermera*” respectivamente, lo cual nos muestra un déficit en el trato y atención que otorgan el médico y la enfermera al entorno familiar del niño que a diferencia de la relación medico paciente adulto y su entorno familiar, la relación del personal de salud con los familiares del niño debe ser igual e incluso más dinámica que con el niño, recordemos que los criterios de calificación del Instrumento No.2 respecto a estas variables hacen énfasis al tipo de relación con los padres del niño, el tipo de criterio “Optimo” implica una comunicación horizontal con la familia, explicación del problema de salud del niño en detalle, con la finalidad de que se comprenda el cuadro de la patología y su tratamiento, buscando involucrar a la familia en el mismo mediante su participación en la procura de medicamentación, atención y afecto de la familia con el niño, el tipo de criterio de calificación “Adecuado” evalúa una comunicación horizontal con la familia pero superficial, cumpliendo con esta relación por cumplir, sin interesar mucho si la familia participa del tratamiento, y finalmente el criterio de calificación “Inadecuado”, que es el que presentan con elevados porcentajes los ítems 5 y 6, conlleva un tipo de comunicación vertical con la familia del niño o ausencia de la misma.

Cabe hacer notar que en el análisis de los elementos de la relación medico paciente y su vinculación con la percepción de calidad de atención del usuario pediátrico, era necesario incorporar las dos variables consideradas en el Instrumento No.1 ajenas al mismo acto de la relación medico paciente de las cuales solo para el presente estudio se tomo en cuenta parte de la estructura del ambiente hospitalario y la alimentación durante el proceso de hospitalización, lo cual ya se hizo mención en el análisis del Instrumento No.1, quedando pendiente el análisis e interpretación de estas variables en el Instrumento No.2 las mismas que se ven reflejadas en los datos que muestran los ítems No.10 y No.11 (Ver

gráficos 31 y 32) que evidencian niveles porcentuales favorables y altamente significativos por no existir en el total de la muestra aplicada para este instrumento ningún criterio de calificación tipo “Inadecuado” lo cual nos pone en evidencia una relevante correlación con las mismas variables del Instrumento No.1 como parte de los factores favorables en la calidad de atención en servicios de hospitalización.

Por otra parte, una de las principales expectativas del presente estudio fue generalizar los hallazgos o resultados obtenidos en la muestra aplicada a la población o universo infiriendo de los estadígrafos recolectados en el análisis de la estadística descriptiva aquellos parámetros que nos permitan generalizar el estudio, con este motivo en la aplicación de la estadística inferencial se procedió a utilizar dos técnicas estadísticas apropiadas para ello, el Coeficiente de correlación de Pearson como análisis paramétrico y la prueba de Ji o Chi cuadrada como análisis no paramétrico, ambos instrumentos útiles para el estudio en consideración a que la hipótesis que se pretende probar y las cuales prueban estos dos instrumentos son las del tipo correlacional, asimismo que por las características de la investigación (Distribución poblacional de la variable dependiente normal, variables no necesariamente medidas en un nivel por intervalos o de razón) pudo llevarse a cabo ambos análisis.

Por consiguiente al observar el análisis de resultados de las pruebas de Correlación de Pearson (Ver Tablas No.1 al No.36) y Ji o Chi cuadrada (Ver Tablas No.37 al No.75) encontramos y verificamos el nivel significativo de correlación que existe entre el conjunto de variables de ambos instrumentos apoyando una vez más la consolidación de la hipótesis de investigación planteada, sin embargo para fines propositivos del estudio y en relación directa a uno de los objetivos específicos determinados, que fue el identificar aquellos factores desfavorables de la relación medico paciente pediátrico, es necesario poner atención a los datos paramétricos de las Tablas No. 2 y 4 que muestran el nivel de correlación significativo entre la variable Pregunta No.1 del Instrumento No.1 *“Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes? Que como ya vimos es uno de los indicadores desfavorables en la percepción de calidad de atención del usuario pediátrico y las variables ítems No.2 “Personalidad de la enfermera para la*

