



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA, MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

**SATISFACCIÓN USUARIA SEGÚN DETERMINANTES
SOCIALES, EN CUIDADORES DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD
SANTIAGO, CHILE, 2016**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE

MAGISTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DE CUIDADO

AUTOR: Carolina Concha G.

PROFESORA PATROCINANTE: Dra. Edith Rivas R.

Temuco, Abril 2017



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA, MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

**SATISFACCIÓN USUARIA SEGÚN DETERMINANTES
SOCIALES, EN CUIDADORES DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD
SANTIAGO, CHILE, 2016**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE

MAGISTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DE CUIDADO

AUTOR: Carolina Concha G.

PROFESORA PATROCINANTE: Dra. Edith Rivas R.

Temuco, Abril 2017

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta Tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado de la Facultad de Medicina.

Profesora Patrocinante: _____

Dra. Edith Rivas Riveros

Evaluador Externo 1: _____

Mg. Luis Bustos Medina

Evaluador Externo 2: _____

Directora de Programa: _____

Dra. Edith Rivas Riveros

DEDICATORIA

A mis padres por los ejemplos de perseverancia y constancia, por ser un ejemplo a seguir en toda mi formación académica.

A mi actual marido que cuando esto comenzó no estaba en mi vida, hoy es mi pilar fundamental, mi gran apoyo en el logro de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

A La Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes por haberme permitido formarme y dar apoyo constante durante todo el tiempo que duró el Magister.

También me gustaría agradecer a Dra. Edith Rivas-Riveros, por su conocimiento, su manera de trabajar, su motivación constante, por abrirme las puertas a su conocimiento y apoyo a continuar día a día.

RESUMEN

Introducción: La Satisfacción usuaria constituye una dimensión relevante de la calidad asistencial, siendo uno de los principios orientadores de la Política Nacional de Salud. Se define como el conjunto de acciones que permiten cumplir con los estándares de calidad, equidad y eficiencia exigidos por los beneficiarios del Sistema de Salud. **Objetivo:** Determinar la relación entre el grado de satisfacción usuaria y los determinantes sociales de los cuidadores de pacientes pediátricos. **Material y Método:** Diseño tipo corte transversal correlacional en 304 cuidadores. Recolección a través de *Picker's Pediatric Acute Care*. Análisis descriptivo exploratorio y de correlación con test de Pearson según corresponda, con significancia de 5% e IC de 95%. **Resultados:** El alfa de Cronbach del instrumento fue 0.82. Existe diferencia significativa entre el promedio de edad; la percepción de salud y servicios de hospitalización. En UCI los cuidadores perciben que el tiempo de espera de ingreso no fue mayor, mientras que en los servicios de segunda infancia y lactantes manifiestan haber esperado más tiempo. Además tienen la percepción de recibir menos información sobre el tratamiento y la enfermedad de sus hijos. A los cuidadores de segunda infancia/ lactante y UCI les hubiera gustado participar más en la toma de decisiones sobre los cuidados otorgados a sus hijos. En relación al dolor, los acompañantes tienen la percepción de que se les pregunta poco. Por cada aumento de un año en la edad del cuidador, la satisfacción usuaria aumenta en 5.35 puntos (IC95% 1.55 – 9.15, $p=0.006$). Quienes son profesionales y se encuentran trabajando, presentan en promedio 176.4 puntos menos de satisfacción (IC95% -322.9-30.01, $p=0.01$). **Conclusiones:** La satisfacción global depende del servicio donde los pacientes se encuentran hospitalizados, además se valida la hipótesis que los determinantes sociales influyen en la satisfacción usuaria.

Palabras claves: Satisfacción Usuaria, Determinantes sociales, Calidad

ABSTRACT

Introduction: User satisfaction constitutes a relevant dimension of quality of care, being one of the guiding principles of the National Health Policy. It is defined as the set of actions that allow compliance with the standards of quality, equity and efficiency demanded by the beneficiaries of the Health System. **Objective:** To determine the relationship between the degree of user satisfaction and the social determinants of caregivers of pediatric patients. **Material and Method:** Correlational cross-sectional design in 304 caregivers. Pick up by Picker's Pediatric Acute Care. Descriptive exploratory analysis and correlation Pearson test was used, with significance level of 5% and 95% CI. **Results:** The Cronbach's alpha of the instrument 0.82. There is a significant difference between age; perception of health and hospitalization services. In the ICU, caregivers perceive that the waiting time for admission was not higher, while in the services of second infancy and infants they waited longer. They also have the perception of receiving less information about the treatment and illness of their children. In second infancy/lactation service and ICUs would have liked to be more involved in making decisions about the care given to their children. Regarding pain, the companions have the perception that they are asked little. For each one - year increase in the caregiver's age, user satisfaction increased by 5.35 points (95% CI 1.55 - 9.15, $p = 0.006$). Those who are professionals and are working, had, on average, 176.4 points less satisfaction (95% CI -322.9-30.01, $p = 0.01$).

Conclusions: Global satisfaction depends on health service and the hypothesis of social determinants influence user satisfaction was validated.

Keywords: Satisfaction, Social determinants, Quality

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
I INTRODUCCIÓN	1
1.1 Delimitación del problema.....	1
1.2 Propósito.....	6
1.3 Preguntas de investigación.....	6
II OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo General.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	7
III HIPOTESIS	7
IV MARCO TEORICO	8
4.1 Contexto de la investigación.....	8
4.2 Definición de conceptos.....	9
4.3 Modelo de Enfermería Callista Roy.....	19
4.4 Teoría de otra disciplina Avedis Donabedian	22
V MARCO EMPIRICO	25
5.1 Evaluación satisfacción de familiares, urgencias pediátrica.....	25

5.2 Calidad asistencial percibida por los padres en Unidad de Prescolares y Hemato-Oncología Pediátrica	26
5.3 Acompañante satisfecho, un indicador de calidad.....	26
5.4 Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados....	27
5.5 Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal.....	27
VI METODOLOGIA.....	28
6.1 Diseño.....	28
6.2 Sujeto de estudio	29
6.3 Tamaño de muestra	29
6.4 Determinantes Sociales.....	30
6.5 Recolección de datos.....	31
6.6 Validez de fachada.....	33
6.7 Plan de análisis.....	35
6.8 Ética relaciona los aspectos éticos con el objeto de estudio.....	36
6.9 Consideraciones éticas.....	40
VII RESULTADOS	40
7.1 Análisis del instrumento	43
7.2 Dominios del instrumento	43
7.3 Perfil de la muestra de cuidadores y pacientes	44
7.4 Relación entre cuidadores y dominios del instrumento.....	47
7.5 Distribución de preguntas del cuestionario PIS según servicio.....	51
7.6 Dimensiones del cuestionario PIS, según Servicio.....	55

7.7 Satisfacción global.....	56
7.8 Asociación de variables.....	58
VIII DISCUSIÓN.....	60
IX CONCLUSION.....	63
X BIBLIOGRAFIA.....	67
ANEXOS.....	73
ANEXO A: Cuestionario PIS.....	74
ANEXO B: Consentimiento Informado.....	78
ANEXO C: Autorización comité ética SSMO.....	79

I. INTRODUCCIÓN

1.1.1 Delimitación del problema

La Satisfacción usuaria constituye una dimensión de la calidad relevante, siendo considerada como uno de los principios orientadores de la Política Nacional de Salud actual.

La calidad es estimada como el conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia, los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema Público de Salud” (1). Definida como: “El grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario, en relación a los servicios que éste le ofrece” (1).

Está compuesta por componentes afectivos y cognitivos, y representa una evaluación específica del consumidor, una experiencia de consumo (2).

Se considera como un indicador confiable y válido, se mide a través de la apreciación del paciente o de los padres de la población pediátrica; refleja la opinión en relación a dos aspectos prioritarios; el servicio de hospitalización y la atención recibida durante la estadía hospitalaria. Esta sensación se basa en la congruencia o acuerdo entre las expectativas del familiar del paciente pediátrico y la percepción de la experiencia de los padres (2).

También es considerada como una condición previa para el cuidado de calidad, donde se asume que una persona satisfecha cooperará más y demostrará una mayor conformidad a un tratamiento y, por consiguiente, regresará a solicitar atención nuevamente (2).

Se mencionan tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Primeramente hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. Secundariamente, es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. En tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer (3).

La evaluación de la satisfacción ha demostrado ser un instrumento útil para medir las intervenciones de los servicios de salud, ya que la información que aporta puede ser una buena guía para que los gestores encargados pongan en práctica programas orientados a aumentar la calidad y eficacia basados en los usuarios logrando así cuidados centrados en el paciente (2).

En este contexto la satisfacción se encuentra unido al concepto de calidad definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima; deberá tener en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico para lograr un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente” (4).

La calidad total es una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y en todos sus niveles, por tanto es el conjunto de técnicas de organización orientadas a obtener un alto nivel de calidad en la estructura, los procesos y resultados (5).

La calidad de atención en los Servicios de Salud se ha transformado en uno de los aspectos fundamentales de la medicina actual. Los innumerables problemas surgidos durante las últimas décadas, derivados de la creciente complejidad de los sistemas de salud, aunados a las mayores exigencias por parte de los pacientes y sus familiares, así como los incrementos en los costos de atención, exigen soluciones efectivas que garanticen que los pacientes reciban los tratamientos adecuados, en el momento oportuno y dentro de un marco de equidad y respeto a sus valores y derechos (6).

En los últimos años en Chile las políticas de salud han incorporado el tema de calidad, como base en la reforma de salud, tomando en cuenta cinco principios orientadores que guían el quehacer de profesionales en esta área; estos son: la equidad, la participación, la solidaridad, los derechos y deberes ciudadanos en salud; y la calidad en la atención vista desde el ámbito de la satisfacción usuaria (1).

Dentro de la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, se encuentra disminuir la insatisfacción usuaria, este punto va enmarcado en acceso y calidad de la atención de salud. Otro punto es el reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud. En este Objetivo Estratégico se abordan específicamente seis factores determinantes de inequidades en salud: nivel socioeconómico, zona geográfica (lugar), pertenencia a pueblos indígenas, género, trabajo y condiciones de empleo, y pertenencia a otras poblaciones de interés (inmigrantes, personas privadas de libertad y personas en situación de calle) (7, 8,9).

Los determinantes sociales se definen como las condiciones sociales en las cuales las personas desarrollan su vida y que, por distintos mecanismos, impactan en su salud (Tarlov, 1996). Gran parte de las inequidades en salud entre distintos grupos de la población son explicables por estos determinantes (9).

Las inequidades en salud ha sido otro eje prioritario en el trabajo desarrollado por la OMS en múltiples países, incluido el nuestro. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la OMS ha desarrollado un marco conceptual que identifica y categoriza los diversos DSS señalando de qué forma interactúan y generan las inequidades en salud. Se distinguen dos categorías: DSS estructurales y DSS intermedios. Los DSS estructurales incluyen el nivel macro/contextual (político y cultural) y la posición socioeconómica, mediada por dimensiones como clase social, género, etnia, ocupación, nivel educacional e ingreso. Los DSS intermedios, por su parte, se refieren a la interacción entre salud y factores psicosociales, biológicos y de condiciones materiales de vida, también incluyen los efectos del sistema de salud (9).

Nuestro país requiere avanzar en la comprensión teórica y empírica de dichos mecanismos explicativos de la realidad nacional, tanto de los DSS estructurales e intermedios ya que contribuiría a la elaboración de estrategias de prevención y control más efectivo y sustentable en el tiempo, para beneficio de la salud de toda la población (9).

En el año 2012 entró en vigencia la Ley 20.584, la cual establece Derechos y Deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a la atención de salud, resguardando principios básicos que deberán aplicarse tanto en las instituciones públicas como privadas (10).

En esta ley se menciona dentro de los Artículos 2° del Título I y 4° del Título II la calidad en la atención en salud; en el Artículo 2° se hace mención a la atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad y el Artículo 4°; Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores

institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud

A principios de esta década a nivel nacional, existía escasa información sobre como los usuarios perciben la calidad de la atención de salud. La información disponible era recolectada a través de encuestas de opinión, *Focus Group*, encuestas de reclamos y sugerencias las cuales se realizaron aisladamente, sin una metodología común que permitiera compararlas, restando validez y confiabilidad (2).

Posterior a esto, la Superintendencia de Salud quien comienza a realizar de forma anual estudios sobre: satisfacción usuaria, percepción y experiencia sobre Garantías Explicitas en Salud (GES), entidades reguladoras, prestadores individuales, ley de Derechos y Deberes. Se basaron en utilización de uno de los instrumentos más utilizados en el sector servicios para evaluar el nivel de calidad apreciada por los clientes; *Service of Quality* (SERVQUAL) y luego utilizaron el instrumento cuestionario de calidad percibida de la atención hospitalaria (SERVHOS) (2,11).

Estos instrumentos evalúan conceptos generales en relación a la reformas de salud y no evalúan satisfacción de cuidados centrados en el paciente, sobretodo en pacientes pediátricos, donde este concepto es remplazado por cuidados centrados en la familia. Este concepto implica una forma de entender los cuidados caracterizada por la estrecha interacción entre pacientes, familiares, médicos y enfermeras, jerarquiza aspectos emocionales, sociales, respeto por las características individuales del niño y su familia e información confiable para facilitar la toma de decisiones (12).

Evaluar la satisfacción de los cuidados centrados en familia es de gran importancia ya que comprender las necesidades de los padres y facilita una experiencia más llevadera para los

pacientes pediátricos hospitalizados, para ello medirá nivel de satisfacción usuaria según determinantes sociales, en cuidadores de pacientes pediátricos, hospital de alta complejidad Santiago, Chile.

1.2 Propósito

Contribuir al incremento de la calidad de atención del Servicio Pediátrico.