*relación” y No.4 “trato de la enfermera para la relación” del Instrumento No.2, logrando de esta manera identificar los factores desfavorables de la relación medico paciente que como se ve apunta a las características de la personalidad y su influencia en el trato que otorga la profesional en enfermería al paciente pediátrico. Las Tablas No. 8, 10 y 14 que hacen el análisis paramétrico de la Pregunta No.2 *¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas a recibir?* también identificada como factor desfavorable en la percepción o satisfacción del usuario pediátrico vinculada a la relación médico paciente y los Ítems *No. 1” Personalidad del Medico para la relación”, No.3 “Trato del Medico para la relación” y No.9 “Tratamiento y su relación en la calidad de atención”*, Instrumento No.2, nos permite determinar a estas ultimas como elementos desfavorables de la relación medico paciente y su influencia en la calidad de atención, por ultimo las Tablas No. 15, 16, 17 y los niveles de correlación de la pregunta *No.3 ¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?* (Instrumento No.1) que es la ultima variable considerada como desfavorable en la percepción de calidad de atención del paciente niño y los ítems *No.1 “Personalidad del Medico para la relación”, No.3 “Trato del Medico para la relación”, y No.7 “Relación afectiva del medico para la relación”,* Instrumento No.2, ponen en evidencia como estas variables se constituyen en factores desfavorables de la relación medico paciente en la calidad de atención, que como ya se hizo mención en su momento en la interpretación precedente, el paciente niño percibe muy poca relación empática con su medico tratante, sin embargo es muy importante poner énfasis que en el análisis de los resultados del Instrumento No.2 los datos observados muestran elevados porcentajes en las categorías de “Adecuado” y “Optimo” en todos los ítems por lo que a fin de no realizar una mala interpretación de la identificación de los factores desfavorables es necesario recalcar que solo se debe lograr modificar algunos aspectos de la relación medico paciente pediátrico, en relación a estos factores identificados, con el único objetivo en lo posterior de incrementar en lo posible la percepción de satisfacción del paciente niño de un 67% a un 99%, eliminando de esta manera probables sesgos en la interpretación.*

En cuanto al análisis de la Prueba de Ji o Chi cuadrada esta no requiere hacer mayor mención puesto que al observar el conjunto de datos que muestra la misma nos es posible apreciar y confirmar, por medio de los niveles de significancia y confianza en la

correlación de estas variables, la hipótesis planteada o de investigación respecto a que una relación médico – paciente adecuada incrementa los indicadores favorables en la calidad de atención en la prestación de servicios médicos pediátricos de hospitalización.

Por todo lo expuesto en los párrafos precedentes no es posible determinar como conclusión y resumen final, que tras la aplicación de ambos instrumentos y el análisis estadístico e interpretación de la información obtenida, la hipótesis de investigación planteada denota su veracidad y afirmación por lo que queda aceptada la inferencia de que una relación médico – paciente adecuada incrementa los indicadores favorables en la calidad de atención en la prestación de servicios médicos pediátricos de hospitalización en el Hospital del Niño. “Dr. Ovidio Aliaga U.” de la ciudad de La Paz., a su vez, se logro cumplir los objetivos trazados en el estudio, por un lado se determino los elementos de la relación médico – paciente pediátrico relacionados a indicadores favorables en la calidad de atención en la prestación de servicios médicos de hospitalización, por otro lado se determino los elementos más influyentes en la relación médico – paciente pediátrico relacionados a indicadores desfavorables en la calidad de atención en la prestación de servicios médicos de hospitalización en el Hospital del Niño, asimismo se logro precisar otros factores relevantes relacionados a estructura, proceso y resultados que generan indicadores favorables en la calidad de atención en la prestación de servicios del Hospital y finalmente se logro determinar los elementos desfavorables de la relación médico- paciente que requieren mayor atención e importancia en búsqueda de la optimización en la calidad de atención de los servicios médicos del Hospital del Niño en estricta relación a uno de los principios básicos del acto medico como lo es la relación medico paciente lo cual fue demostrado en el presente estudio que evidencia la gran importancia de la relación mencionada.

Como consideración final vale tomar en cuenta para el futuro propuestas que se incorporen al diseño de las evaluaciones de la satisfacción del usuario pediátrico y su entorno familiar en los servicios públicos de salud con la implementación de métodos cualitativos que permitan considerar dimensiones de la interacción social entre usuarios y

prestadores de servicios de salud, difícilmente abordables por otros métodos y que facilitarían la identificación de los elementos que influyen de manera importante en las concepciones y prácticas de quienes intervienen en el proceso de prestación de servicios en salud.

Otro aspecto a considerar a futuro y demostrado en el estudio realizado es el hecho de que los pacientes hospitalizados nos permiten evaluar de forma integral las actitudes, habilidades y comportamientos de los médicos en formación, por lo que estudios en el área nos permitiría definir nuevas directrices en la misma formación del médico pediatra.

Todo estudio a futuro debería considerar la necesidad de incorporar al conjunto de personal que constituye un centro de prestación en servicios de salud conduciendo de esta manera a la sustitución de la denominación medico paciente por una de mayor carácter genérico, en este sentido se hablaría de relación equipo de salud- usuario donde el conjunto de profesionales, técnicos, administrativos, trabajadores manuales y personal de apoyo tengan las mismas responsabilidades en el trato y atención al usuario independientemente de su capacitación y formación laboral específica.

Finalmente debemos tomar en cuenta que en nuestro sistema de salud público vigente todavía hay consultas de pediatría masificadas y que no es posible contar con un mínimo de 10 minutos para atender al paciente pediátrico, a pesar de que este tiempo puede ser suficiente en una visita de niño normal o de control, con ayuda del personal de enfermería. Sin embargo, para una primera consulta son necesarios de 20 a 30 minutos para una mejor eficacia y seguridad, aunque el pediatra experimentado crea que ya conoce el diagnóstico desde la ojeada previa o inspección general. Con suficiente tiempo no sólo se evitarían diagnósticos erróneos lo que equivale con frecuencia a pacientes mal explorados, sino que otorga factibilidad al diagnóstico basado en la anamnesis y examen clínico, al mismo tiempo que se consolida la relación médico paciente pediátrico.

Otro factor a considerar relacionado al problema de la consulta médica masificada delimitada en la actualidad a un solo horario matutino por una mala distribución de los recursos humanos a horarios de conveniencia , es la pérdida de funcionalidad del

equipamiento y estructura hospitalaria en cuanto al servicio de prestaciones por especialidades que en más del 90% solo se las oferta en horarios matutinos provocando conflicto en el modelo de admisión por las grandes concentraciones de los usuarios asociado a los conflictos de grandes filas para la obtención de una ficha de atención, tiempos prolongados de espera hasta el ingreso a consulta externa y deterioro en las relaciones con el personal medico y paramédico que en su conjunto bajan de forma sustancial la calidad de atención en la prestación de servicios hospitalarios en pediatría y por consiguiente la satisfacción del usuario.

“Cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa, siempre y cuando los directores sean los correctos e idóneos” Avedis Donabedian

“Saber qué tipo de persona tiene una enfermedad es tan esencial como saber qué tipo de enfermedad tiene un paciente” Francis Scout Smyth Decano de la School of Medicine University of California 1962

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y CITADA

- ALONSO-FERNANDEZ, F. *Psicología Médica y social* (5. de.) Barcelona: Salvat, 1989.
- ARZE OCAMPO, Rosse Mary; LOPEZ LLANOS, Rosario y JORDAN DE GUZMÁN, Magdalena. *Como Elaborar Protocolos de Investigación*. Biblioteca de Medicina Tomo XX UMSA. La Paz. 1998.
- ASTI VERA, ARMANDO. *Metodología de la Investigación*. Sol y Luna. Lima. 1999.
- ATTO, Karin. *Estudio comparativo de conductas ansiosas en niños escolares hospitalizados y no hospitalizados*. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Ricardo Palma. Lima. 1999.
- Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS). Ministerio de Salud y Deportes. Publicación No.56 La Paz – Bolivia 2008
- Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010 “Para que todos vivamos bien”.
- BOHRNSTEDT, G, W. *Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición de actitudes*. En G. F. Summers. *Medición de actitudes*. México Ed. Trillas 103-107. Primera edición en español. 1976
- BURANET E, CASTELLANO MA, RODRÍGUEZ M. *El efecto placebo: entre la mente y el cerebro*. *Medicina Clínica* No.92. 1989.
- III Conferencia Regional sobre Acreditación de Hospitales – Informes de Bolivia. Washington. 1989
- DELBANCO TL. *Enriching the doctor patient relationship by inviting the patient's perspective*. *Ann Int Med* 1992; 116: 414-8.
- DONABEDIAM A. *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica*. Serie *Perspectivas en Salud Pública*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1989.
- DONABEDIAN A. *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*. *Salud Publica México* 1993; 35(3). Págs. 238-247.
- DONABEDIAN A. *Calidad de la atención médica*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1974.