1.3 Pregunta de investigación

¿Qué relación existe entre el nivel de satisfacción usuaria de cuidadores de pacientes pediátricos y las determinantes sociales en un Hospital de alta complejidad en Santiago, Chile, año 2016?

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el grado de satisfacción, los determinantes sociales de los cuidadores de pacientes pediátricos en un Hospital de alta complejidad en Santiago, Chile, año 2016.

2.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de satisfacción de los cuidadores del paciente hospitalizado a través del instrumento *Picker's Pediatric Acute Care* en las dimensiones; impresión general, accesibilidad y disponibilidad, consideración y respeto, coordinación e integración de los cuidados, información y comunicación, relación entre cuidadores y equipo de salud, confort físico y continuidad del cuidado.
- Evaluar los determinantes sociales de cuidadores de pacientes pediátricos (edad, sexo, lugar de residencia, días de hospitalización, tipo de paciente, actividad laboral, relación con el paciente).
- Correlacionar los determinantes sociales y el nivel de satisfacción los cuidadores de pacientes pediátricos en un Hospital de alta complejidad.
- Analizar las asociaciones entre los determinantes sociales y el nivel de satisfacción de los cuidadores

III. HIPÓTESIS

Existe relación entre las determinantes sociales de los cuidadores y el nivel de satisfacción usuaria.

VI. MARCO TEÓRICO

El capítulo se compone de las bases teóricas, antecedentes y definiciones de los principales conceptos relacionados con la satisfacción usuaria pediátrica, calidad y teorías de Enfermería y de las Ciencias Humanas que influyen en el estudio.

4.1 Contexto de la investigación

El Hospital donde se aplicará el instrumento es un centro asistencial, público, docente y pediátrico, brinda atenciones de consulta de especialidades, de urgencia y de hospitalización quirúrgica y médica, con más de 70 años de experiencia. Perteneció al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), de la región Metropolitana (13).

Es uno de los hospitales de niños (as) de mayor relevancia a nivel nacional, considerado un centro de mediana y alta complejidad, posee 26 Servicios Clínicos de Atención Directa al Paciente y 13 Servicios de Apoyo a la Gestión. Cuenta con una dotación de 201 camas en trabajo y un alto porcentaje de ellas corresponden a Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico, Neonatal Quirúrgico y Cardio-quirúrgico (13).

Este centro hospitalario es líder en cirugías complejas del recién nacido y de malformaciones congénitas de la infancia, trasplantes de médula ósea y hepáticos (13).

La población beneficiaria son aquellos niños(a) menores de 15 años beneficiarios del Fondo nacional de salud (FONASA), cuyo lugar de residencia es alguna de las comunas pertenecientes al SSMO (Providencia, Vitacura, Lo Barnechea, Las Condes, Ñuñoa, La Reina, Macul y Peñalolén) o algunos pacientes pertenecientes a otras regiones del país que presenten alguna de las patologías en convenio. Existen algunas excepciones en la edad, como aquellos

menores de 18 años que presenten osteosarcoma, y los menores de 25 años que presentan diagnóstico de escoliosis (13).

4.2 Definición de conceptos

Niño

La Convención de los Derechos del Niño de 1989 lo define como: “Todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”(14).

Hospitalización pediátrica

Periodo de tiempo requerido para el restablecimiento de la salud, no solo física si no también psicológica, tiempo en el cual es necesario estar recluido en un hospital, con el fin de recibir los tratamientos y cuidados adecuados. Los padres durante la hospitalización de su hijo(a), se enfrenta a nuevas situaciones, rompiendo su rutina habitual. Pasan de ser cuidadores principales a perder este papel, enfrentándose a la incertidumbre, cuestionando aspectos relacionados con la enfermedad, el dolor e incluso la muerte (15).

La hospitalización pediátrica es muy diferente a la del paciente adulto. No solo difiere en el tipo de patologías, sino que por la gran variedad de necesidades propias del niño, las cuales pueden ser vulneradas en el entorno como: continuidad de la lactancia materna, aspectos afectivos condicionados por la separación parental, angustia por la incomprensión del proceso intrahospitalario, limitación de la actividad física y lúdica (16).

Cuidados centrados en familia

La hospitalización es un factor de estrés importante para los padres, en el que el eje central es el duelo y los mecanismos psicológicos implicados para su elaboración normal o patológica. Todo ello, se ve agravado por el tiempo de hospitalización, la separación del niño y la dependencia de máquinas, monitores y otros medios técnicos utilizados para el cuidado del paciente

Los cuidados centrados en la familia, favorecen la reducción del estrés de los padres y una relación más positiva entre éstos y el paciente

Los profesionales de enfermería, por su relación cercana con los padres, pueden proporcionar cuidados centrados en la familia estableciendo una relación de ayuda terapéutica efectiva, reforzando actitudes y comportamientos positivos que ayuden a los padres a adaptarse a la hospitalización, a aprender a cuidar de sus hijos y en algunos casos, a afrontar la pérdida y el duelo (17).

Familias de América Latina

Los analistas sociales y demográficos sostienen que las familias de América Latina han experimentaron cambios en estos últimos años entre estos se encuentra (18).

- Los cambios en la formación de las familias incluyen: la postergación del matrimonio; mayor número de uniones con incremento de la procreación en estas uniones y prolongación del tiempo de residencia en la casa paterna (emancipación tardía), simultáneamente se ha producido un incremento en los nacimientos fuera del matrimonio.

- Los cambios en los patrones de disolución de familias. Estos cambios incluyen un aumento en las tasas de divorcio y separación en las uniones formales y en las consensuales.
- Los cambios en las conductas de reconstitución familiar. Ellos comprenden un crecimiento en la proporción de familias reconstituidas, pero dentro de patrones que apuntan a la cohabitación antes que a un segundo matrimonio y a una mayor proporción de niños que no conviven con ambos padres biológicos.
- Cambios en el tipo de sistema familiar predominante: disminución del predominio de la familia con proveedor único y aumento de aquella en que ambos integrantes de la pareja trabajan en forma remunerada (18).

Cuidadores

Persona que proporciona asistencia a otra que ha perdido la autonomía o que necesita cuidados. Este cuidador familiar no es necesariamente un miembro de la familia, pero es de gran importancia para el seguimiento médico del paciente y también a nivel psicológico para la persona que ayuda. La mayoría de los cuidadores son los cónyuges o padres de las personas dependientes (19).

Determinantes sociales

Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (20).

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
3. Medición y análisis del problema (20).

Satisfacción usuaria

El concepto de satisfacción se ha incrementado a través del tiempo, presentando elementos más claros respecto a la calidad percibida, en la evaluación de la atención en salud, mostrando alta relación entre ambos (2). Situación que hoy día se consideran como constructos diferentes, de este modo, la definición conceptual señala que: la satisfacción contiene componentes afectivos y cognitivos y representa una evaluación del consumidor respecto de una transacción específica y una experiencia de consumo. Esta evaluación se asocia a un juicio transitorio, susceptible a cambio (2). Mientras que la calidad percibida representa un juicio más global, a largo plazo (2).

Constituye una dimensión de la calidad muy relevante siendo considerada como uno de los principios orientadores de la actual Política de Salud; se le define como: El grado de

cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario, en relación a los servicios que éste le ofrece (1).

Desde el punto de vista del Ministerio de Salud, la satisfacción del usuario es: El conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema Público de Salud (1).

Históricamente Donabedian, resaltaba el valor de la satisfacción del paciente como un indicador en la atención de salud. Él propone medir la calidad asistencial de acuerdo a la estructura (recursos materiales y humanos) y proceso (interacción entre profesionales y cliente) o el resultado (mejoras en salud y satisfacción). Este concepto es ampliado a través del tiempo siendo la Calidad Percibida un factor clave para medir la calidad en la atención sanitaria (2).

La satisfacción del paciente es considerado un indicador confiable y válido de la calidad del cuidado ya sea medido a través de la apreciación del paciente o de los padres de la población pediátrica; esta se define como un indicador de calidad que refleja la opinión en relación con dos aspectos prioritarios: el servicio de hospitalización y la atención recibida durante la estancia hospitalaria. Esta sensación se basa en la congruencia o acuerdo entre las expectativas del familiar del paciente pediátrico y la percepción de la experiencia (2).

También se puede considerar que la satisfacción es una condición previa para el cuidado de calidad, donde se asume que una persona satisfecha cooperará más y demostrará una mayor conformidad a un tratamiento y, por consiguiente, regresará a solicitar atención nuevamente (2).

Calidad en la atención

Calidad es un término que todos los pacientes conciben, pero que es difícil de definir, por lo general se asume cuando un producto, o servicio, cumple con las funciones o desempeño para el cual fue diseñado o creado. Dentro de este contexto, la calidad es un término relativo multidimensional que supone acepciones diferentes, tanto en el tiempo, como en función de quien lo utilice, pues implica el necesario juicio de valor individual y colectivo (21).

El tema de calidad de atención en los servicios de salud se ha transformado en uno de los aspectos fundamentales de la medicina actual. Los innumerables problemas surgidos durante las últimas décadas, derivados de la creciente complejidad de los sistemas de salud, aunados a las mayores exigencias por parte de los enfermos y sus familiares, así como los incrementos en los costos de atención, exigen soluciones efectivas que garanticen que los enfermos reciban los tratamientos adecuados, en el momento oportuno y dentro de un marco de equidad y respeto a sus valores y derechos (3).

En 1980, Donabedian describió la calidad de atención como: “Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención” (22).

Luft y Hunt definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos (22).

De Geyndt apunta que las distintas definiciones que se la han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones. Señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es

multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla (22).

En Chile, en el año 2012 entró en vigencia la Ley 20.584, la cual establece Derechos y Deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a la atención de salud, resguardando principios básicos que deberán aplicarse tanto en las instituciones públicas como privadas. En esta ley se menciona dentro de los Artículos 2° del Título I y 4° del Título II la calidad de la atención en salud; en el Artículo 2° hace mención a la atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad y el Artículo 4°; toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud (6).

Validación de escala

La validación de una escala es un proceso complejo, que comprende varias etapas y que requiere un número elevado de pacientes. Supone además disponer de herramientas estadísticas para efectuar procedimientos que pueden resultar complejos. En general, el proceso de validación de una escala debe tener las siguientes etapas:

- Selección de la escala: La escala que se va a validar debe ser la mejor disponible.
- Traducción: Cuando la escala original se encuentre en otro idioma, debe someterse a un proceso de traducción. El énfasis del proceso no es la traducción textual o literal, sino la

traducción del sentido conceptual que cada ítem persigue. Existen diferentes estrategias para garantizar una traducción de la mejor calidad. Una de las más prácticas y sencillas recomienda disponer de por lo menos dos traducciones directas efectuadas por diferentes individuos (traductor A y traductor B). Si se encuentran diferencias importantes en el significado de algunos de los ítems, debe solicitarse a los traductores que en conjunto, lleguen a un acuerdo sobre los puntos discordantes (23).

- Pruebas preliminares para realizar ajustes (de ítems y utilidad): La versión traducida que se definió en la fase previa se aplicará a un grupo de pacientes (entre 10 y 15) por parte de dos o tres evaluadores diferentes. Tanto los pacientes como los evaluadores deberán tener características similares a las del escenario de aplicación final de la escala.

Pruebas de validez:

- Validez de apariencia: ¿La escala parece medir lo que debe medir? Para esto se deben conformar dos grupos, uno de sujetos que van a ser medidos con la escala y otro de expertos: ellos analizan la escala y dictaminan si ésta realmente parece medir lo que se propone
- Validez de Contenido ¿Refleja la estructura de dominios del síndrome? La respuesta de esta pregunta supone evaluar si los diferentes ítems incluidos en el instrumento representan adecuadamente los dominios o factores del concepto que se pretende medir.
- Validez de criterio: ¿Funciona de manera similar a otros instrumentos certificados? Estadísticamente la comparación se efectúa mediante coeficientes de correlación de Pearson o de Spearman, dependiendo de las características de distribución de los datos.

- **Sensibilidad al cambio:** Cuando la condición que se está midiendo cambia ¿Puede la escala medir ese cambio? El procedimiento más usado para evaluar la sensibilidad al cambio consiste en comparar una puntuación inicial con una puntuación posterior, en un momento en el cual se haya modificado la condición clínica (23).

Pruebas de confiabilidad: hace referencia a si la escala funciona de manera similar bajo diferentes condiciones, dependientes del mismo instrumento, del tiempo de aplicación y del clínico que hace la medición. Se puede decir que la confiabilidad es una medición del error que puede generar un instrumento al ser inestable y aplicarse en diferentes condiciones.

Debe evaluarse la confiabilidad en tres aspectos:

- **Relacionados con el instrumento:** Si los ítems que conforman la escala, tienen unos adecuados niveles de correlación entre ellos, conforman una estructura “aglutinada” que le confiere cierta estabilidad al instrumento. El alfa de Cronbach permite evaluar homogeneidad en escalas cuyos ítems pueden responderse en más de dos alternativas.
- **Relacionados con el tiempo de aplicación:** Se debe medir si la escala, cuando se aplica en diferentes momentos, permaneciendo estable la condición que se mide, mantiene un resultado similar en la medición. Esto es lo que se ha denominado confiabilidad test – retest.
- **Relacionados con la aplicación por diferentes personas:** Si en el mismo momento, ante el mismo paciente, la escala es aplicada por diferentes observadores, los resultados de la medición deberían ser similares. Esto es lo que se mide con la Confiabilidad interevaluador (23).

- Determinación de su utilidad: Este punto hace referencia a la aplicabilidad del instrumento en el escenario real. Si bien, no depende de la aplicación de procedimientos estadísticos, en la validación de una escala debe describirse el tiempo promedio requerido para aplicar el instrumento, la necesidad de condiciones particulares en las cuales haya que poner al sujeto antes de iniciar el procedimiento, el grado de capacitación o calificación profesional que requieren quienes se encargarán de aplicar el instrumento, y la forma, método y tiempo requerido para calificar el puntaje de la escala. (23).