- ENGEL G. La necesidad para un nuevo modelo médico: un desafío para la biomedicina. La ciencia, 196: 1977.
- FALASCO, Silvia Iris. Relación Médico paciente. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Argentina. 2003.
- FLAVELL L. La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1991.
- FREUD Sigmund. La dinámica de la Transferencia. Obras Completas. Tomo II
- GONZALES MENENDEZ R, Psicología para Médicos Generales. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984.
- GONZALES MENENDEZ R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R, y otros. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. Bogotá. 1998.
- JANY, José Nicolás. Investigación Integral de Mercados: Un enfoque operativo. McGraw-Hill. 1999. Pág. 69, 70
- JEAMMET H, REYNAUD M. CONSOLI S. Psicología Médica. Barcelona: Masson, 1989.
- LAIN ENTRALGO, P. El estado de enfermedad. Madrid: Moneda y crédito, 1968
- LAIN ENTRALGO P. La Relación Médico Enfermo. Madrid: Revista de Occidente; 1964
- LAPACO, M, HERRAN, M, y NAVARI, C. El manejo de la información en el paciente pediátrico. Archivo argentino Pediátrico. Argentina. 1996.
- LIPOWSKY ZJ. Aspectos psicosociales de la enfermedad. Ann. Intern. Med. No. 71 1969.
- LLOYD GG. Las reacciones psicológicas en los pacientes físicamente enfermos. En: El manual de estudios en la Psiquiatría del Hospital General. Judd, Burrows, Lipsitt (Eds.). Elsevier Science Publishers B. V. (División Biomédica), Londres, 1991.
- MAGRANER TARRAU, Maria Esther. El niño enfermo, consideraciones bioéticas Prensa Latina La Habana – Cuba 2004.
- McCULLOUGH LB. An ethical model for improving the patient-physician relationship. Inquiry. 1988; 25(4). Págs. 454-468.
- MENDEL D. El buen hacer médico. Pamplona: Eunsa. 1997.
- Medicus Mundi 2006. Modelo de la Gestión de Calidad

MORENO RODRIGUEZ MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev. Cubana Med. 2000; 39:106-14.

NUÑEZ F. Psicología Médica. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2000.

ORTIGOSA, J. M, y MENDEZ, F. X. Influencia del tipo de hospitalización en el niño IV Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. 18 –21 de Noviembre, 1998. Sevilla, España. 1998.

PIAGET, Jean. Seis estudios de psicología. Colección labor. Nueva serie 2. Editorial labor. Segunda edición 1992. Pág. 28.

PLATA RUEDA, E, LEAL QUEVEDO, F. J. Hacia una entrevista pediátrica más humana. En: LEAL QUEVEDO, F. J, y MENDOZA VEGA, Hacia una medicina más humana. Bogotá, Ed. Médica Internacional, 1997.

Política y Plan de Calidad. Hospital del Niño Dr." Ovidio Aliaga U." Gestión 2006 - 2008

RIOS REYES, Amilcar. La relación médico – paciente. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2003.

ROMO L, et al. Aspectos psicológicos implicados en algunas enfermedades físicas crónicas en la infancia. Una revisión de la década 1978-1988. Rev. Psicología de la Salud. 1990;2(1,2). Págs. 81-89.

ROWLAND JH. Recursos Intrapersonales. En: El cuidado psicológico del paciente con el cáncer. Holanbda JC. Rowland JH (Eds.). Oxford University Press, New York.1991.

RUSSO Ricardo. La Relación Médico Paciente y la Enfermedad Crónica. Editado por el Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina. 2002.

SÁNCHEZ – GONZALEZ, Miguel. El concepto de salud: análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales. Universidad Complutense de Madrid. España. 1999

SCHNEIDER P-B. La relación médico paciente. En: Schneider P-B, editor. Psicología aplicada a la práctica médica. Buenos Aires: Paidós; 1985.p.151-210.

SOX HC, MORGAN WL, NEUFELD VR, SHELDON GF, Tonesk X. Report of the panel of the general professional education of the physicians. Subgroup report on the clinical skills. J. Med Educ.1983; 59:139-47.

STRASSER S, Davis R.M. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1991. Pág. 210.

TAYLOR, S, y BOGDAN, R. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. Ed. Paidós, Barcelona. 1992.

VALLEJO NAGERA J. Introducción a la Psiquiatría. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1989.

ZURITA GARZA Beatriz. Calidad de la Atención de la Salud. México. 2003

ZURITA GARZA Beatriz. Calidad de la Atención de la Salud. Análisis de Políticas de Salud en FUNSALUD. México. 2003

WULFF J. Psicoterapia Médica. En: ANGUERA I, editor. Medicina Psicosomática. Barcelona; Doyma, 1988.