4.3 Modelo de Enfermería Callista Roy

Este modelo describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales para crear la integración humana (24). Menciona la adaptación de la persona como sistema adaptativo holístico, en constante interacción con los estímulos en un entorno dinámico y cambiante mediante procesos de afrontamiento innato o adquirido para responder de forma adaptativa o ineficaz (25).

Roy entiende la enfermería como una profesión del cuidado de la salud que se centra en los procesos de la vida humana, haciendo hincapié en la promoción de la salud de las personas, grupos y la sociedad como un todo, siendo que la ciencia es una práctica que expande la capacidad de adaptarse y mejora la transformación del medio ambiente. La persona-individuo, familia, organización, comunidad o sociedad - en su conjunto está expuesta a una serie de circunstancias, condiciones o influencias que rodean o afectan el desarrollo de las personas para dar respuestas adaptativas.

La salud es un reflejo de adaptación de interacción entre personas y el ambiente. Las personas en su cotidianidad no están libres de situaciones inevitables como la muerte, la enfermedad, la infelicidad o el estrés, pero la capacidad de hacer frente a estas situaciones debe ser tan competente como sea posible.

El ambiente es considerado como todas las circunstancias, condiciones e influencias que rodean y afectan el comportamiento de la persona, posee estímulos focales, contextuales y residuales que al entrar en contacto con las personas, desencadenan unas respuestas mediadas por los procesos de afrontamientos innatos y adquiridos, las cuales se ven reflejadas en cuatro modos de adaptación (24).

El modo de adaptación física y fisiológica se asocia a cómo una persona responde como ser físico a los estímulos ambientales, el comportamiento una manifestación de las actividades fisiológicas del cuerpo. Las cinco necesidades básicas son la integridad fisiológica oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso y protección. Los padres de pacientes hospitalizados viven este modo de adaptación ya que sufren cambios físicos al enfrentarse a nuevos estímulos como el estrés, falta de sueño, cambios en la alimentación al estar acompañando a sus hijos durante el periodo de hospitalización.

Los otros modos de adaptación son los psicosociales: auto concepto, la interdependencia y el desempeño del rol.

El modo de adaptación de auto concepto implica específicamente los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. Lo componen el ser físico (implica a imagen corporal), el ser personal (incluye la auto-conciencia o la expectativa) y por ser ético, moral y espiritual. La función de rol paterno se ve alterada ya que deben trasladar las rutinas diarias como lo es el trabajar o tareas hogareñas a un ambiente distinto y hostil como lo son los centros de salud ,además presentan una alteración de la percepción al verse involucrado con un equipo de salud, un entorno desconocidos para ellos, la cultura hospitalaria, las nuevas normas y protocolos que les toca experimentar en el proceso de hospitalización va afectando la percepción que ellos van desarrollando en relación a la satisfacción y calidad de la atención recibida en salud.

El modo de adaptación de desempeño del rol se refiere al rol que cada persona desarrolla en la sociedad, no en el sentido de la preservación de la integridad social, es decir saber quién eres en relación a otros. Las personas desempeñan papeles primarios (determinar la mayoría de los comportamientos a la persona en una etapa de la vida y están determinados por edad, sexo o estado de desarrollo), secundario (realizadas por la persona para llevar a cabo la tarea asociada con una etapa de desarrollo o una primaria papel) o terciario (son de naturaleza temporal y

elegido libremente por la persona), que puede ser llevado a cabo por los comportamientos instrumentales, que son aquellos en los que existe un comportamiento real y el rendimiento físico o comportamientos expresivos que involucra emociones, sentimientos actitudes de una persona antes de un papel o el rendimiento.

Los padres desempeñan un papel secundario, ya que en la etapa de la niñez son ellos quienes suplen la autonomía e independencia de sus hijos, ayudándolos a enfrentar de mejor forma este cambio. Los niños presentan una mayor capacidad de adaptación a nuevas situaciones, debido a que utilizan la conciencia consciente y eligen crear una integración humana y ambiental. Aquellos niños que logran el proceso de adaptación, transmiten más tranquilidad a los padres.

Por último, el modo de interdependencia adaptación se centra en las estrechas relaciones entre personas quienes son considerados sistemas abiertos, que mantienen una continua interacción con el ambiente, ocurriendo cambios internos y externos. Las personas está constantemente sujeta a estímulos que requieren respuestas, que pueden ser respuestas adaptativas que promueven la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos como la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, la formación y la integración de la persona en el medio ambiente, o ineficaz si no contribuyen en términos de los objetivos del sistema de estimulación humano. Se puede relacionar el grado de satisfacción con el grado de adaptación logrado, por lo tanto podemos suponer que aquellos padres que logran adaptarse son aquellos padres más satisfechos en relación a la atención recibida y percibida durante el evento de hospitalización. La adaptación hacen visibles las características personales relacionadas con los pensamientos, los sentimientos y las acciones individuales propias de un ser holístico quien, al utilizar los recursos de afrontamiento innatos y adquiridos, busca adaptarse a un ambiente cambiante (25).

4.4 Teoría de otra disciplina Avedis Donabedian

Conocido fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad.

En año 1980 propuso una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica planteándola como: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

Define tres componentes de la calidad asistencial

- Componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.
- Componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
- Componente de los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable (26).

Además, introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud:

- Indicadores de estructura. Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.
- Indicadores de proceso. Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.
- Indicadores de resultado. Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad (27).

Los tres tipos de indicadores son parámetros fundamentales utilizados hoy para evaluación de calidad percibida. Esta visión del autor incluye la satisfacción usuaria como un indicador de resultado.

En la actualidad, medir satisfacción usuaria de los pacientes es uno de los métodos más utilizados para evaluar calidad de la atención.

Una de las formas más habituales de participación de los usuarios es mediante encuestas de satisfacción, las que permiten que los usuarios valoren tanto el servicio recibido como sus componentes; sin embargo, los factores más influyentes al momento de determinar la

satisfacción del paciente son los de tipo perceptivo. De esta manera, se pueden introducir mejoras en la gestión de forma que se ofrezca un servicio que sea y se perciba de mayor calidad, lo que podría redundar en el incremento de la satisfacción de los pacientes y, por ende, en el mejoramiento de los servicios sanitarios y la atención de salud (28).

V. MARCO EMPÍRICO

Se realizó una revisión sistemática en bases de datos *Lilacs*, *PubMed*, *Trip Data Base*, *Scielo* y búsqueda detallada entre los años 2004 y 2016 utilizando términos Mesh “Satisfacción Usuaría”, “Paciente Pediátricos”, “Padres”, “Calidad Atención”, “Cuidadores”, “Determinantes sociales”, “Enfermería”, “Hospitalización”. Se realizan combinaciones de estas palabras claves y términos Mesh utilizando el operador booleano “and”. La primera selección de artículos se realiza por análisis del título, luego por texto *Full Text*, en área de enfermería. Conjuntamente se realiza una búsqueda por años de publicación electrónica disponibles de las revistas: *Acta Paulista*, *Aquichan*, *Ciencia y Enfermería*, *Enfermería Universitaria*, *Enfermería Global*, *ENFERMAGEM*, *Revista Latino Americana ENFERMAGEM*, *Avances en enfermería*, *Índex de enfermería y Calidad Asistencial*. De la búsqueda se seleccionaron los siguientes estudios:

5.1 Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas (29).

Realizado en Madrid, año 2009 cuyo objetivo fue determinar el grado de satisfacción de los familiares usuarios del Servicio de Urgencias Pediátricas e identificar factores que puedan influir en la satisfacción y establecer las áreas de mejora, arrojando que las acompañantes fueron mujeres, casada con trabajo y estudios universitarios. Los familiares reconocieron estar satisfechos por poder acompañar a los niños. Se observó un alto grado de satisfacción con la información recibida y de comprensión sobre diagnóstico y tratamiento. Existió una valoración positiva ante el trato humano, amabilidad y respeto. Los encuestados consideraron que se habían solucionado problemas de salud por el cual se había generado la consulta.

Las áreas de mejora fueron: identificación del personal de salud, grado de confort de sala espera, el estado de instalaciones y juguetes. Los factores más determinantes en la satisfacción son los relacionados con el acompañamiento, la amabilidad y el respeto.

5.2 Un estudio Español del año 2010 de tipo descriptivo, transversal denominado: Calidad asistencial percibida por los padres en una Unidad de Prescolares y Hemato-Oncología Pediátrica (30). Evaluó la calidad asistencial con los cuidados de enfermería, desde la perspectiva de los padres, con la escala de calidad del modelo SERVQUAL en 138 padres.

Al igual que el estudio anterior en el mayor porcentaje de los casos quien permanecía con los pacientes fueron sus madres, las cuales trabajaban fuera de casa y más de la mitad vivía lejos del hospital. En las dimensiones de calidad del modelo SERVQUAL, en Seguridad: la preparación profesional de las enfermeras fue considerada muy buena, inspiraba confianza que el trabajo entre pediatras y enfermeras estuviera bien coordinado. En Empatía: las enfermeras siempre se dirigían a los niños por su nombre con trato amable y respetuoso. En Fiabilidad: los padres se sintieron bien informados al ingreso, en momento de realizarles procedimientos a los niños. En Capacidad de respuesta: las enfermeras mostraron rapidez y buena disposición para resolver problemas. En Tangibilidad: los padres consideraron que el ambiente de habitación favorecía el descanso, la limpieza era adecuada, aunque añadirían sillones y mejor calidad de los juegos.

5.3 Un estudio Español (31). Determinó el grado de satisfacción de los acompañantes de los usuarios del servicio de urgencias, e identificó factores que influían en su satisfacción, concluyó que las características sociodemográficas del acompañante no influyeron en la valoración de la satisfacción. El poder acompañar al paciente y recibir información periódica supusieron diferencias en la satisfacción general de los acompañantes, ya que la demora en la atención tras el primer contacto y la falta de acompañamiento fueron los motivos de insatisfacción más frecuentes.

Los familiares destacaron como aspectos más negativos: la sensación de aislamiento del enfermo, la falta de personal, la demora en la asistencia, la ubicación y las instalaciones.

5.4 Un estudio mexicano en 127 madres (32). Cuyo objetivo fue determinar los factores que se relacionan con la satisfacción de la madre y la atención que recibe el niño hospitalizado con el cuestionario de satisfacción del familiar pediátrico (PFSQ). Mostró que las madres percibieron la salud de sus hijos como enfermos; los pacientes presentaron dolor durante la hospitalización y la satisfacción con la atención de enfermería, se asoció a la satisfacción del servicio de hospitalización.

5.5 Otro estudio cuyo objetivo fue identificar y analizar los significados atribuidos por el equipo de salud con relación a la participación de la madre/ padre en el cuidado del niño prematuro hospitalizado en un hospital público concluye que en relación a la escolaridad de los padres ambos extremos (alto nivel y un bajo nivel educacional), afectan la relación padres enfermera, ya que aquellos padres con alto nivel educacional realizan preguntas que intimidan a las enfermeras y aquellos con un nivel más bajo de educación muchas veces no fueron capaces de entender las orientaciones recibidas (33).

VI. METODOLOGÍA

6.1 Diseño

Se utiliza paradigma cuantitativo con un estudio transversal, ya que este tipo de estudio describe fenómenos, situaciones, contextos y eventos; es detallar como son y se manifiestan. Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos o comunidad, proceso a cualquier fenómeno que se someta a un análisis. Recolectan datos sobre diversos conceptos (variables) aspectos o componentes del fenómeno a investigar (34). A través del uso de un cuestionario que mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga.

El investigador debe ser capaz de definir o visualizar que se medirá (que conceptos, variables, comunidades) y sobre que o quienes recolectará los datos (34).

El estudio transversal mide simultáneamente la exposición a uno o varios factores de riesgo, la medición se realiza en un periodo único, breve y delimitado, son relativamente sencillos, de costo económico no muy elevado, la información se puede obtener con facilidad (34).

6.2 Sujeto de estudio

- Unidad de análisis: Personas
- Población de estudio: cuidadores de pacientes pediátricos en un Hospital de alta complejidad en Santiago
- Criterios de selección de muestra: muestra por conveniencia

6.3. Tamaño de muestra

Para calcular la población de estudio se realizó un cálculo de egresos hospitalarios del servicio de Salud Metropolitano Oriente (Hospital Luis Calvo Mackenna) disponible en DEIS año 2011, se evaluó aquellas patologías quirúrgicas que en promedio permanecen hospitalizados más de 48 horas entre las edades de 0 a 19 años dando un total aproximado de 1.958 egresos hospitalarios en un año, ya que el estudio se realizaría en un semestre la población para ello es de 979 egresos (35).

Total de la población	979
Nivel de confianza o seguridad ($1 - \alpha$)	95%
Precisión (d)	5%
Proporción	50%
Tamaño Muestral (n)	276

Tamaño muestral ajustado a pérdida	
Proporción esperada de pérdida (R)	10%
Muestra ajustada a las pérdidas	307

Criterio de inclusión: acompañantes de pacientes hospitalizados en el hospital de alta complejidad con más de 48 horas de hospitalización en los servicios de: cirugía infantil, lactantes/segunda infancia, UPC neonatología y pediátricas; hijos de edades mayor a 1 día y menor de 19 años de edad que acepten y firmen el consentimiento informado.

Criterio exclusión: rechazo a participar en estudio; segunda hospitalización durante el periodo de recolección de datos.

6.4 Determinantes sociales

Variable continua

- Edad: se midió en años, meses y días.