ANEXOS

INSTRUMENTO No.1

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL USUARIO PEDIÁTRICO EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

CUESTIONARIO DIRIGIDO A: *Pacientes hospitalizados de 7 a 11 años de edad*

		Código		
Nombre del niño:	Sala:	Edad:	Sexo: † 1. Masculino 2. Femenino	
		<input type="text"/> Años		
Escolaridad:	Periodo de estancia a la fecha de aplicación:	Diagnóstico Médico:	Fecha de aplicación del cuestionario:	
<input type="text"/> Primaria	<input type="text"/> Días		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes
			Año	
<p><i>Asentimiento: El siguiente cuestionario es un instrumento de medición que pretende medir los factores asociados a la calidad de atención que recibes durante el proceso de tu hospitalización. Por favor responde con absoluta sinceridad a las siguientes preguntas. Recuerda que tu identidad no será revelada</i></p>				

1.- ¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre la enfermedad que tienes?	Si	No	
2.- ¿Algún personal del hospital te explicó de manera fácil sobre el tratamiento que vas ha recibir?	Si	No	
3.- ¿Conoces el nombre del médico que te atiende en tu sala?	Si	No	
4.- ¿Te gusta el color de pintura de las paredes de tu sala?	Si	No	
5.- ¿Cómo calificarías la comida que se te da en el Hospital?	Buena	Regular	Mala
6.- El médico de tu sala te trato	Bien	Regular	Mal
7.- La enfermera de tu sala te trato	Bien	Regular	Mal
8.- El médico de tu sala trata a tu familia	Bien	Regular	Mal
9.- La enfermera de tu sala trata a tu familia	Bien	Regular	Mal
Observaciones:			

Fuente del Cuestionario: Cuestionario de Satisfacción del Usuario/a Hospitalización Prefectura del Departamento de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Adaptación propia.

El protocolo del cuestionario esta en relación al siguiente planteamiento:

- a) Las preguntas 1, 2,3 están referidas a la información recibida.
- b) Las preguntas 6, 7, 8, 9 están referidas al trato que recibe el usuario pediátrico en los diferentes servicios de hospitalización.
- c) Las preguntas 4, 5 están referidas a factores del contexto hospitalario.

INSTRUMENTO No.2

GUIA DE OBSERVACIÓN RELACION MEDICO PACIENTE PEDIÁTRICO Y ELEMENTOS RELACIONADOS A INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCION EN HOSPITALIZACION

GUIA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A: Profesionales titulados en Medicina y Enfermería

Código

Servicio de:		Sexo: † 1. Masculino 2. Femenino	Profesión:		
Otros estudios:	Cargo: † 1. Jefe de Depto. 2. Medico de planta 3. Enfermera de planta	Antigüedad: 1 – 5 años † 1 6 – 10 años † 2 11 – 15 años † 3 16 – 20 años † 4 21 – 25 años † 5	Fecha de aplicación de la guía		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
<p><i>CONSENTIMIENTO INFORMADO: La presente Guía de Observación es un instrumento de medición destinada a determinar los factores de la relación médico-paciente pediátrico y sus indicadores de calidad de atención en el proceso de hospitalización. Los resultados del instrumento servirán para mejorar los Servicios de Prestación en Hospitalización bajo el enfoque de una mejor calidad de atención en el marco de la Relación Médico- Paciente Pediátrico. La identidad del profesional sujeto a la guía de observación no será revelada por principios bioéticos.</i></p>					
		Autorizado	Si †	No †	

No. ÍTEM	CRITERIO DE OBSERVACIÓN	OPTIMO	ADECUADO	INADECUADO
1	Personalidad de médico para la relación			
2	Personalidad de la enfermera para la relación			
3	Trato del médico para la relación			
4	Trato de la enfermera para la relación			
5	Relación familia médico			
6	Relación familia enfermera			
7	Relación afectiva del médico para la relación			
8	Relación afectiva de la enfermera para la relación			
9	Tratamiento y su relación en la calidad de atención			
10	Ambiente y su relación con la calidad de atención			
11	Alimentación y su relación con la calidad de atención			
TOTAL				
<p>Crterios de calificación: 2 = Óptimo; 1 = Adecuado; 0 = Inadecuado</p>				

Fuente de la Guía de Observación: Elaboración Propia

Revisión, Modificación y Validación por Expertos: Ximena Guevara Linares Médico Cirujano del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima Perú ; Ricardo González Menéndez Médico Psiquiatra Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García".La Habana Cuba; Gabriela Manitta Psicóloga Magister en Bioética docente de la Universidad Nacional de Cuyo Argentina.