Variable nominal:

- Actividad laboral: se midió en profesional y no profesional
- Sexo: se midió en hombre y mujer
- Estado marital: se midió casado, separado, divorciado, soltera, viuda, acuerdo de vida en pareja.
- Residencia: se evaluó ciudad y región de procedencia

Variable ordinal:

- Nivel educacional: se midió en educación básica (completa o incompleta), media (completa o incompleta) y superior (técnica, universitaria y post título)

6.5 Recolección de datos

La recolección de datos se realiza a través de la aplicación de encuesta *Picker's pediatric acute care questionnaire (Pediatric Inpatient Survey - PIS)*

Esta encuesta es una adaptación de la encuesta de atención aguda Picker que se desarrolló en los Estados Unidos en la década de 1980, creada con la intención de identificar los aspectos más destacados de los cuidados de los pacientes. La encuesta de *Picker Acute Care* fue modificada en Canadá y aplicada en un estudio piloto donde participaron diez hospitales de Ontario, cuatro corporaciones y tres hospitales de Columbia Británica (38). Las mediciones de consistencia interna de alfa de Cronbach y correlaciones, fueron similares a los calculados en Estados Unidos.

Como los pacientes pediátricos presentan necesidades diferentes a los adultos el *Picker Institute* desarrolló un instrumento para valorar la satisfacción de estos pacientes (*Pediatric Inpatient Survey - PIS*), el objetivo fue conocer aspectos considerados importantes por los padres y mejorar la calidad de atención. Sus dimensiones fueron agrupados en dominios relacionados con los cuidados centrados en el paciente, la correlación de estos dominios con la satisfacción fue elevada (α Cronbach de 0,7) el cuestionario fue aplicado en más de 30 hospitales, y a más de 12 000 padres de pacientes hospitalizados (12).

Eulmesekian realizó una validación de este instrumento en Argentina, traduciéndolo del inglés al castellano y del castellano al inglés, lo evaluó con una consistencia interna a través α Cronbach de 0.87 (12).

Esta encuesta fue traducida del inglés al castellano y del castellano al inglés. Validada en padres de pacientes internados en UCI Pediátrica, del Hospital Italiano de Buenos Aires Argentina, con α Cronbach de 0.87 (IC 95% 83,5-87,8) (12).

El cuestionario incluye 37 preguntas en 8 dominios que incluyen: Impresión general, accesibilidad y disponibilidad, consideración y respeto, coordinación e integración de los cuidados (trabajo en equipo), información y comunicación, relación entre padres y equipo de salud, confort físico y continuidad del cuidado (12).

La alumna de Magíster cuenta con carta de autorización para utilización de encuesta por parte del autor, con autorización del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SMMO), del Director del Hospital Luis Calvo Mackenna, para realizar la investigación de dicho centro. Se les envió un mail informativo donde se adjuntó las autorizaciones a todas las enfermeras supervisoras con cargos de Centro de Responsabilidad de los servicios donde se realizarían encuestas, todas respondieron de forma positiva.

La encuesta fue aplicada por la alumna de Magister y una ayudante durante el periodo de tiempo de Noviembre 2015 a Abril 2016, todas contaron con autorización firmada del Consentimiento Informado el cual fue leído previo a la entrevista. Del total de encuestas realizadas, dos quedaron excluida una por rechazo voluntario del padre, quien no quiso participar ya que uno de sus hijos había fallecido en el mismo recinto un mes atrás, la segunda debido a que la madre del paciente no fue capaz de comprender cognitivamente las preguntas realizadas.

Se realizó un total de 304 encuestas, se acudió al recinto hospitalario una vez por semana durante este periodo y se lograba realizar alrededor de 10 a 20 encuestas por día a todos los padres quienes cumplían criterios de inclusión, en los Servicios Pediátricos la rotación de pacientes era menor que en el servicio Quirúrgico.

6.6 Validez de Fachada

Se realizó validación de fachada con 2 expertas, enfermeras con grado de Magister. Realizando los siguientes cambios: La pregunta 1.6 ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado su hijo/a, en el hospital, durante este último año? Se cambió la escala Likert a las opciones: una vez, entre 2 a 5 veces, más de 5 veces.

En las escalas Likert de 5 puntos, se mantuvo el número de opciones de repuestas para no alterar el índice de confiabilidad de cada dominio. En la validación realizada por Eulmesekian (12). Quienes respondieron “Excelente” o “Muy Buena” fueron incluidos dentro del grupo Alto Grado de Satisfacción, y quienes respondieron “Buena”, “Aceptable” o “Pobre” fueron incluidos en el grupo Bajo Grado de Satisfacción. En nuestro país y en nuestra cultura el concepto bueno es percibido como positivo por lo que se cambió a; Muy malo, malo, regular, buena, muy buena, manteniendo el puntaje en cada ítem. Quienes respondan “muy buena” “buena” serán incluidos en grupo alto Grado de satisfacción y aquellos que respondan; “muy malo” “malo” “regular” serán incluidos en grupo Bajo Grado de Satisfacción.

En dominio 2 en la pregunta 2.2 ¿Cómo calificaría la política sobre permanencia y visita? se cambió a contrato de acompañamiento al niño hospitalizado, ya que ese es el nombre de la norma de acompañamiento y visita del Hospital donde se aplicará la encuesta.

En dominio 3 se cambió la palabra accesibilidad por disponibilidad en todas aquellas preguntas que involucraron esta palabra.

En dominio 4 se cambió la palabra cortesía por trato en todas aquellas preguntas que involucraron esta palabra.

En dominio 6 en la pregunta; Esta información ¿fue transmitida por los médicos, a su hijo/a de una manera tal que él /ella pudiera comprenderla?, se cambió la palabra transmitida por entregada.

En este dominio se agregó una pregunta basada en la ley de derechos y deberes que resguarda principios básicos de atención en salud y establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. Se basó en los derechos del paciente, ítem; el personal de salud porte una identificación, planteándola como pregunta

En dominio 8 confort físico se agregó una pregunta en relación a limpieza de habitación.

En dominio 9 se cambiaron las preguntas dirigidas el egreso de UCI, por egreso hospitalario.

6.7 Plan de análisis de datos

Se realizará análisis descriptivo exploratorio de las variables a través del programa estadístico STATA 13.0. Se examinó la normalidad de las variables cuantitativas a través del test de Shapiro Wilk.

Se presentó media y desviación estándar para el caso de las variables con distribución normal y mediana y percentiles en el caso de las variables que no distribuyan normal. Para las variables categóricas, se presentará porcentajes y número absoluto.

Como segundo paso se realizará análisis de correlación, se aplicarán los test de Spearman o Pearson según corresponda.

Se compararán variables entre grupos, por lo que se aplicarán los test de χ^2 y prueba T de Student, según corresponda a las variables en estudio.

Además, para obtener medidas ajustadas, se aplicará un modelo de regresión lineal múltiple, ajustando por co-variables y variables modificadoras de efecto.

Todos los análisis se realizarán con un nivel de significancia de un 5% e intervalos de confianza de 95%.

6.8 Ética relaciona los aspectos éticos con el objeto de estudio

Las disciplinas científicas han contribuido en la generación de nuevos conocimientos a través de la investigación, en los últimos años ha crecido la exigencia en el cumplimiento de las normativas en materia de ética. En esta investigación se cumplieron con los actuales principios éticos, el respeto a las personas a través del principio de autonomía, invitándolos a participar a los cuidadores de pacientes de forma libre y voluntaria autorizando a través del consentimiento informado, la búsqueda del bien ya que los resultados obtenidos se darán a conocer a través de una publicación y de forma interna a la institución de salud, y con ello se pueden establecer nuevas políticas que ayuden a mejorar la satisfacción usuaria de los usuarios de la institución.

Es importante además en una investigación cumplir con:

- a) La calidad técnica: hacer lo correcto, lo cual implica una alta capacidad de decisión, y en segundo lugar hacerlo correctamente, para lo cual se requiere una gran calidad de realización, habilidades, juicio y oportunidad (22).
- b) La calidad de interacción entre el equipo de salud y los pacientes y sus familiares, calidad en la comunicación entre el paciente, equipo de salud y familiares, con el fin de mantener la confianza, la honestidad, la solidaridad, la empatía, el interés y el respeto a los valores y derechos del paciente
- c) Adecuado manejo de los costos de atención, establecer las políticas necesarias a fin de lograr una gestión de recursos eficiente, eficaces y con calidad

Requisitos para que una investigación sea ética

Valor: Para ser ética, la investigación clínica debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. Debe evaluar una intervención que conduzca a mejoras en la salud o al bienestar de la población, realizar un estudio preliminar para desarrollar una intervención o probar una hipótesis que pueda generar información importante acerca de la estructura o la función de los sistemas biológicos humanos, aunque tal información no tenga ramificaciones prácticas inmediatas (36).

Validez científica: La investigación debe tener un objetivo científico claro, estar diseñada usando principios, métodos y prácticas de efecto seguro aceptados, tener poder suficiente para probar definitivamente el objetivo, un plan de análisis de datos verosímil y debe poder llevarse a cabo (36).

Selección equitativa del sujeto: La identificación y selección de los sujetos potenciales, que participarán en una investigación deben ser equitativas. Las facetas de estos requisitos son:

- Asegurar que se seleccionen grupos específicos de sujetos por razones relacionadas con las interrogantes científicas incluidas en la investigación
- Una selección equitativa de sujetos requiere que a todos los grupos se les ofrezca la oportunidad de participar en la investigación a menos que existan buenas razones científicas o de riesgo que restringiesen su elegibilidad
- La selección de sujetos puede considerarse equitativa sólo cuando aquellos que se reclutan como sujetos estén en condiciones de beneficiarse si la investigación proporciona un resultado positivo, como ser un nuevo tratamiento.

Hay una interacción dinámica entre la selección equitativa de los sujetos y la garantía de una razón de riesgo-beneficio apropiada. La selección de sujetos debe estar diseñada para reducir al mínimo los riesgos para los sujetos a la vez que se maximizan los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación (36).

Proporción favorable de riesgo beneficio: La investigación clínica puede justificarse sólo cuando: 1) los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan, 2) los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan, y 3) los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos. Todos los riesgos son sobrellevados por los individuos, si bien pueden resultar en algún beneficio potencial, el beneficio principal es para la sociedad (36).

Evaluación independiente: Los investigadores tienen potencial de conflicto de intereses. Aún los investigadores bien intencionados tienen múltiples intereses legítimos: interés en realizar una buena investigación, en completar la investigación rápidamente, en proteger a los sujetos de la investigación, en obtener financiamiento y en avanzar sus carreras, etc. Estos intereses diversos pueden involuntariamente distorsionar y minar sus juicios en lo referente al diseño, la realización de la investigación, al análisis de los datos, así como a su adherencia a los requisitos éticos (36).

Consentimiento informado: La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participan en la investigación clínica propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación, una debida comprensión por parte del sujeto de esta información y de su propia situación clínica, y la toma de una decisión libre no forzada sobre si participar o no (36).

Respeto a los sujetos inscritos: Los requisitos éticos para la investigación clínica no concluyen cuando los individuos firman el formulario de consentimiento informado y se inscriben en la investigación. Los sujetos deben continuar siendo tratados con respeto mientras participan en la investigación clínica.

- El respeto incluye permitir al sujeto cambiar de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o preferencias, y a retirarse sin sanción
- Ya que se recopilará información sustancial sobre los sujetos inscritos, su privacidad debe ser respetada administrando la información de acuerdo con reglas de confidencialidad
- Durante el curso de la investigación clínica, se pueden obtener datos nuevos, información acerca de los riesgos y beneficios de las intervenciones utilizadas.

- En reconocimiento a la contribución de los sujetos a la investigación clínica, debe haber algún mecanismo para informarlos sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación clínica.
- El bienestar del sujeto debe vigilarse cuidadosamente a lo largo de su participación por si experimenta reacciones adversas o suceden eventos adversos severos, a fin de proporcionarle un tratamiento apropiado y, si es necesario, retirarlo de la investigación (36).

En Chile, la Ley de Derechos y Deberes en el Artículo 28, habla sobre, la protección de personas con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad, podrá participar en una investigación científica.

En los casos en que se realice la investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal (37).

Fuente de documentación y acceso a los datos

Los datos se obtuvieron a través de la aplicación de la encuesta presencial a los cuidadores de pacientes hospitalizados que cumplieron los criterios de inclusión.

Los datos de los sujetos se mantendrán bajo absoluta confidencialidad, cada encuesta llenada del estudio identificará a cada sujeto a través de un número asignado y se mantendrán bajo llave.

Control de calidad de datos

El investigador principal evaluó los datos mensualmente para asegurar que la información obtenida fuera fidedigna y con ausencia de errores, este proceso incluyó la revisión de los registros del estudio, y los de la base de datos.

6.9 Consideraciones éticas

Estándares Éticos

El investigador principal declara que este protocolo de estudio y posterior su ejecución, adhieren a las regulaciones internacionales y nacionales de investigación con seres humanos, vale decir, adhiere a las normas de Buenas Prácticas Clínicas, las guías de armonización internacionales y Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Además de ello, adhiere a la Norma N°57 y las leyes N°20.584, N°20.120, N°19.628 y decretos N°38, N°31 vigentes en territorio chileno.

Comité de Ética

El protocolo de investigación, los formularios de consentimiento informado, materiales de recolección de datos y materiales de los sujetos fueron sometidos a revisión por parte del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Procedimiento de Consentimiento Informado

El investigador del estudio y el sujeto de investigación elegible, se reunieron y se presentó el estudio al sujeto de investigación, exponiendo el objetivo del estudio, los beneficios de participar en el estudio y los riesgos que conlleva, además de las incomodidades que podría presentar por el hecho de participar en el estudio.

El sujeto de investigación tuvo acceso al formulario de consentimiento informado, teniendo la posibilidad de leerlo en profundidad y realizar las preguntas que considere necesario al coordinador del estudio.

Una vez que el sujeto logro resolver las dudas en relación a su participación del estudio, se otorgó consentimiento libre y voluntariamente, de manera escrita a través de la firma del Formulario de Consentimiento Informado.

Se le informó al sujeto de investigación que era libre de retirarse del estudio en el momento que él lo estimara conveniente y sin estar obligado a dar razones por ello. Además, que la decisión de retirarse del estudio no traería en ningún momento posible represalias por parte del equipo de salud o equipo investigador, como tampoco esto condicionaría su atención en instancias posteriores.

Confidencialidad de Datos

Toda la información relacionada a los sujetos de investigación fue resguardada en dependencias del investigador, en un mueble bajo llave y con limitado acceso de terceros no involucrados con la atención a los sujetos de estudio, junto con ello, los registros se guardarán por al menos 5 años y posteriormente se destruirán.

El ID o número de codificación individual se asignó de manera correlacional a medida que los sujetos ingresaron al estudio.

Los resultados finales que se den a conocer a la Universidad, Hospital y publicaciones no contendrán de ninguna manera información confidencial de los sujetos de investigación, es decir, no se publicarán datos que lleven a la identificación de cada sujeto de manera personal.

VII. RESULTADOS

7.1 Análisis del instrumento

Para dar respuesta a los objetivos planteados se presenta primeramente la psicometría del instrumento, previamente con adecuación a nuestro lenguaje y validación de fachada.

La consistencia interna fue estimada a través del coeficiente Alfa de Cronbach para cada una de los dominios del instrumento. Se observa que existe variación entre este coeficiente para los distintos dominios. Para el dominio accesibilidad (0.70), consideración (0.68), relación (0.61) y confort (0.63) se obtuvieron valores considerados “aceptables” y para los dominios impresión e información “bajas”. (Tabla1).

7.2 Dominio del Instrumento

Tabla 1. Dominios instrumento

Dominio	n	N° de ítems	Cronbach
Impresión	304	4	0.52
Accesibilidad	304	7	0.70
Consideración	304	5	0.68
Coordinación	304	3	0.30
Información	304	5	0.40
Relación	304	5	0.61
Confort	304	3	0.63
Continuidad	304	5	0.67
Satisfacción		37	0.82(*)

(*) α -Cronbach global

7.3 Perfil de la muestra de cuidadores

Fueron n= 304 sujetos. 84.87% mujeres y 15.13% hombres. Madres (73.36%), padres (12.5%), abuelas y abuelos (8.88%) y 5.26% otros parientes. El 54.93% de los cuidadores manifestó estar soltero y 31.15% casado. 51.32% indicó haber finalizado la enseñanza media, 32.89% haber cursado estudios técnicos o universitarios y 15.79% haber finalizado la enseñanza básica. 61.8% son adultos entre 25 y 44 años, 18.2% menores de 25 años y 20.1% mayores de 44 años. El promedio de edad fue de 36.02 +- 10.8 con una mediana de 35, mínimo de 17 y máximo 71 años. El 92.76% eran chilenos y 7.24% extranjeros o pertenecientes a etnias indígenas. 5.33 indicó como Servicio de hospitalización de su familiar Cirugía infantil, 45.39% Segunda infancia o Lactante y 4.28 % en la UCI (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil del cuidador principal

Variable		n	%
Servicio			
	Cirugía Infantil	153	50.33
	Segunda Infancia y/o Lactante	138	45.39
	Uci	13	4.28
Sexo			
	Hombre	46	15.13
	Mujer	258	84.87
Estado Marital			
	Casado	95	31.25
	Separado	22	7.24
	Divorciado	9	2.96
	Soltero	167	54.93
	Viudo	11	3.62
Etnia			
	Extranjero	18	5.92
	Indígena	4	1.32
	Chileno	282	92.76
Nivel Educativo			
	Básica	48	15.79
	Media	156	51.32
	Técnico-Universitario	100	32.89
Relación Paciente			
	Padre	38	12.50
	Madre	223	73.36
	Abuela/Abuelo	27	8.88
	Otros	16	5.26

Tabla 3. Descripción del perfil del paciente

Variable	categoría	n	%
Calificación de salud según cuidador			
	Mala	22	7.26
	Aceptable	104	34.32
	Buena	177	58.42
N^a de hospitalizaciones			
	Una	193	63.49
	Dos a cinco	92	30.26
	Más de 5	19	6.25
Sexo			
	Hombre	148	48.68
	Mujer	156	51.32
Edad			
	< 1 mes	32	10.53
	1-3 meses	29	9.54
	3-6 meses	44	14.47
	6-12 meses	41	13.49
	12-24 meses	42	13.82
	24-36 meses	52	17.11
	>=36 meses	64	21.05
Región de procedencia			
	Norte	71	23.36
	Metropolitana	191	62.83
	Sur	42	13.82

58.42% de los cuidadores indicó que la salud de su familiar hospitalizado era buena, 34.32% aceptable y 7.26% mala. 63.42% refiere que es la primera hospitalización de su familiar, 30.26% entre la segunda y quinta hospitalización y 6.25% más de la quinta hospitalización. 51.32% de los niños hospitalizados son mujeres y 48.03% menores de un año. 62.8 % viven en la Región Metropolitana (Tabla 3)

7.4 Relación entre cuidadores y dominios del instrumento

Tabla 4. Edad de cuidadores según Servicio Clínico

Servicio	Media±DS	Mediana	Mínima	Máxima	p
Cirugía Infantil	37.8±10.59	37	17	71	p=0.01
Lactante y/o Segunda infancia	34.2±10.9.	32.5	15	68	
UCI	33.69±10.5	35	19	53	
General	36.02±10.86.	35	15	71	

DS = Desviación Estándar; p = p-value

La edad de los adultos difiere significativamente entre los grupos (p=0.01), siendo esta diferencia significativa entre los grupos de Cirugía y segunda infancia/lactante (p=0.01).

Tabla 5. Características demográficas del cuidador según servicio clínico

	Cirugía Infantil		Lactante+ Segunda infancia		UCI		p
	n	%	n	%	n	%	
Educación							p=0.6
Educación básica	23	15.03	24	17.39	1	7.69	
Educación Media	76	49.67	74	53.62	6	46.15	
Educación superior	54	35.29	40	28.99	6	46.15	
Actividad Laboral							p=0.6
No profesional o cesante	141	92.16	128	92.75	12	92.31	
Profesional	12	7.84	10	7.25	1	7.69	
Sexo							p=0.52
Hombre	25	16.34	18	13.04	3	23.08	
Mujer	128	83.66	120	86.96	3	76.92	
Estado civil							p=0.004
Casado	63	41.18	29	21.01	3	23.08	
Separado	10	6.54	10	7.25	2	15.38	
Divorciado	6	3.92	3	2.17	0	0	
Soltero	66	43.14	93	67.39	8	61.54	
Viudo	8	5.23	3	2.17	0	0	
Grupo familiar							p=0.81
Padre	17	11.11	18	13.04	3	23.08	
Madre	111	72.55	102	73.91	10	76.92	
Abuela	15	9.8	12	7	0	0	
Hermanos	4	2.61	1	0.72	0	0	
Tío	5	3.27	5	3.62	0	0	
Otro	1	0.65	0	0	0	0	

Existe asociación entre las variables estado civil y servicio con un $p=0.004$, pero al parecer es solo una coincidencia ya que es una relación falsa debido a que el estado civil de los acompañante no condicionan el lugar de hospitalización de su hijo

Tabla 6. Días Hospitalizado del menor según servicios

Servicio	Media±DS	Mediana	Mínima	Máxima
Cirugía Infantil	12.6±35.24	5	2	365
Lactante+ Segunda infancia	11.51±19.6	6	2	175
UCI	16.6±16.89	7	2	48
General	12.28±28.45	5	2	365

Los días de hospitalización no difieren significativamente entre los grupos (p=0.81).

Tabla 7. Características demográficas y de salud del menor según servicio de hospitalización.

	Cirugía Infantil		Lactante-2da Infancia		UCI		p
	n	%	n	%	n	%	
Condición de salud							
Crónico	54	35.29	61	44.2	3	23.08	0.14
No Crónico	99	64.71	77	55.8	10	76.92	
Diagnóstico							
Con/dg medico	151	98.69	133	96.38	13	100	0.35
Sin/dg medico	2	1.31%	5	3.62	0	0	
Edad en días							
Mediana	86		24.5		20		0.001
Media±DS	91.16±63.02		54.79±58.89		48.55±59.77		
Sexo							
Hombre	76	49.6	68	49.28	4	30.77	0.41
Mujer	77	50.33	70	50.72	9	69.23	
Percepción de la salud							
Mala salud	8	5.23	13	9.42	1	7.69	0.01
Aceptable salud	41	26.8	58	42.03	67	48.55	
Buena salud	104	67.97	6	46.15	6	46.15	
Numero Hospitalizaciones							
Una hospitalización	106	69.28	81	58.7	6	46.15	0.05
De dos a cinco veces	41	26.8	44	31.88	7	53.85	
Más de cinco veces	6	3.92	138	9.42	0	0	

Existe una diferencia significativa entre las variables edad de los niños, difiere significativamente entre el promedio de edad y los servicios, entre la percepción de salud y el servicio de hospitalización y una tendencia entre número de hospitalizaciones del hijo por año y servicio podrían ser dependientes.

7.5 Distribución de preguntas del cuestionario PIS según Servicio

Tabla 8. Distribución de preguntas del cuestionario PIS según Servicio

	Cirugía Infantil		Lactante+ 2da Inf		UCI		p
	n	%	n	%	n	%	
¿Tuvo que esperar mucho tiempo hasta que su hijo/a fue internado en el servicio?							
Sí, mucho	3	1.96	28	20.29	0	0.00	0.000
Si, más o menos	128	14.38	18	13.04	1	7.69	
No	22	83.66	92	66.67	12	92.3	
¿Recibió suficiente información sobre la enfermedad y el tratamiento de su hijo/a?							
Sí, siempre	7	4.58	16	11.59	1	7.69	0.038
Si, a veces	11	7.19	20	14.49	1	7.69	
No	135	88.24	102	73.91	11	84.62	
Cuando realizo pregunta a las enfermeras ¿recibió respuestas que pudo comprender?							
Sí, siempre	1	0.65	2	1.45	0	0	0.07
Si, a veces	7	4.58	15	10.87	3	23.08	
No	145	94.77	121	87.68	10	76.92	
Cuanta información recibió sobre la enfermedad y el tratamiento de su hijo/a							
Poca / Demasiada	49	32.03	50	36.23	0	0	0.028
La necesaria	104	67.97	88	63.77	13	100	
Esta información fue entregada por los médicos, a su hijo/a de una manera tal que él /ella pudiera comprenderla							
Sí, siempre	88	57.5	40	28.9	4	30.7	0.00
Si, a veces	13	8.5	6	4.35	1	7.69	
No	52	33.99	92	66.6	8	61.54	
¿Hubiera deseado mayor participación en la toma de decisiones relacionadas con los cuidados recibidos por su hijo/a?							
Sí, mucho más	21	13.73	26	18.84	3	23.08	0.017
Si, un poco más	26	16.99	36	26.09	6	46.15	
No	106	69.28	76	55.07	4	30.77	
Realizaban los médicos o las enfermeras preguntas sobre el dolor que sentía su hijo/a?							
Sí, frecuentemente	129	84.31	90	65.22	9	69.23	0.001
Si, a veces	9	5.88	16	11.59	3	23.08	
No	15	9.80	32	23.19	1	7.69	
Si usted o su hijo/a solicitaban remedios para calmar el dolor ¿respondían rápidamente los médicos o enfermeras a su pedido?							
Sí, siempre	125	81.7	99	71.74	7	53.85	0.060
Si, a veces	21	13.7	26	18.8	5	38.46	
No	7	4.58	13	9.42	1	7.69	
(*) El personal de salud que atendió a su hijo/a ¿portaba su credencial de identificación?							
Sí, siempre	118	77.12	94	68.12	10	76.92	0.000
Si, a veces	7	4.58	8	5.89	0	0	
No	3	1.96	24	17.39	3	23.08	
No me percate	25	16.34	12	8.70	0	0	

En relación al tiempo de espera para ser internado en los servicios existe dependencia entre los servicios de cirugía y segunda infancia/ lactante, el tiempo de espera para ser internado, depende del servicio que se está hospitalizando, en la UCI los padres tienen la percepción de que no hubo mucho tiempo de espera para ingresar a ese servicio, mientras en segunda infancia y lactantes los padres tienen la percepción de haber esperado más tiempo.

Los padres de los pacientes hospitalizados en segunda infancia y lactante tienen la percepción de recibir menos información sobre el tratamiento y la enfermedad de su hijo que los hospitalizados en la UCI, además estos mismos tienen la percepción de recibir poca o demasiada información sobre el tratamiento y la enfermedad de su hijo, en cambio los de UCI perciben que siempre recibieron la información necesaria.

En relación sobre la información otorgados por los médicos a los paciente los padres de los pacientes hospitalizados en segunda infancia, lactante y la UCI tienen la percepción de que sus hijos reciben poca información por parte de estos, esto se puede relacionar a la edad y condición de los pacientes hospitalizados en esos servicios.

A los padres de los pacientes hospitalizados en segunda infancia/ lactante y UCI les hubieran gustado participar mucho más en la toma de decisiones relacionado con los cuidados otorgados a sus hijos. En relación al dolor en estos últimos servicios, tienen la percepción de que se les pregunta poco o en algunas oportunidades en relación al dolor que presentan sus hijos al estar hospitalizado.

(*) Se agregó este ítem, basándose en la ley de derechos y deberes de los pacientes en relación al uso de credencial de identificación, como resultado dio que la gran mayoría de los usuarios de salud porta su credencial de identificación, la que no fue incluida en el análisis de la escala general.