CRITERIOS DE CALIFICACION

2	=	óptimo
1	=	adecuado
0	=	inadecuado

Dependiendo de cada ítem, se procederá a anotar en cada casilla un puntaje respectivo. Este es un instrumento que evaluará a la muestra médica de la investigación.

Los criterios de calificación para cada ítem están determinados bajo los siguientes parámetros:

- 1) Personalidad del médico para la relación.
 - a) Personalidad amable, comunicativa, empática, jovial se califica con puntaje 2
 - b) Personalidad seria, comunicativa pero formal, se califica con puntaje 1.
 - c) Personalidad fría, seca distante, con una comunicación vertical se califica con puntaje 0.

- 2) El mismo proceso de calificación se aplica para las enfermeras.

- 3) Trato del médico para la relación.
 - a) Atención detallada, paciente, comunicación horizontal con el niño, preguntas asertivas y empáticas se califica con puntaje de 2.
 - b) Atención distante, superficial y ligera, con escasa comunicación hacia el niño, con preguntas directas y enfáticas se califica con puntaje de 1.
 - c) Atención torpe, sin interés por la situación, con comunicación vertical con el niño, sin preguntas sobre su estado se califica con puntaje de 0.

- 4) El mismo proceso de calificación se aplica para las enfermeras.

- 5) Relación familia médico.

- a) Comunicación horizontal con la familia, explicación del problema de salud del niño en detalle, con la finalidad de que se comprenda el cuadro de la patología y su tratamiento, buscando involucrar a la familia en el mismo mediante su participación en la procura de medicamentación, atención y afecto de la familia con el niño, se califica con un puntaje de 2.
 - b) Comunicación horizontal con la familia pero superficial, cumpliendo con esta relación por cumplir, sin interesar mucho si la familia participa del tratamiento, se califica con puntaje de 1.
 - c) Comunicación vertical con la familia del niño o ausencia de la misma se califica con puntaje de 0.
- 6) El mismo proceso de calificación se aplica para las enfermeras.
- 7) Relación afectiva del médico para la relación.
- a) El médico expresa sentimientos y actitudes de afecto, solidaridad, respeto e incluso cariño con el niño, se califica con puntaje de 2.
 - b) El médico expresa sentimientos y actitudes superficiales de solidaridad con el niño, con preguntas comunes y elaboradas se califica con puntaje de 1
 - c) El médico no expresa sentimientos y actitudes de afecto, solidaridad y respeto hacia el niño se califica con puntaje de 0.
- 8) El mismo proceso de calificación se aplica para las enfermeras.
- 9) Tipo de Tratamiento y su relación con la calidad y calidez de atención.
- a) El médico o la enfermera se preocupan por el tipo de tratamiento del niño hospitalizado y le hacen conocer esta preocupación e interés para juntos poder buscar soluciones a los niveles de estrés que generen los mismos, se califica con puntaje de 2.
 - b) El médico o la enfermera muestran algo de preocupación o interés por el tipo de tratamiento del niño y tratan secundariamente de solucionarlo, se califica con puntaje de 1.

- c) El médico o la enfermera no expresa interés alguno sobre el tipo de tratamiento del niño hospitalizado, se califica con puntaje de 0.

Hasta aquí se pretende calificar aspectos de la relación médico- paciente pediátrico. Los dos siguientes ítems corresponden al contexto hospitalario.

10) Ambiente como factor relacionado a la calidad de atención.

- a) Se ha procedido al textuado del ambiente donde se encuentran los niños, correspondiendo al uso de colores alegres, imágenes que influyen en la satisfacción y mejoran los estados anímicos se califica con un puntaje de 2.
- b) El textuado del ambiente no es adecuada, los colores son fríos, hay poco material visual que estimula y favorece las esferas emotivas, se califica con un puntaje de 1.
- c) Inexistencia de textuado del ambiente, colores fríos que generan componentes estresores, se califica con un puntaje de 0.

11) La ingesta de alimentos surte un efecto directo no sólo de nutrición sino también de satisfacción influyendo sobre la percepción de satisfacción del usuario pediátrico.

- a) Gusto por la alimentación hospitalaria, sentimiento de satisfacción y placer, se califica con un puntaje de 2.
- b) Sentimiento de tolerancia y aceptación por la alimentación, se califica con un puntaje de 1.
- c) Rechazo a la alimentación, no por sus componentes nutricionales sino por su presentación y sabor, se califica con un puntaje de 0.