Tabla 9. Descripción de dimensiones

	Media	DS	Mediana	Min	Max
Impresión	343.09	51.03	350	75	400
Accesibilidad	620.39	89.71	650	175	700
Consideración	450.32	51.54	450	100	500
Coordinación	338.07	61.63	362.5	100	400
Información	386.67	95.5	400	50	500
Relación	432.73	86.20	450	100	500
Confort	256.57	68.38	300	0	300
Continuidad	98.35	55.52	100	0	500

Para todos los ítems se realizaron suma de los puntajes, para impresión se realizó la suma desde la pregunta 2.1 a 2.4, el valor mínimo a obtener es de 0 y el máximo es de 400, en este caso la media para la dimensión fue de 343.09, distribuyendo normal, por la media y mediana y no hubo puntajes 0.

En la dimensión accesibilidad se realizó la suma desde la pregunta 3.1 a 3.6, el valor mínimo a obtener es de 0 y el máximo es de 700, en este caso particular la media para la dimensión fue de 620.39, distribuyendo normal, por la media y mediana y no hubo puntajes 0.

En la dimensión consideración se realizó la suma desde la pregunta 4.1 a 4.5, el valor mínimo a obtener es de 0 y el máximo es de 500, en este caso particular la media para la dimensión fue de 450.32 distribuyendo normal, por la media y mediana y no hubo puntajes 0.

En la dimensión coordinación se realizó la suma desde la pregunta 5.1 a 5.4, el valor mínimo a obtener es de 0 y el máximo es de 400, en este caso particular la media para la dimensión fue de 338.07 distribuyendo normal, por la media y mediana y no hubo puntajes 0.

En la dimensión información se realizó la suma desde la pregunta 6.1 a 6.5, el valor mínimo a obtener es de 0 y el máximo es de 500, en este caso particular la media para la dimensión fue de 386.68 distribuyendo normal, por la media y mediana y no hubo puntajes 0.

En la dimensión relación se realizó la suma desde la pregunta 7.1 a 7.5, el valor mínimo a obtener es de 0 y el máximo es de 500, en este caso particular la media para la dimensión fue de 432.73 distribuyendo normal, por la media y mediana y no hubo puntajes 0.

En la dimensión confort se realizó la suma desde la pregunta 8.1 a 8.3, el valor mínimo a obtener es de 0 y el máximo es de 300, en este caso particular la media para la dimensión fue de 256.57 distribuyendo normal, por la media y mediana y hubo puntajes 0.

En la dimensión continuidad se realizó la suma desde la pregunta 9.1 a 8.3, el valor mínimo a obtener es de 0 y el máximo es de 300, en este caso particular la media para la dimensión fue de 256.57 distribuyendo normal, por la media y mediana y hubo puntajes 0

7.6 Dimensiones del cuestionario PIS, según Servicio

Tabla 10. Dimensiones del cuestionario PIS, según Servicio

	Cirugía Infantil		Lactante+ Segunda infancia		UC		P
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	
Impresión	345.09	53.34	340.03	49.86	351.92	33.01	0.57
Accesibilidad	620.58	94.89	618.65	83.98	636.53	91.06	0.79
Consideración	450.81	53.52	448.36	50.74	465.38	33.13	0.51
Coordinación	339.86	57.52	334.42	66.39	355.76	56.04	0.43
Información	411.43	87.82	358.33	97.14	396.15	87.7	0.001*
Relación	436.27	86.45	428.62	88.35	434.61	59.1	0.75
Confort	269.6	61.3	243.11	73.54	246.1	66.02	0.003*
Continuidad	105.22	63.9	92.39	45.57	80.76	32.52	0.07

*Diferencia significativa entre servicio de cirugía y lactante y/o segunda infancia, a través del test de ANOVA.

En la dimensión información hay diferencia significativa entre segunda infancia/lactante y el servicio de cirugía donde el puntaje es más alto. Esto sucede también con la dimensión confort y se produce una tendencia ya que no hay diferencia significativa con la dimensión continuidad donde los encuestados del servicio de cirugía tienen una mayor satisfacción en comparación a la segunda infancia/lactante

Tabla 11. Descripción de dimensiones según nivel educacional de los adultos

	Educacional básico	Educacional medio	Educacional superior	P
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS	
Impresión	353.12 ± 36.69	342.14 ± 52.88	339.75± 53.78	0.31
Accesibilidad	628.64 ±83.15	622.43±88.22	613.25± 95.24	0.57
Consideración	452.6 ±37.98	449.67± 56.58	450.25± 49.3	0.94
Coordinación	351.04 ±48.64	339.58± 60.77	329.5± 67.54	0.12
Información	384.37 ±105.26	382.05± 91.39	395± 97.31	0.56
Relación	437.5 ± 98.66	430.44±85.68	434±81.3	0.87
Confort	260.41 ± 55.5	256.41±71.55	255± 69.44	0.9
Continuidad	92.7± 27.26	100.32± 58.61	98± 60.68	0.7

No hay diferencia significativa entre las dimensiones y el nivel educacional.

7.7 Satisfacción global

Tabla 12. Satisfacción global

Satisfacción Global Según Servicio					
	Media ±DS	Mediana	Min	Max	p-value
Cx	2978.92±347.37	3075	1675	3575	0.01*
2L	2863.9±327.63	2925	1675	3400	
UCI	2967.3±308.79	2925	2500	3400	

*Diferencia significativa entre los servicios de cirugía y segunda infancia y/o lactante, a través del test de ANOVA.

Puntaje obtenido de la suma todos los ítems de las dimensiones

Satisfacción Global General: 2926.23±340.71. Mediana de 3000. Min 1675. Max 3575.

Los padres de Servicio de Cirugía están más satisfechos que los segunda infancia/lactante, tienen mejor puntaje

Tabla 13. Satisfacción global según nivel educacional del cuidador

	Media \pmDS	Mediana	Min	Max	p-value
Básico	2960.4 \pm 328.83	3025	1975	3400	0.738
Medio	2923.07 \pm 336.6	3012.5	1675	3575	
Superior	2914.7 \pm 354.7	2975	1700	3575	

Matriz de correlación Pearson, se evalúa la correlación lineal entre los puntajes de las diferentes dimensiones. Mientras aumenta el puntaje de impresión también aumenta accesibilidad por que se acerca al 1 y es mayor a 0.

Tabla 14. Correlación entre las dimensiones del cuestionario PIS.

	Impresión	Accesibilidad	Consideración	Coordinación	Información	Relación	Confort	Continuidad
Impresión	1.0000							
Accesibilidad	0.5949 0.0000	1.0000						
Consideración	0.4502 0.0000	0.5468 0.0000	1.0000					
Coordinación	0.2662 0.0000	0.2612 0.0000	0.1519 0.0080	1.0000				
Información	0.2519 0.0000	0.2784 0.0000	0.2423 0.0000	0.1285 0.0250	1.0000			
Relación	0.4426 0.0000	0.5492 0.0000	0.4943 0.0000	0.2297 0.0001	0.3177 0.0000	1.0000		
Confort	0.3109 0.0000	0.3930 0.0000	0.2569 0.0000	0.1586 0.0056	0.2560 0.0000	0.3552 0.0000	1.0000	
Continuidad	0.0484 0.4006	0.0465 0.4191	0.0867 0.1316	0.0738 0.1994	0.0923 0.1082	0.0389 0.4996	-0.0102 0.8597	1.0000

7.8 Asociación de variables (regresión)

Considerando la variable respuesta continua como la satisfacción global en puntos obtenidos. Se aplica Modelo de regresión lineal (Tabla 15). Se obtiene que:

Aparecen como variables explicativas significativas para la satisfacción usuaria la edad del adulto, la actividad laboral, los días de hospitalización, la edad del niño y la salud percibida. Explicando un 16% de la variabilidad de la variable respuesta. Es decir, queda un 84% de la satisfacción usuaria que está siendo explicada por otras variables que no fueron consideradas en el estudio.

Mientras aumente un año de edad del adulto encuestado, la satisfacción usuaria aumenta en 5.35 puntos (IC95% 1.55 – 9.15, $p=0.006$), ajustando por las demás variables. Por otro lado, quienes son profesionales y se encuentran trabajando, presentan, en promedio, 176.4 puntos menos de satisfacción usuaria (IC95% -322.9-30.01, $p=0.01$), ajustando por las demás variables.

A su vez, mientras cada día que el niño pasa hospitalizado, la satisfacción usuaria disminuye en 1.72 puntos (IC95% -3.02 -0.43, $p=0.009$), ajustando por las demás variables. Por otra parte, a medida que aumenta en un mes la edad del niño hospitalizado, la satisfacción usuaria aumenta en 1.02 puntos (IC95% 0.36 – 1.69, $p=0.003$) y finalmente, los padres que perciben la salud de su hijo como buena, tienen 229.9 puntos más en satisfacción usuaria (IC95% 77.7 – 382.09, $p=0.003$), no así quienes lo perciben como mala o aceptable, donde estos últimos presentan una leve tendencia a presentar mejor puntaje en satisfacción usuaria.

Tabla 15. Coeficientes del modelo de regresión lineal

Satisfacción Global	Coefficiente	Error Estándar	Intervalo de Confianza 95%
Servicio			
Cirugía	Referencia		
Lactante/2 ^{da} Infancia	-39.79	40.47	[-119.46, 39.87]
UCI	78.27	94.43	[-107.59, 264.14]
Edad acompañante	5.28	1.94	[1.45, 9.1]
Nivel educacional			
Básica	Referencia		
Media	15.02	54.13	[-91.52, 121.57]
Superior	31.41	60.27	[-87.21, 150]
Profesional	-171.4	76.51	[-322, -20.81]
Acompañante mujer	-66.65	51.88	[-168.78, 35.47]
Días Hospitalización	-1.79	0.66	[-3.1, -0.48]
No tiene enfermedad crónica	-35.54	46.54	[-127.14, 56.05]
Edad paciente	0.96	.34	[0.28, 1.63]
Percepción de salud			
Mala	Referencia		
Aceptable	144.88	76.14	[-4.98, 294.381]
Buena	228.22	78.11	[74.47, 381.97]
Número de hospitalizaciones			
Menor 2 veces	Referencia		
2-5 veces	-5.8	44.03	[-92.47, 80.86]
Más de 5 veces	-13.24	85.01	[-180.57, 154.08]

VIII. DISCUSIÓN

La consistencia interna del instrumento demostró ser adecuada con un, α Cronbach de 0.82, siendo el puntaje más alto la dimensión de accesibilidad (0.7) y consideración (0.68) y los más bajos, coordinación (0.3) e información (0.4). La validación interna del autor Eulmesekian (12) fue de α Cronbach de 0.87.

Se presentaron diferencias a en algunas dimensiones al compáralas con el estudio canadiense de Leteri (38). El α Cronbach en el estudio original de la dimensión de coordinación fue de 0.74 e información 0.68. Estos puntajes presentaron los resultados más bajos en la investigación con α Cronbach de 0.30 y 0.40 respectivamente.

La correlación de los dominios con el puntaje de satisfacción, excluyendo el dominio analizado, fue siempre positiva. Los dominios con mayor correlación fueron accesibilidad con $r= 0.78$; relación con $r= 0.74$ e impresión con $r= 0.67$. Para el autor Eulmesekian (12), la correlación más alta fue consideración y respeto con $r= 0.79$ y accesibilidad con $r= 0,78$.

Una de las dimensiones que tienen significancia por su valor p es información, las preguntas involucradas en este ítem fueron: ¿Recibió suficiente información sobre la enfermedad y el tratamiento de su hijo/a? Cuando realizo preguntas a los médicos ¿recibió respuestas que pudo comprender? Cuando realizo pregunta a las enfermeras ¿recibió respuestas que pudo comprender? ¿Cuanta información recibió sobre la enfermedad y el tratamiento de su hijo/a? Esta información fue entregada por los médicos, a su hijo/a de una manera tal que él /ella pudiera comprenderla?

La segunda dimensión con p-value de 0.003 fue confort, donde las preguntas fueron: ¿realizaban los médicos o las enfermeras preguntas sobre el dolor que sentía su hijo/a? Si usted o su hijo/a solicitaban remedios para calmar el dolor ¿respondían rápidamente los médicos o enfermeras a su pedido? y ¿Usted piensa que a los médicos y enfermeras les importaba calar el dolor de su hijo/a?.

La tercera dimensión con significancia con p-value 0.07 es continuidad donde las preguntas fueron: ¿estaban informados los médicos de la sala acerca de los cuidados recibidos por su hijo/a en el servicio previo al traslado? ¿Le informaron sobre los posibles efectos colaterales de la medicación que su hijo/a tenía que recibir al alta? ¿Le informaron sobre las actividades que su hijo/a podía o no podía realizar al alta del servicio? ¿Le informaron sobre señales de alarma relacionada con la enfermedad de su hijo que tenía que conocer al alta del servicio? ¿Le enseñaron lo que usted necesitaba sobre como continuaban los cuidados al alta del servicio?

Los autores Moreno (32) y Pérez- Tirado (29) concluyeron que las características sociodemográficas parecen no tener relevancia en el grado de satisfacción, sin embargo los resultados obtenidos en el estudio difiere ya que existen variables significativas para la satisfacción usuaria como: la edad del adulto, actividad laboral, los días de hospitalización y la percepción de salud, aunque solo explica el 16% de la variabilidad de variable respuesta.

En relación al perfil demográfico ambos estudios coincide con que las mujeres son el mayor porcentaje de acompañantes de los pacientes (86%) Pérez- Tirado, (84.87%) investigación. Existe una diferencia en el porcentaje de acompañantes con estado civil casados, Pérez- Tirado (82%) Versus (31.25%) del estudio nacional.

En cuanto a la comprensión de la información otorgada, autores como Pérez- Tirado (29) concluyo que un 94% de los padres comprendió las explicaciones otorgadas sobre pruebas diagnósticas y el tratamiento de su hijo en el servicio de urgencia, existe una similitud con el estudio ya que lo porcentajes de comprensión de los acompañantes a las respuestas otorgadas por las enfermeras fue de 94.77% del servicio de cirugía, 87,68% del servicio segunda infancia/ lactante y un 76.92% de servicio de UCI.

Los porcentajes fueron más altos en las respuestas dadas por las enfermeras que las otorgadas por médicos, al evaluar la misma pregunta los resultados fueron 86.93% del servicio de cirugía, 81.16% del servicio segunda infancia/ lactante y un 69.23% de servicio de UCI.

En cuanto a la percepción del estado de salud de su hijo, un 92.81% de los padres de los pacientes califican la salud de su hijo como aceptable y buena, existiendo una asociación entre las variables percepción de salud del hijo y servicio, existe una variabilidad donde la mejor percepción se encuentra en el servicio de cirugía, estos resultados también difieren con el estudio de Moreno (32) donde el 100% de los encuestados percibieron el estado de salud de su hijo como muy enfermos y enfermos.

Moreno (32) concluye que la satisfacción de las madres está asociada con la satisfacción de las necesidades de su hijo, si bien el instrumento entre ambos estudios fue distinto, la mayoría de los encuestados respondió de forma positiva que a las enfermeras y médicos les importo calmar el dolor de su hijo y estos fueron tratados con dignidad y respeto

Los acompañantes del servicio de UPC, manifestaron querer participar más en la toma de decisiones relacionadas con los cuidados de sus hijos, Gallegos (33) en su estudio concluye que la participación de los padres en los cuidados del paciente en unidades neonatal es aún incipiente, a pesar que hay un interés en mejorar esta situación por parte del equipo de salud, reconociendo los beneficios al aumentar la participación en la estabilidad clínica, y los beneficios en crecimiento y desarrollo del niño.

Los resultados obtenidos se correlacionan con el estudio de Argentina, aunque difiere con Canadá debido a las diferencias culturales en salud.

IX.CONCLUSIONES

La Satisfacción usuaria sigue siendo uno de los principios orientador de la actual Política Nacional. Si bien esta se evalúa de forma frecuente a través de distintas formas en la Súper Intendencia de Salud lo realiza con instrumentos diseñados para identificar el punto de vista del usuario adulto, existen poco estudios donde se ha utilizado instrumentos específicos, para medir la satisfacción desde el punto de vista de los padres y/o acompañantes y los que están disponibles ocupan distintos instrumentos para evaluar satisfacción, lo que dificulta realizar una comparación entre resultados.

No hay que dejar de lado la precepción de los acompañantes de los pacientes pediátricos ya que la satisfacción está asociada a la adhesión en el tratamiento, y secundariamente como modelo de comunicación, en la participación de decisiones en salud, lo que mejoraría los estándares de salud.

A través de la medición de esta se pueden mejorar políticas de salud internas de la institución donde se realizó el estudio, ya que arrojó algunos puntos a mejorar como la comunicación, evaluación del dolor y la continuidad del cuidado relacionado a la educación al alta.

La dimensión de información evaluó hasta qué punto los encuestados y pacientes fueron informados sobre su condición de salud y si recibieron respuestas completas y oportunas, la diferencia presentada en el estudio relacionado con este punto se relaciona a la forma de expresarse por parte del equipo de salud y el uso excesivo de tecnicismo médicos. Los acompañantes tienen mayor comprensión de la información otorgada por las enfermeras quienes buscan herramientas para que el usuario logre la comprensión de lo que se está informando en cambio los médicos hablan un lenguaje más técnico.

Se presentaron diferencias entre los servicios de cirugía y segunda infancia/lactante en cuanto a la percepción de los padres sobre la información obtenida sobre el estado de salud de sus hijos. Si bien en el servicio quirúrgico los médicos informan sólo cuando los pacientes salen de pabellón, esto produce que los padres perciban una mayor entrega de información. En el servicio de pediatría en cambio, a pesar que se encuentran internos de medicina, becados y staff disponibles toda la mañana, los padres sienten que son menos informados.

El dolor es otro punto a mejorar, el manejo de este está presente en la atención del paciente pediátrico quirúrgico. El paciente que está hospitalizado por razones no quirúrgicas es mayormente de menor edad y por su tipo de patología no se considera el dolor en la valoración diaria. Sin embargo, los tratamientos administrados, los accesos venosos y los dispositivos médicos pueden provocar dolor y molestias, los cuales no se evalúan. En los pacientes de UCI tampoco se evalúa el dolor, ya que la mayoría de las veces por condición se encuentra bajo sedación. Esto explica por qué los padres de los pacientes no quirúrgicos perciben falta de manejo de dolor en sus hijos(as).

La coordinación evalúa el grado de percepción de los padres en relación al trabajo en equipo que aseguran la continuidad de los cuidados entre diferentes servicios del hospital, en la cultura nacional y el sistema de salud público esto no se demuestra ya que el tiempo de espera en los traslados es percibido como poco adecuado y poco organizado.

La información al egreso hospitalario es otra de las dimensiones a analizar, ya que la cultura hospitalaria hace que los funcionarios de salud comiencen a educar cuando el paciente esta pronto a irse a su hogar. Para mejorar este estándar se recomienda la planeación del alta y la educación a los padres desde el ingreso al recinto, iniciando de forma temprana la participación e involucramiento con los cuidados otorgados durante su hospitalización y así continuar con estos cuando lleguen a su hogar, aumentando la confianza, asegurando continuidad y adherencia a los tratamientos

No deja de llamar la atención que a pesar que el promedio de días hospitalizados fue mayor a una semana y sobre un 20% de los pacientes presentaba alguna patología crónica, los padres siguen teniendo una buena percepción sobre el estado de salud de su hijo, esto puede justificarse debido al criterio de inclusión al estudio fue permanecer más de 48 horas hospitalizado, la mayoría de los pacientes presentan una mejoría en este periodo de tiempo en relación a la causa de consulta y de ingreso, debido a la resolución quirúrgica o inicio de tratamiento por su diagnóstico.

El bajo porcentaje de acompañantes casados puede deberse a que en Chile se ha postergado la edad del matrimonio y según la encuesta CASEN 2011, ha aumentado el porcentaje de hogares monoparentales (39).

En relación a la hipótesis, se puede concluir que las determinantes sociales influyen en la satisfacción usuaria, ya que en la investigación aparecen como variables explicativas como: la actividad laboral, los días de hospitalización, la edad del niño y la salud percibida. Aunque explican solo un 16% de la variabilidad de la variable respuesta, quedando un 84% de la satisfacción usuaria que está siendo explicada por otras variables que no fueron consideradas en el estudio.

Mientras aumente un año de edad del adulto encuestado, la satisfacción usuaria aumenta en 5.35 puntos (IC95% 1.55 – 9.15, $p=0.006$), ajustando por las demás variables. Por otro lado, quienes son profesionales y se encuentran trabajando, presentan, en promedio, 176.4 puntos menos de satisfacción usuaria (IC95% -322.9-30.01, $p=0.01$), ajustando por las demás variables.

A su vez, mientras cada día que el niño pasa hospitalizado, la satisfacción usuaria disminuye en 1.72 puntos (IC95% -3.02 -0.43, $p=0.009$), ajustando por las demás variables. Por otra parte, a medida que aumenta en un mes la edad del niño hospitalizado, la satisfacción usuaria aumenta en 1.02 puntos (IC95% 0.36 – 1.69, $p=0.003$) y finalmente, los padres que perciben la salud de su hijo como buena, tienen 229.9 puntos más en satisfacción usuaria (IC95% 77.7 – 382.09, $p=0.003$), no así quienes lo perciben como mala o aceptable, donde estos últimos presentan una leve tendencia a presentar mejor puntaje en satisfacción usuaria.

Para mejorar los estándares de satisfacción usuaria hay que realizar cambios en la políticas internas y ejecutarlas de forma independiente al nivel educacional de los padres, creando horarios fijos para entrega de información a los padres y acompañantes, utilizando un vocabulario comprensible, evitando el uso exclusivo de expresiones científicas, incluir la evaluación del dolor como quinto signo vital a todos los pacientes hospitalizados independiente a la causa de ingreso a la institución, ya que la administración de medicamentos, la utilización y presencia de elementos invasivo, el ayuno prolongado también pueden causar dolor.

La educación al alta debe comenzar desde el minuto del ingreso y no dejarlo de forma exclusiva el día en que se otorga el alta administrativa ya que los trámites administrativos quitan la atención necesaria para que se produjera el aprendizaje

Mejorar la calidad en la comunicación con los padres o acompañantes de un niño hospitalizado puede tener un impacto más positivo en la evaluación general de calidad de atención del hospital.

Dentro de las limitaciones encontramos que el estudio se realizó en solo un centro asistencial

X.BIBLIOGRAFÍA

1. Servicio Salud Biobio. Mejoramiento satisfacción usuaria [Internet][consultado 20 de noviembre 2014]. Disponible en : <http://www.ssbiobio.cl/mejoramientodeltrato.html>
2. Superintendencia de Salud de Chile. Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud. Departamento de estudio y desarrollo; 2010 [consultado 21 noviembre 2014]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7318_recurso_1.pdf
3. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial [revista on line] 2001 [consultada 20 noviembre 2014]; 16:[276-279]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/v124.pdf>
4. World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance. Copenhagen.19853.
5. Jimenez MC, Ortega C. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. Rev Mexicana de Cardiología [revista on line]2003 [consultada 2 julio 2016] 11 (2): [58-65]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032c.pdf>
6. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Publica [revista on line] 2004[consultada 20 noviembre 2014]; 30 (1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm
7. Hernández L. Perfil y grado de satisfacción del usuario externo del centro de salud “kume mongen ruka” de la comuna de lanco durante el 2do semestre del año 2005.[Tesis Licenciatura].Valdivia;2008.

8. Castillo L. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. Rev. Méd Chile [revista on line] 2007 [consultada 20 noviembre 2014]; 135: [696-701]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000600002&script=sci_arttext
9. MINSAL. Estrategia Nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitario de la Década 2010-2012 [Internet][consultado 26 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
10. MINSAL. Derechos y deberes de los pacientes [Internet] [consultado 26 noviembre 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>
11. Calité Investigación. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina. Universidad Miguel Hernández de Elche España; 1998 [consultado 26 noviembre 2014]. Disponible en http://calite-revista.umh.es/indep/web/art_servqhos.pdf
12. Eulmesekiana P, Peuchota V, Pérez A. Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos .Arch Argent Pediatr [revista on line] 2012 [consultada 15 noviembre 2014]; 110(2):[113-122] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752012000200006&script=sci_arttext
13. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Quiénes somos [pag web]. Santiago de Chile; 2012 [consultado el 31 marzo 2015]. Disponible en: <http://www.calvomackenna.cl/nuestro-hospital/quienes-somos.php>
14. Humanium. Definiciones. [pag web]. Disponible en: <http://www.humanium.org/es/definicion/>

15. Antoñazas E. Cuidados centrados en la familia: Eje de actuación de los profesionales sanitarios en la hospitalización pediátrica. [internet] 2013 [consultado 26 noviembre 2014] Disponible en: <http://jornadasxilema.org/wp-content/uploads/2012/12/Cuidados-centrados-en-la-familia-en-hospitalizacio%CC%81n-pedia%CC%81trica.-Elena-Anton%CC%83anzas.pdf>
16. Pontificia Universidad Católica. El niño hospitalizado: Problemas frecuentes [Internet][consultado 26 de noviembre 2014].Disponible en <http://publicacionesmedicina.uc.cl/pediatriaHosp/HospitalizacionPediatria.html>
17. Cuesta MJ, Espinoza A. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. Enf Integral [revista on line] 2012 [consultada 4 enero 2017];(98):[36-40]. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/03/Enfermer%23U00eda-neonatal.-Cuidados-centrados-en-la-familia.-2012.pdf>
18. Vargas C, Nelson A. Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica. Rev. Ped. Elec [revista on line] 2001[consultada 20 noviembre 2014]; 72 (2): [77-80] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062001000200001&script=sci_arttext&tlng=pt
19. Salud. Definiciones. [pág. web].Disponible en: <http://salud.ccm.net/#ID=20673&module=faq>
20. OMS. Determinantes Sociales [pág. web]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es
21. Colmenares O, Saavedra J.Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio.Técnica Administrativa, Buenos Aires [Internet] 2007 [acceso 28 de Mayo 2016]; 6(4) [1-6]. Disponible en: <http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm>

22. Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta Bioethica [revista on line] 2010 [consultada 20 noviembre 2014]; 16 (2): [127-132]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2010000200004
23. Sánchez R, Echeverry. Validación de escalas de medición en salud. Rev. Salud pública [revista on line]. 2004 [consultado 30 enero 2017]; 6(3): 302-318. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642004000300006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642004000300006>
24. Gutiérrez C, Velozo M, Moreno M, Duran de Villalobos M. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento” Escala de Medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Rev Aquichan [revista on line] 2007 [consultado 20 junio 2016] 7(7); [54-63]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n1/v7n1a05.pdf>
25. Marriner T, Raile. Modelo de adaptación Sor Callista Roy. 7º ed. España: Elsevier; 2011. p 335-359.
26. Alvar. La calidad de la atención. I jornada: Rosa Suñol i Alvar Net: 1-13. Disponible en: http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
27. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, N° 3, part 2, pp. 166-203, publicado nuevamente en junio 2005, Vol. 83, N° 4, pp. 691-729
28. Cardemil M Felipe, Muñoz S Daniel, Galindo C Álvaro, Rahal E Maritza. Validación de contenido de un cuestionario de satisfacción usuaria con la atención abierta en un policlínico ambulatorio de otorrinolaringología. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2014 Dic [consultado 6 agosto 2015] ; 74(3): 201-207. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162014000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162014000300002>.

29. Pérez L, Hernández M, Cortes MD, Sánchez MJ. Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. Rev Calid Asist.[revista on line] 2010 [consultada 20 noviembre 2014]; 25 (2):[58-63]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial-256/articulo/evaluacion-satisfaccion-los-familiares-las-13148447>.
30. Velázquez González, R., Flores Caraballo, J. M., Picallos Conde, M. D., & Acosta Mosquera. Calidad asistencial percibida por los padres en una unidad de preescolares y hemato-oncología pediátrica. Index de Enfermería,[revista on line]2010 [consultada 1 mayo 2015] ;19(1), 34-36. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n1/7034r.php>
31. Morales-Guijarro A.M., Nogales-Cortés M.D. y. Pérez-Tirado L. Acompañante satisfecho, un indicador de calidad. Rev Calid Asist.[revista on line]2011 [consultada 1 abril 2015] ;26(1):[47-53]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=90000803&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=256&ty=83&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v26n01a90000803pdf001.pdf
32. Moreno MG, Interrial MG, Saucedo P, Vázquez L, López España J. Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados. Rev Aquichan [Internet] 2011[consultada 20 de noviembre 2014]; 11(1): [40-47]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a04.pdf>
33. Martínez J, Fonseca Li, Scochi C. Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 [consultado 25 julio 2016]; 15(2): 239-246. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200008>

34. Hernandez R, Fernandez Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ª Ed. México: McGraw- Hill: 2006
35. DEIS. Egresos hospitalarios [Internet][consultado 26 de noviembre 2014]. Disponible en:
http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm
36. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? siete requisitos éticos. [Internet] 2002 [consultado 29 de noviembre 2014]. Disponible en:
http://www.bioetica.edu.uy/actividades/cbcc6/requisitos_eticos_para_la_investigacion.pdf
37. Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta Bioethica [revista on line] 2010 [consultada 20 noviembre 2014]; 16 (2): [127-132]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2010000200004
38. Hospital Report Research Collaborative. Hospital e-Scorecard Report 2008: Acute care Pediatric Patient Satisfaction Technical Summary. [consultado 16 junio 2016]. Disponible en:
https://secure.cihi.ca/free_products/Acute-PSAT-PEDS-TechNotes.pdf
39. Ministerio de desarrollo [Internet][consultado 26 de diciembre 2016]. Disponible http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/RESULTADOS_Mujer_y_Familia.pdf

ANEXOS

ANEXO A INSTRUMENTO PIS

ÍTEM I DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL (MADRE)- FAMILIA

Servicio Hospitalización	Cirugía Infantil Segunda Infancia Lactante
Edad del encuestado	
Nivel educacional	Básico Media completa Técnico Universitario
Actividad laboral	
Sexo	Hombre Mujer
Estado Marital	Casado Separado Divorciado Soltero
Relación con paciente	Padre Madre Abuela Abuelo Otro: _____ -
Días de hospitalización del paciente	
Es paciente crónico (naneas)	
Etnia	

1. Información general

Ítem de datos socio demográficos del niño

1. Edad	
1.2 Sexo	Masculino Femenino
1.3 Nacionalidad	
1.4 Lugar de residencia	
1.5 ¿Cómo calificaría la salud de su hijo?	Mala Aceptable, pero no buena Buena (niño sano)
1. 6 ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado su hijo/a, en el hospital, durante este último año?	Una vez Entre 2 a 5 veces Más de 5 veces
2. Impresión general	
2.1 ¿usted sintió que los médicos y enfermeras que atendían a su hijo/a comprendían su enfermedad y su tratamiento	Sí, siempre 100 Sí, a veces 50 No 0

2.2 ¿Cómo calificaría la política sobre contrato de acompañamiento al niño hospitalizado?	Muy malo	0
	Malo	25
	Regular	50
	Buena	75
	Muy buena	100
2.3 ¿Cómo calificaría, en general los cuidados recibidos?	Muy malo	0
	Malo	25
	Regular	50
	Buena	75
	Muy buena	100
2.4 ¿Recomendaría este hospital a familiares y amigos?	Si, definitivamente	100
	Si, probablemente	50
	No	0
3. Accesibilidad y disponibilidad		
3.1 ¿Estaban disponibles los médicos para responder sus preguntas cuando usted los necesitaba?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
3.2 ¿Cómo calificaría la disponibilidad de los médicos?	Muy malo	0
	Malo	25
	Regular	50
	Buena	75
	Muy buena	100
3.3 ¿Estaban disponible las enfermeras para responder sus preguntas cuando usted los necesitaba?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
3.4 ¿Cómo calificaría la disponibilidad de las enfermeras?	Muy malo	0
	Malo	25
	Regular	50
	Buena	75
	Muy buena	100
3.5 ¿Recibió su hijo/a los cuidados que necesitaba, cuando los necesitaba?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
3.6 Cuando usted solicito ayuda del médico o de la enfermera ¿fue la respuesta lo suficientemente rápida?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
3.7 ¿Recibió su hijo/a todas las interconsultas que necesitaba?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
4. Consideración y respeto		
4.1 ¿Cómo calificaría el trato de los médicos?	Muy malo	0
	Malo	25
	Regular	50
	Buena	75
	Muy buena	100
4.2 ¿Cómo calificaría el trato de las enfermeras?	Muy malo	0
	Malo	25
	Regular	50
	Buena	75

	Muy buena	100
4.3 ¿Cómo calificaría el trato del resto del personal?	Muy malo	0
	Malo	25
	Regular	50
	Buena	75
	Muy buena	100
4.4 Médicos y enfermeras ¿respetaron la privacidad de su hijo/a al atenderlo o hablarle?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
4.5 ¿Fue su hijo tratado con dignidad y respeto?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
5. Coordinación e integración de los cuidados (trabajo en equipo)		
5.1 ¿Fue organizado el cuidado que su hijo/a recibió antes de ser trasladado a este servicio?	No fue organizado	0
	Fue algo organizado	50
	Muy organizado	100
5.2 ¿Fue organizado el ingreso de su hijo/a al servicio	No fue organizado	0
	Fue algo organizado	50
	Muy organizado	100
5.3 ¿Tuvo que esperar mucho tiempo hasta que su hijo/a fue internado en el servicio?	Sí, mucho	0
	Si, más o menos	50
	No	100
5.4 ¿Cómo calificaría el trabajo conjunto de médicos y enfermeras?	Muy malo	0
	Malo	25
	Regular	50
	Buena	75
	Muy buena	100
6. Información y comunicación		
6.1 ¿Recibió suficiente información sobre la enfermedad y el tratamiento de su hijo/a?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
6.2 Cuando realizo preguntas a los médicos ¿recibió respuestas que pudo comprender?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
6.3 Cuando realizo pregunta a las enfermeras ¿recibió respuestas que pudo comprender?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
6.4 ¿Cuanta información recibió sobre la enfermedad y el tratamiento de su hijo/a?	Poca	0
	La necesaria	100
	Demasiada	0
6.5 Esta información fue entregada por los médicos, a su hijo/a de una manera tal que él /ella pudiera comprenderla	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
6.6 El personal de salud que atendió a su hijo/a portaba su credencial de identificación?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0
7. Relación entre padres y equipo de salud		
7.1 ¿Tenía Ud confianza en los médicos que cuidaban a su hijo/a?	Sí, siempre	100
	Si, a veces	50
	No	0

7.2 ¿Escuchaban los médicos sus comentarios y sugerencias?	Sí, siempre Sí, a veces No	100 50 0
7.3 ¿Tenía confianza en las enfermeras que cuidaban a su hijo/a?	Sí, siempre Sí, a veces No	100 50 0
7.4 ¿Escuchaban las enfermeras sus comentarios y sugerencias?	Sí, siempre Sí, a veces No	100 50 0
7.5 ¿Hubiera deseado mayor participación en la toma de decisiones relacionadas con los cuidados recibidos por su hijo/a?	Sí, mucho más Sí, un poco más No	0 50 100
8.Confort físico		
8.1 Realizaban los médicos o las enfermeras preguntas sobre el dolor que sentía su hijo/a?	Sí, frecuentemente Sí, a veces No	100 50 0
8.2 Si usted o su hijo/a solicitaban remedios para calmar el dolor ¿respondían rápidamente los médicos o enfermeras a su pedido?	Sí, siempre Sí, a veces No	100 50 0
8.3 ¿Usted piensa que a los médicos y enfermeras les importaba calar el dolor de su hijo/a?	Sí, siempre Sí, a veces No	100 50 0
8.4 La sala donde se encuentra hospitalizado su hijo/a esta limpia	Sí, siempre Sí, a veces No	100 50 0
9.Continuidad del cuidado		
9.1 ¿Estaban informados los médicos de la sala acerca de los cuidados recibidos por su hijo/a en el servicio previo al traslado?	Sí, claramente Sí, vagamente No	100 50 0
9.2 ¿Le informaron sobre los posibles efectos colaterales de la medicación que su hijo/a tenía que recibir al alta?	Sí, claramente Sí, vagamente No No aplicable	100 50 0 0
9.3 ¿Le informaron sobre las actividades que su hijo/a podía o no podía realizar al alta del servicio?	Sí, claramente Sí, vagamente No No aplicable	100 50 0 0
9.4 ¿Le informaron sobre señales de alarma relacionada con la enfermedad de su hijo que tenía que conocer al alta del servicio	Sí, claramente Sí, vagamente No No aplicable	100 50 0 0
9.5 ¿Le enseñaron lo que usted necesitaba sobre como continuaban los cuidados al alta del servicio	Sí, claramente Sí, vagamente No	100 50 0

Anexo B: Consentimiento Informado

A través del siguiente documento acepto y entrego mi consentimiento para participar en la investigación: Nivel satisfacción usuaria de los padres de pacientes pediátricos en un hospital de alta complejidad en Santiago, Chile, durante los años 2015-2016, cuyo objetivo es determinar el nivel de satisfacción usuaria en los padres de pacientes pediátricos en un Hospital de alta complejidad en Santiago.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder la encuesta de forma libre y voluntaria, no implicando costos económicos, ni riesgos físicos- psíquicos.

Se me ha informado que me puedo retirar y negar en cualquier momento de continuar participando del estudio, sin previa explicación y sin obtener sanción alguna.

La información obtenida a través del cuestionario adjunto, será utilizada únicamente para la investigación y será de carácter confidencial.

Dado que cumplo con los requisitos de inclusión al estudio:

Yo _____

Rut: _____

Autorizo a ocupar los datos e información obtenida para medir el nivel de satisfacción usuaria de los padres de pacientes pediátricos en un hospital de alta complejidad en Santiago, Chile.

Santiago, _____ del 20__

Firma Encuestador

Datos Investigador Carolina Concha G. 09-97990282 Mail cconchag @gmail.com

ANEXO C. Autorización Comité de Ética



Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Comité de Ética Científico

PROTOCOLO DE APROBACIÓN DE PROYECTOS CLÍNICOS

Con fecha 25 de Agosto de 2015, el CEC del S.S.M. Oriente analizó y aprobó el Proyecto de Tesis, para obtener el grado de Magister en Enfermería de Universidad de la Frontera, titulado:

“Nivel de Satisfacción Usuaría de los padres de pacientes del Hospital Luis Calvo Mackenna

y que conducirá como Investigador Principal la EU Carolina Concha Gutiérrez en los Servicios de Cirugía Infantil, Lactantes y Segunda Infancia del Hospital Calvo Mackenna de Santiago:

Se analizó y aprobó el siguiente documento del Proyecto:

- Proyecto de Investigación Clínica in extenso: “Nivel de Satisfacción Usuaría de los Padres de Pacientes del Hospital Luis Calvo Mackenna.”
- Consentimiento Informado para el estudio: “Nivel de Satisfacción Usuaría de los Padres de Pacientes del Hospital Luis Calvo Mackenna”, fechado por el CEC del S.S.M. Oriente el 25 de Agosto de 2015.
- Encuesta para el estudio “Nivel de Satisfacción Usuaría de los Padres de Pacientes Hospital Luis Calvo Mackenna”, fechada por el CEC del S.S.M. Oriente el 25 de Agosto de 2015.
- CV del Investigador Principal: EU Carolina Concha Gutiérrez

Tomó conocimiento de:

- Referencias Bibliográficas.
- Carta dirigida al Dr. Andrés Stuardo Luengo de fecha 23 Julio 2015. Ref.: Solicitud de análisis Proyecto de Tesis.
- Autorización del Dr. Jorge Lastra Torres, Director del Hospital Autogestionado en Red Dr. Hospital Luis Calvo Mackenna, de fecha 08 Junio 2015.
- Carta de Compromiso del Investigador Principal: EU Carolina Concha Gutiérrez.

Envío la nómina de los miembros permanentes del CEC del S.S.M. Oriente al 25 de Agosto de 2015:

Dr. Andrés Stuardo Luengo	Neurólogo (Presidente)	Hospital del Salvador
Dra. M. Esther Meroni Layes	Geriatra (Secretaria)	Inst. Nac. de Geriatria
Dr. Ricardo Vacarezza	Asesor en Bioética	No institucional
EU Elena Núñez	Coordinadora	No institucional
Dra. Sara Chernilo	Broncopulmonar	Inst. Nacional del Tórax
Dr. Rómulo Melo Monsalve	Neurocirujano	Inst. Nac. de Neurocirugía
Dr. Manuel Sedano Lorca	Gineco-Obstetra	Hospital Dr. Luis Tisné
Dr. Jorge Plasser Troncoso	Cirujano- Oncólogo	Hospital del Salvador
Sra. Angélica Sotomayor	Abogado	No institucional
Sr. Hugo Gutiérrez Guerra	Miembro de la Comunidad	No institucional


Dra. M. Esther Meroni Layes
 Secretaria



Santiago, 25 de Agosto de 2015